

В отделении переливания крови Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко внедрена в клиническую практику модифицированная проба на эритроцитарный гемолиз. Нами предложено в пробирку, содержащую 1 мл испытуемой крови, добавлять 5 мл физиологического раствора. Далее в пробирку добавляются моноклональные антитела способные вызвать агглютинацию эритроцитов. Используются цоликлоны анти-А, анти-В, анти-АВ в соответствии с группой испытуемой крови. Затем путём медленного покачивания в течение 3 минут содержимого пробирки агглютинаты эритроцитов оседают на её дне. Моноклональные антитела к эритроцитам добавляются в соотношении 1 капля (0,1 мл) цоликлонов на 1 мл раствора в пробирке. Интерпретация результатов пробы производится по истечении 3 минут. Наличие красной или розовой окраски надосадочной жидкости говорит о гемолизе эритроцитов. Эта проба выполняется быстрее. Она нужна перед плановой гемотрансфузией, но особенно важна до проведения неотложного возмещения кровопотери, перед реинфузией, излившейся аутокрови.

Литература

1. Жибурт Е. Б., Алексеев В. Е. // Здоровоохранение и мед. техника. – 2004. – № 2. – С. 6–8.
2. Инструкция по применению компонентов крови. – М., 2002. – 77 с.
3. Соломаха А. А. // Новое в трансфузиологии. – 2003. – Вып. 35. – М. – С. 74–77.
4. Колесников И. С. и др. Аутоотрансфузия крови и её компонентов в хирургии. – Л.: Медицина, 1979. – 216 с.

УДК 616-001.17

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЕЙШЕЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Е.Н. КАСТОРНЫХ, Е.Н. МАТЧИН, Р.В. МАТЮШКИН,
В.А. ОГОЛЬЦОВА*

Представляем клинический случай тяжелейшей сочетанной травмы пациентки Ш. Н.В., 13 лет.

При пожаре в квартире (19.07.2005), девочка получила обширный термический ожог, спасаясь от огня, выпрыгнула из окна 5 этажа. В тяжелейшем состоянии доставлена в ЦРБ по месту жительства (г. Кимовск), установлен диагноз: термические ожоги IIIA, Б ст. туловища, конечностей, ягодиц; 70% поверхности тела. Закрытая черепно-мозговая травма – ушиб головного мозга, открытый перелом бедренных костей, закрытый перелом плечевых костей. Шок. На 2-е сутки осмотрена комбустиологом, согласована противошоковая терапия. На 6-е сутки осмотрена повторно комбустиологом, детским реаниматологом, согласована проводимая терапия. На 16-е сутки реанимобилем больная переведена в Тульскую областную детскую больницу, в отделение реанимации. В реанимационном отделении осмотрена узкими специалистами: кардиологом, психоневрологом, хирургом, нефрологом. Выполнено УЗИ брюшной полости: обнаружена свободная жидкость в брюшной полости, гематома правой доли печени. Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в S1 умеренная реакция костальной плевры с 2-х сторон. Для фиксации обломков бедренных костей больной наложены 2-колечные аппараты Илизарова. Больная была под наблюдением комбустиолога, делались поэтапные некрэктомии. За время лечения состояние больной было тяжелым, ближе к критическому, ожоговые раны углубились и на момент перевода в ожоговый центр ТОО составили 70% ран IIIБ ст.

По выведении из острой ожоговой токсемии больная переведена в ожоговый центр ТОО (на 30-е сутки). В центре продолжено интенсивное лечение пострадавшей, начато активное оперативное лечение на фоне массивной инфузионно-трансфузионной, антибактериальной терапии. На вторые сутки выполнена первая аутодермопластика расщепленным перфорированным лоскутом (3 стр. обложки, рис.1).

Травматологами проводилась коррекция смещения обломков бедренных костей аппаратами Илизарова. После рентгеноконтроля, на 88-е сутки они были демонтированы. На контроле: консолидация переломов плечевых костей, перелома левой бедренной кости, не устраненное смещение правой бедренной кости с образованием мягкой костной мозоли. При лечении соблюдались основные принципы активной хирургической тактики. Большой выполнен 9 оперативных вмешательств по пересадке кожи при абсолютном дефиците донорских мест (3 стр. обложки, рис.2). Большая часть ран была закрыта в минимально короткие сроки. Дерматомные кожные трансплантаты брались в том числе и с волосистой части головы, с одних и тех же мест по 2–3 раза.

На 95-е сутки от травмы на правом бедре через переднюю поверхность вышел проксимальный отломок бедренной кости. На 100-е сутки детским травматологом наложен 4-колечный аппарат Илизарова. Больная консультирована кардиологом: миокардиодистрофия метаболическая, синусовая тахикардия; невропатологом: астено-невротическое состояние в связи с ушибом головного мозга, тяжелой сочетанной травмой. На 19.12.2005 больная находится в центре 124 дня (154-е сутки от травмы), оставшиеся мозаичные ранки общей площадью около 1% поверхности тела эпителизируются самостоятельно, донорские места полностью зажили, переломы плеч, левого бедра консолидировались, правая бедренная кость фиксирована аппаратом Илизарова, образовалась хорошая мозоль, но сохраняются явления остеомиелита. Больная активна, сидит в кровати. Общий вид представлен на (3 стр. обложки, рис.3).

УДК 616-001.17; 617.55

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ОБШИРНОГО РАНЕВОГО ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

В.А. ОГОЛЬЦОВА, К.А. ОГОЛЬЦОВА, И.М. ЩЕКИН*

Больной Г. 20 лет переведен в хирургическое отделение ГУЗ ТО Тульской областной больницы из хирургического отделения БСМП им. Ваныкина 20.08.03 г., куда поступил по экстренным показаниям через 30 минут от момента получения проникающего колото-резаного ранения брюшной полости. На операции выявлено ранение поперечно-ободочной кишки, брыжейки подвздошной кишки, внутрибрюшное кровотечение. Выполнено ушивание раны толстой кишки, брыжейки тонкой кишки. Через четверо суток больной оперирован повторно по поводу несостоятельности швов толстой кишки, разлитого фибринозно-гнойного перитонита. Выведена совмещенная двухствольная трансверзостома. Затем больной перенес 7 санационных релапаротомий с развитием флегмоны передней брюшной стенки. При поступлении в хирургическое отделение ТОО состояние больного тяжелое, кахексия. Анализ крови: Нв – 60 г/л, лейкоциты 19,5. 10⁹/л; п. – 9; с. – 88; СОЭ – 65 мм/час. Белок сыворотки крови – 48 г/л. На перевязке: на передней брюшной стенке имеется обширный раневой дефект 45×30 см., дном раны являются пегли кишечника, покрытые фибрином. Сюда же, в рану открывается толстокишечный свищ (рис 1, 3 стр. обложки).

После предоперационной подготовки 28.08.03 больной оперирован в плановом порядке, выполнена реконструкция трансверзостомы (отводящий конец поперечно-ободочной кишки ушит наглухо, приводящий конец выведен через отдельный разрез у края подвздошной кости справа). Через 1,5 месяца обширный раневой дефект передней брюшной стенки закрыт сплошным и сетчатыми кожными дерматомными аутоотрансплантатами, уложенными на раневой поверхности один вблизи другого (рис. 2, 3 стр. обложки). Кожные лоскуты прижили полностью. Раневой дефект устранен. Шесть месяцев спустя больному выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. В последующем у больного сформировалась обширная послеоперационная вентральная грыжа (рис. 3, 3 стр. обложки), по поводу которой больной оперирован. Выполнена пластика брюшной стенки сетчатым аллотрансплантатом «Prolen». Больной

* ГУЗ ТО «Тульская областная больница», ожоговый центр

* Тульская областная больница, отделение общей хирургии, ожоговое отделение