

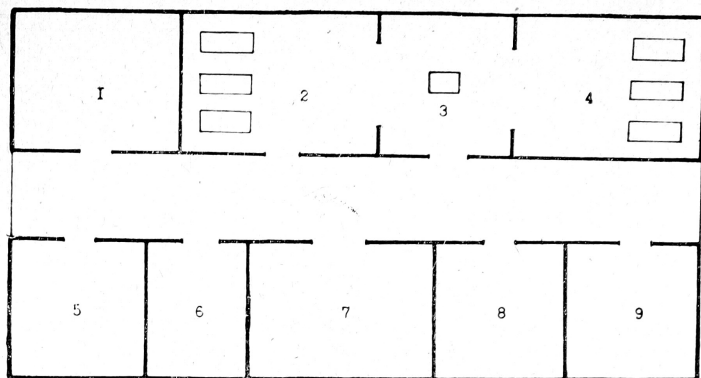


Схема расположения реанимационно - анестезиологического отделения: 1 — биохимическая лаборатория; 2, 3, 4 — реанимационные палаты; 5 — автоклава; 6 — ординаторская; 7 — реанимационный зал; 8, 9 — материальная,

индикатором стадий наркоза ИСН-1, усилителем биопотенциалов УБП-1, спирографом, дефибриллятором, кардиотестром, фоноэлектрокардиографом, электрокардиографом, аппаратами Вальдмана, электроотсосами, стерильными наборами для интубации, вене-секции, трахеостомии, торакотомии, стерильным перевязочным материалом, автоклавами, шкафами с медикаментами и растворами, стойками для систем. В палатах размещено 6 функциональных кроватей венгерского производства типа «Медикор». Их можно использовать в качестве каталки для перевозки больных. К каждой койке подведен увлажненный кислород.

Центральный пост, где располагается дежурная медицинская сестра, снабжен сигналами экстренного вызова дежурных врачей в ночное время. Днем в реанимационных палатах постоянно находятся 2 врача-реаниматолога. Воздух во всех помещениях ежедневно облучается бактерицидной лампой. Вход в отделение строго ограничен даже для сотрудников других отделений больницы.

Нами разработаны единые карты реанимации и листы почасовых назначений, где регистрируются малейшие изменения в состоянии больных. Как правило, больные находятся в отделении до полного выведения их из тяжелого состояния, после чего их переводят в другие отделения для долечивания.

В течение года через реанимационно-анестезиологическое отделение прошло 167 человек в возрасте от 2 дней до 82 лет, из них погибло 48 (28,5%). Наиболее неблагоприятные исходы были в группе неврологических больных с обширными тромбозами и кровоизлияниями в вещество мозга (9) и при тяжелых черепно-мозговых травмах, сопровождающихся необратимыми повреждениями ткани мозга (10), а также у больных с ожогами 3—4 степени с площадью поражения более трети всей поверхности тела. Хороший эффект достигнут нами при лечении больных с травматическим шоком 3—4 степени. Из 19 пострадавших, поступивших в реанимационно-анестезиологическое отделение, умерли 2. Благоприятные результаты получены и при лечении острых отравлений — из 21 больного выздоровели 19.

Средняя продолжительность лечения больного в отделении реанимации составила 2,4 дня. Такой небольшой срок пребывания был обусловлен тем, что большинство умерших больных погибло в первые сутки с момента поступления (обширные тромбозы и травматические повреждения мозга).

Наш опыт работы реанимационно-анестезиологического отделения общего профиля показал необходимость организации таких отделений как в городских, так и в районных больницах.

УДК 616.5—02:615,7

В. К. Чугунов, М. С. Раскин (Казань). Синдром Стивенса — Джонсона, вызванный приемом раувазана

Синдром, описанный Стивенсом и Джонсоном в 1922 г., относится к редким заболеваниям. Для его клинической картины наиболее характерны лихорадочное состояние, поражения кожи и слизистых оболочек. На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей появляются обильные буллезные высыпания. Часто уже в течение первых часов формируются пузыри сливного характера, достигающие в отдельных случаях размеров ладони и больше. На месте вскрывшихся пузырей образуются обширные эрозивные мокнущие поверхности. Такие же высыпания поражают слизистую рта, носоглотки и конъюнктивы глаз. В тяжелых случаях процесс может закончиться кератитом и панфтальмитом, ведущим к слепоте. Исход заболевания не всегда благоприятный. В основе синдрома могут лежать аллергические проявления к некоторым лекарственным препаратам.

Приводим редкий случай синдрома Стивенса — Джонсона, развившегося в ответ на прием раувазана.

Т., 50 лет, поступила в клинику 29/IV 1970 г. в тяжелом лихорадочном состоянии, с обильными пятнистыми высыпаниями на коже лица, туловища и конечностей, слизистых рта, носа и глазных щелей. Заболела остро 3 дня назад. В течение 4 предыдущих дней принимала раувазан в обычной дозировке по поводу гипертонической болезни, которой страдает с 1963 г. Через час после приема очередной таблетки раувазана у больной начался озноб, температура поднялась до 39°, на коже лица, конечностей и туловища появились эритематозно-отечные пятна и багрово-красные бляшки с синюшным оттенком, на месте которых в дальнейшем образовались плоские пузыри с фестончатыми и округлыми очертаниями. В последующие дни отдельные пузыри приняли сливной характер. Местами пузыри вскрывались, обнажая эрозивные мокнущие поверхности. Все три дня до поступления пациентка не принимала лекарств; сохранялась высокая температура. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, и она была госпитализирована.

Состояние больной тяжелое, температура 39°. Больная лежит с закрытыми глазами. На коже лица, туловища и конечностей многочисленные папулезные высыпания и



геморрагические пузыри (см. рис.). На кончиках пальцев кистей и стоп пузыри с явлениями некротизации тканей; отечность век, резкая гиперемия конъюнктивы с гнойным отделяемым; зев гиперемирован, на слизистой зева и глотки, мягкого и твердого неба пузырьки и эрозии. Дыхание везикулярное, перкуторно — легочный звук. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, акцент II тона над аортой, АД 150/95. Пульс 98 в мин., ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Органы брюшной полости в пределах возрастной нормы. Гем. — 13 г%, Э. — 4 млн., ц. п. — 0,9, РОЭ — 4 мм/час, Л. — 3000; п. — 23%, с. — 19%, э. — 5%, м. —

23%, л. — 30%; холестерин — 180 мг%, протромбин — 87%, фибриноген — 280 мг%, сиаловые кислоты — 0,280 опт. ед., С-реактивный белок +, общий белок — 7,7 г%, альбумины — 55,5%, глобулины: α_1 — 3,9%, α_2 — 8,6%, β — 12,5%, γ — 19,4%. Моча без патологии; 17-кетостероидов в суточной моче — 2,3 мг. Глазное дно: сосочки розовые, артерии сетчатки сужены. На ЭКГ — снижение вольтажа основных зубцов, горизонтальное положение электрической оси сердца, нарушение метаболизма в миокарде. Рентгеноскопия: легочные поля чистые, корни склерозированы, сердце — умеренная гипертрофия левого желудочка. Аорта уплотнена.

Клиника заболевания, характер и локализация высыпаний на коже, слизистых оболочках с поражением конъюнктивы глаз были характерны для синдрома Стивенса — Джонсона. Непосредственная связь заболевания с приемом раувазана дает возможность предположить в данном случае лекарственную аллергию к препарату змеевидной раувольфии.

Больной проводили десенсибилизирующую терапию. В первые 2 дня внутривенно капельно вводили коктейли: 200 мл 0,5% раствора хлористого кальция с добавлением 30 мг преднизолона, 2 мл 1% раствора димедрола, 2 мл 1% раствора дибазола, 5 мл 2,4% раствора эуфиллина. В дальнейшем был назначен преднизолон внутрь по 30 мг в сутки с постепенным снижением дозировки в течение 10 дней. Продолжали вводить внутримышечно 2 мл раствора пипольфена. Эрозивные поверхности смазывали 0,5% преднизолоновой мазью, глаза промывали 2% раствором борной кислоты. Применяли сердечно-сосудистые средства и пенициллин.

Уже на 2-й день лечения температура нормализовалась, на 5-й день улучшилось общее состояние, эрозивные поверхности начали эпителизоваться, исчезло гнойное отделяемое из глаз. На 12-й день пузыри и эрозии подсохли корочками, которые отпали на 16—18-й день. На 20-й день больная была выписана в хорошем состоянии: АД 150/80, пульс 78 в мин., ритмичный. При повторных осмотрах через 2 месяца, 2 года самочувствие больной хорошее. Никаких следов от высыпаний на коже и слизистых оболочках не осталось.

Описанный случай синдрома Стивенса — Джонсона возник как аллергическая реакция на рутинное гипотензивное средство раувазан. Препараты змеевидной раувольфии, широко применяемые в медицине, при длительном назначении в 8—10% наблюдений вызывают органические изменения слизистой носа по типу хронического ринита. Они могут обусловить возникновение язв желудка и двенадцатиперстной кишки и кровоизлияний, а также обострить и усложнить уже существующую язву. При назначении препаратов этой группы следует помнить о возможных вариантах его побочного действия.