ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕ РУБЦА ПОСЛЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA OF BURN WARD PATIENTS AND ITS EFFECT ON TISSUE REGENERATION AND SCAR FORMATION AFTER THERMAL BURNS

Емельянова Альбина Миннегаязовна, врач-хирург ожогового отделения
Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевская Государственная Медицинская Академия, г. Ижевск
Мухамадиева Анастасия Романовна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г.Ижевск
Николаева Юлия Николаевна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г. Ижевск

A.M. Emelyanova mingazova-87@mail.ru
S.N. Styazhkina sstazkina064@gmail.com
A.R. Mukhamadieva nastya-muh@mail.ru
Y.N. Nikolaeva nikolaevayulia28061999@gmail.com

Аннотация

Данная статья посвящена изучению вопросов, связанных с лечением пациентов ожогового отделения при наличии дисплазии соединительной ткани. В статье представлен анализ клинических случаев с разным лечением ожоговых ран у пациентов с дисплазией соединительной ткани, с описанием состояния послеожоговых ран и сроках их заживления.

Annotation

This article is devoted to the study of issues related to the treatment of patients in the burn department in the presence of connective tissue dysplasia. The article presents an analysis of clinical cases with different treatment of burn wounds in patients with connective tissue dysplasia, with a description of the state of post-burn wounds and the timing of their healing.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, термические поражения кожи, терапия цитокинами, послеожоговые раны, контрактуры

Keywords: connective tissue dysplasia, skin thermal injuries, cytokine therapy, post-burn wounds, contractures

Введение

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – состояние с прогрессирующим течением, обусловленное генетическими мутациями и приводящее к дефектам волокон соединительной ткани и ее основного вещества, которое в последующем проявляется в морфологических и функциональных нарушениях органов. ДСТ влияет на течение сопутствующей патологии и, как следствие, на ее терапию.

На этапе внутриутробного развития происходит мутация генов, которые отвечают за синтез молекул соединительно ткани, их организацию в пространстве. Также генетические мутации затрагивают ферменты и их кофакторы.

В настоящее время синдром дисплазии соединительной ткани стал настоящей проблемой, он имеет широкое распространение, особенно в регионах Урала и Предуралья [1]. ДСТ имеет системный характер, т.к. нарушается строение соединительной ткани уже на генетическом уровне и, как следствие, проявляет себя во всех системах организма. Поэтому пациенты с дисплазией соединительной ткани имеют особенности в построении тактики лечения в любых отраслях медицины.

Цель работы: изучить влияние ДСТ на заживление ожоговых ран и формирование рубцов и особенности тактики лечения пациентов с данными патологиями.

Материалы и методы исследования

Исследовательская работа проведена на базе БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска (ожоговое отделение). Проведен анализ лечения и его результаты у пациентов с глубокими ожогами различной локализации.

Изучено два клинических случая: мужчины 38 и 49 лет, поступившие в ожоговое отделение и имеющие синдром дисплазии соединительной ткани. Пациентам проводилось разное лечение: с дополнительной терапией ДСТ и без нее.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты с дисплазией соединительной ткани в зависимости от степени тяжести имеют гистологические особенности в строении кожи.

Был взят на патогистологическое исследование кожный лоскут у больных, сочетающий глубокие и тяжелые ожоги с дисплазией соединительной ткани выраженной степени тяжести. Были обнаружены: аргирофильные волокна образуют слаборазвитую сеть, атрофия и фиброзис кожи, отсутствие сальных и потовых желез и волоса. При глубоких ожогах средней степени тяжести в патогистологическом исследовании лоскута кожи было обнаружено: сосочковый слой кожи сглажен, коллагеновые волокна имеют разную направленность, также преобладает молодая грануляционная ткань.

У пациентов с легкой степенью тяжести дисплазии соединительной ткани при исследовании кожного лоскута было выявлено изрядное преобладание грянуляционной ткани, ороговевающий плоский многослойный эпителий.

Два исследуемых пациента имели ожоговые травмы в сочетании с дисплазией соединительной ткани (выраженная степень тяжести). Поэтому

дополнительно к общему (стандартному) лечению одному из пациентов были включены препараты магния и иммуномодуляторы. Отличия в койко-днях составило: 42 дня у пациента Х. 49 лет и 26 дней у пациента С. 38 лет. От момента поступления в ожоговое отделение до момента проведения аутодермопластики длительность лечения составила у пациента Х. 24 койко-дня, а у пациента С. – 14 дней. Пациент С. в ходе предоперационной подготовки в качестве дополнительной терапии ДСТ проходил курс лечения цитокинами (Ронколейкин рИЛ-2), являющийся структурным и функциональным аналогом эндогенного интерлейкина-2 (ИЛ-2)) и препаратами содержащими магний (Аспаркам).

Клинический случай №1

Пациент С., 38 лет, работает мастером на заводе, пребывал в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в ожоговом отделении. Поставленный диагноз - контактный ожог 3А и 3Б степени туловища и левой верхней конечности 6% (из которых 3Б составил 5%).

Травма получена в результате падения в бане на печь, на следующий день обратился в приемное отделение ожогового отделения и был госпитализирован.

При поступлении состояние пациента было удовлетворительным. Локальный статус: на туловище слева на спине, левом плече и предплечье ожоговые раны, покрытые плотным коричневым струпом, умеренная перифокальная воспалительная реакция. Отведение в левом плечевом суставе на момент госпитализации составляло меньше 45 градусов.

У пациента были отмечены, характерные для клиники ДСТ, признаки. Больной мог сворачивать язык в виде трубочки, был нарушен рост зубов, имелись сросшиеся мочки ушей, нарушение симметрии носовая перегородка с нарушенной симметрией, стрии на кожных покровах, деформация позвоночника по типу сколиоза и гипермобильность суставов. Ориентируясь на схему критерий диагностики дисплазии

соединительной ткани Т. Милковска-Дмитровой и А. Каракашево, пациент С. Имеет главные диагностические критерии – сколиоз, высокая подвижность суставов, нарушение растяжимости кожи, и диагностические критерии второй степени – аномалии ушных раковин и зубов. Таким образом, по классификации тяжести дисплазии соединительной ткани больному была выставлена 2 степень тяжести.

Пока пациент находился в ожоговом стационаре ему провели 2 аутодермопластики. Две операции были проведены из-за того, что в области плечевого сустава раны были наиболее глубокие (площадь 124 см квадратных) и на первой операции были не готовы к пластическому закрытию. При проведении первой операции был взят кожный лоскут на гистологическое изучение, и было получено заключение о том, что эпидермис истончен и имеет признаки ороговения, а также аргирофильная сеть, сосочковый слой дермы и капиллярная сеть дермы развиты.

Стоит обратить внимание на то, что пациент получал не только хирургическое лечение, но и стандартную терапию ожоговой болезни, которая включала в себя медикаментозную терапию (антибактериальную)-цетриаксон, инфузионная и обезболивающую терапию, также местное лечение ран с подготовкой ран к аутодермопластике с помощью повязок с пермофом, фибросорбом, левосином, воскопраном, раствором хлорфиллипта. Дополнительно пациенты провели курс лечения цитокинами (Ронколейкин) и препаратами, включающими магний (Аспаркам). Больной выполнял лечебную физкультуру под контролем инструктора с момента госпитализации в ожоговое отделение, а также проводилось позиционирование левой верхней конечности.

Через 39 койко-дней больной был выписан из больницы (40 дней с момента получения травмы и начала ее лечения). В момент выписки аутотрансплантаты кожи хорошо прижились, образовалась приводящая послеожоговая рубцовая контрактура левого плечевого сустава I степени.

В результате лечения отведение в левом плечевом суставе составило на момент выписки 160 градусов (рис. 1,2).

Пациенту также была рекомендована для дальнейшего использования стандартная противорубцовая терапия.



Рисунок 1



Рисунок 2

Клинический случай №2

Пациент Х., 49 лет, не работает. Больной экстренно поступил в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» ожоговое отделение. Был выставлен диагноз: ожог пламенем 2-3 АБ степени туловища, левой кисти, правой верхней конечности 25% (3Б 10%), ожоговый шок I степени.

Обстоятельства травмы: упал на газовую плиту во время эпиприпадка, доставлен бригадой СМП в приемное отделение, госпитализирован в ожоговое отделение.

При поступлении больного в ожоговое отделение его общее состояние было средней степени тяжести. Локальный статус: на верхней правой конечности циркулярного направления, на левой кисти, на туловище ожоговые раны без эпидермиса, дно ран, расположенных на

спине и правом боку, ярко-красного цвета; локально и мозаично на правом плече и предплечье светло-желтый струп. Отведение в правом плечевом суставе было меньше 40 градусов.

У больного Х. были выявлены такие же клинические признаки дисплазии соединительной ткани, как и у пациента С. Соответственно согласно классификации тяжести дисплазии соединительной ткани пациенту Х. также выставлена 2 степень тяжести.

Во время нахождения пациента в ожоговом стационаре была проведена аутодермопластика на 24 койко-день. Пациенту провели хирургическое лечение, а также стандартную терапию ожоговой болезни:

1. Медикаментозная терапия, включающая в себя антибиотики (цефтриаксон, ванкомицин), инфузионную терапию (рингер, 5% глюкоза, гелофузин, физ. Раствор), обезболивание (кеоторол, анальгин), гастропротекторные препараты (омепразол), витамин С и антиагреганты (пентоксифиллин, ацекардол).
2. Местное лечение ран, а именно перевязки с левосином (левомеколем).

Выписан пациент был на 42 койко-день (42 дня с момента получения травмы). При выписке раны эпителизировались, донорские участки кожи зажили, сформировалась приводящая послеожоговая рубцовая контрактура правого плечевого сустава 2 степени. Отведение в правом плечевом суставе на момент выписки составляет лишь 55 градусов (рис. 3,4). При выписке пациент получил рекомендации: по месту жительства наблюдение у невролога и хирурга, соблюдение гигиенических правил в уходе за кожей, по необходимости наложение повязок через 1-2 дня с левосином, обработка заживших ран увлажняющим кремом, противорубцовая терапия, которая включает в себя электрофорез с лидазой, фонофорез с ферменколом, ЛФК, ношение силиконовых пластин, а также местно использование противорубцовых гелей и мазей.



Рисунок3



Рисунок 4

Заключение

Диагностика и лечение ожоговых ран – это процесс, на достойный результат которого уходит длительное время. Кроме этого, лечащему врачу для достижения наилучшего эффекта после аутодермопластики часто нужно искать нестандартные схемы лечение, например, к распространенной и повседневной терапии ожоговой болезни добавляют цитокины и препараты, содержащие магний. Такое лечение, как показывает практика, дает прекрасные результаты и обеспечивает почти полное восстановление утраченных функций.

Литература

1. Клинические рекомендации РНМОТ «Дисплазии соединительной ткани» 2017. Доступно по: https://www.rnmot.ru/public/uploads/2018/RNMOT/Клинические%20рекомендации_ДСТ%20сайт%2016.02.18г_.pdf.
2. Министерство здравоохранения Удмуртской Республики.Доступно по: https://mzur.ru.

3. Стяжкина С.Н., Губайдуллина Г.З., Фаттахова Э.Н., Казакова В.В. «Дисплазия соединительной ткани в клинической практике»// Вестник науки и образования 2016. Т. 17. №5. С. 76–78.
4. Стяжкина С.Н., Федоров В.Г., Емельянова А.М., Матусевич А.Е., Иноземцева Е.А., Субаев Ф.Ф. «Актуальные проблемы лечения ожоговых ран у пациентов с синдромом дисплазии соединительно ткани»//Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» 2019. Т. 21. №1. С. 99–102.
5. Нечаев Г.И., Яковлев В.М., Конев В.П., Друк И.В., Морозов С.Л. «Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение»// Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач» 2008. №2. Доступнопо: https://www.lvrach.ru/2008/02/4828890.
6. Сизоненко, В. А. Атлас термических поражений // Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Literature

1. Clinical recommendations of RNMOT Connective Tissue Dysplasia 2017. Available by: https://www.rnmot.ru/public/uploads/2018/RNMOT/Клинические%20рекомендации_ДСТ%20сайт%2016.02.18г_.pdf.
2. Ministry of Health of the Udmurt Republic. Available at: https://mzur.ru.
3. Styazhkina S.N., Gubaidullina G.Z., Fattakhova E.N., Kazakova V.V. "Dysplasia of connective tissue in clinical practice "//Bulletin of Science and Education 2016. T. 17. NO. 5. S. 76-78.
4. Styazhkina S.N., Fedorov V.G., Emelyanova A.M., Matusevich A.E., Inozemtseva E.A., Subaev F.F. "Topical problems in the treatment of burn wounds in patients with connective tissue dysplasia syndrome "//Journal of scientific articles" Health and education in the 21st century "2019. T. 21. NO. 1. C. 99-102.

5. Nechaev G.I., Yakovlev V.M., Konev V.P., Druk I.V., Morozov S.L. "Connective tissue dysplasia: main clinical syndromes, diagnosis formulation, treatment "//Medical scientific and practical journal" Treating Doctor "2008. No. 2. Available: https://www.lvrach.ru/2008/02/4828890.
7. Sizonenko, V. A. Atlas of thermal lesions//Moscow: GEOTAR-Media, 2016.