

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА

Е.Е. Вручинский, С.К. Тасбулатова
Казахская государственная медицинская академия,
Республика Казахстан

Интенсивное и не всегда рациональное использование широкого арсенала медикаментов, которыми располагает современная клиника, привело к учащению аллергических реакций на лекарственные препараты. Одной из самых тяжелых реакций наряду с анафилактическим шоком является токсический эпидермальный некролиз. Впервые шотландский дерматолог А. Lyell (1956) описал 4 наблюдения «токсического эпидермального некролиза» и обобщил имеющиеся сведения в литературе. Сейчас широко используется термин «синдром Лайелла», однако известно еще не менее 10 других его названий. В литературе нет классификации синдрома Лайелла. Заболевание начинается остро, с озноба и повышения температуры до 39 - 40 градусов. В течение нескольких часов на коже появляются воспалительные пятна, а вскоре и пузыри. Высыпания также могут иметь вид кореподобных, скарлатиноподобных, напоминать экссудативную многоформную эритему, иногда липидные пятна, кровоподтеки. На высоте развития клиническая картина синдрома Лайелла напоминает ожог 2 степени. Смертность при СЛ по данным разных авторов составляет от 25% до 75%. Прогноз зависит от ранней диагностики и правильного комплексного лечения. Синдром Лайелла по сегодняшний день не изучен, представляет как теоретический, так и практический интерес для многих специалистов, особенно детских хирургов.

В связи с этим мы решили представить случай из нашей практики - лечение 5 месячного ребенка с синдромом Лайелла. Накануне поступления в стационар при повышенной температуре ребенку был перорально введен панадол. Через несколько часов у ребенка появилась геморрагическая сыпь, отеки, которые быстро нарастали, нарастали симптомы интоксикации и симптом поражения ЦНС. В динамике на 2 сутки усилился отек слизистых оболочек, что затрудняло носовое дыхание, а пораженные участки кожи слились между собой, появились признаки геморрагического некроза, в последующем, на 3 сутки – отслойка эпидермиса с образованием обширных пузырей, с 5 - 6 дня на пораженных участках кожи сформировался плотный струп, который в некоторой степени сдавливал подлежащие ткани. Ребенку был проведен комплекс лечебных мероприятий.

ЭЛЕКТРОТРАВМА У ДЕТЕЙ

И.А. Соколова
Тверская государственная медицинская академия,
Тверь, Российская Федерация

Электроожоги возникают при прямом контакте пострадавшего с электрическим током, который проходит через тело от одного электрода к другому или в землю. Доступность низко расположенных в современных квартирах выключателей, розеток и проводов становится причиной получения травмы у детей младшей возрастной группы. В старшем возрасте причиной травмы является свободный доступ в трансформаторные будки и к линиям электропередач.

Цель исследования. Выработка оптимальной лечебно-диагностической тактики у пациентов, получивших электротравму.

Материал и методы. Подвергнуты анализу 11 историй болезни пациентов в возрасте от 1 года 10 месяцев до 15 лет, находившихся на обследовании и лечении в РАО и отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2004 по 2008 г. Соотношение мальчиков и девочек - 8 (73%):3 (27%). У детей младшей возрастной группы (в основном девочек) наблюдалась электротравма. У мальчиков электротравма сочеталась с электроожогом (6) и в одном наблюдении - с повреждением опорно-двигательного аппарата (падение с высоты).

Больные поступили в РАО в первые часы или сутки с момента получения травмы для кардиомониторинга и противошоковых мероприятий. Хирургические вмешательства выполнены 6 детям (54%): некрэтомия, некрэктомия, аутодермопластика, пластика местными тканями. Ребенку с электроожогом 4 степени правой кисти и предплечья ампутирована правая верхняя конечность на уровне верхней трети предплечья. Некрэктомия с 2007 года выполняется с помощью аргоновой электрокоагуляции, что позволяет уменьшить кровопотерю.

Дети, перенесшие электротравму, нуждаются в длительном реабилитационном лечении в стационаре и амбулаторных условиях. Средний койко-день в стационаре составил 29 дней. Летальных исходов не было. Электротравма у детей является комплексной проблемой, к решению которой должны привлекаться различные специалисты: реаниматологи, хирурги, неврологи, кардиологи.

Таким образом, активная хирургическая тактика с использованием аргоновой электрокоагуляции позволяет добиться оптимальных результатов в лечении электроожогов у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ «ТРИ В ОДНОМ» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.В. Макушкин, И.А. Мамлеев, Л.Ф. Аллабердина, В.У. Сатаев
Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Российская Федерация

Цель работы. Определить клиническую эффективность технологии полного парентерального питания (ППП) «три в одном» в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 35 детей в возрасте от 4 до 14 лет, госпитализированные

в отделение анестезиологии и реанимации Республиканской детской клинической больницы за период с августа 2006 по декабрь 2008 г. с острой кишечной непроходимостью. Мальчиков – 19, девочек – 16. В соответствии с задачами исследования были выделены 2 группы больных. 1-я группа (19 детей) – ППП проводилось раствором кристаллических аминокислот («Аминоплазмаль», «Инфезол») + углеводы (10% раствор глюкозы) + жировые эмульсии («Липофундин»). 2-я группа (16 детей) – ППП технологией «три в одном»: «Кабивен» или «Оликлиномель» (пакет, содержащий аминокислоты, жировые эмульсии и растворы глюкозы). Эффективность ППП оценивалась на следующих этапах исследования: 1-й этап – до начала ППП; 2-й этап – на 2-3 сутки от начала ППП; 3-й этап на 5-е сутки ППП. ППП начинали после стабилизации гемодинамики, КОС и водно-электролитного баланса, но не позднее 24 часов после хирургического вмешательства.

Результаты исследования. Наибольшее увеличение содержания общего белка в плазме крови наблюдали у детей во 2-й группе. Средние значения составили: 1-й этап – 57,3±2,3 г/л; 2-й этап – 65,8±3,7 г/л; 3-й этап 70,1±3,6 г/л. У пациентов в 1-й группе возрастание общего белка статистически значимо было только к 3-му этапу: 1-й этап – 58,2±2,7 г/л; 2-й этап – 61,2±3,0 г/л; 3-й этап 68,0±3,8 г/л. Во второй группе отмечался положительный азотистый баланс уже на 2-м этапе, а также отпадала коррекция гликемии, гипокалиемии и более раннего восстановления моторики ЖКТ (2-й этап). Субъективно пациенты отмечали улучшение общего состояния, возрастала их функциональная активность.

Выводы. Применение технологии полного парентерального питания «три в одном» в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости у детей является безопасным и действенным лечебным мероприятием, которое способствует более эффективному синтезу эндогенного белка и улучшает результаты лечения.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.И. Рафри

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Проведен анализ 14 историй болезни детей в возрасте 3-14 лет, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии Областной детской клинической больницы г. Донецк. Причиной острого желудочно-кишечного кровотечения в 8 случаях был эрозивный гастрит и язвенное поражение желудка, в 6 – язва дивертикула Меккеля. Лабораторно-инструментальный контроль включал мониторинг состояния гемодинамики (артериальное давление, центральное венозное давление), регулярный контроль уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов и тромбоцитов, показателей коагулограммы, сатурации кислорода. При проведении инфузионной терапии в качестве базовых использовались растворы на основе гидроксипропилкрахмала («Рефортан», «Стабизол») и желатины («Гелофузин»). Предпочтение отдавалось последнему, так как в отличие от модифицированных крахмалов, «Гелофузин» не оказывает влияние на свертывающую систему крови, не снижает адгезию и агрегацию тромбоцитов, активность антитромбина III, факторов VIII и IX.

Перечисленные препараты являются реальной альтернативой декстранам и альбумину в связи с рядом нежелательных эффектов последних: пирогенность и аллергогенность; дезагрегация тромбоцитов и нарушение канальцевого пассажа мочи декстранами; способность альбумина переходить в межклеточный сектор внесосудистого русла и усугублять интерстициальный отек тканей. При выраженной анемии (гемоглобин менее 70 г/л) с заместительной целью проводились трансфузии эритроцитарной массы. Обязательным условием был малый срок хранения среды – до 10 суток. Свежезамороженная донорская плазма использовалась только в целях профилактики развития коагулопатии потребления. Считалось нерациональным назначение этого препарата для восстановления объема циркулирующей крови в связи с большой частотой анафилактических и пирогенных реакций и с высоким риском переноса гемотрансмиссивных инфекций (ВИЧ, гепатит В и С). Результатом применения указанной схемы инфузионно-трансфузионной терапии явилось снижение длительности пребывания больных в отделении интенсивной терапии на 1,8 койко-дня по сравнению с пациентами, не получавшими «Гелофузин», «Рефортан» или «Стабизол». Таким образом, рациональный подход к заместительной терапии позволил оптимизировать лечение детей с массивными кровотечениями из желудочно-кишечного тракта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ МЫШЦЫ

В.В. Бычкова, А.М. Масленникова

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Пуборектальная мышца – одна из мышц леваторной группы и один из важнейших механизмов удержания каловых масс. При ее повреждении во время операции в аноректальной зоне возникает тяжелое недержание кала. Для пластики этой мышцы в последние годы используют различные виды искусственных трансплантатов. Однако количество работ, характеризующих взаимодействие этих трансплантатов с окружающими тканями, в доступной литературе ограничено.

Цель работы: оценка структурных изменений трансплантатов из свиного коллагена («Bard») и викрил-пролена («Urosling») и характер их взаимодействия с окружающими тканями у животных. Для проведения исследования использовались 30 крыс линии Vistar.

Каждому животному внутримышечно в область конечностей внедряли с одной стороны коллагеновый трансплантат, а с другой – викрил-проленовый. Был определен характер макроскопических и микроскопических изменений трансплантатов, их подвижность, соотношение с окружающими тканями, наличие воспалительного процесса. Показано, что трансплантаты хорошо взаимодействуют с окружающими тканями, а при использовании антибиотикотерапии не происходит их инфицирования.