

«ТЕЛЕВИЗИОННАЯ» ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Петросян А.А., студент 601 группы пед. факультета УГМУ  
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н., профессор Цап Н.А.)  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Цап Н.А.

Нарастающая актуальность такой нестандартной травмы, как падение телевизора на ребенка, особенно за последние 5 лет, продиктовала провести более углубленный анализ данного вида детского травматизма. Спектр публикаций по данной проблеме довольно скуден. **Цель работы:** Определить медико-социальную характеристику повреждений при падении телевизора на ребенка, с которым произошел несчастный случай. Сравнить результаты собственных исследований с данными зарубежной клиники. **Материал и методы исследования:** За период 2011-2015 гг. проведен ретроспективный анализ 25 историй болезни детей, на которых произошло в бытовых условиях падение телевизора; все включены в исследуемый клинический материал. Пострадавшие дети находились на лечении в реанимационном и травматологическом отделении регионального детского травмоцентра 1 уровня ДГКБ №9. В работе использованы метод создания ФИБа и элементарные методы статистики, в т.ч. метод сопоставления. **Результаты:** В возрастном аспекте среди пострадавших преобладают дети до 1 года – 14 (56%) пациентов, в возрасте 2 лет было 7 (28%) детей, и по 2 детей (8%) в возрасте 4 лет и 5 лет. Несчастье произошло в 16 (76%) случаях в городе Екатеринбурге, и в 9 (24%) случаях дети доставлены из территорий Свердловской области. Ведущее повреждение при падении телевизора на ребенка – черепно-мозговая травма в 84% случаев (21 ребенок). В структуре ЧМТ 8 (38%) случаев сотрясений головного мозга, 2 (9,5%) – ушиб головного мозга легкой степени, 5 (23,8%) – ушиб головного мозга средней степени и 6 (28,6%) случаев ушибов головного мозга тяжелой степени. У 17 (81%) детей было проведено комплексное консервативное лечение, которое включало инфузионную, гемостатическую, десенсибилизирующую, обезболивающую, диуретическую, антибактериальную терапию и метаболическую поддержку. Оперативное вмешательство потребовалось 4 (19%) детям, были выполнены 2 оперативных вмешательства по установке интрапаренхиматозного датчика внутричерепного давления, 2 репозиции вдавленных переломов черепа, в 3-х случаях – трепанация черепа и удаление эпидуральных гематом. Для сравнения полученных данных была взята Le Bonheur Children's Hospital (LBSH), которая является травматологическим центром первого уровня и обслуживает западный Теннесси, а также части штата Арканзас, Миссисипи, Кентукки, и Миссури. Зарубежные коллеги провели подобное исследование в период с 2009 по середину 2013 года. За данный период поступило 26 детей в анамнезе, которых было падение телевизора. Ведущим повреждением также была черепно-мозговая травма в 77% (20 детей). В 5 случаях потребовалось оперативное вмешательство. Среди пострадавших 2 детей (7,5%) в возрасте 1 года, 10 детей (38,5%) 2-х лет, 5 детей (19%) 3-х лет, 7 детей (27%) 4-х лет, 1 ребенок (4%) 6-ти лет, 1 ребенок (4%) 7 лет. При рассмотрении гендерного признака у получивших «телевизионную» травму детей, не выявилось существенных различий: 12 мальчиков (48%), 13 девочек (52%), тогда как у наших иностранных коллег преобладали мальчики - 19 (73%). В ДГКБ №9 все выжившие дети были выписаны в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита, а в ЛВСН 22 ребенка (85%) были выписаны в удовлетворительном состоянии, 4 детей (15%) с неврологическим дефицитом. **Выводы:** Падение телевизора на ребенка может привести к серьезным изолированным и сочетанным черепно-мозговым травмам, требующим неотложного комплексного лечения с оперативным вмешательством, т.к. более 50% ЧМТ относятся к средней и тяжелой степени тяжести. Чаще всего страдают дети раннего возраста. Решающим фактором профилактики «телевизионной» травмы детей является предупреждающие действия обеспечения безопасности окружающей среды.

ЛЕЧЕНИЕ ДОНОРСКИХ РАН ПОСЛЕ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ

Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н. БГМУ  
Кафедра общей хирургии (зав. каф.- д.м.н., проф. Полевой В.П.)  
Научный руководитель: проф. Сидорчук Р.И.

Вопрос относительно обработки и дальнейшего лечения ран, которые возникли при выполнении свободной кожной пластики, имеет важное практическое значение. Подобно ранам другого происхождения, они сопровождаются болевым синдромом и кровотечением, также ограничивают двигательную активность больного. Кроме того, донорские раны могут служить дополнительными воротами для экзогенной инфекции или даже источником интоксикации в случае их нагноения. Относительно большие, однако неглубокие донорские раны, нанесенные дерматомом, обычно самостоятельно эпителизируются на протяжении 12-16 сут в зависимости от толщины срезанного лоскута, то есть от их глубины. Чем толще трансплантат, тем глубже донорская рана и тем дольше она будет заживать. В случае нагноения такой раны, процесс заживления затягивается. Это случается чаще у истощенных потерпевших с тяжелыми ожогами и снижением резистентности к инфекции, когда лечение донорских ран есть таким же проблематичным, как и лечение самих ожогов. В некоторых случаях гнойные донорские раны могут требовать трансплантации кожи. Иногда, в зависимости от особенностей организма, могут формироваться нормо- и гипертрофические рубцы донорского места. Донорскую рану можно лечить по-разному. Наиболее простой способ – высушивание через 1-2 слоя марли с помощью тепловентилятора или фена с целью формирования сухого струпа, под которым происходит эпителизация донорского места. Недостаток указанной тактики – постоянная жгучая боль во время высушивания ран, чувство стяжения и необходимость удерживать донорское место постоянно открытым. Донорскую рану можно покрывать также суфра-тюлем, бранолиндом, однако наиболее рациональным вариантом лечения следует считать применение лиофилизированных ксенодермотрансплантатов свиньи. После снятия эпидермо-дермального лоскута с целью уменьшения кровотечения с донорской раны целесообразно наложить стерильную салфетку и увлажнить ее изотоническим раствором натрия хлорида с адреналином (4:1). После остановки кровотечения на рану накладывают ксенотрансплантат, предварительно замоченный на 8-10 мин в растворе антисептика, закрывая ее полностью с напуском до 1 см. Повязку фиксируют обычным бинтом, поверх которого желативно наложить эластический бинт для лучшей фиксации. При этом значительно уменьшаются болевые ощущения, нет необходимости удерживать донорское место постоянно открытым и высушивать его, что особенно проблематично у детей. Кроме этого, на 3-4 сут ускоряется эпителизация донорских ран (обычно к 12-14 сут). Под ксенолоскутом могут образовываться мелкие гематомы, поэтому на следующий день после операции выполняют контрольную перевязку, во время которой, в случае необходимости, удаляют накопившуюся кровь. Если ширина донорской раны не превышает 4-6 см, можно выполнить два продольных разреза вдоль края через остатки дермы и клетчатку, после чего наложить отдельные узловыи швы, а еще лучше косметический внутрикожный непрерывный шов. Благодаря таким разрезам обнаженная дерма погружается

швами и не мешает дальнейшему заживлению. Таким образом рану можно защитить наглухо без особенного натяжения. Швы с донорского места желательнее снимать не раньше 10-х сут.

#### ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ДЕКАСАН» ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГАХ

Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н. БГМУ

Кафедра общей хирургии (зав. каф.- д.м.н., проф. Полевой В.П.)

Научный руководитель: проф. Сидорчук Р.И.

Инфекция ожоговых ран способствует углублению некроза, тормозит процессы регенерации, стимулирует чрезмерное образование рубцовой ткани. Борьба с инфекцией ожоговых ран, ускорение процессов регенерации остаются важной задачей комбустиологии. **Цель работы:** Изучение клинической эффективности препарата «Декасан» в лечении больных с поверхностными дермальными ожогами. **Материал и методы исследования:** Препарат обычно применялся с 1-2 суток после получения травмы до полной эпителизации ожоговых поверхностей. Следует отметить его хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов и осложнений. **Результаты:** Местное лечение ожоговых ран с использованием препарата «Декасан» оказывало благоприятное влияние на развитие клеточно-опосредованных реакций сосудистой фазы воспаления по фагоцитарному типу с положительной динамикой цитологического состава раневого отделяемого. Это находило отображение в снижении числа дегенеративно измененных нейтрофильных гранулоцитов. На 7-8 сутки в раневых отпечатках наблюдалось значительное уменьшение количества расположенной внеклеточно микрофлоры. Также повышалось содержание нейтрофильных гранулоцитов в состоянии завершеного фагоцитоза. На 14-15 сутки наблюдалось незначительное содержание микрофлоры, которая имела преимущественно внутриклеточное расположение. Количество нейтрофильных гранулоцитов в состоянии завершеного фагоцитоза достигало 65%. Клеточный состав цитограмм характеризовался постепенным снижением количества нейтрофильных гранулоцитов и повышением количества лимфоцитов и моноцитов. Это соответствовало регенераторному типу цитограммы. В первые сутки число микробных тел колебалось в широких пределах, не превышая  $10^2$ - $10^4$ /см<sup>2</sup> раневой поверхности. На 7-8 сут достоверно возрастало в 19 раз только количество *S. aureus*. Через 14-15 сут существенного снижения уровня микробной контаминации не было. Однако число микробных тел в опытной группе было значительно ниже: *S. aureus* – в 22 раза, *S. epidermidis* – в 30 раз, *E. coli* – в 42 раза, *Ps. aeruginosae* – в 11 раз. При сравнении чувствительности высеваемой флоры к антибиотикам отмечена тенденция к повышению ее резистентности в сравнении с исходными значениями, более существенная в контрольной группе, где применялись другие антисептики. Такое снижение чувствительности микрофлоры может быть связано с формированием антибиотикорезистентности внутригоспитальных штаммов, которые попадают на ожоговую поверхность в процессе лечения. Другой причиной этого явления может быть развитие резистентности микрофлоры вследствие нерациональной антибиотикотерапии. Также установлено более благоприятное течение раневого процесса у больных, местное лечение которых включало применение декасана. Быстрее купировались признаки инфекционно-воспалительного процесса, очищение ран от некротизированных тканей происходило по демаркационному типу. Эпителизация поверхностных дермальных ожогов осуществлялась по островковому типу и завершалась на 19-21 сутки после травмы. **Выводы:** Таким образом, использование препарата «Декасан» при местном лечении поверхностных дермальных ожогов позволяет улучшить течение раневого процесса, уменьшить риск местных инфекционных осложнений, сократить сроки заживления ран.

#### СОСТОЯНИЕ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Пикас П.Б., асс. кафедры

Национальная медицинская академия последипломного образования имени Шупика П.Л.

Кафедра хирургии и трансплантологии (зав. каф. – проф. Усенко Ю.Д.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Полинкевич Б.С.

Важным фактором в защите кишечного барьера является его микрофлора, которая у здорового человека насчитывает более 500 видов микроорганизмов, что определяет стабильность его функций. Изменение состава микрофлоры кишечника в организме человека сопровождается развитием нарушений его функций и отрицательным влиянием на общесоматические регуляторные процессы. Микрофлора кишечника у здорового человека продуцирует ферменты, повышает скорость обновления его клеток и защищает стенку от колонизации патогенной и условно-патогенной микрофлорой, увеличение количества которой может приводить к образованию канцерогенных веществ (триптофан, индолы, нитраты и другие). **Цель работы:** Исследования были оценены по качественному и количественному составу микрофлоры толстой кишки у больных с полипами пищеварительного канала. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 35 (35,4 %) здоровых лиц (I группа, сравнения) и 64 (64,6 %) больных с полипами желудочно-кишечного тракта (II группа). Больные находились на амбулаторном или стационарном лечении в клинике Государственного учреждения «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова» НАМН Украины, где проводились исследования. Микробный состав толстой кишки изучали бактериологическим методом (посев кала на специальную среду); изучали облигатную и факультативную кишечную флору, ее качественный и количественный состав. **Результаты:** У здоровых лиц (I группа) выявлена только облигатная микрофлора (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*). У больных с полипами желудочно-кишечного тракта (II группа) микробиоценоз кишечника нарушен: отмечены изменения качественного и количественного состава микрофлоры. У лиц II группы также выявлена облигатная микрофлора (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*), общее количество бактерий и каждой из них в отдельности значительно уменьшено (до  $10^5$  КУО/мл и менее,  $p < 0,05$ ) против показателей у здоровых лиц, что приводило к снижению колонизационной резистентности организма и роста факультативных бактерий (*Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli hemolitica*), которые отсутствуют у здоровых лиц (I группа). **Выводы:** У больных с полипами желудочно-кишечного тракта количество облигатной микрофлоры (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*) снижено и отмечено наличие условно-патогенной микрофлоры в кишечнике, что может отображать снижение реактивности организма, а также имеет практическое значение для обоснования рационального лечения пациентов. Полученные результаты бактериологических исследований свидетельствуют о необходимости включения антимикробных препаратов и пробиотиков в схему комплексного лечения больных с полипами желудочно-кишечного тракта, что может в определенной мере влиять на возникновение рецидивов полипов, может предупредить их развитие и является перспективной дальнейших наших разработок.