

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНОГО ГЛУБОКОГО ОЖОГА У РЕБЕНКА С ЕДИНСТВЕННОЙ ЛЕВОЙ ПОЧКОЙ И ОТСУТСТВИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ

Г.Н. Румянцева¹, Т.А. Виноградова², Д.Г. Галахова¹

¹ ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ

² ГБУЗ Детская областная клиническая больница, Тверь, Российская Федерация

SUCCESSFUL TREATMENT OF THE TRUNK AND LOWER LIMBS EXTENSIVE DEEP BURN IN A CHILD WITH ONE KIDNEY (LEFT) IN THE ABSENCE OF SPLEEN

G.N. Rumyantseva¹, T.A. Vinogradova², D.G. Galakhova¹

¹ Tver State Medical Institute of the Ministry of Health of Russian Federation

² Children Regional Clinical Hospital of Tver, Tver, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Представлен случай успешного лечения ребенка с обширным глубоким ожогом пламенем туловища и нижних конечностей при отсутствии у пациента правой почки и селезенки.

Ключевые слова:

глубокие ожоги, обширные ожоги, отсутствие почки, отсутствие селезенки.

ABSTRACT

We report a case of successful treatment in a child with extensive deep burns of the trunk and lower limbs with a flame in the absence of the right kidney and spleen.

Keywords:

deep burns, extensive burns, absence of kidney, absence of spleen.

ВВЕДЕНИЕ

Лечение детей с глубоким обширным ожогом пламенем — сложная задача, требующая проведения рациональной противошоковой и адекватной антибактериальной терапии, активной хирургической тактики при местном лечении ожоговых ран. Приводим редкий клинический случай успешного лечения ребенка с обширным глубоким ожогом пламенем туловища, нижних конечностей при отсутствии у пациента правой почки и селезенки.

Клинический случай.

Пострадавший М., 12 лет, получил термический ожог пламенем левой кисти, нижних конечностей, ягодиц. Ожог получен в результате возгорания бензина. Через 20 мин после получения травмы был доставлен в районную больницу в отделение реанимации бригадой скорой помощи. Диагноз при поступлении — термический ожог пламенем левой кисти, нижних конечностей, ягодиц II–III степени площадью 31% поверхности тела. Ожоговый шок. При поступлении состояние пациента тяжелое, сознание сохранено. Были проведены противошоковые мероприятия, инфузионная и антибактериальная терапия. Больной находился под наблюдением реаниматологов отделения плановой и экстренной консультативной помощи ГБУЗ ДОКБ г. Твери. На 4-е сут после травмы по стабилизации состояния транспортирован в реанимационное отделение ГБУЗ ДОКБ. Из анамнеза известно, что в возрасте 11 лет, за год до получения термической травмы, ребенок был оперирован по поводу травматического повреждения селезенки и правой почки, выполнены спленэктомия и нефрэктомия справа.

При поступлении в ДОКБ состояние пациента тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледно-розовые, отмечается яркая гиперемия щек, цианоза нет. В легких дыхание жесткое, выслушивается равномерно с обеих сторон, хрипов нет, пастозность левой половины грудной клетки до уровня ключицы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 120 в мин, АД 136/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, больной мочится самостоятельно, темп 1,6 мл/кг/ч. Ожоговые поверхности локализованы на боковой поверхности туловища слева, в области обеих ягодиц, циркулярно на левой нижней конечности, на задней поверхности правого бедра в верхней трети голени. На конечностях раны серого цвета. Общая площадь ожоговых ран 31% поверхности тела (20% поверхности тела занимает ожог третьей степени).

Больному назначена инфузионная терапия в объеме 1800 мл (2/3 кристалоиды, 1/3 коллоиды) антибактериальная, гормональная и симптоматическая терапия. В течение суток у пациента отмечался подъем артериального давления до 150/100 мм рт.ст., в связи с чем назначена консультация кардиолога. Заключение кардиолога: вторичная кардиопатия, вторичная артериальная гипертензия — лабильная, ренального генеза на фоне ожоговой болезни. К лечению добавлен капотен — 12,5 мг 2 раза в сут. Ведение ожоговых ран под повязками. Перевязки выполнялись через день под внутривенным наркозом. На 10-е сут после травмы выполнена некротомия в нижней трети левого бедра, некрэктомии на 12-е и 16-е сут. В бактериальных посевах из ожоговых ран определен

Staphylococcus epidermalis. На 12-е сут от момента получения ожоговой травмы у больного отмечалась гипертермия до 39,4°C. Учитываемая выраженная явления интоксикации, больному выполнен сеанс высокопоточной гемофильтрации с использованием аппарата HF 440 производства INFOMED (Швейцария). На 22-е сут после травмы выполнена первая аутодермопластика, лоскуты пересажены на площади 7%. Последующие аутодермопластики выполняли с интервалами, составляющими 13–4–13–4–8–13 сут, площади пересаженных лоскутов составляли от 3 до 5% поверхности тела. Всего выполнено 7 аутодермопластик расщепленными кожными лоскутами. С 30-х сут после получения травмы установлено развитие тромбоцитоза до $1100 \cdot 10^9/\text{л}$. Проводился контроль свертывающей системы крови. Время кровотечения по Ли Уайту сохранялось в пределах нормы. При выполнении коагулограммы наблюдалась гиперкоагуляция в I и II фазах, а в IV фазе отмечалось резкое угнетение фибринолиза, ретракция кровяного сгустка была увеличена. Больной был осмотрен гематологом, ему проводили коррекцию лечения, к терапии добавлен курантил по 25 мг 3 раза в сут, фраксипарин 0,2 подкожно, аспирин по 0,125 мг вечером. В результате проводимой терапии произошло кратковременное снижение количества тромбоцитов до $860 \cdot 10^9/\text{л}$, продолжено оперативное лечение ожоговых ран. На 60-е сут пребывания у больного произошло ухудшение состояния – отмечалась лихорадка до 40°C. Клинически и рентгенологически выявлена очаговая нижнедолевая правосторонняя пневмония. Состояние расценено как септическое. Проводили повторные сеансы высокопоточной гемофильтрации, комплексную интенсивную терапию, смену антибактериальной терапии. В бактериальных посевах с ожоговых поверхностей определены синегнойная палочка и *Acinetobacter baumannii*, чувствительные к имепинему. В клиническом анализе крови отмечалась анемия (гемоглобин – 70 г/л), по поводу чего были выполнены трансфузии эритроцитарной массы. Состояние больного постепенно улучшалось,

однако сохранились явления тромбоцитоза. В результате лечения были отмечены полное заживление ожоговых ран, приживление кожных трансплантатов и эпителизация донорских поверхностей. После восстановления целостности кожных покровов проведен курс реабилитационных мероприятий: физиотерапия, ЛФК, массаж. Общая длительность лечения составила 92 койко-дня. Лечение проводили на фоне длительной инфузионной терапии в объеме до 2 л в сут: глюкозно-солевые растворы, инфукол, стабизол, свежесамороженная плазма, трансфузии эритроцитарной массы, антибактериальная терапия с учетом антибиотикограммы. Комплексное лечение включало в себя гормональную терапию, витаминотерапию, десенсибилизирующие препараты, симптоматическое лечение, биопрепараты, энтеросорбцию, методы экстракорпоральной детоксикации. Выписан при полном заживлении ожоговых ран и донорских поверхностей. Объем движений (разгибание) в правом коленном суставе полный, в левом коленном суставе – 160 градусов.

Таким образом, функция пораженных конечностей была сохранена. Количество тромбоцитов при выписке составило $1306 \cdot 10^9/\text{л}$. В течение года больной получал курсы реабилитационного лечения в условиях ДОКБ. На месте ожоговых ран сформировались мягкоэластичные послеожоговые рубцы телесного цвета, не возвышающиеся над уровнем кожи. Пациент находился под наблюдением гематолога, в течение года показатели тромбоцитов снизились до верхней границы нормы.

Тяжесть и длительность течения ожоговой болезни у данного пациента были обусловлены тяжелой сопутствующей патологией – отсутствием селезенки – органа, участвующего в кроветворении и иммунокомпетентном ответе, и наличием одной левой почки, что значительно снижало объемный почечный кровоток, затрудняло устранение эндотоксикоза и нарушало гуморальную регуляцию организма.

Поступила 07.04.2016

Контактная информация:

Виноградова Татьяна Александровна,
врач-хирург детского отделения гнойной хирургии
Детской областной клинической больницы г. Твери
e-mail: miss-tanay-tanay@ya.ru