

УДК 617-001.17-06:616.94-053.2-084

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ НЕКРЭКТОМИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

А.Е. Курмангазина

Государственный медицинский университет города Семей. Кафедра детской хирургии.

Лечение больных с ожогами является одной из актуальных проблем современной хирургии. У детей ожоговая болезнь протекает значительно тяжелее, чем у взрослых, что связано с анатомо-физиологической незрелостью защитных систем детского организма и особенностями течения процесса воспаления. (1,2).

Основными методами интенсивного лечения при обширных глубоких ожогах являются немедленная коррекция гемодинамики, кислородного статуса, детоксикация организма, раннее удаление ожогового струпа с целью подавления микрофлоры в ране и аутодермопластика. (3,4,5).

Одной из важных проблем современной комбустиологии остается восстановление кожного покрова у тяжелообожженных. Продолжительность и эффективность лечения, и исходы ожоговой болезни зависят от сроков восстановления кожного покрова, которое можно лишь при удалении некротических тканей с последующей аутодермопластикой. (6,7).

Известная методика – самопроизвольное отторжение некротического струпа и поэтапная бескровная некрэктомия, является недостаточно эффективной в основном из-за осложнений. За это время развивается инфекция и раневое истощение. Поэтому лечение ожоговой болезни и предупреждение его осложнения стало одним из главных направлений современной комбустиологии.

Эффективность применения активной хирургической тактики – ранней некрэктомии состоит в снижении степени бактериальной обсемененности ожоговых ран, сокращении сроков их заживления, уменьшении частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

Однако нет единой точки зрения на роль ранней некрэктомии в системе активной хирургической тактики у обожженных. (8).

Первоначально наиболее широкое признание ранняя некрэктомия при обширных глубоких ожогах получила за рубежом. В середине 30-х годов появилось сообщение о применении раннего оперативного лечения глубоких ожогов путем иссечения и последующей аутопластики по Тиршу или наложение первичного шва. При этом сроки лечения сократились в 3-4 раза.

В клинике термических поражений МНИИ педиатрии и детской хирургии, наиболее благоприятным периодом для проведения оперативного вмешательства у детей с обширными ожогами являются первые 24-72 ч с момента получения травмы, когда состояние больного остается стабильным. Наряду с этим было установлено, что внедрение в педиатрическую практику метода хирургической некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой способствовало прерыванию ожоговой болезни у детей с обширными ожогами III Б – IV степени на стадии токсемии.

По данным нашего медицинского центра ГМУ г.Семей наиболее благоприятным периодом для проведения ПХО ожоговых ран у детей являются первые 24-72 ч с момента получения травмы, когда состояние больного остается стабильным. При глубоких ожогах с

появлением плотных припаянных струпов для освобождения их проводится местное лечение с гелем, желе солкосерил, актовегин, а при обширных струпах насечки. При краевом освобождении некротизированных тканей проводится краевая некрэктомия. После полной некрэктомии ожоговая рана готовится к аутодермопластике по Тиршу с антисептическими растворами в течение 3-4 дня, до появления грануляционных тканей. Ранняя проведенная некрэктомия предотвращает формирование рубцовых тканей. Внедрение методов хирургической некрэктомии у детей с последующей поэтапной аутодермопластикой также способствует прерыванию ожоговой болезни с обширными ожогами и активному закрытию ожоговых ран. Своевременно проведенная аутодермопластика позволила избежать отдаленных осложнений ожоговых ран в виде келоидной рубцовой деформации и контрактуры.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что удаление ожогового некроза предотвращает прогрессирование инфекции, устраняет одномоментно огромное количество некротических тканей, а с ними продуктов распада и жизнедеятельности микробов и самих микробов вместе с иссекаемыми участками пораженной ожогами кожи. (9,10). Преимуществами метода являются: уменьшение явления интоксикации, ускорение восстановления кожного покрова, снижение количества осложнений ожоговой болезни из-за сокращения времени с момента получения ожога до закрытия ран.

Литература:

1. Ковальчук В.И. и др. // Хирургическое лечение ожогов: Лечебная тактика при ожоговой болезни у детей: Тез. Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, «Вопросы травматологии и ортопедии» №2 (3 июнь) 2012. – С. 66
2. Гуруков Ш.Р., Будкевич Л.И., Пеньков Л.Ю. // Детская хирургия, 2001. - №6. С. – 49-51.
3. Алексеев А.А., Лавров В.А. // Анналы хир. – 1996. - №3. – С.24-28.
4. Алексеев А.А. // Материалы VII Всероссийской науч.-практ. конф. по проблеме термических поражений. – Челябинск, 1999. - С. 6-8.
5. Альес В.Ф., Андреев А.Г., Астамиров М.К. // Рениматол.и интенсив.тер.: Информац.сб.новости науки и техники. – 1998. - №2. – С.7-16.
6. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб, 1993. – 240с.
7. Григорьев А.И., Малахов С.Ф., Парамонов Б.А. и др., // Вестн.хир. – 1996. – Т. 155, №1. – С.94.
8. Организация и оказания этапной хирургической помощи детям с тяжелой термической травмой: Метод.рекомендации / Воздвиженский С.И., Будкевич Л.И., Пеньков Л.Ю. и др. – М., 1999
9. Алексеев А.А. Ожоговый сепсис: Диагностика, профилактика, лечение: Автореф.дис. ...д-ра ме.наук. – М., 1993. – 36с.
10. Singh K, Prasanna M. // J.Trauma – 1995. – Vol. 39, №3. – P. 560 – 562.