

УДК 616-001.17

МОЖЛИВОСТІ РАННІХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ДІТЕЙ ПРИ ОБШИРНИХ ОПІКАХ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Нікітенко М.А., Недашківський І.В., Гаєвський Д.В., Нікітенко Б.М.

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського, опіковий центр, м. Житомир

Резюме: у статті висвітлено результати використання ліофілізованих ксенотрансплантатів на I–II етапах надання медичної допомоги дітям з обширними опіками.

Ключові слова: опіки, ксенотрансплантати, діти.

Вступ. У дітей при наявності поширених епідермальних і дермальних поверхневих опіків на площі 15% і більше розвивається важка опікова хвороба.

Використання традиційних методів місцевого лікування у таких постраждалих не запобігає переходу судинних порушень у вторинний некроз і поглиблення опіків [4, 5].

Такі зміни в рані найбільше проявляються починаючи з 6–8 годин після отримання травми. Через 24–36 годин рана “підсихає”, формується некротичний струп. Через поверхню рани при поширених опіках II–III Аст. відбувається масивна втрата рідини, білка, солей, а також залучається механізм потужної мікробної колонізації опікових ран [6]. Незахищена епітелієм дерма, що перебуває в стані парабіозу, швидко некротизується і нагноюється.

Лікування опіків III Аст. стає проблемою для лікарів з непередбачуваним прогнозом для дітей, особливо перших 4-х років життя [1]. Тому питання негайного закриття ран є важливим, і його можна розглядати як невідкладну допомогу на етапі кваліфікованої допомоги при поширених епідермальних і дермальних поверхневих опіках у дітей [5, 6].

Мета дослідження. Вивчити доцільність і ефективність використання ксенотрансплантатів у дітей з обширними опіками на I–II етапах надання допомоги.

Матеріали і методи. Використовувались ліофілізовані трансплантати шкіри свині. Вивчався об’єктивний стан дітей (температура тіла, перистальтика кишечника) та досліджувалась динаміка біохімічних показників крові (загальний білок, АЛТ, АСТ, сечовина). В дослідження було включено 2 групи дітей з обширними опіками з індексом тяжкості ураження 60–150 од. з площею ураження 15–50%. Виділено: I групу – основну – 15 дітей; II групу – контрольну – 20 дітей.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів варіаційної статистики і з використанням критерію Стьюдента.

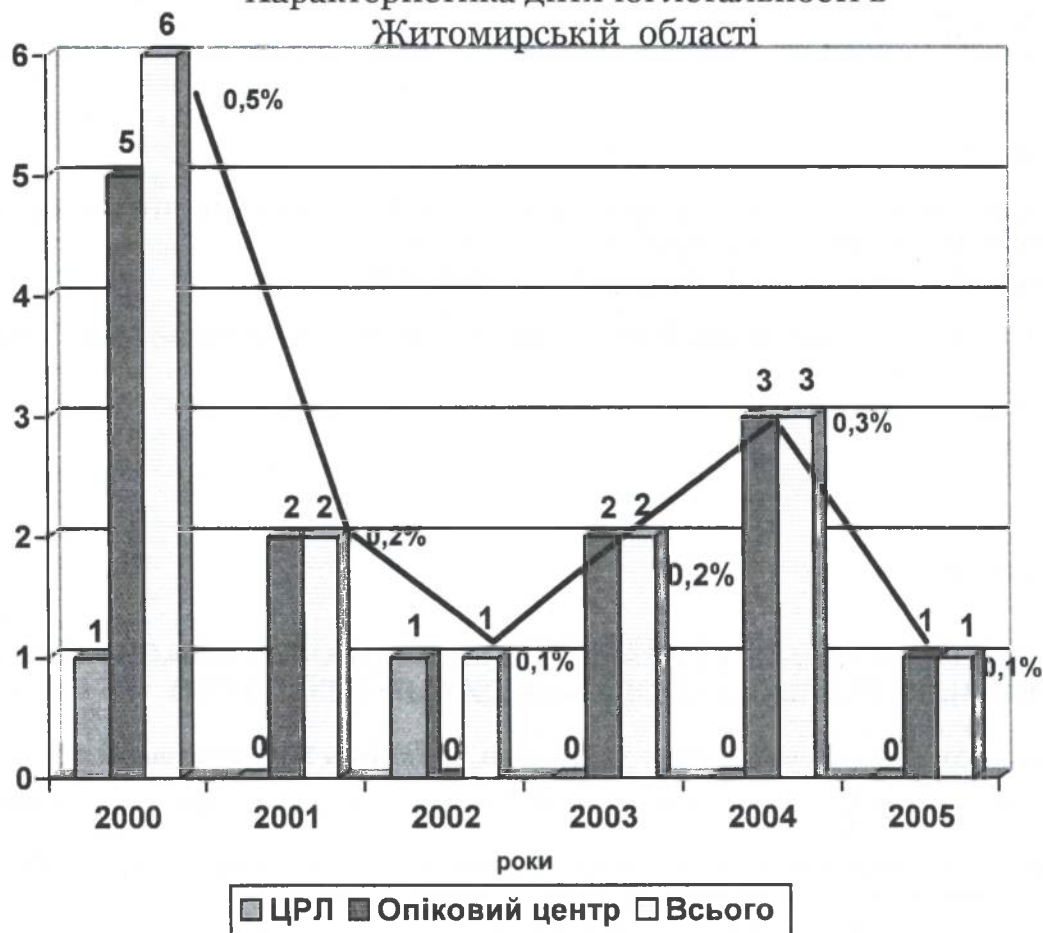
Результати дослідження та їх обговорення. З метою покращення якості допомоги дітям з поширеними опіками, наближення спеціалізованої допомоги і надання її в більш стислі терміни в області запроваджено етапне лікування. Впроваджено виклик в ЦРЛ комбустіолога і анестезіолога блоку інтенсивної терапії опікового центру, які в своєму розпорядженні мають реанімобіль. При таких викликах для закриття опікових ран використовувалась ксеношкіра як одна зі складових невідкладної допомоги дітям, що знаходились у тяжкому стані були нетранспортабельні в першу добу після отримання опікової травми. Ми не використовували методи висушування ран, а намагалися провести закриття ран ксеношкірою до їх підсихання, або використовували плівки для збереження таких ран вологими і закривали їх ксеношкірою в термін від 4 до 12 годин, залежно від тяжкості стану дитини [1]. Ксеношкіра як біологічна пов’язка має позитивну багатогранну

дію [1, 5]. Безпосередньо в ЦРЛ під наркозом на фоні проведення адекватної протишокової терапії потерпілим проводилось очищення ран, часткова секвенціальна некректомія і рани закривались ксеношкірою [7]. Після закриття ран ксеношкірою і компенсації опікового шоку діти були перевезені в опіковий центр. Загальна площа ураження становила від 15% до 50% і більше [3]. Районні лікарні придбали ліофілізовані ксенотрансплантати для надання невідкладної допомоги постраждалим від опіків. За 2003–2005 роки в ЦРЛ така допомога надана 15-ти потерпілим дітям з індексом тяжкості ураження 60–150 одиниць віком до 4 років (I група дітей – основна). Після закриття ран ксенотрансплантатами і проведення протишокової терапії на другу добу після отримання опікової травми діти, які мали дермальні поверхневі і глибокі опіки, транспортувались в опіковий центр. Після переводу в опіковий центр при необхідності проводили дозакриття ран ксенотрансплантатами після тангенційної некректомії. Тангенційна некректомія і ксенопластика виконані 7 дітям із 15 переведених (46,6%). Ксенопластика і фасціальна некректомія з первинною аутодермопластиком в ділянках глибоких опіків до 5–7% виконана 5 дітям (33,3%). У 3-х дітей (20%) рани епітелізувались самостійно після ксенопластики. 12 дітей основної групи, яким проводилось подальше оперативне лікування, через 10–15 діб потребували дозакриття ран шляхом аутодермопластики, в середньому – по одній операції на постраждалого.

Для порівняння результатів дослідження, піддано аналізу групу дітей з ідентичними опіками в кількості 20 чоловік за 2000–2002 роки, у яких не використовувалась ксенопластика в ЦРЛ. Це II група – контрольна. Термін лікування у I групі в середньому склав 23 дні, а в II групі – 37. Дітям контрольної групи в середньому виконано по 4 операції на постраждалого. Проаналізовано об’єктивний стан дітей, враховуючи отримані результати: в I групі фебрильна температура тіла трималась 3–5 діб, у II групі – 7–9 діб з моменту отримання опікової травми; парез кишечника у дітей I групи виник у 3-х дітей, що склало 20%, а в II групі парези кишечника виникли у 7-ми дітей, що склало 35%. В I групі на 3–5 добу загальний білок складав $59,4 \pm 0,5$ г/л, в II групі $54,5 \pm 0,3$ г/л, АЛТ – в I групі – $0,88 \pm 0,2$ ммоль/л, в II групі – $0,97 \pm 0,1$ ммоль/л, АСТ – в I групі – $0,57 \pm 0,1$ ммоль/л, в II групі – $0,63 \pm 0,2$ ммоль/л, сечовина – в I групі – $5,35 \pm 0,2$ ммоль/л, в II групі – $6,03 \pm 0,2$ ммоль/л.

За попередні 3 роки в ЦРЛ померло 2 дітей, в опіковому центрі – 7 дітей, летальність по

Характеристика дитячої летальності в Житомирській області



області склала 0,3%, по опіковому центру – 1,1%. За останні 3 роки в ЦРЛ летальних випадків не було, в опіковому центрі померло 5 дітей, що склало летальність 0,7% (див. діаграму).

Результати застосування ксенотрансплантатів на I–II етапах лікування дозволили наблизити спеціалізовану допомогу, надати її в більш стислі терміни, зменшити летальність по області.

Висновки. Використання ксеноскіри в комплексі з протишоковою терапією у дітей з

глибокими опіками допомогло досягнути таких результатів:

- 1) зменшити тяжкість перебігу опікового шоку і токсемії;
- 2) зменшити затрати на використання компонентів і препаратів крові, антибактеріальних препаратів;
- 3) скоротити строки лікування в опіковому центрі;
- 4) поліпшити функціональні та косметичні результати лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бігуняк В.В. і ін. Термічні ураження. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 96 с.
2. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у дітей. – М.: Медицина, 1990. – 512 с.
3. Кім В.М. і ін. Хірургічне лікування опіків у дітей. Сучасні питання лікування термічних уражень і їх наслідків // Міжрегіональна конференція. – Донецьк. – 2004. – С. 132-133.
4. Парамонов Б.А., Порембський Я.О., Яблонський В.Г. Ожоги. – С-Пб.: Спец. лит., 2000. – 488 с.
5. Повстяний М.Ю. і ін. Раннє хірургічне лікування поширених опіків / Методичні рекомендації. – Київ, 2004. – 24 с.
6. Повстяний М.Ю., Козинець Г.П. і ін. Сучасне місцеве медикаментозне лікування опіків / Методичні рекомендації. – Київ, 2001. – 32 с.

7. Таран В.М. і ін. Новий підхід до класифікації опіків, некротомій і тактики лікування обпечених // Шпитальна хірургія, 2001. – № 1. – С. 116-119.
8. Фісталь Е.Я. і ін. Класифікація опікових ран за глибиною ураження / Методичні рекомендації. – Донецьк, 2003. – 16 с.

SUMMARY

THE POSSIBILITIES OF EARLY OPERATIVE INTERVENTIONS IN CHILDREN WITH THE SEVERE COMBUSTIONS AT THE STAGES OF MEDICAL EVACUATION

Nikitenko M.A., Nedashkivskiy I.V., Hayevskiy D.V., Nikitenko B.M.

The article analyses the results of using lyophilized xenoskin at the I–II stages of rendering medical help to children with severe combustions.

Key words: burn, ksenotransplantat, children.