

ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ

Ясніковський О. М.

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Кононенко М. Г.

Сумський державний університет

Актуальність: в структурі термічної травми серед дитячого населення провідне місце посідають поверхневі дермальні опіки II-IIIА ступенів. В основному це побутові опіки окропом та іншими гарячими рідинами, котрі потребують кваліфікованої медичної допомоги.

Мета роботи: окреслити основні принципи лікування поверхневих дермальних опіків у дітей.

Матеріали та методи: за період з 01.03.2013р. до 01.03.2014р. на базі опікового відділення Сумської обласної клінічної лікарні було обстежено та проліковано 104 дитини з поверхневими опіками I-II-IIIА ступеня різних локалізацій. Середній вік пацієнтів склав – 2 роки 8 місяців (до 1 року – 16; з 1 до 3 років – 65; старше 3 років – 23). Виконано 45 хірургічних втручань (ранніх дермобразій з ксенодермопластиком – 16; ранніх некретомій з ксенодермопластиком – 14; ранніх некретомій з аутодермопластиком – 4; аутодермопластик – 11).

До моменту шпиталізації в опікове відділення Сумської обласної клінічної лікарні первинна протишокова допомога потерпілим надавалась на базі відділення АІТ Сумської обласної дитячої клінічної лікарні та центральних районних лікарень області.

Тактика лікування достовірно визначалась в опіковому стаціонарі і в значній мірі залежала від площі та глибини опіків. Застосовували інфузійну, антибактеріальну терапію, місцеве лікування, знеболюючі засоби та пробіотики. При поширених опіках призначалась інфузійна терапія кристалоїдних та колоїдних розчинів із врахуванням вікових особливостей, котрі зумовлені значною різницею між площею поверхні тіла та вагою в підростаючому організмі дитини. Антибактеріальна терапія при неускладненому перебігу проводилась цефалоспоринами III покоління (Цефтріаксон, Цефтазидим). При ускладненнях додатково призначався препарат з ряду аміноглікозидів (Амікацин). Після активного очищення раневих поверхонь від змертвілого епідермісу на 2-4 добу з моменту отримання опікової травми виконувалась операція – рання дермобразія з ксенодермопластиком та використанням сітчатих пов'язок «Grassolind», що в результаті допомагало створити оптимальні умови для епітелізації, а також знизити загальний больовий рівень перев'язок та ризик обсіменіння раневих поверхонь. В подальшому для місцевого лікування на перев'язках використовувався розчин 10 % повідон-йоду (Бетадин, Вокадин) в стадії ексудації раневої поверхні. На етапі епітелізації використовувався крем «Аргосульфан», який покращував розмякшення та відлущення ділянок сухих струпів та пришвидшував процеси епітелізації опікових ран.

Таким чином, комплексне поєднання раннього хірургічного втручання (рання дермобразія, рання некретомія) із особливостями місцевого лікування раневих поверхонь дозволяє покращити якість надання спеціалізованої допомоги та знизити терміни перебування в стаціонарі до 12–14 діб.

Висновки: 1) раннє хірургічне втручання покращує перебіг опікової травми та створює оптимальні умови для загоєння ран; 2) застосування ксенодермотрансплантантів та пов'язок «Grassolind» на 2–4 добу після опікової травми знижує больовий рівень перев'язок та прискорює термін епітелізації поверхневих опіків; 3) застосування крему «Аргосульфан» доповнює антибактеріальний ефект місцевого лікування та прискорює процеси епітелізації опікових ран в періоді реконвалесценції.