

Манеров Ф.К., Борщикова Т.И., Сергеева О.Н., Базалев Г.Г., Кардаш С.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Зональный перинатальный центр»,
г. Новокузнецк*

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ УКУСАХ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ У ДЕТЕЙ ЮГА КУЗБАССА

Представлен алгоритм интенсивной терапии у детей при укусах змеями. Основными звеньями лечения определены инактивация змеиного яда, уменьшение тромбообразования, дезинтоксикация, десенсибилизирующая и антибактериальная терапия. Применение данного алгоритма позволило сократить время пребывания больных в стационаре и улучшить прогноз лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: укус змеи; интоксикация; тромбоз вен; гепарин; плазмаферез.

Manerov F.K., Borshchikova T.I., Sergeeva O.N., Bazalev G.G., Kardash S.V.
*Novokuznetsk State Medical Refresher Institute,
Zone prenatal centre, Novokuznetsk*

INTENSIVE THERAPY IN CASES WHEN CHILDREN OF THE SOUTH OF KUZBASS ARE BITTEN BY VENOMOUS SNAKES

The algorithm of intensive therapy of children, who have been bitten by snakes, is presented. Inactivation of snake poison, thrombosis reduction, deintoxication, desensitizing and antibacterial therapy have been defined as basic treatment links. Application of the given algorithm has enabled to reduce patients' stay time in the resuscitation department and to improve the treatment forecast.

KEY WORDS: snake sting; intoxication; vein thrombosis; heparine; plasmapheresis.

В отделении анестезиологии-реанимации МЛПУ «Зональный перинатальный центр» с 1998 по 2010 гг. пролечены 61 больной в возрасте от 5 до 16 лет с укусами ядовитых змей. У всех

больных при поступлении был отмечен синдром интоксикации (бледность кожных покровов, тошнота, рвота), болевой синдром, клиника нарастающего тромбоза вен.

Лечебные мероприятия были разделены на два этапа: первая неотложная медицинская помощь и интенсивная терапия.

Первая неотложная медицинская помощь включала инактивацию змеиного яда посредством введения противозмеиной сыворотки, футлярную новокаиновую блокаду 0,25 % раствором новокаина, обезболивание,

Корреспонденцию адресовать:

СЕРГЕЕВА Ольга Николаевна,
654000, г. Новокузнецк, ул. Сеченова, 26,
МЛПУ «Зональный перинатальный центр».
Тел. +7-908-948-03-03.
E-mail: son3@inbox.ru

иммобилизацию поврежденной конечности. Учитывая особенности региона, применялась поливалентная противозмеяная сыворотка или сыворотка «Антигадюка». Показанием к введению сыворотки по методу Безредке было наличие выраженных симптомов интоксикации в первые часы после повреждения. Патогенетическим обоснованием футлярной новокаиновой блокады в первые сутки лечения было прерывание патологической импульсации из области повреждения. Противостолбнячную сыворотку вводили при наличии раны и отсутствии данных о прививках у ребенка.

Интенсивная терапия в отделении анестезиологии-реанимации была направлена на снижение тромбообразования и включала введение гепарина 80-100 ЕД/кг внутримышечно и одновременно его введение через дозатор лекарственных веществ в дозе 300-400 ЕД/кг/сутки, что соответствовало 9-12 ЕД/кг/час. Гепаринизацию проводили под контролем активированного частичного тромбопластинового времени, добиваясь в первые 6 часов лечения его удлинения в 2-2,5 раза в сравнении с исходным показателем и поддержания на уровне гипокоагуляции в последующие дни лечения.

С 2000 года в лечении массивных тромбозов применяли низкомолекулярные гепарины (клексан или фраксипарин) из расчета 100-200 ЕД/кг в сутки, вводимого в 2 инъекции. При включении в терапию низкомолекулярных гепаринов его дозу подбирали в зависимости от показателей активированного частичного тромбопластинового времени, и зачастую комбинируя с внутривенным дозированным введением нефракционированного гепарина.

Сведения об авторах:

МАНЕРОВ Фарук Каримович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии, неонатологии и клинической фармакологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

БОРЩИКОВА Тамара Ивановна, канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии-реанимации, МЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.

СЕРГЕЕВА Ольга Николаевна, врач-трансфузиолог, отделение анестезиологии-реанимации, МЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: son3@inbox.ru

БАЗАЛЕВ Григорий Григорьевич, врач анестезиолог-реаниматолог, отделение анестезиологии-реанимации, МЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.

КАРДАШ Светлана Валентиновна, врач анестезиолог-реаниматолог, отделение анестезиологии-реанимации, МЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MANEROV Faruk Karimovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of pediatrics, neonatology and clinical pharmacology, Novokuznetsk State Medical Refresher Institute, Novokuznetsk, Russia.

BORSHCHIKOVA Tamara Ivanovna, candidate of medical sciences, chief of the department of anesthesiology-resuscitation, Zone prenatal centre, Novokuznetsk, Russia.

SERGEeva Olga Nikolaevna, transfusionist, the department of anesthesiology-resuscitation, Zone prenatal centre, Novokuznetsk, Russia. E-mail: son3@inbox.ru

BAZALEV Grigory Grigorevich, anesthesiologist-resuscitator, the department of anesthesiology-resuscitation, Zone prenatal centre, Novokuznetsk, Russia.

KARDASH Svetlana Valentinovna, anesthesiologist-resuscitator, the department of anesthesiology-resuscitation, Zone prenatal centre, Novokuznetsk, Russia.

* * *

Сопроводительная терапия включала антибактериальные препараты широкого спектра действия, глюкокортикоиды (1-3 мг/кг в сутки), антигистаминные препараты. Инфузионная терапия, как правило, не превышала объем физиологической потребности и включала препараты реологического действия: ГЭК 6 % или рефортан 6 % 10-15 мл/кг. При наличии массивного тромбоза и увеличении его зоны в динамике в комплекс интенсивной терапии включали плазмаферез в объеме 1/3-2/3 объема циркулирующей плазмы с плазмозамещением свежесмороженной донорской плазмой. Местное лечение включало применение согревающих гепариновых компрессов на пораженную конечность и физиопроцедуры: ультравысокие частоты в острый период по продольной методике (№ 5 процедур) или гальванизацию (при небольшом объеме повреждения).

При выполнении всего комплекса лечения у всех больных был отмечен благоприятный исход заболевания. Средний койко-день в отделении анестезиологии-реанимации составил $4,5 \pm 3,7$ дней. Только один больной находился на ИВЛ, перевод на аппаратную вентиляцию был обусловлен тромбоэмболией легочной артерии при массивном тромбозе нижней поллой вены. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная схема лечения позволяет снизить тяжесть интоксикации в остром периоде заболевания и избежать развития тромбоэмболических осложнений.