

для выхаживания недоношенных детей. Большое значение в оказании квалифицированной помощи детям и матерям имеет организация в роддомах круглосуточных лабораторий. Рядом с роддомом расположена многопрофильная детская больница с отделениями реанимации и анестезиологии, патологии новорожденных, что способствует соблюдению преемственности в организации медицинской помощи новорожденным, особенно недоношенным. Результатом работы

перинатального центра явилось снижение ранней неонатальной и перинатальной смертности в роддоме за 1985—1987 гг. более чем в 2 раза, что значительно лучше среднереспубликанского показателя.

Таким образом, снижение детской смертности возможно лишь при совместных комплексных действиях служб практического здравоохранения, профсоюзных и хозяйственных органов.

Г. А. Бардина, Л. А. Никольская,
Ф. А. Фаттахова, Х. Х. Миннекаев (Казань)

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616—001.17—053.2—08—089.8

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ У ДЕТЕЙ

С. П. Пахомов, Е. С. Верещагина, Е. Ч. Ахсахалян, Е. Н. Леванова

Горьковский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — доктор мед. наук В. В. Азолов) МЗ РСФСР

Нами обобщен опыт лечения в Республиканском ожоговом центре с 1970 по 1986 г. 1847 детей со свежими ожогами в возрасте от 7 дней до 14 лет и 368 детей с рубцовыми контрактурами и деформациями после ожогов. Общая летальность при термической травме у детей составила 4,9%, у больных с глубокими ожогами — 9,2%, что в значительной мере определялось тяжестью состояния пострадавших. Удельный вес детей с глубоким поражением кожного покрова был довольно высоким — 53,2% от числа всех госпитализированных, при этом у 522 больных площадь глубоких ожогов была в пределах 10% поверхности тела, у 225 — от 11 до 20%, у 132 — от 21 до 30%, у 66 — от 31 до 40%, у 38 — от 41 до 50%, у 19 — от 51 до 60%, у 11 — более 60% поверхности тела.

Некоторые авторы [1, 3] считают, что дети значительно хуже переносят ожоги, чем взрослые. Нами проведен сравнительный анализ летальности у 3964 взрослых и у 1744 детей при одинаковой площади и глубине поражения (см. табл.).

Как видно из данной таблицы, при ожогах до 50% поверхности тела летальность ниже у пострадавших детского возраста, при более обширных площадях поражения частота смертельных исходов не различается, что позволяет сделать вывод о лучшей переносимости ожогов детьми.

Как показывает наш опыт, у детей до 3 лет отмечается более тяжелое течение первых периодов ожоговой болезни, что, по-видимому, обусловлено относительной незрелостью функциональных систем, харак-

терной для этого возраста. У детей старше 3 лет значительные компенсаторные возможности и высокие регенеративные способности организма способствуют более благоприятному течению ожоговой болезни, чем у взрослых; происходят быстрая эпителизация поверхностных ожогов и заживление ран донорских участков, раннее спонтанное отторжение струпов.

Летальность у детей и взрослых в зависимости от площади глубокого ожога

Площадь глубокого ожога, %	Летальность, %	
	дети	взрослые
до 10	1,1	4,7
11—20	3,7	16,4
21—30	17,3	29,8
31—40	23,3	40,2
41—50	50,0	63,6
51—60	63,6	66,6
61—70	66,6	68,0
71—80	74,0	76,9
более 80	100,0	100,0

Наиболее частыми осложнениями ожоговой болезни у детей были сепсис и пневмония. На протяжении последних 15 лет частота развития сепсиса у обожженных детей сохраняется на уровне 4,3—5,5%, а летальность среди заболевших сепсисом достигает 57,3%. Характерно развитие раннего сепсиса, осложняющего периоды шока и токсемии. Поэтому в первый период ожоговой болезни у детей, наряду с восстановлением гемодинамики, микроциркуляции, нормализации водно-электролитного баланса, важными задачами являются лечение и профи-

лактика ранних осложнений ожоговой травмы.

Противошоковую терапию осуществляли дифференцированно, с учетом возрастных и индивидуальных особенностей пострадавших детей. Объем инфузионной терапии ориентировочно определяли по известным формулам, учитывающим общую площадь поражения и массу тела больного; этот объем не должен превышать $\frac{1}{10}$ массы тела ребенка. Основу терапии ожогового шока составили плазмозамещающие растворы гемодинамического, реологического и дезинтоксикационного действия (полиглюкин, плазма, альбумин, реополиглюкин, желатиноль, гемодез), глюкозо-солевые и буферные растворы, 0,125% раствор новокаина. Переливание крови в первом периоде ожоговой болезни производили только при кровопотере, так как в свете современных представлений о патогенезе ожогового шока нефизиологично переливать кровь в первые 24—48 ч после травмы [2, 4].

С целью лечения и профилактики ранних осложнений ожоговой болезни проводили иммунотерапию, включающую внутримышечное введение антистафилококкового гамма-глобулина, синегнойного и стафилококкового бактериофагов, внутривенное вливание антистафилококковой плазмы и иммуноглобулина. Антибактериальную терапию назначали при глубоком поражении у детей более 10% поверхности тела и при наличии ожога дыхательных путей. Одновременно выполняли комплекс мероприятий, направленных на достижение достаточного обезболивания, профилактики или устранения функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, почек и других органов и систем (коргликон, сульфокамфокаин, анальгин, димедрол, витамины группы В, С, гепарин, гормональные препараты и др.).

В периодах токсемии и септикоцемии при комплексном лечении решали три задачи: пластическое восстановление утраченного кожного покрова, устранение возникших изменений функции внутренних органов, сохранение функции опорно-двигательного аппарата.

Трансфузионно-инфузионная терапия включала прямые переливания крови в количестве 80—150 мл до 3 раз в неделю с целью компенсации анемии и стимуляции адаптационных механизмов. Кроме того, переливали свежесцитратную кровь под контролем гематологических показателей, нативные белковые препараты (плазму, альбумин, протейн) по 100—120 мл 3—4 раза в неделю, назначали глюкозо-солевые растворы, низкомолекулярные синтетические коллоидные препараты (гемодез, реополиглюкин) по 100—200 мл 3—6 раз в неделю для детоксикации. Антибактериальную терапию проводили, как прави-

ло, с учетом чувствительности микрофлоры ран и крови. Наиболее часто применяли клафоран, цефамезин, карбенициллин, гентамицин, ампиокс. Для уменьшения побочного действия антибиотиков предписывали нистатин, леворин, лактобактерин, колибактерин, бифидумбактерин в возрастных дозировках. В ряде случаев внутривенно вводили 10% раствор этазола натрия и 1% раствор диоксида.

Гормональные препараты давали по строгим показаниям. Глюкокортикоидные гормоны применялись с заместительной целью в периоде септикоцемии после отторжения ожоговых струпов при вялом течении раневого процесса. Преднизолон назначали в дозе от 10 до 30 мг в сутки с соблюдением правила суточного ритма и отменяли постепенно в течение 10—15 дней. Анаболические стероиды использовали в стадиях токсемии и септикоцемии с целью повышения аппетита и ускорения отторжения некротических тканей.

Спонтанное отторжение ожогового струпа у детей на фоне адекватного общего и местного лечения протекает в более ранние сроки, чем у взрослых, поэтому основным методом подготовки ран к кожной пластике у детей с глубокими и обширными ожогами является этапная бескровная некрэктомия. В процессе местной подготовки ран к оперативному лечению использовали преимущественно растворы антисептиков (хлоргексидин, иодиол, диоксидин, риванол, цетилиридинийхлорид), а также по показаниям мази на гидрофильной основе (диоксиколь, диоксидиновая, левосин) и аэрозольные препараты (оксициклозол, левовинизоль). Широко применяли общие водно-детергентные ванны.

Адекватная трансфузионно-инфузионная терапия и активное местное лечение гранулирующих ран у детей позволили в большинстве случаев выполнить первую операцию свободной кожной пластики через 13—20 дней после травмы. С целью достижения наиболее полноценных функциональных и косметических результатов в области функционально активных участков тела производили свободную кожную пластику сплошными трансплантатами промежуточной толщины (0,3—0,35 мм) шириной 0,5—0,6 см, уложенными вплотную друг к другу в поперечном направлении по отношению к оси туловища.

У детей с глубокими ожогами до 10% поверхности тела кожнопластические операции выполняли в один этап. При более обширных поражениях повторные операции производили через 5—7 дней, одномоментно закрывали раны на площади до 10—13% поверхности тела, при необходимости повторно срезали лоскуты с заживших донорских участков. При ожогах более 30% поверхности тела вынужденно при-

меняли сетчатые трансплантаты с коэффициентом растяжения 1:3, которые распластывали в функционально неактивных местах. Мы считаем необходимым ограничивать показание к применению у детей экономных методов кожной пластики в связи с тем, что характерной особенностью детского организма в отличие от взрослых является непрерывный интенсивный рост. В результате пересадки тонких, сетчатых марочных трансплантатов формируется рубцовоизмененный кожный покров, препятствующий нормальному формированию скелета и развитию ребенка. Рациональное комплексное лечение в специализированном отделении позволяет в большинстве случаев восстановить кожный покров у детей на площади до 40% поверхности тела полноценными кожными трансплантатами.

Профилактику контрактур осуществляли с первых дней после травмы путем наложения гипсовых лонгет в положении гиперкоррекции в сочетании с занятиями лечебной гимнастикой. После выписки из стационара дети, перенесшие глубокие ожоги, находятся на диспансерном наблюдении в течение длительного времени (до 16 лет и более).

За последние 5 лет в ожоговом центре были лечены 359 детей с глубокими ожогами, из них 98 (27,3%) нуждались в дальнейшем в реконструктивно-восстановительных операциях.

Среди 368 детей с последствиями ожоговой травмы наибольший удельный вес составили больные с рубцовыми деформациями лица (22,7%), контрактурами кистей (21,2%), плечевых суставов (15,2%), шеи (13,6%). У 71,2% больных имелось сочетание нескольких контрактур и деформаций. Из 368 детей 45,4% больных были лечены в ожоговом центре по поводу свежей травмы; остальные пациенты впервые поступили для выполнения реконструктивно-восстановительных операций из различных областей Российской Федерации.

Анализ причин возникновения контрактур у детей показал, что к развитию рубцовых изменений приводили запоздалое (более чем 2,5 мес после травмы) восстановление кожного покрова, нередко связанное с несвоевременным переводом больных в специализированное учреждение, часто необоснованное применение экономных методов пластики (островкового, марочного), нерациональное использование сетчатых и тонких сплошных трансплантатов в функционально активных областях, недостаточное внимание к профилактике контрактур в стационаре, несоблюдение рекомендаций после выписки. В связи с интенсивным ростом детского организма у 23 детей сформировались вторичные контрактуры в результате отставания в росте

рубцов по границе трансплантатов и здоровой кожи.

Реконструктивно-восстановительное лечение детей с последствиями глубоких ожогов начинали, как правило, не позднее 6—8 мес, а при рубцовых деформациях кистей — через 1,5—3 мес после восстановления кожного покрова. Поскольку у большинства детей имелось сочетание нескольких контрактур, тщательно планировали очередность и объем оперативных вмешательств. В первую очередь стремились к устранению наиболее выраженных деформаций; оперативное вмешательство выполняли в максимальном объеме для полного восстановления функции.

Методика операции зависела от степени контрактуры и от обширности рубцового поля. Пластику местными тканями мы применяли редко — при контрактурах I степени и заключительных корригирующих операциях. Ведущим методом являлась дерматомная кожная пластика толстыми трансплантатами 0,45—0,55 мм часто в сочетании с местной кожной пластикой. На ладонную поверхность кистей и на лицо у детей пересаживали полнослойные лоскуты, взятые с помощью скальпеля на внутренней поверхности плеча и на животе. Подкожно-жировые лоскуты использовали для пластики носа и при тяжелых деформациях кистей и стоп с повреждением глубоких структур. При сгибательных и разгибательных контрактурах пальцев в сочетании с рубцовыми синдактилиями одновременно с кожной пластикой на ладонной или тыльной поверхности кисти формировали межпальцевые промежутки путем выкраивания П-образных лоскутов. Реконструктивно-восстановительное лечение последствий ожоговой травмы следует считать завершенным лишь после прекращения роста ребенка.

Потребность в реконструктивном лечении у детей зависела от способа восстановления кожного покрова при свежей травме. У 49 больных после пластики гранулирующих ран сплошными трансплантатами промежуточной толщины в отдаленном периоде после ожога было выполнено 0,71 операции на одного больного; у 41 ребенка в результате восстановления кожного покрова сетчатыми трансплантатами — 2,2, у 31 больного после применения марочного метода пластики или консервативного лечения — 3,0 операции на одного больного.

Таким образом, при лечении детей с глубокими ожогами важнейшей задачей является не только спасение жизни, но и достижение хороших функциональных и косметических исходов. При площади поражения до 40% поверхности тела мы стремимся к созданию наиболее полноценного кожного покрова путем пересадки ши-

роких трансплантатов промежуточной толщины, уложенных в поперечном направлении по отношению к оси туловища вплотную друг к другу, что приводит к уменьшению потребности в корригирующих операциях у детей по мере их роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евхаритская З. И., Баткин А. А.//В кн.: Ожоги.— М., 1986.

2. Казанцева Н. Д.//Особенности лечения ожогов у детей.— Л., Медицина, 1977.

3. Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич В., Зинкевич К.//Теория и практика лечения ожогов.— М., Медицина, 1980.

4. Vaix S.//In.: Pathologie chirurgicale (Ed. I. C. Patel).— Paris: Masson Cie, 1971.

Поступила 09.07.87.

УДК 616—006.487—053.2—08—036.17

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ

Л. В. Белеукая, Н. Х. Хасанова, Р. А. Шамсугдинова, Л. В. Аюпова,
М. Х. Хисматов

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Ретинобластома — злокачественная опухоль сетчатки у детей младшего возраста. Обычно она развивается в первые два года жизни. У 25—30% больных опухоль поражает оба глаза [3]. В настоящее время доказана наследственная природа ретинобластом у 50—70% больных [2]. Опухоль быстро растет и имеет склонность к метастазированию. Метастазы в лимфатические узлы, кости черепа, мозг, ребра, грудину, позвоночник, реже во внутренние органы могут появиться уже в I или чаще во II стадии болезни [1].

Общепринято комплексное и комбинированное лечение ретинобластом. В зависимости от стадии процесса оно включает фотокоагуляцию, изотопотерапию, энуклеацию глазного яблока, экзентерацию орбиты, рентгено- и химиотерапию. Эффективность лечения ретинобластом и выживаемость детей зависят, по литературным данным, от характера поражения, стадии заболевания и объема лечения. За последние 20 лет в связи с улучшением диагностики и лечения летальность снизилась до 30—40% [3].

Нами изучены исходы лечения ретинобластом у детей спустя 3—10 лет после установления диагноза и лечения. С 1976 по 1986 г. в глазных отделениях больниц ТАССР по поводу ретинобластомы были лечены 29 детей (мальчиков — 17, девочек — 12). По возрасту дети распределялись следующим образом: до 6 месяцев было 3 ребенка, от 6 месяцев до одного года — 5, от одного года до 2 лет — 9, от 2 до 3 — 7, от 3 до 4 — 4, 6 лет — один. У 20 (69,0%) детей процесс был односторонним, у 9 (31,0%) — двусторонним.

При обращении к врачам родители жаловались на свечение зрачка у детей (69%), косоглазие (17,2%), серый зрачок (13,8%). При офтальмоскопии впервые обследованных маленькие очаги беловато-серого цвета

были обнаружены у 8 (27,6%), большие очаги с проминенцией и выраженными новообразованными сосудами — у 21 (72,4%). У 13 (44,8%) больных отмечалось повышение внутриглазного давления, у одного (3,4%) — понижение; у остальных оно было в пределах нормы. У 8 (27,6%) больных наблюдалась инъекция сосудов глазного яблока. Из 12 детей, у которых можно было проверить зрение, слепота была у 8, у остальных — остаточное зрение. В 2 случаях из 29 ретинобластомы встречались у родственников больного.

Эхографическое исследование выявило «плюс-ткань» во всех случаях. Отдаленные исходы лечения ретинобластомы были прослежены у 24 детей. Из 15 больных с односторонней ретинобластомой живыми остались 10 (66,7%) детей, у 8 из них клинически и гистологически была установлена I стадия опухоли. Лечение их заключалось в энуклеации пораженного глаза. Жив был также один ребенок после комбинированного лечения, состоявшего из экзентерации орбиты, рентгено- и химиотерапии. У него была выявлена опухоль II стадии, при гистологическом исследовании энуклеированного глаза обнаружено прорастание опухоли в зрительный нерв. Умерли 5 (33,3%) больных с односторонней ретинобластомой (у 4 была III стадия, у одного первоначально была диагностирована II стадия опухоли без прорастания в зрительный нерв, через 8 месяцев после энуклеации возник рецидив опухоли). Из 5 детей полный курс лечения (экзентерацию орбиты, химио- и рентгенотерапию) прошел один ребенок. Родители остальных детей от продолжения лечения после энуклеации отказались. Двое детей умерли, несмотря на проведение комплексного лечения. Из 9 детей с двусторонней ретинобластомой живым остался один.