

НАУКА И ПРАКТИКА

Детская хирургия

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ И ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

УДК 616-001.17-089-053.2

В.С. Бикташев, П.В. Салистый, Г.З. Саидгалин

*Детская городская клиническая больница № 9, ожоговое отделение,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Проведен ретроспективный анализ результатов работы детского ожогового отделения за 1999—2015 годы. Исследована тактика лечения неотложных больных с пограничными и глубокими ожогами. Установлено, что дифференцированный подход к раннему хирургическому лечению у больных с ожогами IIIA—IIIB степени (по классификации МКБ 10) позволил снизить показатели инвалидности и изменил структуру плановых операций.

Ключевые слова: дети, ожоги, глубокие ожоги, хирургическое и консервативное лечение.

ANALYSIS OF THE TACTICS OF CONDUCTING PRESSING PATIENTS WITH THE BOUNDARY AND DEEP BURNS

V.S. Biktashev, P.V. Salistyj, G.Z. Saidgalin

Children's clinical hospital № 9, Burn department, Yekaterinburg, Russian Federation

The retrospective analysis of the results of the work of children's burn department in the years 1999 – 2015 is carried out. The tactics of the treatment of pressing patients with the boundary and deep burns is investigated. It is established that the individual approach to the early surgical treatment in patients with the burns IIIA-III B of degree (according to the classification МКБ 10) made it possible to reduce the indices of disablement and changed the structure of planned operations.

Keywords: children, burns, deep burns, surgical and the conservative treatment

Проведен ретроспективный анализ результатов работы детского ожогового отделения за 1999—2015 годы. Исследована тактика лечения неотложных больных с пограничными и глубокими ожогами. За представленный период оценивалось количество больных с глубокими поражениями и доля оперативного лечения среди этой группы, а также исходы раннего оперативного лечения.

Таблица 1

Соотношение количества операций у больных с глубокими ожогами

Год	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Кол-во больных с глубокими ожогами	155	162	166	215	188	209	185	203	
Количество операций	145	105	113	89	87	74	82	71	
Соотношение, %	93,5	64,8	68	41,5	46,2	35,4	44,3	35	
Средний койко-день	30,5	32,8	32,2	27,1	24,5	23,5	19,3	19,5	
Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Кол-во больных с глубокими ожогами	172	162	154	146	132	156	78	135	118
Количество операций	85	79	62	76	70	69	76	54	83
Соотношение, %	49,4	48,7	40,2	52	53	44,2	97,4	40	70
Средний койко-день	19,5	18,3	19	19	18,3	18,7	18,7	18,2	18

За прошедшие годы отмечается снижение количества операций (с 2002 г. – 89) при относительно том же количестве больных (в среднем 190 человек). Снижение сроков лечения отражается в уменьшении среднего койко-дня. Также оценивалась инвалидизация больных (табл. 2).

Таблица 2

Инвалидизация неотложных больных

Год	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Неотложных больных	376	403	399	408	390	378	389	411	
Количество инвалидизаций	31	28	32	15	14	16	9	9	
соотношение, %	8,2	6,9	8	3,6	3,6	4,2	2,3	2,19	
Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Неотложных больных	392	402	430	446	501	505	413	462	407
Количество инвалидизаций	9	8	9	8	5	4	5	7	0
соотношение, %	2,3	1,99	2,09	1,79	1	0,8	1,2	1,5	-

Данные таблиц показывают снижение инвалидизации по группе неотложных больных как в количественном, так и в процентном соотношении. Логичным исходом уменьшения доли оперативного лечения явилось увеличение количества плановых операций (табл. 3).

Таблица 3

Количество плановых больных, операций и средний койко-день

Год	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2004	2006
Плановые больные	81	73	55	78	68	78	57	78	108
Количество операций	119	88	72	70	81	105	64	105	99
Средний койко-день	23,6	19,6	17,1	16,6	17,7	17,2	12,9	17,2	15,4
Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Плановые больные	141	161	181	143	154	166	223	181	250
Количество операций	132	146	186	192	194	197	194	138	168
Средний койко-день	17,5	16,2	16,3	16,4	14,8	15,2	15,2	15	15

Рост плановых операций обусловлен увеличением количества дермабразий — оперативных вмешательств для улучшения косметического вида рубцов. Отмечается уменьшение операций при контрактурах, стяжениях, деформациях. Из проведенного анализа

можно сделать выводы, что дифференцированный подход к раннему хирургическому лечению у больных с ожогами IIIA—IIIB ст. (по классификации МКБ 10) привел не только к снижению инвалидизации, но и к изменению структуры плановых операций.

.....

ИНФУЗИОННАЯ НАГРУЗКА У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ТРУДНОСТИ НА ПУТИ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ И ОПЫТ ДЕТСКОГО ОЖГОВОГО ЦЕНТРА Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

УДК 616-001.17-053.2(470.54-25)

С.В. Боровских, М.А. Калинин, Л.Л. Романова

*Детская городская клиническая больница № 9, отделение реанимации,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Коллективом авторов предложено для всех детей с площадью ожога от 20 до 60% модифицировать формулу Паркланда до вида $3\text{мл/кг} \times \% \text{ ожога}$ (в виде внутривенной инфузии), а физиологическую потребность в жидкости вводить энтерально, ориентируясь на почасовой темп диуреза, где минимально допустимый уровень составил $0,75 \text{ мл/кг/час}$, состав инфузии — 50% — альбумин — 5%, 50% — кристаллоиды.

Ключевые слова: дети, ожоговая травма, интенсивная терапия, инфузионная нагрузка.

INFUSION THERAPY IN CHILDREN WITH THE BURN INJURY IN THE FIRST 24 HOURS: CONTEMPORARY TENDENCIES, DIFFICULTY IN THE PATH OF THEIR REALIZATION AND THE EXPERIENCE OF CHILDREN'S BURN CENTER G. EKATERINBURG

S.V. Borovskih, M.A. Kalinin, L.L. Romanova

Children's clinical hospital № 9, ICU, Yekaterinburg, Russian Federation

Group of authors it is offered for all children with an area of burn from 20 to 60% to modify Parkland's formula to a look $3\text{ml/kg} \times \text{burn} \%$ (in the form of intravenous infusion), and the physiological need for liquid to enter enteralno, being guided by hourly rate of a diuresis where minimum admissible level has made $0,75 \text{ ml/kg/h}$, structure of infusion — 50% — albumine — 5%, 50% — crystallites.

Keywords: children, burn trauma, intensive therapy, infusional loading.

Введение

В последние 10—15 лет в среде специалистов, занимающихся интенсивной терапией ожоговой травмы, в т.ч. у детей, отмечается тенденция к снижению объема инфузионной нагрузки у детей в первые 24 часа противошоковой терапии [1]. Снижение объема, вводимого внутривенно, достигается как

перерасчетом формулы Паркланда, так и увеличением объема вводимого энтерально питания и жидкости [1; 3; 4]. Коллективом авторов предложено для всех детей с площадью ожога от 20 до 60% модифицировать формулу Паркланда до вида $3\text{мл/кг} \times \% \text{ ожога}$ (в виде внутривенной инфузии), а физиологическую потребность в жидкости вводить энтерально,