

ширной поверхностью ожога, что составило 52 операции за 3 года. 3 больным пересадку осуществляли сетчатым трансплантатом, одному больному была выполнена итальянская пластика при ожоге IV степени I пальца кисти. Все операции прошли успешно.

Приводим клиническое наблюдение.

Б., 7 лет, поступила в отделение 28.06.1998 г. в состоянии шока с ожогами пламенем брюшной стенки, грудной клетки, бедер II—III степени с площадью поражения, равной 17%. Дома девочка играла, зажигая спички, в результате вспыхнуло платье. Испугавшись, она спряталась в угол комнаты и попыталась потушить пламя, но это ей не удавалось, закричала только тогда, когда стало нестерпимо больно. Мать девочки облила ее водой и, погасив огонь, привезла ее в больницу.

В отделении реанимации ей были назначены противошоковая терапия, перевязки с фурацилино-новокаиновой смесью, трансфузии плазмы. На перевязке ожоговая рана была ярко красного цвета, на передней брюшной стенке и на бедрах — точечные кровоизлияния (рис. 1). В следующие 2 дня кожа области нижней трети передней брюшной стенки и внутренней поверхности бедер приобрела белесоватый цвет.

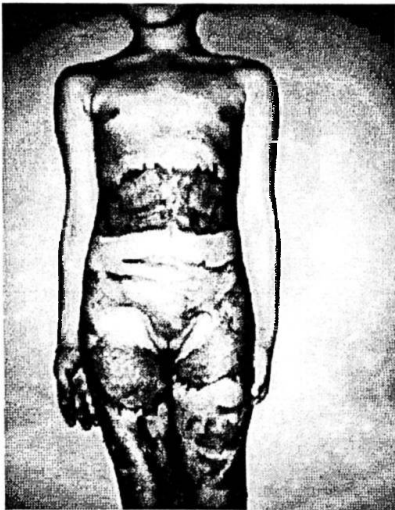


Рис. 1.

Под наркозом на 4-е сутки пострадавшей была проведена первичная некрэктомия в названных выше областях с помощью электроножа. Глубина ожога мозаичная, особенно глубок ожог в правой паховой области, где некротизированная кожа была снята до подкожной жировой клетчатки. В последующие дни были использованы перевязки с жидким левомиколем под наркозом. Образовалась сухая тонкая некротическая пленка в виде пергамента на тех местах, где проводилась некрэктомия.

Ежедневно выполняли частичную некрэктомию, перевязки с ДНКазой, ируксомом, левомиколем. Ожоговая рана полностью очистилась. На 14-е сутки была произведена первая аутодермопластика на формирующие гранулирующие раны в паховых областях и бедрах. Вторая ауто-

дермопластика сделана через 9 суток — были закрыты гранулирующие раны на передней брюшной стенке. В обоих случаях трансплантаты полностью прижились. Раны зажили через 12 суток после последней пересадки. Девочка стала ходить — объем движений в тазобедренных суставах немного ограничен. С этого дня она начала носить комбинезон, сшитый по специальной технологии из ткани «спандекс», который оказывал компрессию на рубцы (рис. 2). В результате этого они стали более плоскими, уменьшился зуд, увеличился объем движений, особенно в левом тазобедренном суставе, где формировался серповидной формы рубец, вызывавший сгибательную контрактуру.



Рис. 2.

Девочку осматривают каждый месяц, она продолжает носить компрессионный комбинезон. Рубцы плоские, пересаженные лоскуты стали более эластичными из-за уменьшения толщины рубцовой ткани под трансплантатами. Сгибательной контрактуры нет. Зуд не беспокоит.

УДК 616.125.6—007.21/253—053.36—089.844

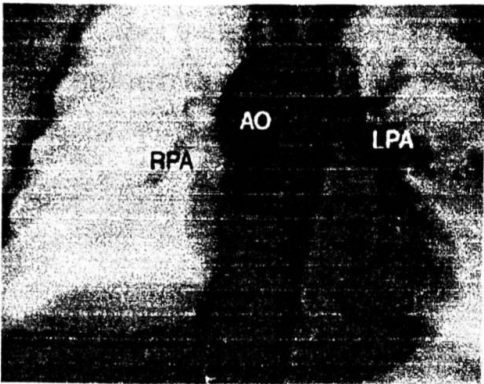
В.А. Луканихин, Г.И. Харитонов, Н.Г. Шигабутдинова, Б.А. Остроумов (Казань). Редкое сочетание дефекта аорто-легочной перегородки с другими пороками сердца

Дефекты между восходящей аортой и легочной артерией относятся к числу редких врожденных пороков сердца (ВПС), встречающихся с частотой 0,27%. В 10—15% случаев этот ВПС сочетается с открытым артериальным протоком (ОАП), коарктацией аорты. В литературе описаны единичные случаи его сочетания со стенозом легочной артерии. Мы приводим случай успешной коррекции дефекта аорто-легочной перегородки (ДАЛП) в сочетании с ОАП и стенозом двустворчатого клапана легочной артерии.

Е., 1 год 3 месяца, поступил на обследование с направительным диагнозом ОАП, признаками сердечно-легочной недостаточности, частыми заболеваниями ОРВИ и отставанием в массе тела. При аускультации определялся систоло-диа-

столический шум во втором межреберье слева от грудины и в межлопаточном пространстве. На основании прерывности шума и нетипичной для ОАП мягкости тембра заподозрен сочетанный порок. При электрокардиографии были выявлены миграция наджелудочкового водителя ритма с частотой сердечных сокращений 170 в 1 мин и признаки гипертрофии левого желудочка.

После выполнения эхокардиографии (ЭхоКГ) был установлен диагноз: ДАЛП в сочетании с ОАП, заподозрен стеноз легочной артерии. В проекции продольного сечения сердца определялся дефект между аортой и легочной артерией. При доплеровском исследовании имел место систоло-диастолический поток в проекции ОАП. Фракция выброса левого желудочка составляла 60%, а градиент давления между правым желудочком и легочной артерией — 36 мм Нг. Зондирование полостей сердца подтвердило наличие легочной гипертензии (давление в стволе легочной артерии — 38/10 при системном давлении 76/34 мм Нг) с резким подскоком оксигенации на уровне ствола легочной артерии, однако градиент давления между правым желудочком и легочной артерией не выявлен.



Ангиокардиограмма больного Е., выполненная из проксимальной части аорты. Обозначения: АО — восходящая аорта, LPA — левая ветвь легочной артерии, RPA — правая ветвь легочной артерии.

При ангиокардиографии из восходящей аорты определялся переток контраста в легочную артерию (см. рис.). Из-за высокого риска коррекции порока в условиях искусственного кровообращения (ИК) при массе тела менее 10 кг было решено первым этапом произвести перевязку ОАП. 20.09.1999 г. осуществлена перевязка ОАП диаметром 5 мм (Г.И. Харитонов). Послеоперационный период протекал без особенностей. Однако на контрольной ЭхоКГ признаки легочной гипертензии не уменьшились, сохранялся градиент давления между правым желудочком и легочной артерией, фракция выброса увеличилась до 70%. В связи с риском быстрого развития у ребенка легочной гипертензии возникла необходимость в проведении радикальной операции.

11.11.1999 г. произведены трансаортальная пластика ДАЛП третьего типа (классификация ИССХ им. А.Н. Бакулева) ксеноперикардом и от-

крытая вальвулотомия клапанов легочной артерии в условиях ИК и фармако-холодовой кардиopleгии (В.А. Луканихин). Наличие градиента давления на легочной артерии, по данным ЭхоКГ, и систолическое дрожание над последней после пластики ДАЛП побудило произвести ревизию легочной артерии и рассечь ее клапаны по двум имеющимся комиссурам. При контроле легочной артерии клапан стал пропускать калибратор № 11 по Кирклину.

В послеоперационном периоде наблюдались явления умеренного гидроторакса, которые были купированы на фоне консервативной терапии.

Описывая этот случай, мы хотим обратить внимание на ценность и преимущества ЭхоКГ исследования, которое позволило заподозрить стеноз легочной артерии, несмотря на отсутствие данных при зондировании полостей сердца. При проведении последнего градиента давления не был выявлен в связи с большим объемом сброса крови из аорты в легочную артерию.

УДК 617.55—003.6—089.878

Р.Ш. Шаймарданов, И.С. Малков, В.Н. Биряльцев, А.М. Зайнутдинов, Х.М. Халилов, Р.Ф. Губаев (Казань). Иностранное тело в брюшной полости

В структуре проктологических заболеваний инородные тела в прямой кишке достигают 0,5%. В клинических учреждениях общего профиля инородные тела в прямой кишке встречаются реже.

Мы наблюдали больную с инородным телом в прямой кишке, перфорировавшим в брюшную полость.

Б., 18 лет, поступила в отделение неотложной хирургии больницы № 7 23.08.1998 г. в 19 часов 35 минут с жалобами на боли в животе, больше в нижних отделах, общую слабость. С ее слов, за 17 часов до поступления она была избита и изнасилована на улице неизвестными с введением бутылки во влагалище и прямую кишку. За медицинской помощью обратилась только вечером, вызвав службу скорой помощи.

При поступлении находилась в алкогольном опьянении, общее состояние средней тяжести. Кожные покровы, слизистые бледноватые, температура — 38,2°C. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота пульса — 98 уд. в 1 мин, АД — 110/70 мм Нг. Дыхание везикулярное. Язык обложен грязным налетом, сухой. Живот умеренно равномерно раздут, резко напряжен, болезненный во всех отделах, больше в нижних, где пальпируется плотное образование (4 x 6 см), слегка подвижное при пальпации. Симптомы раздражения брюшины положительны во всех отделах. Диурез не нарушен. Больная осмотрена гинекологом. Per vaginum: стенки влагалища и своды без повреждений. Per rectum: пальпация умеренно болезненна. В пределах досягаемости патологических образований, инородных тел, дефектов стенок не выявлено.

На обзорной рентгенографии органов брюшной полости — инородное тело в виде бутылки,