



К.Н. Мовчан, О.В. Чичков,  
А.Л. Левков, Т.Я. Невляев,  
Е.В. Зиновьев, И.В. Сергеева,  
В.С. Кузьмичев, В.М. Панков,  
И.Г. Семенова, Е.В. Паршин

Ленинградская областная  
клиническая больница,  
Санкт-Петербург

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННОЙ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ ДЛЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Удельный вес беременных, госпитализированных в стационары по поводу ожогов, невелик и составляет до 0,5% от числа пациентов ожоговых центров, при этом наиболее часто, до 50% случаев, пациентки получают поверхностные ожоги площадью 10–30% поверхности тела (И.И. Ермолинский, 1998; B.W. Amy et al., 1985). Немногочисленные данные литературы свидетельствуют, что ожоги на площади до 10% поверхности тела не оказывают существенного влияния на течение беременности (W Rayburn et al., 1984; B.W Amy et al., 1985; M.L Jain, 1993; A.R Mabrouk et al., 1997; S. Guo et al., 2001). Только у некоторых (при самопроизвольном выкидыше в анамнезе) происходит прерывание беременности. Исход беременности при обширных глубоких ожогах в большинстве случаев неблагоприятен, у 85% женщин происходят выкидыши, мертворождения или преждевременные роды (W. Rayburn et al., 1984). Мы располагаем опытом лечения обширных ожогов у беременной женщины с благоприятным исходом для матери и плода.

*Пострадавшая П.*, 19 лет, 02.11.2002 в 23 час 10 мин во время эпилептического припадка опрокинула на себя емкость с горячей жидкостью. Спустя 2 час доставлена в ЦРБ, начата противошоковая терапия. За 12 час перелито 6200 мл глюкозо-солевых растворов, в том числе 800 мл свежемороженой плазмы. Диурез — 1400 мл. Общее состояние стабилизировалось. Принято решение о переводе в Ожоговый центр Ленинградской областной клинической больницы. Транспортировка больной осуществлена санитарной авиацией в сопровождении реанимационной бригады. 03.11.2002 в 16 час 40 мин после перевязки помещена на аэродинамическую кровать «Сатурн-90».

Общее состояние тяжелое. В сознании, адекватна. Гемодинамика устойчивая: пульс 82 уд./мин, ритмичный. АД 105/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Диагноз: ожог горячей жидкостью 32% (10%)/II–III–б ст. туловища, конечностей, промежности. Ожоговый шок. Беременность 34 недели. Эпилепсия. Хронический пиелонефрит.

04.11.2002 г. — консультация акушера-гинеколога. Отмечено, что беременность протекает на фоне угрозы прерывания (хроническая урогенитальная инфекция). Сердцебиение плода 140 уд./мин, ритмичное. Шевеление плода ощущает. Заключение: учитывая срок беременности (34 нед), незрелость плода, наличие тяжелой терми-

ческой травмы с некупированным ожоговым шоком, прерывание беременности не показано.

Проводилась терапия с использованием глюкозо-солевых растворов, мафусола, альбумина. Медикаментозная терапия включала актовегин, рибоксин, гордокс, ампициллин, нитроксилин, нистатин, витамины группы В, С, Е, гинипрал, бифидумбактерин. Через назо-гастральный зонд начато энтеральное питание смесью нутризон. Выход из шока констатирован на 3-и сутки.

К концу 5-х суток состояние больной ухудшилось: появились жалобы на головную боль, затруднение дыхания. Больная возбуждена, неадекватна. Тахикардия до 140 уд./мин, АД до 170/100 мм рт. ст., тахипноэ до 34–36, в легких жесткое дыхание, температура тела 38,2 °С, SatO<sub>2</sub> 85%. Ухудшение состояния расценено, как развитие у больной раннего ожогового сепсиса. 08.11. в 1 час — состояние крайне тяжелое с отрицательной динамикой, проявляющееся развитием отека легких; тахипноэ до 36–38 в 1 мин, SatO<sub>2</sub> 75–80%, в правом легком влажные хрипы, в левом — жесткое дыхание. Начата терапия отека легких, который был купирован. Состояние больной несколько улучшилось: ЧДД 24–26/мин, SatO<sub>2</sub> 90–92%.

08.11.2003 г. консилиум в составе комбустиологов, акушеров-гинекологов, реаниматологов, в связи с наличием у больной тяжелой термической травмы с ожогом гениталий, беременности 34–35 недель, эпилепсии в стадии декомпенсации, урогенитальной инфекции, развития тяжелых осложнений (раннего ожогового сепсиса, полиорганной недостаточности, острой правосторонней нижнедолевой пневмонии, отека легких, хронической плацентарной недостаточности, гестоза, хронической гипоксии плода) рекомендовал родоразрешение путем операции кесарева сечения через ожоговые раны из-за невозможности проведения родов через естественные ро-

довые пути, с последующим выполнением экстирпации матки с маточными трубами, ввиду наличия раннего ожогового сепсиса. Согласие больной на операцию было получено.

08.11.2002 с 13 час 40 мин до 15 час 15 мин — операция: нижнесрединная лапаротомия, корпоральное кесарево сечение, гистерэктомия с маточными трубами, дренирование малого таза. За головку на 5-й минуте был извлечен живой недоношенный мальчик в состоянии асфиксии, без видимых пороков развития, по Апгар 3/7 баллов, массой тела 2247 г. Диагноз: асфиксия новорожденного тяжелой степени. Респираторный дистресс-синдром новорожденных по недоношенному типу. Через 1 мин произведена интубация трахеи, перевод на ИВЛ. АД 44/28 мм рт. ст., ЧСС 152/мин, SatO<sub>2</sub> до 100%, температура 34,5 °С, FiO<sub>2</sub> — 1,0, P<sub>in</sub> — 24 см вод. ст., P<sub>ex</sub> — +2 см вод. ст., T<sub>in</sub> — 0,5 сек, f — 60/мин. Новорожденный переведен в реанимационное отделение Детской областной больницы. Находился на ИВЛ в течение 15 сут, на 17 сут переведен в отделение патологии новорожденных. Выписан на 46-е сутки в удовлетворительном состоянии.

После операции больная находилась на ИВЛ в течение 5-ти суток. К плановой терапии добавлен преднизолон, максипин, метрогил, амикацин, ранитидин. Проводилась инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, кардиотропная, симптоматическая терапия, нутриционная поддержка, вводились витамины и метаболические корректоры. Местное лечение ран проводилось антибактериальными мазями. Оперативное восстановление кожного покрова спустя 24 сут (аутодермопластика гранулирующих ран на площади 750 см<sup>2</sup> расщепленным перфорированным трансплантатом с коэффициентом пластики 1:3). На 30-е сут переведена в общее отделение. Кожный покров восстановлен полностью. Выписана на 45-е сутки в удовлетворительном состоянии.

#### Литература

1. Ермолинский И.И. Влияние термической травмы на репродуктивную, менструальную функции и беременность (клинико-экспериментальное исследование): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 128 с.
2. Amy B.W., McManus W.F., Goodwin C.W. Thermal injury in pregnant patient // Surg. Gynecol. Obstet. — 1985. — Vol. 161. — P. 209–212.
3. Guo S., Greenspoon J., Kahn A. Management of burn injuries during pregnancy // Burns. — 2001. — Vol. 27, N 4. — P. 394–397.
4. Mabrouk A.R., El-Feky A.E. Burns during pregnancy: a gloomy outcome // Burns. — 1997. — Vol. 23. — P. 596–600.
5. Rayburn W., Smith B., Feller I. Major burns during pregnancy: effects on fetal well-being // Obstet. Gynecol. — 1984. — Vol. 63. — P. 392–395.
6. Jain M.L., Garg A.K. Burn with pregnancy — a review of 25 cases // Burns. 1993. 19. P. 166–167.