

## СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

*И.З. Шафигов, А.Б. Ахмеров, Д.М. Миргасимова, Д.Г. Юльметьева*

*Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Д.М. Красильников)*

*Казанского государственного медицинского университета,*

*Республиканская клиническая больница (главрач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ*

Актуальность проблемы ожоговой травмы в настоящее время сомнений не вызывает. Об этом свидетельствует значительное число пострадавших, поступающих в соответствующие стационары. Снижение летальности, частоты осложнений и инвалидности составляет важнейшую задачу в процессе лечения этих больных.

Проанализированы истории болезни 4884 больных с ожоговой травмой, находившихся на лечении в отделении ожогов РКБ МЗ РТ с 1984 по 1994 г. Одновременно изучены 212 актов по результатам судебно-медицинских вскрытий лиц, умерших от ожоговой болезни на различных ее этапах. Летальность среди поступивших с глубокими ожогами за последние 10 лет составила, по нашим данным, в среднем 4,7%, что ниже общероссийского показателя (более 10%). Основными причинами летальных исходов являлись тяжелый ожоговый шок, некорректируемая токсемия, сепсис, двусторонняя пневмония. Доля шока в структуре летальности существенно колебалась по годам — от 2,3 до 24% (в среднем 9,4%).

За последние пять лет в реанимационное отделение РКБ МЗ РТ было доставлено 522 пострадавших в состоянии тяжелого и очень тяжелого ожогового шока, имевших общую площадь глубоких ожогов от 25 до 95%. У 30% из них были сопутствующие ожоговые поражения дыхательных путей, вплоть до ожогового пульмонита.

Летальность среди поступивших в состоянии ожогового шока за последние пять лет по сравнению с таковой за предшествовавшее пятилетие снизилась с 12,4 до 5,6%. Это связано, несомненно, с совершенствованием противоожоговой терапии и сокращением срока поступ-

ления больных в стационар от момента ожоговой травмы. Однако часть таких больных все же не удается вывести из состояния тяжелого ожогового шока, что нередко обусловлено не только предельными по глубине и площади ожогами, зачастую в сочетании с ожогами дыхательных путей, но и возрастом пострадавших, наличием сопутствующих заболеваний, сочетанными травмами.

Одним из наиболее частых осложнений ожоговой болезни, особенно в септико-токсическом ее периоде, является пневмония. У 42% больных (по нашим данным) она становится ведущей в комплексе причин, приводящих к летальному исходу. Это связано с двусторонним обширным поражением легких, часто с явлениями абсцедирования и трудностью терапевтической коррекции этого осложнения у ослабленных и нередко предельно истощенных ожоговых больных.

Весьма тяжелым осложнением является ожоговый сепсис: в 50—70% случаев он приводит к летальному исходу. Анализ нашего материала показывает, что из 126 погибших при глубоких и обширных ожоговых поражениях за последние пять лет у 68 (54%) пострадавших непосредственной причиной неблагоприятного исхода был ожоговый сепсис. Наиболее тяжелое, злокачественное и трудноконтролируемое течение приобретает сепсис, развившийся в ранние сроки ожоговой болезни, то есть буквально через несколько дней после ожоговой травмы, иногда в периоде ожогового шока, особенно при затяжном характере. В таких случаях септический процесс развивается молниеносно, имеет бурную клиническую картину и сам по себе носит характер септического шока. Из указанных нами 68 больных,

умерших от ожогового сепсиса, у 16 лиц септические проявления были зафиксированы на 4—5-е сутки после тяжелой ожоговой травмы.

Угроза развития раннего ожогового сепсиса возникает при обширных глубоких поражениях более 50% поверхности тела, предшествующей и сопутствующей хронической воспалительной патологии, хронических заболеваниях печени, почек, легких, сахарном диабете и других отягчающих состояниях. Способствующим фактором является, безусловно, ожоговое поражение дыхательных путей.

На более поздних сроках ожоговой болезни, в основном в септико-токсическом ее периоде, особенно предрасполагающем к развитию ожогового сепсиса, последний носит преимущественно более затяжной и вялотекущий характер.

Во всех воспалительно-нагноительных процессах при ожоговой болезни отмечается ведущая роль грамотрицательной микробной флоры. Она обнаруживается в 40—50% случаев при посевах отделяемого из ран и в 25% — при посевах крови. В качестве возбудителя нагноительных осложнений лидирующую роль играет золотистый стафи-

лококк. Он высевается из гнойных ожоговых ран от 40% в чистой культуре до 70% в микробных ассоциациях.

Анализ клинического материала показывает особую актуальность профилактики септических осложнений при ожоговой болезни, особенно на ранних ее этапах. Основными в этой связи остаются следующие принципиальные положения:

— своевременная госпитализация пострадавших с тяжелой ожоговой травмой в специализированные отделения;

— адекватный объем и качество противовоспалительной и детоксикационной терапии с полным возмещением возникающих в организме дефицитов;

— целенаправленная, рациональная и по возможности более ранняя терапия антибактериальными препаратами с обязательным использованием средств, повышающих иммунорезистентность;

— активная хирургическая тактика, предусматривающая раннюю некрэктомию, сокращение сроков подготовки ожоговых ран для аутодермопластики с использованием оптимального ее варианта в каждом конкретном случае.

Поступила 15.01.96.