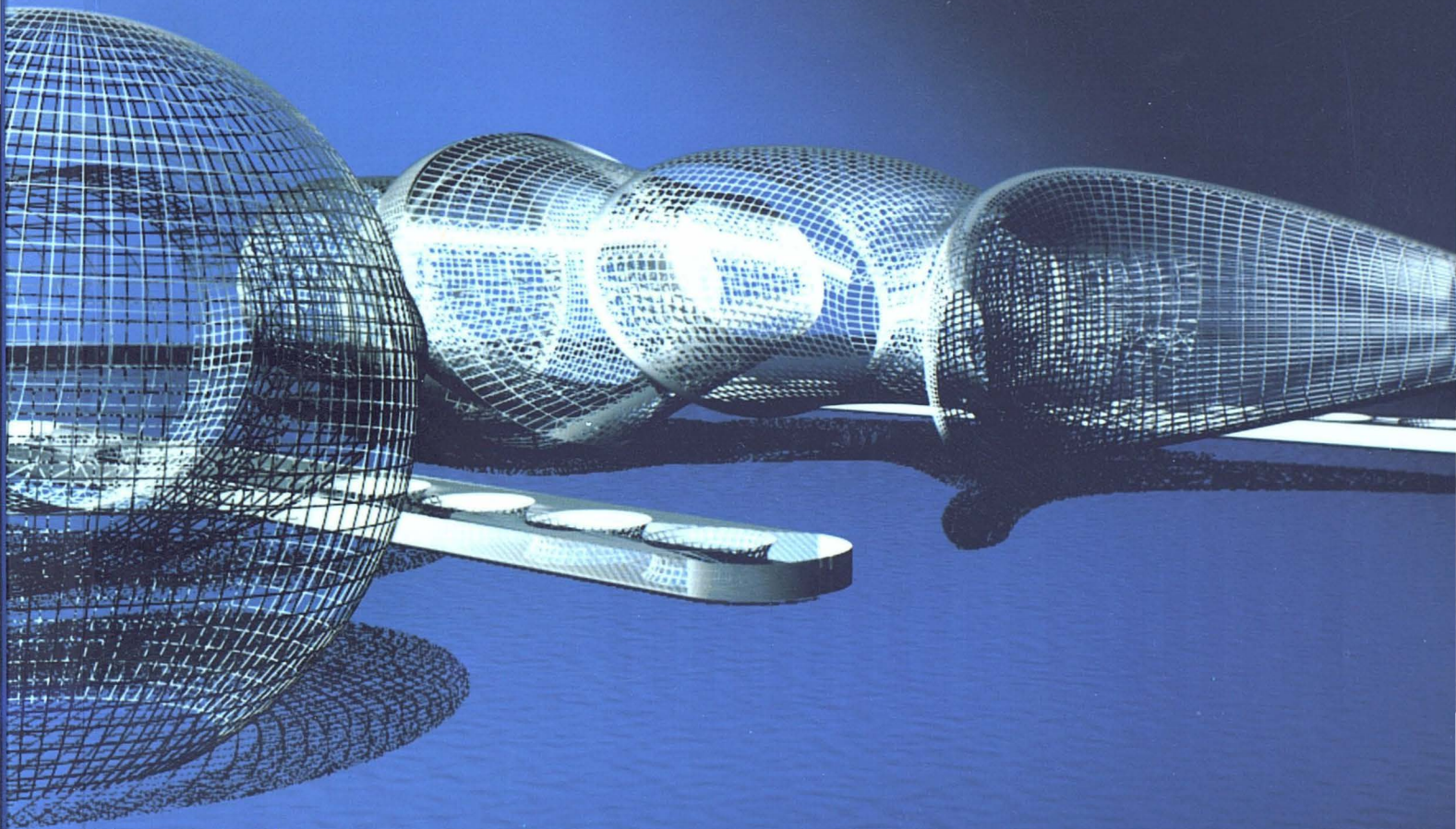


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



2/2002

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Ш.А. БАЙМАГАМБЕТОВ, Ж.К. ИСМАИЛОВ, Ж.К. РАМАЗАНОВ, Е.А. БЕЛАН,
Л.А. БЕКЕНОВА, М.А. АБИЛДАБЕКОВ, П.В. КУТНЯКОВ
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Ожоговая патология в современных условиях продолжает оставаться одной из наиболее актуальных и социально важных проблем травматизма. По данным ВОЗ, термические поражения занимают 3-е место среди прочих травм. Показатели летальности в различных ожоговых центрах варьируют от 3,8% до 31,5%. По данным Б.С. Вихриева и В.М. Бурмистрова (1981), летальность среди пострадавших с поверхностными ожогами составляет 0,31%, с глубокими ожогами - 24% [1, 2, 4].

По данным клиники термических поражений ВМедА, число пострадавших, нуждающихся в длительном восстановительном лечении при площади глубоких ожогов более 10% поверхности тела достигает 55% случаев, примерно у 22% всех тяжелообожженных возникают необратимые нарушения функций опорно-двигательного аппарата [3].

За период 1999-2001 гг. в отделении термической травмы лечилось 1217 больных с ожоговым поражением, из них взрослых - 63% (767 человек), детей - 37% (450 человек). Соотношение между мужчинами и женщинами составило 1,7 : 1,0, а среди детей, соответственно, 1,6 : 1,0.

В группе взрослых больных наиболее часто термические поражения получали лица трудоспособного возраста - 21-50 лет (44%), 21-30 лет (15,8%), 31-40 лет (15,8%), 41-50 л. (11,8%), 16-20 лет (7%), лица старше 51 г. (18,3%), 51-60 лет (6,5%), старше 60 лет (5,5%).

Основными этиологическими факторами ожогов были горячая жидкость - 73,2%, пламя - 15,8%, а также электроожоги - 11% случаев.

Большинство пострадавших было доставлено в стационар в первые сутки (74%), причем 79% - бригадами скорой медицинской помощи.

Наиболее частой локализацией ожоговых ран являлись нижние конечности (33,6%) и поражения, занимающие несколько областей тела (44%), 13,6% пришлось на верхнюю конечность, 5,3% - на лицо и шею и 3,5% - на туловище.

Отмечается тенденция к увеличению числа больных с обширными ожогами, что, в основном, обусловлено высоким процентом лиц, получивших травму в состоянии алкогольного опьянения, несоблюдением техники безопасности на производстве, неорганизованностью детского населения. При этом глубокие ожоги (III АБ-IV ст.) наблюдались у 67,3 больных.

За данный период в отделении термической травмы из 1217 больных умерло от ожогов 35 человек, из них взрослых - 26 человек, детей до 15 лет - 9, при этом об-

щая летальность составила 2,87% (1999г. - 2,19%, 2000г. - 3,23%, 2001г. - 4,48%). Анализ летальности свидетельствует о ее росте за последние годы, причем в 2001 году по сравнению с 1990-м - в 2 раза. Рост летальности в последние годы связан с увеличением числа тяжелых травм, ухудшением материального обеспечения лечебных учреждений, низким социальным уровнем населения.

При прочих равных условиях в группе взрослых больных основным прогностическим фактором является площадь и глубина термического поражения, температура поражающего агента и возраст пострадавшего.

Самая высокая летальность отмечена нами у пациентов, получивших ожоги пламенем в возрастной группе 41-50 лет - 25,7%, что, по-видимому, обусловлено низким социальным статусом данной группы больных (около 80% больных страдали хроническим алкоголизмом), сопутствующими заболеваниями и резким снижением адаптационных способностей организма.

Подавляющее число умерших, - 88,5%, имели ожоги нескольких областей тела, наличие глубоких поражений - 91,4%. Умершие от локальных ожогов туловища составили 5,7%, верхних конечностей - 2,8%, нижних конечностей - 2,8%.

В группе умерших с глубокими ожогами до 10% площади тела (ПТ) зарегистрировано 5 человек (14,2%), 10-19% ПТ - 2 (5,7%), 20-29% ПТ - 5 (14,2%), 30-39% ПТ - 6 (17,1%), 40-49% ПТ - 3 (8,5%), 50-59% ПТ - 2 (5,7%), 60-69% ПТ - 2 (5,7%), 70-79% ПТ - 6 (17,1%), 80-89% ПТ - 2 (5,7%), 90% ПТ и выше - 2 (5,7%).

Летальность в группе с глубокими ожогами до 9% ПТ и до 19% ПТ связана с поздним поступлением больных, асоциальным статусом пострадавших.

Из 35 умерших в период шока погибли 15 человек (42,8%), у всех пострадавших площадь ожогов была более 40%.

У больных, умерших в период токсемии и септикотоксемии, наиболее частыми осложнениями являлись пневмония (у 40% больных), токсическое поражение сердца (37%), нефрит развился в 34,2% наблюдений, токсический гепатит - в 25,7%, ДВС-синдром и токсическая анемия - в 14,3%, токсический парез кишечника - в 5,7%, кахексия, менингоэнцефалит и сепсис - в 2,9%. В большинстве случаев имел место многокомпонентный синдром полиорганной недостаточности.

ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ 2/2002

Таким образом, относительно высокий уровень летальности в последние годы у больных с термической травмой связан с увеличением количества тяжелообожженных, поздним поступлением пострадавших, низким социальным уровнем населения, ростом в структуре больных количества детей и лиц пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихриев Б.С., Бурмистрова В.М. Ожоги / Руководство для врачей. -Л.: Медицина, 1986. - 272 с.

2. Герасимова Л.И., Жижин В.Н., Кижавев Е.В., Пущев А.Н. Термические и радиационные ожоги. - М., Медицина, 1996. - 248 с.

3. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский Ожоги / Руководство для врачей. -СПб.: СпецЛит, - 480 с.

4. Филимонов А.А., Толстов А.В., Королев В.Ю. Анализ летальности у обожженных / Тезисы международной конференции «Комбустология на рубеже веков». - 2000. - С. 1-2.