

© А. Г. Васильева, Е. В. Зиновьев, 2015
УДК 616-053.6-001.17-06:616.094-07-08

А. Г. Васильева¹, Е. В. Зиновьев²

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЁНКА, ПОЛУЧИВШЕГО ОБШИРНЫЙ ГЛУБОКИЙ ОЖОГ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ СЕПСИСОМ, ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ

¹ Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — д-р мед. наук Г. О. Багатурия),

² кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии

(зав. — проф. А. Ф. Романчишен), ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Ключевые слова: ожоги, подросток, период полового созревания

Ожоговая патология продолжает оставаться одной из наиболее актуальных и социально важных проблем практического здравоохранения. Структура ожогового травматизма в последнее десятилетие изменилась в сторону утяжеления травм, увеличения удельного веса глубоких поражений среди всех категорий пострадавших, в том числе и детей в пубертатном возрасте [2, 3]. Течение ожоговой травмы у лиц пубертатного возраста представляет особый интерес, ввиду того, что в этот период онтогенеза любое внешнее воздействие может нарушить генетически детерминированную программу развития организма и привести к ее нарушению, а также вызвать негативное влияние на развитие и жизнеспособность индивидуума [4, 5]. Данные литературы по особенностям оказания помощи данному контингенту обожженных представлены в единичных публикациях, данные которых противоречивы [4–6].

Пострадавший Н., 13 лет, в 16.00 05.09.2014 г. при разжигании костра с использованием бензина получил ожог пламенем. Доставлен в Ленинградскую областную детскую клиническую больницу. Диагноз при поступлении: ожог пламенем 46% (32%) III–IV степени лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Ожоговый шок II степени. В анализах при поступлении признаки выраженного сгущения крови: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,78 \times 10^{12}/л$, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, гипергликемия, гипопропротеинемия, метаболический ацидоз, олигурия. Гемодинамика

стабильная, с тенденцией к тахикардии, центральное венозное давление +1 см вод.ст. Пострадавшему введено 15 мг промедола. На раны наложены влажно-высыхающие повязки с лавасептом (фирма «БиБраун»). Выполнена катетеризация подключичной вены. Установлен назогастральный зонд. Начата противошоковая инфузионная терапия.

В первые сутки после поступления объем внутривенной инфузии составил 7360 мл (0,9% раствор натрия хлорида, 5–10% раствор глюкозы, реополиглюкин и одноклассная свежемороженая плазма). На этом фоне гемоконцентрация снизилась, гемоглобин 155 г/л. Ребенок помещен во флюидизирующую установку «Сатурн-90». Инфузионная терапия ожогового шока проводилась с использованием растворов кристаллоидов, 5–10% глюкозы, 10% альбумина, одноклассной свежемороженой плазмы. Через назогастральный зонд получал раствор «Регидрона».

По клиническим и лабораторным данным 07.09.2014 г. диагностирован выход пострадавшего из ожогового шока: повышение температуры тела до 37,5 °С, нормализация гемодинамики и диуреза (пульс 86 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст.), а также снижение уровня гемоконцентрации (гемоглобин 132 г/л, эритроциты $4,47 \times 10^{12}/л$).

Больному были назначены терапия глюкозосолевыми растворами, альбумин по 50 мл/сут, одноклассная свежемороженая плазма, антибактериальная терапия. Также вводили антикоагулянты (гепарин), дезагреганты, антигистаминные препараты, ненаркотические анальгетики и ингибиторы протеаз. Получал нутритивную поддержку через назогастральный зонд в виде 1000 мл смеси «Нутризон энергия». Местно применяли влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков («лавасепт»).

Через три дня после травмы, 08.09.2014 г. состояние больного резко ухудшилось. Тахикардия до 125 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст., одышка до 30 в 1 мин. Температура тела снизилась до 35,6 °С. При осмотре: энцефалопатия, тахикардия,

Сведения об авторах:

Васильева Анастасия Григорьевна (e-mail: vasilyeva-87@mail.ru), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии;

Зиновьев Евгений Владимирович (e-mail: evz@list.ru), кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

в легких — влажные хрипы, парез кишечника, олигоанурия. Ввиду пиков гипергликемии до 16–18 ммоль/л проводилось дробное введение инсулина через инфузомат. Диагностированы ожоговый сепсис, полиорганная недостаточность (ожоговая энцефалопатия, двусторонняя пневмония, нефропатия, токсический гепатит). При посеве крови выявлены *St. aureus*, *Pseudomonas aurogenosa*, *Acinetobacter baumani*. Принято решение о переводе пациента на искусственную вентиляцию легких.

Местное лечение ожоговых ран было направлено на скорейшую их подготовку к хирургическому лечению — выполняли перевязки через день с растворами антисептиков, сульфаргинном. На 12-е сутки, 17.09.2014 г. выполнены некрэктомиа на площади 15% поверхности тела, аутодермопластика.

В раннем послеоперационном периоде состояние пациента вновь ухудшилось. Прогрессировали явления полиорганной недостаточности (энцефалопатия, миокардит, двусторонняя пневмония, появление признаков острой дыхательной недостаточности, почечная недостаточность, токсический гепатит, токсическая нефропатия). Проведена смена бактериальной терапии с учетом чувствительности (тиенам, ванкомицин, метрогил, ципринол, меронем, ампициллин, гентамицин). Продолжена инфузионная терапия глюкозосолевыми растворами (5–10% глюкоза, мафусол, реамберин); свежемороженая плазма, альбумин, инфезол. Осуществляли иммунотерапию препаратом «Деринат», применяли антикоагулянты (гепарин, клексан), нутритивную поддержку («Нутризон энергия»), гепатопротекторы, метаболические корректоры (милдронат), витаминотерапию. От хирургической некрэктомии, ввиду тяжести состояния, решено воздержаться. 21.09.2014 г. — окончательное отторжение струпа, спустя 2 сут — аутодермопластика гранулирующих ран. На фоне комплексной терапии нормализовались самочувствие, температура тела, лабораторные показатели. Кожный покров восстановлен полностью. Выпи-

сан в удовлетворительном состоянии на 88-е сутки после поступления.

Клиническое наблюдение демонстрирует особенности раннего септического течения ожоговой болезни, выраженность полиорганной недостаточности у пострадавшего подростка в период полового созревания, а также возможность успешного комплексного лечения таких пациентов в условиях специализированного лечебного учреждения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Азолов В. В., Жегалов В. А., Дмитриев Г. И. Организация неотложной медицинской помощи при групповых и массовых ожогах // *Материалы Всерос. конф. «Проблемы лечения тяжелой термической травмы»*. Н. Новгород, 2004. С. 29–31.
2. Алексеев А. А., Жегалов В. А., Филимонов А. А. Проблемы организации и состояние специализированной помощи обожженным в России // *Сб. науч. трудов I съезда комбустиологов России*. М., 2005. С. 3–4.
3. Будкевич Л. И., Мирзоян Г. В., Коренькова С. С. Клинико-лабораторная оценка эффективности местной терапии ожоговых ран у детей препаратом «Сильведерм» // *Детская хир.* 2005. № 6. С. 47–50.
4. Егоров А. Л. Ранняя диагностика, прогнозирование течения и лечение сепсиса у детей с критическими ожогами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006. 23 с.
5. Марковская О. В. Оптимизация хирургического лечения детей с тяжелой термической травмой: Дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2001. 176 с.
6. Шень Н. П., Егоров В. М., Брезгин Ф. Н. Инфузионная терапия ожогового шока у детей // *Анестезиол. и реаниматол.* 2006. № 1. С. 14–16.

Поступила в редакцию 24.09.2014 г.