

ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ У ДЕТЕЙ

Ассистент А. Ф. КОТОВИЧ

Клиника госпитальной хирургии (зав. — профессор И. Б. Олешкевич)
Витебского медицинского института.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе находит широкое освещение проблема лечения ожоговых больных. К сожалению, вопрос течения и лечения ожогов у детей в литературе освещен совершенно недостаточно. Наши наблюдения показывают, что течение ожоговой болезни у детей имеет свои особенности, требующие соответствующей хирургической тактики при лечении этой группы пострадавших. Ожоги у детей являются частым и тяжелым видом травматизма.

В нашей клинике за 10 лет (1948—1957) находилось на лечении 140 детей до десятилетнего возраста. По возрасту больные распределялись так:

- до 1 года — 30,
- от 1 года до 2 лет — 48,
- от 2 лет до 3 лет — 19,
- от 3 лет до 4 лет — 10,
- от 4 лет до 5 лет — 14,
- от 5 лет до 6 лет — 1,
- от 6 лет до 7 лет — 2,
- от 7 лет до 8 лет — 5,
- от 8 лет до 9 лет — 6,
- от 9 лет до 10 лет — 2.

Подавляющее большинство (83,5%) больных были дети до пятилетнего возраста. Мальчиков было 80, девочек — 60.

На первом месте стоят ожоги, вызванные кипящей водой, т. е. 55,7%, на втором — пламенем — 30% и на третьем месте стоят ожоги, вызванные горячей пищей — 14,3%. Это связано с недостаточным присмотром за детьми.

До 10%	До 20%	До 30%	До 40%	До 50%	До 60%	До 70%	До 80%
68	44	7	7	5	3	2	4
48,5	31,4	5,0	5,0	3,6	2,1	1,4	3,0

80% всех ожогов у детей относились ко II степени, 15% — к III степени и 50% — к III—IV степени.

Ожоговая травма в детском организме вызывает изменения во всех органах и системах организма. Степень общих изменений в организме ожогового больного зависит от распространённости ожога, глубины поражения, физических свойств агента, вызвавшего ожог, возраста пострадавшего и тех условий, при которых произошёл ожог. Ожоги у детей II и III степени с площадью поражения до 5% поверхности тела обычно протекают с нерезко выраженной общей реакцией организма. Последняя рельефнее выражена при ожогах с площадью поражения от 5 до 10% поверхности тела. У 84% обожженных детей с площадью ожога до 10% в первые часы после травмы мы отмечали повышение температуры; у 16% больных она оставалась нормальной.

Температура была повышенной до 38° у 56,8% детей и выше — у 43,2%. У 61,5% обожженных этой группы наблюдалось значительное увеличение количества лейкоцитов, а именно: у 70% детей количество лейкоцитов доходило до 15 тысяч, у 29% — до 25 тысяч и у 1% детей — свыше 25.000. По нашим данным эти изменения у ожоговых больных продолжают 3—5 дней и носят рефлекторный характер.

У детей с ожогами от 11 до 20% поверхности тела реакция организма была выражена сильнее. Возбуждение, бессонница, понижение аппетита и повышение температуры длилось больше дней, чем у больных первой группы. У девяти больных этой группы наблюдался шок первой и второй степени.

С ожогами II и III степени и площадью поражения свыше 20% поверхности тела у нас было 28 детей, и все они поступили в состоянии шока II и III степени. 7 из них имели ожоги от 21 до 30% поверхности тела. После выведения из шока у них продолжительное время была высокая темпера-

Следующую, самую тяжелую, группу составил 21 обожженный с ожогами свыше 30% поверхности тела. Из 21 обожженного в живых у нас остался только один больной. 20 детей погибло от шока в первые часы после поступления в отделение. Подавляющее большинство из них имели глубокие ожоги — свыше 50% поверхности тела. Они поступали с нитевидным пульсом, поверхностным частым дыханием в состоянии депрессии.

Шок у ожоговых больных является одним из первых и грозных осложнений. На 140 обожженных шок наблюдался у 37 детей, т. е. у 26,7% всех ожоговых детей. От него мы потеряли 20 детей, что составляет 54% из числа детей, поступивших в шок в состоянии. У взрослых шок нами отмечен в 12% всех случаев. Летальный исход был у 6%. Это свидетельство более тяжелого течения ожогов у детей, чем у взрослых.

Из других осложнений довольно частым является экстрабуккальная форма скарлатины. Мы наблюдали ее у 7 детей, т. е. у 5% ожоговых больных. Скарлатина протекала легко и летальных исходов не было.

Опасным и тяжелым осложнением ожогов у детей следует считать пневмонию, наблюдаемую нами у 8 детей (5,7%) с двумя летальными исходами.

Лечение ожоговых детей мы проводили комплексное. В основу были положены изменения, происходящие в организме как общего, так и местного характера. Общие лечебные мероприятия направлялись на борьбу с нервнорефлекторным шоком, плазмопотерей, сгущением крови, токсемией и инфицированием организма. Лечебные мероприятия нами начинались в приемном покое.

После снятия одежды дети укутывались в стерильные простыни, согревались грелками и направлялись в экстренную операционную, где им по показаниям проводились противошоковые мероприятия в виде инъекций 1% раствора пантопона в количестве 0,2—0,5 мл, хлоралгидрата в клизме, внутривенного или подкожного введения физиологического раствора хлористого натрия, 5% раствора глюкозы, переливания крови и орошения ожоговой поверхности теплым 0,25% раствором новокаина.

Все эти мероприятия явились хорошей профилактикой и против ожоговой токсемии. Из общих факторов, влияющих на исход ожогов у детей, являются важными индивидуальным уход,

правильное питание. В качестве профилактики и лечения инфекций нами широко применялись антибиотики. Туалет кожи вокруг ожога и обработку ожоговой поверхности мы проводили всем больным.

До 1949 г. ожоговые больные в основном лечились открытым методом. С 1949 года мы перешли на закрытый метод лечения под повязками, за исключением ожогов лица, ягодиц и промежности, которые лечили открытым способом.

Закрытый метод под повязками позволил нам часть больных с ожогами до 10% перевести на амбулаторное лечение (на 4—5 день заболевания). Для местного лечения мы применяли у 65 детей отработанное картерное масло, у 20—стрептоцидную эмульсию, у 19—пенициллин с рыбьим жиром, у 16—фурацилиновую мазь и у 11—раствор марганцево-кислого калия; 9 больным местное лечение не было применено, так как они погибли в первые часы после поступления.

При ожогах III степени с целью ускорения заживления ран и получения лучших функциональных результатов 8 больным сделали 11 пересадок кожи по Янович-Чайнскому. Ускоряющей эпителизацию ожоговых ран оказалась паста Шнырева.

Из применяемых нами средств наиболее благоприятное впечатление оставило ОКМ и десятипроцентная эмульсия стрептоцида. Положительная сторона этих жидкостей в том, что после наложения повязки успокаиваются боли, и дети становятся спокойными. С другой стороны, при перевязках повязка легко отстает от обожженной поверхности. При ожогах II степени к 8—10 дню с момента получения травмы наступает эпителизация ожоговых ран, а при ожогах, III степени ОКМ способствует отторжению некротических тканей и попаданию грануляций.

Ожоговая поверхность к концу второй недели обычно покрывается свежими мелкозернистыми грануляциями, и рана с краев хорошо эпителизуется. Койкодень наших больных, леченных ОКМ, равен 11,5 дня, десятипроцентной эмульсией стрептоцида — 6,3 дня. Более низкий койкодень больных, леченных десятипроцентной стрептоцидовой эмульсией. Объясняется это тем, что ожоги были меньше по площади и глубине поражения. Кроме того, значительная часть этих больных была выписана для амбулаторного лечения.

Худшие результаты нами получены от применения повязок с фурацилиновой мазью и пенициллина с рыбьим жиром. При применении на ожоговую поверхность пенициллина с рыбьим жиром наблюдалась кровоточивость грануляций; снятие повязки было болезненно. Средний койкодень у этой группы

больных 12,6. Применяя повязки с фурацилиновой мазью, таких осложнений мы не наблюдали, однако койкодень у этих больных оказался довольно высоким и составил в среднем 15,1.

Пятипроцентный раствор марганцевокислого калия последние годы применяли при ожогах лица, промежности и ягодиц в виде многократного смазывания ожоговой поверхности и оставляли открыто.

Общий средний койкодень наших больных — 10, при ожогах II степени — 9 дней и при ожогах III степени — 30 дней.

У 140 ожоговых больных имели 22 летальных исхода (двадцать от шока и два от пневмонии); общая летальность составила 15,7%. Летальность от шока — 14,3%, от пневмонии — 1,4%. По литературным данным, летальность при ожогах составляет М. И. Каган, 1950 — 15,2%; Р. В. Танкова-Ямпольская, 1952 — 4%; С. Д. Терновский, 1950 — 12,8%; И. Э. Сандуковский, 1950 — 5%.

Подводя итоги сказанному, следует отметить, что проведение организационных мероприятий: госпитализация больных в одно лечебное учреждение, своевременное и правильное оказание противошоковых мероприятий привели к снижению летальности от ожогового шока. Так, например, если до 1956 года летальность от ожогового шока у детей составляла 16,3%, то в последние два года она снизилась до 10%.

Правильно произведенная обработка ожоговой поверхности, закрытый метод лечения, проведение общих лечебных мероприятий также благоприятно сказались на исходах ожоговой травмы у детей. Здесь также значительно снижена общая летальность. Если до 1956 года на 106 больных — 17 (16%), то за последние два года из 34 больных умерло 5 (14,7%).

Из числа местных средств лучшие результаты получены от применения ОКМ и десятипроцентной эмульсии стрептоцида. Испытание эмульсии продолжается.

ЛИТЕРАТУРА

- М. И. Каган Вестник хирургии, № 4, 1950.
И. Э. Сандуковский Ожоги у детей. Хирургия, 1950, № 4, стр. 40—41.
Р. В. Танкова-Ямпольская. К вопросу о лечении ожогов у детей Вестник хирургии, 1952, т. 72, № 6, стр. 26—29.
С. Д. Терновский Лечение ожогов у детей. Советская медицина, 1950, № 11, стр. 8—10.