

## **ВЫБОР ТРАНСФУЗИОННОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАННИХ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

Егоров В.М., Пономарев Е.И., Брезгин Ф.Н., Гуляев А.Н., Ольховский Э.Ю.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП УГМА,

Городская детская клиническая больница №9

Помощь детям с термической травмой на современном этапе решается целым комплексом мер: своевременное начало противошоковой терапии, ранняя доставка пациентов в специализированное отделение, ранняя респираторная и нутритивная поддержка, оптимальная антибактериальная терапия. Тем не менее, нельзя отрицать, что исход ожоговой болезни во многом решается адекватная хирургическая тактика.

Целью нашей работы была оценка возможности обеспечения массивных одномоментных хирургических вмешательств у детей с термической травмой без применения препаратов крови.

Наблюдалось 29 детей с тяжелой термической травмой, находившихся в детском ожоговом центре с 1999 по 2002 год, у которых выполнены одномоментные оперативные вмешательства – некрэктомии и аутодермопластики без замещения препаратами крови. Средний возраст пострадавших составил  $4,6 \pm 0,7$  лет, общая площадь поражения,  $28,2 \pm 0,5\%$ , травмирующий агент – кипяток. Все дети доставлены службой Медицины катастроф из городов Свердловской области, среднее догоспитальное время составило  $16,2 \pm 1,5$  час. В качестве группы контроля изучены дети с аналогичными поражениями, отличающиеся трансфузионной тактикой – интраоперационное замещение кровопотери проводилось отмытыми эритроцитами в среднем объеме  $223,6 \pm 32,2$  мл.

Показания к хирургическому лечению устанавливались коллегиально исходя из площади и глубины поражения (глубина поражения III б - IV степень) и состояния больного. Оперативное вмешательство считали возможным при стабилизации центральной гемодинамики, которая контролировалась ультразвуковым методом исследования. Учитывая вероятность контаминации ран госпитальной микрофлорой оперативные вмешательства проводились в первые 72 часа от момента травмы – в раннем постшоковом периоде. Всем детям одномоментно выполнялись тангенциальные или фасциальные некрэктомии с аутодермопластикой на площади от 8 до 19% поверхности тела.

Тактика заместительной терапии: под контролем состояния центральной гемодинамики за 3 часа до предполагаемого оперативного вмешательства проводили гиперволемическую гемодилюцию солевыми растворами и препаратами на основе гидроксизилкрахмала. Объем инфузии составил в среднем 13 физиологической потребности. Интраоперационно заместительная терапия проводилась теми же средами с учетом объема кровопотери - в соотношении кровопотеря : инфузия = 1 : 3.

Обсуждение полученных результатов.

Учитывая активную гемодилюцию (гематокрит до операции составил  $27,3 \pm 0,3\%$ ) все пациенты не нуждались в инотропной поддержке миокарда интраоперационно. Несмотря на низкие показатели гемоконцентрации, транспорт кислорода не нарушался:  $SpO_2$  составляла  $98,8 \pm 0,2\%$ ,  $AaDpO_2 - 32,5 \pm 1,2$  мм рт.ст.,  $PaO_2/FiO_2 - 486,2 \pm 32,4$ .

Сравнение результатов лечения показало отсутствие достоверных отличий в сроках респираторной поддержки, лечения в отделении реанимации и стационаре между группами. Новая трансфузионная тактика позволила сократить объем потребления препаратов крови в отделении реанимации с  $485,3 \pm 88,1$  мл на одного ребенка в 1998 году до  $186,3 \pm 49,3$  мл в 2002 году, снизить стоимость лечения и риск заболевания инфекциями, передающимися через донорскую кровь.

## **ТРАНСПОРТИРОВКА ДЕТЕЙ В СОСТОЯНИИ ОЖОГОВОГО ШОКА: ОСОБЕННОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВА И РЕЗУЛЬТАТЫ**

Насонова Н.П., Брезгин Ф.Н., Крылов А.А., Тарасов А.А., Зырянов П.О.

Уральская государственная медицинская академия,

Городская детская клиническая больница №9

Врачебно-фельдшерская консультативная бригада детского ожогового центра в рамках службы «центра медицины катастроф Свердловской области» различными видами транспорта (самолет, вертолет, автомобиль) осуществила транспортировку 100 детей, находящихся в состоянии ожогового шока I – II степени тяжести. Средний возраст составил  $4,13 \pm 0,7$  лет, площадь поражения  $21,16 \pm 2,2\%$ . В качестве группы сравнения наблюдалось 54 ребенка, транспортированных после выхода из шока с аналогичными поражениями и антропометрическими данными и 55 детей, доставленных в центр сразу с места травмы. Максимальная удаленность от ожогового центра достигала более 400 км, все транспортированные больные выжили.