

МЕТОДИКА РАННЕЙ ДОСТАВКИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕГИОНОВ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ОЖОГОВЫЙ ЦЕНТР

Насонова Н.П., Егоров В.М., Лукин О.В.,
Чукреев В.И., Жиляков К.В., Тарасов А.А., Зырянов П.О.

Результат лечения детей с ожоговым шоком в значительной мере зависит от сроков начала адекватной интенсивной терапии (догоспитального времени). К сожалению, не все пациенты оказываются в равных условиях. Жители отдаленных районов нередко впервые 24 часа от момента травмы лишены специализированной медицинской помощи, что значительно усложняет прогноз как относительно здоровья, так и жизни маленького пациента.

Транспортировке пациентов, находящихся в терминальных состояниях, посвящено относительно небольшое количество публикаций в литературе. Некоторый опыт медиками был приобретен в годы Великой Отечественной войны, а также и в наше время, в связи с происходящими военными конфликтами. Оказание специализированной неотложной помощи детям приобретает в настоящее время особую актуальность: во-первых, по причине неадекватной материальной базы большинства сельских больниц и ЦРБ; во-вторых, в силу отсутствия узкой профессиональной подготовки у специалистов отдаленных районов.

К сожалению, большинство (от 40 до 70%) пострадавших от термических поражений детей поступают не в специализированные ожоговые центры, а получают интенсивную терапию в стационарах общего профиля. У большинства погибших от термических поражений детей смерть можно было предотвратить, используя на первом этапе все лечебные мероприятия, которые могли бы оказать положительное влияние на компенсаторные механизмы.

Этим и была обусловлена технология ранней доставки детей в специализированный центр в состоянии шока. Консультативная бригада в составе врача реаниматолога, врача комбустиолога и фельдшера в рамках центра медицины катастроф получает информацию о пострадавших в первые часы от момента термической травмы. Лечащий врач ЦРБ (ЦГБ) по телефону дает подробную характеристику состояния больного и корректирует стартовую терапию согласно с мнением врача-консультанта. Одновременно оформляется вызов, и бригада прибывает на место, где производится оценка тяжести, начинается предтранспортировка, в состав которой входит: инфузионная терапия согласно формуле Паркланда; обезболивание наркотическими анальгетиками, мембраностабилизаторы, бронходилататоры, антиоксиданты и антигипоксанты.

После оценки адекватности дыхания решается вопрос о необходимости респираторной поддержки. В случае ее необходимости производится ин-

тубашия трахеи, и пациент транспортируется на ИВЛ. В пути осуществляется мониторинг (пульсоксиметрия, измерение ЧСС, ЧД и при необходимости АД). ИВЛ наиболее часто осуществляется по принципу высокочастотной или объемным методом с использованием FiO_2 от 1,0 до 0,21 согласно клиническим показаниям.

Особый интерес представляет транспортировка воздушным транспортом. Так, в момент взлета и набора высоты отмечается снижение сатурации в среднем на 10% от исходной. В дальнейшем изменения различны у детей с разными компенсаторными способностями. У детей с компенсированным газообменом в течение последующих 10-15 минут происходит восстановление сатурационной кривой, в то время как у детей с признаками ОРДС подобного восстановления не отмечается.

Причина нестабильности гемодинамики, кроме того, кроется в аэродинамике полета. Так, вертолет, стартуя с места, не изменяет аэродинамического сопротивления сосудов, в то время как набор скорости самолета перед взлетом оказывает противодействие току крови в условиях гиповолемии и положение пациента головой к кабине может привести к обеднению кровотоком головного мозга и дискоординации жизненно-важных центров. Не менее значимой является и высота полета: так, подъем на высоту до 400 метров над уровнем моря не вызывает, как правило, значительных изменений в насыщении крови кислородом, в то время как превышение высоты 600-метровой отметки характеризуется падением сатурации на 10%.

Соблюдение указанной технологии позволило оказать раннюю специализированную помощь детям, которые ранее были лишены этой возможности, сократило продолжительность ИВЛ у областных детей на 3 суток койко-день в РАО на 9 суток и снизило процент детей, нуждающихся в респираторной поддержке с 80% до 23%.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

**Саидгалин Г.З., Штукатуров А.К., Салистый П.В., Панова О.В.,
Гриценко Д.А., Глинских Н.П., Бахарев А.А.**

Отсутствие кожного покрова, утраченного в результате воздействия термического агента, обуславливает ряд патологических реакций. Постоянные патологические потери через рану, ослабление токсемией иммунитета снижает устойчивость организма к внешней агрессии. Угроза развития различных осложнений и летального исхода тем выше, чем длительнее обширная ожоговая рана остается незакрытой.

В современных условиях задачей, требующей решения, является достижение полной эпителизации в ранние сроки тяжелообожженных с дефици-