

ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Штукатуров А.К., Сангалли Г.З., Лукин О.В.,
Панова О.В., Насонова Н.П.

Детский центр термических поражений в г. Екатеринбурге открыт в апреле 1993 года на базе крупной многопрофильной городской больницы № 9. В своем составе он имеет 20 коек хирургического профиля и 4 койки в составе реанимационного отделения. За 7 лет работы лечение прошли 2940 детей, выполнено 3060 оперативных вмешательств, 459 из них реконструктивно-восстановительных.

Создание детского ожогового центра позволило сконцентрировать оказание помощи детям с термической травмой и ее последствиями города Екатеринбурга и Свердловской области в едином специализированном центре, организовать единую систему этапного лечения и реабилитации. Дислокация ожогового центра на базе многопрофильной больницы даст возможность привлекать специалистов другого профиля при имеющейся сопутствующей патологии, а так же наличие комбинированных и сочетанных видов травм и повреждений.

Среднегодовое число поступивших больных изменяется незначительно: 420-450 человек в год, однако следует отметить увеличение числа больных с глубокими и распространенными ожогами. Если в 1993-1995 годах они составляли 18-20%, то в 1998-1999 годах эта цифра достигла 35-40%. Летальность в первые четыре года (1993-1997г.) составляла 3,6-2,5%, за счет несвоевременного поступления пациентов из области, неадекватно проводимой противошоковой терапии в ЦРБ, резкого ухудшения финансирования. По городу Екатеринбургу летальность составляла 1,1%, летальность областных детей в эти годы была 6,4-5,2%, дети поступали на 2-7 сутки с момента травмы. С 1998 года изменена тактика ведения пациентов из области, при поступлении ребенка в ЦРБ в первые часы проводится консультация по телефону, корригируется противошоковая терапия. В течение первых суток обеспечивается выезд специалиста ожогового центра на место по линии Медицины катастроф, и практикуется перевод в ожоговый центр. В дальнейшем продолжается интенсивная терапия, а при глубоких поражениях - подготовка пациента к операции, проводимой в течение первых трех суток с момента травмы.

Всем детям, поступившим в течение первых суток с момента травмы с глубокими и распространенными ожогами, проводится ранняя некрэктомия с одновременно аутопластикой, при дефиците кожных ресурсов используется донорская кожа, а с 1998 г. для скорейшего закрытия ран применяются клеточные культуры аллофибробластов.

Из-за недостаточной информированности врачей ЦРБ отдаленных районов Свердловской области, некоторой консервативности в подходах к интенсивному лечению больных с ожогами, незначительный процент детей поступает в поздние сроки с момента травмы. Таким пациентам проводится химический некролизис с последующей аутопластикой.

Современные технологии позволили снизить цифры летальности: общая летальность составила 1,3%, летальность по городу составила 0,9%, летальность детей из области в 1998 году составила 3,8%, а в 1999 году 1,9%. Благодаря своевременной эвакуации, адекватной противошоковой терапии, рациональной респираторной поддержке, раннему оперативному лечению койко-день у больных с критическими ожогами сократился с 46,6 в 1993 году до 30,5 в 1999 году.

За 7 лет существования ожогового центра сформирована система реабилитации. Будучи сторонниками ранней профилактики послеожоговых деформаций, мы используем различные виды лангет из синтетических материалов, при поражении кисти используются различные виды аппаратов внешней фиксации. Все дети, перенесшие тяжелые и глубокие ожоги, берутся на диспансерный учет. При наличии грубых рубцов и деформаций проводится оперативное лечение: применяются латексные эндоэкспандеры, аппараты внешней фиксации, с 1999 года начато применение лоскутов с осевым кровоснабжением, а также традиционные виды пластических реконструктивно-восстановительных операций.

На новый качественный уровень вышла консервативная терапия рубцов, применяются методы лечения с использованием геля «Контрактубекс», силиконо-гелевого покрытия типа «Эпидерм», а так же компрессионной одежды. Это позволило уменьшить применение традиционных методов электро-физиолечения, а в некоторых случаях и отказаться от них. Особое место в реабилитации занимает и санаторно-курортное лечение, дети перенесшие тяжелую термическую травму, направляются в санатории местного и Российского значения.

Таким образом, комплексный подход к лечению термической травмы позволил снизить летальность, сократить инвалидизацию с 16,4% (1994-95 г.) до 8,2% (1999 г.), улучшить качество жизни данной категории пациентов.