

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%): некротомия, 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