

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Оборкина Д.С., Будкевич Л.И., Долотова Д.Д.

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева
РНМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Вопросам боли в среде комбустиологов уделяется особое внимание. Достаточно прибегнуть к помощи поисковой строки любой из научных баз данных (eLibrary, Scopus, PubMed, GoogleScholar) и мы увидим, что на эту тему ежегодно выходит в свет несколько десятков статей. Переживание сильной боли ожоговыми пациентами приводит к гиперметаболизму, а значит и к потере веса, мышечной массы, длительному заживлению ран, снижению иммунологической резистентности, повышенному риску инфекционных осложнений. Ребенок, переживший неконтролируемую сильную боль, в дальнейшем имеет более низкий болевой порог, склонен к развитию посттравматического стрессового расстройства и депрессии.

Цель: установить причины, влияющие на эффективность обезболивания детей с ожогами в догоспитальном периоде.

Методы. Произведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с ожогами, которые поступали в наш ожоговый центр с 2016 по 2021 г. Критерии включения: пациенты доставлены бригадой СМП и НМП с места происшествия в состоянии шока и в дальнейшем госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Из 434 обожженных, поступивших в клинику в состоянии шока и госпитализированных в отделение реанимации, у 236 (54,8 %) была выявлена неадекватная аналгезия на догоспитальном этапе. Причем 37 (8,5 %) детей с ожогами не получили обезболивание на месте происшествия и в процессе эвакуации в специализированный ожоговый центр.

Результаты. Из всех 434 пациентов с ожогами, доставленных в отделение реанимации и интенсивной терапии бригадами СМП, только у 23 (5,3 %) шок был вынесен в основной диагноз на сопроводительной документации и были выполнены соответствующие мероприятия по его устранению. Достаточное обезболивание было использовано в 74 % случаях у пациентов с диагностированным шоком, по сравнению с общей группой, где адекватно обезболено было лишь 54,8 % пациентов. Статистические данные, полученные при анализе материалов, выявили прямую зависимость между полноценностью обезболиванием в догоспитальном периоде и правильным определением площади поражения ($p \leq 0,05$). Максимальная частота ошибок в обезболивании была достоверно характерна для клинических случаев недооценки площади ожога (73,1 %) и случаев без определения площади ожога (60,2 %).

Заключение. Таким образом, достаточное обезболивание в догоспитальном периоде достоверно зависит от обоснованной оценки тяжести состояния пострадавшего и точного определения площади поражения кожи.

Ключевые слова: термическая травма; догоспитальный этап; первая медицинская помощь; обезболивание; дети.