

УДК 617.52/.53-001.17-089.12

© В. С. САВЧИН

Комунальна міська клінічна лікарня № 8, м. Львів

Активна хірургічна тактика в лікуванні опіків голови та шиї

V. S. SAVCHYN

Lviv Communal City Clinical Hospital № 8

ACTIVE SURGICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF HEAD AND NECK BURNS

В алгоритм лікування хворих ми включили мазі з вмістом сульфадіазину срібла (“Дермазин”, “Аргедин”, “Аргосулфан”), у частини хворих проводили на ранніх етапах абразію (видалення) поверхневих некротичних тканин, антибіотикотерапію препаратами широкого спектра дії.

Глибокі опікові рани обличчя та шиї вимагають активної лікувальної тактики, а саме: раннього видалення некротичних тканин, ксеноімплантації з наступною автодермопластиком і антибактеріальною терапією. Рання некректомія на обличчі є доцільною з огляду на: відсутність стадії відторгнення струпу; свіже ранове ложе краще сприймає розщеплений товстошаровий і повношаровий клапот; скорочуються терміни лікування, прискорюються етапи активізації і реабілітації пацієнтів, отримуються кращі косметичні результати.

According to the algorithm of treatment we applied an ointment containing silver sulfadiazine (Dermazyn, Arhedyn, Argosulfan) in some patients conducted in the early stages of abrasion (removal) of surface necrotic tissue, antibiotic drugs of wide range of action.

Deep burn wounds of face and neck require active treatment strategy, namely: early removal of necrotic tissue xenotransplantation followed autograft and antibiotic therapy. Early necrectomy face is appropriate due to: lack of stage rejection crust, fresh wound bed better perceived split and full thickness flap; shortened treatment accelerated phases revitalization and rehabilitation of patients who received the best cosmetic results.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини, лікування опіків голови та шиї є одним із найскладніших питань у комбустіології [1, 2]. В останні роки проблеми лікування наслідків опікової травми і профілактики дефектів голови та шиї як складової частини комплексної технології відновної хірургії привертають значну увагу спеціалістів у цілому світі [6, 7]. На жаль, не існує остаточного консенсусу між спеціалістами провідних установ, які займаються проблемою лікування опіків стосовно способу лікування, термінів хірургічного втручання, техніки виконання операцій і подальшого догляду за опіковими рубцями [2, 5, 6].

У структурі опікової травми опіки голови та шиї сягають 23–30 %, а глибокі опіки зазначеної ділянки становлять 2–6,5 %. Водночас за останнє десятиріччя в галузі комбустіології та відновно-реконструктивної хірургії досягнуто значного прогресу.

Широко впроваджується в практику концепція ранніх хірургічних некректомій опікових ран з первинною ксено- та автопластиком, алгоритми профілактики та лікування ранової інфекції, відновлення

анатомічних структур та реабілітація в післяопераційному періоді [3, 4, 5]. Невирішеною проблемою залишається лікування хворих із поширеними опіками, за яких збереження життя пацієнта стає на перше місце. Опіки обличчя та шиї і їх наслідки призводять до появи емоційних реакцій і психопатологічних розладів порівняно з опіками іншої локалізації [2, 4].

Мета роботи: проаналізувати й оцінити результати лікування хворих з поверхневими і глибокими опіками голови та шиї із застосуванням мазей з вмістом сульфадіазину срібла, ранньої некректомії, ксеноімплантатів (ліофілізованою ксеношкірою ТОВ “Інститут біомедичних технологій”, м. Тернопіль) і автодермопластики.

Матеріали і методи. Впродовж 1996–2012 рр. на лікуванні перебували 256 хворих з опіками обличчя та шиї. У 52 хворих діагностовано опіки II–III–IV ст., у 204 хворих – опіки I–II–III ст. У 214 пацієнтів спостерігали опіки гарячими рідинами, контактні опіки – у 6 хворих, опіки хімічними сполуками – у 5 пацієнтів, відкритим полум’ям – у 31 хворого. Загальна площа опікової поверхні стано-

вила від 1 до 26 % поверхні тіла, глибокі опіки голови та шиї – від 0,3 до 5 %. Вік хворих – від 3 до 70 років. В алгоритм лікування хворих ми включили мазі із вмістом сульфадіазину срібла (“Дермазин”, “Аргедин”, “Аргосульфан”), у частини хворих проводили на ранніх етапах абразію (видалення) поверхневих некротичних тканин, антибіотикотерапію препаратами широкого спектра дії. Хворим із тяжкими ураженнями проводили інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію, спрямовану на корекцію порушень гемодинаміки і мікроциркуляції, профілактику і корекцію водно-електролітного обміну та функціонального стану внутрішніх органів, підвищення імунореактивності організму, боротьбу з рановою інфекцією. Тактику лікування хворих визначали з огляду на характер травми: площу та глибину, наявні поєднані та комбіновані пошкодження, особливості розвитку ранового процесу.

Результати досліджень та їх обговорення.

Слід зазначити, що перебіг поверхневих опіків обличчя і шиї I ст. відбувався без ускладнень і наслідків з епітелізацією впродовж 5–8 днів. Лікування здійснювали відкритим методом. Після очищення ран від залишків некротизованого епідермісу, розсічення міхурів наносили водорозчинні мазі з антисептиками. Перевагу віддавали мазі сульфадіазину срібла з огляду на: широкий спектр протимікробної активності (*Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter*, *Candida albicans* та ін.); добре проникнення через струп; запобігання втраті води, зменшення больового відчуття і запалення, прискорення епітелізації; відсутність феномена щільної фіксації пов’язки до рани. При пошкодженні очей, після огляду окуліста, в кон’юнктивальні мішки 4–8 разів на день капали розчин сульфацилу натрію, за повіки закладали очну тетрациклінову або левоміцетинову мазь. Лікування здійснювали до повного зникнення болю, ліквідації гіперемії склер. Опіки II ст. загоювалися до 3 тижнів, іноді з утворенням рубців і деформацій (виворіт повік, мікростомія, деформації вušних раковин). Тому проблема вибору активної лікувальної тактики полягала передусім у визначенні глибини опікової рани, а, по-друге, у застосуванні відповідної операційної тактики. Оскільки визначити глибину опікової рани за допомогою інструментальних, а тим більше гістологічних методів діагностики неможливо, ми базувались на клінічних спостереженнях. Перші 48 год із моменту травми проводили лікування мазями й оцінювали рану за такими ознаками: колір і щільність попечених тканин, колір некротичного струпу. На 3-тю добу під загальним знеболюванням проводили пошарове видалення не-

кротичних шарів дерми за допомогою фрез для дермабразії або за допомогою леза скальпеля знімали некротичний струп до появи капілярної кровотечі. Слід пам’ятати, що дермабразію виконують делікатно без використання ножа або дерматома з огляду на високу ймовірність пошкодження здорових структур шкіри. Після обробки антисептиками закривали ліофілізованими ксеноімплантатами. Через 6–9 днів ксеноімплантати відпадали із загоєних ран.

Опіки III ст. обличчя та шиї в перші дні лікували так, як і поверхневі. Накладали пов’язки з антисептиками, мазями на водорозчинній основі. Ранне хірургічне втручання здійснювали на 3–8-му добу від моменту травми, після стабілізації загального стану хворого, шляхом одноразового або дворазового висічення некротичного струпу до візуально непошкоджених термічним агентом тканин. Після ретельного гемостазу рани закривали ліофілізованими ксеноімплантатами на 3–6 днів, потім їх видаляли і проводили санацію рани. Водночас здійснювали інфузійно-трансфузійну терапію під контролем лабораторних даних (Hb не нижче 100 г/л, Ht не нижче 32, загальний білок понад 60 г/л, діурез 1 мл/кг/год), проводили ранові відбитки, брали матеріал на бактеріологічний посів і визначення чутливості до антибіотиків. Автотрансплантацію шкіри на рани обличчя виконали у 46 хворих, з них у 34-х пацієнтів – розщепленим товстим, а в 12 осіб – повношаровим клаптом. У всіх пацієнтів спостерігали приживання трансплантатів із задовільним косметичним і функціональним ефектом (приживання автотрансплантатів у 34 хворих на 99–100 %), у 11 пацієнтів – на 95 %, у 1 хворого – на 90 %. Гнійно-септичних ускладнень не виявлено.

При цитологічному дослідженні мазків-відбитків встановлено: кількість нейтрофілів – 45–70 %, лімфоцитів – 25–35 %, макрофагів – 7–10 %. До і після некретомії, до ксенопластики й автодермопластики здійснювали забір матеріалу з рани для верифікації і визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків.

Результати посіву з рани до операції (2–5-й день хвороби): у 74 % пацієнтів висівали золотистий стафілокок, синьогнійну паличку – у 16 %, кишкову паличку – у 10 %. Після висічення некротичного струпу, до виконання ксенопластики (3–8-й день хвороби): у 85 % хворих висівали золотистий стафілокок, у 12 % пацієнтів – синьогнійну паличку, у 3 % – кишкову паличку. На 8–11-й день захворювання, після зняття ксеноімплантатів до здійснення автодермопластики: у 48 % хворих висівали золотистий стафілокок, у 7 % хворих – синьогнійну паличку. Чутливість мікрофлори до антибіотиків була такою: до цефазоліну чутливі 37 % штамів, до кімаце-

фу – 68 %, до фортуму – 88 %, до амікацину – 90 %, до тіенаму – 98 %, до меронему – 100 % штамів.

Таким чином, на нашу думку, глибокі опікові рани обличчя і шиї вимагають активної лікувальної тактики, а саме: раннього видалення некротичних тканин, ксеноімплантації з наступною автодермопластиком і антибактеріальною терапією. Рання некректомія на обличчі є доцільною з огляду на: відсутність стадії відторгнення струпу; свіже ранове ложе краще сприймає розщеплений товстошаровий і повношаровий клапоть; скорочуються терміни лікування, прискорюються етапи активізації і реабілітації пацієнтів, отримуються кращі косметичні результати. Ксеноімпланти як проміжний етап у лікуванні перешкоджають мікробній контамінації, втраті білків та електrolітів, покращують мікроциркуляцію, усувають больові відчуття при заміні пов'язок, стимулюють утворення фібробластів. Очікування самостійного відторгнення некротичних тканин, появи грануляцій з наступною автотрансплантацією вільни-

ми розщепленими клаптями шкіри не завжди дає задовільні результати, часто сприяє утворенню грубих келоїдних рубців.

Висновки. 1. Застосування мазей на гідрофільній основі, які містять сульфадіазин срібла (“Дермазин”, “Аргедин”, “Аргосульфан”), у хворих з опіками обличчя та шиї I–II ст. прискорює епітелізацію ран.

2. Раннє очищення опікової рани обличчя і шиї II ст. від некротичних тканин і закриття ран ліофілізованими ксеноімплантами зменшує больові відчуття, покращує процеси загоєння ран.

3. Алгоритм лікування, який включає хірургічне висічення некротичних тканин, тимчасове закриття дефектів ліофілізованими ксеноімплантами, відтерміновану автодермопластику повношаровим/товстошаровим трансплантами, комплексну антибіотикотерапію препаратами широкого спектра, дозволяє досягти добрих косметичних і функціональних результатів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Атясов Н. И. Система активного хирургического лечения тяжелообожженных – новая эра в комбустиологии / Н. И. Атясов, С. П. Перетягин : мат. научн. конф. : “Актуальные проблемы травматологии и ортопедии”. Ч. II, Термическая травма, 2001. – С. 6–8.
2. Ахмедов М. Г. К тактике хирургического лечения глубоких ожогов головы у детей / М. Г. Ахмедов : мат. VII Всероссийской научно-практической конференции по проблеме термических поражений. – Челябинск, 1999. – С. 257–259.
3. Гуда Н. В. Антимікробна спроможність консервованої шкіри / Н. В. Гуда // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 4. – С. 127.
4. Можливості відновлення втраченого шкірного покриву при

- дермальних опіках / В. І. Нагайчук, Т. В. Бігуняк, Н. В. Гуда, Н. О. Старикова // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2.
5. Повстяной Н. Е. Выбор методов кожной пластики при раннем хирургическом лечении ожогов / Н. Е. Повстяной, О. Н. Коваленко // Комбустиология на рубеже веков : тез. докл. Международ. конгресса. – М., 2000. – С. 149.
6. Григорьева Т. Г. Новые технологии лечения обширных глубоких ожогов и их последствий / Т. Г. Григорьева // Международный медицинский журнал. – 2002. – № 2. – С. 116–121.
7. Burns / E. Bey, A. Hautier, J. P. Pradier, P. Duhamel. – 2008, Dec. – 34(8). – P. 1113–1118. Epub 2008 Aug 15 Burns. – 2008 Dec. – Vol. 34(8). – P. 1113–1118. Epub 2008 Aug.

Отримано 12.11.13