

Key words: foreign matters, larynx, trachea, bronchi, complications, treatment, bronchoscopy, endoscopic removal, surgical treatment.

УДК: 616.5:616-001.17:616-001:617.51-001:617.53-089

РАННЄ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ДЕРМАЛЬНИМИ ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Нагайчук В.В.

Кафедра хірургічної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. На основі порівняльного аналізу результатів лікування хворих з дермальними поверхневими опіками голови, шиї традиційним методом та із застосуванням раннього хірургічного лікування, автор обґрунтовує доцільність проведення некректомії з одномоментним закриттям ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами на 2-3 добу після травми.

Ключові слова: опік, некректомія, раннє оперативне лікування, біоактивовані ксенодермотрансплантати, грануляція, епітелізація.

Вступ

Серед травм, які зустрічаються у дітей, опіки складають 8%. При термічних ураженнях 30% поверхні тіла та більше - опіки обличчя, шиї зустрічаються у кожного третього потерпілого [Юденич, Шаробаро, 2006]. Дитяча смертність від опіків третя по частоті серед усіх травм, а у дітей ясельного віку - основна причина насильницької смерті [Казанцева, 1986; Юденич, Гришкевич, 1986]. Відомо, що основну частину опіків у дітей складають дермальні поверхневі ураження, які виникають під дією гарячої рідини [Фисталь і др., 2006].

Лікування дітей з термічними ураженнями шкірних покривів голови, шиї до теперішнього часу залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини [Повстяний, 1999; Clarke, 1997]. Її актуальність пов'язана з локалізацією опіку на найбільш естетично значимих областях тіла і особливостями анатомічної будови обличчя, коли опік супроводжується швидко наростаючим набряком м'яких тканин, який викликає щільне замикання повік, звуження ротової щілини та перешкоджає диханню. Тривалий набряк порушує мікроциркуляцію і сприяє розвитку поширеного вторинного некрозу в ранах [Боечко і др., 1990; Гришкевич, Мороз, 1996; Maqlicani et al., 1997].

При опіках обличчя найбільш серйозно, і в першу чергу, страдають ніс, вушні скойки, губи, брови, вилиці, підборіддя. Ці області часто уражуються на велику глибину, в результаті чого виникають ділянки некротичних тканин різної величини, після відходження яких залишаються дефекти з подальшим розвитком гіпертрофічних келоїдних рубців [Болховитинова, 1977].

Наявність післяопікових рубців та рубцевих дефектів є причиною формування у дітей естетичних вад з подальшим розвитком важких функціональних розладів і психосоматичних порушень. Відчуття відчаю, відлюдності, фізичної недостатності, неповноцінності призводять до зниження загальноосвітнього цензу, патологічного розвитку особистості, а іноді й до суїцидальних спроб [Короткова, Арефьев, 2006; Зубанова, 2002].

В основі традиційного методу лікування дермальних поверхневих опіків лежить самостійне відторгнення некрозу, тривале очищення ран, формування грануляцій та їх само-

стійна епітелізація. Разом з тим, чим раніше відновлений шкірний покрив, тим менше умов для формування і росту грануляцій та утворення на їх основі грубих деформуючих рубців. Одним із перспективних шляхів попередження розвитку рубців та рубцевих контрактур є некректомія на 2-3 добу після опіку з одномоментним закриттям ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами.

Метою нашого дослідження є покращення естетичних та функціональних результатів лікування потерпілих з опіками голови, шиї шляхом впровадження раннього хірургічного лікування з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів.

Матеріали та методи

У Вінницькому опіковому відділенні у хворих з дермальними поверхневими опіками голови, шиї застосовуємо наступну тактику. На другу-третю добу після травми проводимо видалення некротичного струпа методом дермабразії чи тангенціальним методом до кров'яної роси. Гемостаз за допомогою 3% перекису водню. Післяопераційні рани закриваємо ксенодермотрансплантатами.

Для стимуляції сорбційної та антимікробної дії, кращого приживання і тривалішого функціонування ксенодермотрансплантати піддавали біоактивації на протязі години в фізіологічному розчині антибіотиків та антисептиків [Нагайчук та ін., 2002]. При цьому використовували пристрій для біоактивації ауто-, ксенодермотрансплантатів та інших біологічних тканин [Патент 50619A Україна (UA) 7 C 01N27/327]. Використання біоактивованої ксеноскіри для закриття опікових ран після ранньої некректомії зупиняє або значно зменшує плазмовтрати, перериває больову імпульсацію з ран, знижує рівень токсичності та подавляє вегетацію мікроорганізмів у рані, що створює оптимальні умови для якнайшвидшої епітелізації дермальних поверхневих ран.

Порівняльному аналізу були піддані результати лікування 40 хворих віком 14-18 років з дермальними поверхневими опіками голови та шиї. Видалення некротичного струпу з одномоментним закриттям ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами на 2-3 добу було проведено 22 хво-

рим. Традиційним методом проліковано 18 хворих. Їм наклали волого-висихаючі пов'язки з розчинами антибіотиків та антисептиків до самостійного відторгнення некрозу. Ці хворі склали контрольну групу.

В процесі лікування за хворими велось клінічне спостереження, загальноприйняте лабораторне обстеження. Хворі обох груп отримували прийняту у відділенні медикаментозну терапію. Аналізували загальний стан хворих (сон, апетит, рухливість, больовий синдром, температуру тіла), стан рани, доопераційний період, період епітелізації ран, естетичні і функціональні результати після епітелізації ран.

Результати. Обговорення

Загальний стан хворих основної групи помітно був кращим порівняно з контрольною групою. набряк м'яких тканин починав зменшуватись одразу після видалення опікового струпа та закриття післяопераційної рани біоактивованими ксенодермотрансплантатами, що значно полегшувало перебіг опікової травми та профілакувало ускладнення. В основній групі практично не виникало хондритів вушних скоек навіть при їх глибокому пошкодженні. Помітно покращувалось дихання, що попереджувало розвиток бронхопневмоній. В той же час, у контрольній групі набряк м'яких тканин обличчя зберігався ще на протязі двох-трьох діб, що сприяло поглибленню опікових ран, ускладнювало туалет очей, дихальних шляхів, погіршувало функцію ротової порожнини.

У хворих основної групи на другу добу після операції ксенодермотрансплантати добре були фіксовані на ранах, що фактично зупиняло плазмовтрату. У хворих контрольної групи втрата плазми через рану спостерігалась до повної епітелізації ран. Больовий синдром у основній групі зникав або був незначним на другу добу після операції. Перев'язки проводились безболісно без анагетиків, наркотичних препаратів чи анестезіологічного забезпечення. В контрольній групі виражений больовий синдром зберігався до повної епітелізації ран, що вимагало медикаментозного чи анестезіологічного забезпечення.

З відсутністю больового синдрому у хворих основної групи через дві-три доби покращувалась рухливість та самообслуговування, чого не спостерігалось в контрольній групі.

Температура тіла в основній групі через 6-12 годин зростала до 38-39°C і утримувалась на протязі доби, що пов'язано з переходом набрякової рідини з периферії в центральне кровоносне русло. На протязі послідуєчих 4-6 діб вона була субфебрильною. В контрольній групі гіпертермія спостерігалась

10-12 діб і знижувалась до субфебрильної після повного відходження опікового некрозу.

Після операції у хворих основної групи нормалізувався апетит та сон, чого не спостерігалось у хворих контрольної групи до повного очищення ран.

Доопераційний період хворих основної групи склав $2,0 \pm 0,5$ л/дня. В той же час, в контрольній групі період відторгнення опікового некрозу складав $11,1 \pm 1,0$ л/день.

Період епітелізації опікових ран у хворих основної групи $14,1 \pm 0,7$ л/дня, проти $23,6 \pm 2,3$ л/дня в контрольній групі.

Порівняльна характеристика двох груп показала, що оперативне лікування хворих з дермальними поверхневими опіками голови, шиї на другу-третю добу після травми з одномоментним закриттям рани біоактивованими ксенодермотрансплантатами є досить перспективним методом лікування. При ранніх некротоміях з одномоментним закриттям ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами відсутній розвиток грануляцій в ранах, які в майбутньому є основою утворення гіпертрофічних та келоїдних рубців. Тому естетичні та функціональні результати у хворих основної групи були значно кращими порівняно з результатами хворих контрольної групи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Традиційний метод лікування дермальних поверхневих опіків голови, шиї - самостійна епітелізація ран після відторгнення некротичних тканин - не здатний на сьогодні суттєво покращити результати лікування хворих.

2. Оперативне лікування хворих з опіками голови, шиї на другу-третю добу після травми з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів профілакує розвиток грануляцій в рані, скорочує терміни епітелізації, зменшує кількість медикаментів та перев'язочного матеріалу, значно покращує естетичні та функціональні результати.

3. Отримані клінічні, естетичні та функціональні результати підтверджують високу ефективність та доцільність проведення раннього оперативного лікування хворих з дермальними поверхневими опіками голови, шиї і дозволяють рекомендувати його в хірургічну практику.

Отримані клінічні результати розцінюються нами як наукове обґрунтування доцільності проведення раннього оперативного лікування дермальних поверхневих опіків голови, шиї з метою покращення естетичних та функціональних результатів.

Література

- Бобенко С.К., Полищук С.А., Родин В.И. Поражение дыхательных путей у обожженных. - Киев: Здоровья, 1990. - 136 с.
- Болховитинова Л.П., Павлова М.Н. Келоидные рубцы. - М.: Медицина, 1977. - 136 с.
- Гришкевич В.М., Мороз В.Ю. Хирургическое лечение последствий ожогов нижних конечностей. - М.: Московская типография №2. РАМН, 1996. - 297 с.
- Зубанова Т.Е. Дермотензия у відновній хірургії опіків у дітей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 Терн. держ. мед. акад. ім. І.Я.Горбачевського. - Т., 2002. - 18 с.
- Казанцева Н.Д. Ожоги у дітей. 2-е изд. доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1986. - 152 с.
- Короткова Н.Л., Арефьев И.Ю. Реконструктивные операции при послеожоговых сочетанных деформациях лица и кисти // Скорая медицинская помощь (Российский научно-практический журнал). - 2006. - Т.7, №3. - С. 234-235.
- Патент 50619А Україна (UA) 7 С 01N27/327. Пристрій для біоактивації ауто-, ксенодермотрансплантатів та інших біологічних тканин / В.І.Нагайчук, В.Г.Макац, В.В.Нагайчук / Заявлено 07.03.2003; Опубл. 15.10.2002 // Бюл. №10.
- Повстанний М.Ю. Опікова служба України на сучасному етапі - проблеми і

- можливості її вирішення // Шпигальна хірургія. - 1999. - №4. - 8-12 с.
- Тактика лечения дермальных ожогов у детей / Э.Я.Фисталь, Г.Е.Самойленко, С.Г.Хачатрян, Н.Н.Фисталь // Скорая медицинская помощь (Российский научно-практический журнал). - 2006. - Т.7. - №3. - С. 215-216.
- Юденич А.А., Шаробаро В.И. Восстановление кожных покровов лица // Скорая медицинская помощь (Российский научно-практический журнал). - 2006. - Т.7. - №3. - С. 256-257.
- Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных. - М.: Медицина, 1986. - 386 с.
- Clarke John. Late Management of Burns // Surgery. - 1997. - Vol.38. - P. 137-139.
- Rost-burn pathological scar: clinical aspects and therapeutic approach / G.Maglicani, M.Stella, C.Castadnoli et al. // Annals of Burns and Fire Disasters. - 1997. - Vol.X., №2. - P. 105-109.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕРМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТНЫМИ ОЖОГАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Нагайчук В.В.

Резюме. На основании сравнительного анализа результатов лечения больных с дермальными поверхностными ожогами головы, шеи традиционным методом и с применением раннего хирургического лечения, автор обосновывает целесообразность проведения некрэктомии с одновременным закрытием ран биоактивированными ксенодермотрансплантатами на 2-3 сутки после травмы.

Ключевые слова: ожог, некрэктомия, раннее оперативное лечение, биоактивированные ксенодермотрансплантаты, грануляция, эпителизация.

EARLY SURGICAL TREATMENT IN CHILDREN WITH DERMAL BURNS OF HEAD AND NECK

Nagaychuk V.V.

Summary. On the basis of the comparative analysis of treatment results in patients with superficial dermal burns of head and neck by traditional method and using early surgical treatment, the author substantiates the expediency of conducting necrectomy by single-stage wound closing with bioactive heterodermic grafts in 2-3 days after injuries.

Key words: burn, necrectomy, early operative treatment, bioactivated heterodermic graft, granulation, epitelisation.

УДК: 616.71-018.46-002-003.215-053.3

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Носарь А.Е., Дегтярь В.А., Лукьяненко Д.Н., Царева И.В.

Кафедра детской хирургии Днепропетровской государственной медицинской академии (ул. Севастопольская, 19, г. Днепропетровск, Украина, 49044)

Резюме. В результате анализа неудовлетворительных результатов лечения острого гематогенного остеомиелита выявлено большое количество осложнений заболевания, их частоту и время возникновения. Объем реабилитации определялся среди контингента лиц (53 респондента), которые находились на лечении 15-20 лет тому назад с выраженными осложнениями и результатами болезни, оперированные 2 и более раз. Рассмотрены результаты 170 оперативных вмешательств данного контингента, часть из которых была оперирована по методике клиники. В результате исследования сделаны выводы относительно эффективности методик оперативного лечения. Особенное внимание в процессе реабилитации уделялось психологу, который должен определять значительную роль на всех этапах реабилитации детей больных остеомиелитом.

Ключевые слова: дети, острый гематогенный остеомиелит, методы лечения, реабилитация, хронический остеомиелит.

Введение

Гематогенный остеомиелит - непредсказуемое заболевание, приводящее к нарушению формы и функции конечностей у детей, инвалидности, нетрудоспособности у взрослых. Это связано, прежде всего, с тем, что заболевание возникает в период наиболее ответственный за ускоренный рост до года жизни и пубертатный период 9-17 лет. Минерализация костной ткани при интенсивно растущих верхних и нижних конечностях отличаются нестабильностью. У мальчиков и девочек в возрасте 4-9 лет увеличение костной массы относительно равномерное, а в 10-15 - критическое, ежегодная прибавка составляет 7-8%.

Гематогенный остеомиелит и связанная с ним антибактериальная и химиотерапия, хирургические вмешательства

значительно влияют на механизм остеосинтеза. Поэтому возраст ребенка, этапы формирования костной ткани должны учитываться при выполнении хирургических вмешательств на длинных трубчатых костях.

Анализ неудовлетворительных результатов лечения детей с гематогенным остеомиелитом выявил широкий диапазон осложнений и последствий течения заболевания, их частоту и время появления [Носарь та ін., 2003]. К осложнениям мы относим изменения, возникающие в период острого, подострого и хронического течения активной фазы заболевания, которые связаны, главным образом, с формой течения заболевания, поздней диагностикой и недостаточным комплексным лечением гематогенного остеомиелита. Последствия,