

BURNS SEPSIS AS A COMPLICATION OF THERMAL BURN

Ivanyushkina R.I.¹, Styazhkina S.N.² (Russian Federation)

Email: Ivanyushkina336@scientifictext.ru

¹Ivanyushkina Regina Igorevna - Student,

DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY, PEDIATRIC FACULTY;

²Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor,

DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY,

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY,

IZHEVSK

Abstract: this article is devoted to the study of burn sepsis as a complication after a thermal burn. The work was carried out jointly with the doctor-kombustiologom Emelyanova A.V. burn department «Buz UR First Republican Clinical Hospital MH UR». Calculated statistics of burn sepsis for 2014-2016. burn department «Buz UR First Republican Clinical Hospital MH UR». The clinical case resulted in the development of burn sepsis. The tactics of treatment, operations and appointments are described.

Keywords: thermal burn, burn sepsis.

ОЖОГОВЫЙ СЕПСИС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА

Иванюшкина Р.И.¹, Стяжкина С.Н.² (Российская Федерация)

¹Иванюшкина Регина Игоревна – студент,

кафедра факультетской хирургии, педиатрический факультет;

²Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,

кафедра факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск

Аннотация: данная статья посвящена изучению теме ожогового сепсиса как осложнения после термического ожога. Работа была проведена совместно с врачом-комбустиологом Емельяновой А.В. ожогового отделения «Буз УР Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». Подсчитана статистика ожогового сепсиса за 2014-2016 гг. ожогового отделения «Буз УР Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». Приведен клинический случай, приведший к развитию ожогового сепсиса. Описана тактика лечения, проводимые операции и назначения.

Ключевые слова: термический ожог, ожоговый сепсис.

УДК – 61-617-089.844

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении ожоговой болезни, летальность у тяжелообожженных остается высокой. Основными причинами летальных исходов при обширных глубоких ожогах являются генерализованные инфекционные осложнения главным, из которых продолжает оставаться сепсис. В настоящее время не менее 45-50% умерших в поздние периоды ожоговой болезни погибают от сепсиса (данные о количестве умерших из диссертации Алексеева А.А.). Для анализа этиологии, течения, методов лечения, оперативных лечений и исходов была проведена данная исследовательская работа [3, 4].

Наша группа в составе трех человек изучила около 1800 историй болезни за период 2014 - 2016 гг. Целью нашей работы было – найти случаи болезни с термическим поражением кожи, которые впоследствии перерастали в ожоговый сепсис. Так же перед нами стояла задача выделить главных возбудителей сепсиса и наиболее бактериорезистентные препараты для его лечения.

Для исследования нами и нашим куратором-преподавателем врачом-комбустиологом Емельяновой А.М. была составлена анкета, при нахождении среди случаев термического поражения кожи ожогового сепсиса - заполнялась по каждому больному. Главными пунктами анкеты были: посев их раны, количество койко-дней, проводимые операции и антибактериальная терапия [1].

Результаты.

По результатам исследования в ожоговом отделении БУЗ УР Первой республиканской клинической больницы МЗ УР была выявлена следующая статистика.

Оценка распространенности сепсиса:

Всего было рассмотрено 1800 историй болезни, из них 183 больных с термическим ожогом, 33 больных с ожоговым сепсисом [1].

Таблица 1. Заболеваемость сепсисом за период 2014 - 2016 гг. (выписанные + умершие от сепсиса)

	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Число случаев сепсиса (>18 лет)	9	6	4
Число случаев сепсиса (0-17 лет)	6	4	4

Распространенность сепсиса среди мужчин и женщин за период 2014 - 2016 гг. [1]:

Мужчин - 17, женщин - 16 .

Возбудители, выделенные у пациентов с сепсисом [1]:

1. Staphylococcus aureus - 43%.
2. Pseudomona aeruginosa - 27%.
3. Candida - 9%.
4. Actinomycetes - 21%.

Анализ полученных данных свидетельствует о том что в большинстве случаев сепсис вызывался одним видом микроорганизма.

Количество проведенных операций [1]:

- ✓ переливание крови - 152.
- ✓ аутодермопластика – 65.

Высокий уровень резистентности к антибиотикам [1]:

цефтриаксон, цефалеперазон сульбактам, амикацин, цефмакс.

Клинический случай.

Ожоговая травма является не редким явлением в быту, но на первый взгляд приносящая чистоту и здоровье баня может стать большим несчастьем для семейной пары.

Целью работы является описать клиническое течение, принципов лечения ожоговой травмы в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

7 июня 2017 в приемный покой поступила пациентка Е. и минутой позже ее супруг А. с ожогами тела 70 – 80%. Из анамнеза известно, что супруги мылись в бане и по ошибке вместо воды в печку плеснули розжиг, после вспыхнул огонь. На время поступления у А. общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы обычной окраски, зев чистый, миндалины в норме. Дыхание везикулярное, ЧДД – 18 уд/мин. Сердечные тоны чистые, Границы сердца не расширены, ЧСС – 98, ритмичные. АД 100/80. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Локальный статус: Ожоговые раны на шее, туловище, верхних и нижних конечностях. Гиперемия кожи, по задней поверхности туловища, конечностей раны без эпидермиса, покрыты тонким фиброзным налетом грязно-серого цвета, по краям ран ошметки эпидермиса.

Окончательный диагноз: Ожог пламенем 1-2-3А степени лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей 70%. Ожоговая токсемия.

На время поступления у Е. общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы обычной окраски, зев чистый, миндалины в норме. Дыхание везикулярное, ЧДД – 18 уд/мин. Сердечные тоны чистые, Границы сердца не расширены, ЧСС – 92, ритмичные. АД 140/90. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Локальный статус: Ожоговые раны на шее, туловище, верхних и нижних конечностях. На лице раны покрыты тонким фибринозным налетом. По всей поверхности тела гиперемия кожи, частично раны без эпидермиса, дно ран от светло-розового до ярко-красного цвета.

Окончательный диагноз: Ожог пламенем 1-2-3А степени лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей 80%. Ожоговая токсемия.

Назначения для А.:

14.06.17 была проведена операция: ранняя некротомия под внутривенным наркозом.

Перевязки

Привит от столбняка 8.06.17 АС-1,0, ПСС-3000МЕ

Дезинтоксикационная терапия

Антибактериальная терапия

Обезболевающая терапия

9.06.17 переливание плазмы крови

На анализы взят посев с ран. Выявлена чувствительность на антибиотики: пиперациллин, цефтазидим, имипенем, меропинем, гентамицин, ципрофлоксацин.

После проведенного лечения состояние улучшилось, раны практически зажили, остались точечные раны на левой голени с тенденцией к эпителизации. Выписан на амбулаторное лечение.

Назначения для Е.:

15.06.17 была проведена операция: ранняя некротомия под внутривенным наркозом.

Перевязки

Привит от столбняка 8.06.17 АС-1,0, ПСС-3000МЕ

Дезинтоксикационная терапия

Антибактериальная терапия

Обезболеваящая терапия

8.06.17 переливание плазмы крови.

9.06.17 переливание плазмы крови.

11.06.17 переливание плазмы крови.

15.06.17 переливание плазмы крови.

После проведенного лечения состояние улучшилось, раны практически зажили, остались точечные раны с тенденцией к эпителизации. Выписан на амбулаторное лечение.

Заключение: Грамотно и своевременно подобранная терапия приводит к благоприятному исходу и сохранение трудоспособности.

Общий вывод по работе: в заключение необходимо отметить, что прогноз при этом осложнении остается серьезным, хотя во многом зависящем от ранней диагностики и максимально интенсивной и последовательной терапии. Проблема на сегодняшний день остается актуальной, но при своевременной и адекватной антибиотикотерапии, дезинтоксикации в период острой ожоговой токсемии и септикотоксемии, как можно более раннее очищение ожоговых ран от некроза и их аутодермопластика, коррекция нарушенного метаболизма позволяет подавить инфекцию и нормализовать все основные клинико-лабораторные показатели, что способствует успешной профилактике ожогового сепсиса [2, 3].

Список литературы / References

1. Данные историй болезни «Буз. УР Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» ожогового отделения за 2014-2016 гг.
2. Вазина И.Р., Верецагина Е.С., Пылаева С.И. и др. Сепсис обожженных и вопросы его патогенеза В сб. «Комбустиология на рубеже веков» Материалы международного конгресса. Москва, 2000. С. 43 – 44.
3. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика. Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2006. 172 с.
4. Алексеев А.А. Ожоговый сепсис: диагностика, профилактика, лечение. Москва, 1993.