

у мальчика на коже ягодиц, бедер появилась зудящая пятнисто-папулезная аллергическая сыпь. Вновь назначено лечение преднизолоном 10 мг в сутки.

В течение 20 дней (с 50 по 70-й день заболевания) полностью сошли ногти с пальцев рук.

Ребенок выписан на 73-й день заболевания в удовлетворительном состоянии на поддерживающей дозе преднизолона 1,25 мг с рекомендацией приема препарата в течение 7 дней.

Анализ мочи и крови во все периоды болезни не обнаруживали отклонений от нормы, лишь в двух анализах крови отмечался нейтрофилез со сдвигом влево.

Таким образом, у И. предвестником синдрома Лайелла в начале заболевания была мелкоочечная «металлическая» сыпь, которой врачи не придали значения.

Особенностью течения заболевания у этого ребенка было не только массивное поражение кожи и слизистых, но и позднее полное схождение ногтей с пальцев рук. Высокий аллергический фон, проявляющийся астматическим бронхитом, обусловил крайнюю тяжесть течения заболевания, абсолютную непереносимость организмом большинства медикаментов, создавал большие трудности при отмене гормональной терапии, в силу чего пришлось снижать дозу преднизолона постепенно, небольшими долями, под прикрытием аскорбиновой кислоты и антигистаминных препаратов.

После выписки ребенок был осмотрен через 6, 12 месяцев, полтора и два года. Состояние хорошее.

УДК 612.014—464:616—08—06

Н. Ф. Давыдкин, Л. П. Дровяникова, В. М. Кузнецов (Куйбышев-обл.). Индивидуальная непереносимость гипербарического кислорода

Токсическое действие длительных ингаляций кислорода под повышенным давлением известно давно. Актуальность данного вопроса в настоящее время обусловлена широким применением гипербарической оксигенации в клинической практике. В связи с этим могут представлять интерес два наших наблюдения.

1. К., 30 лет, 7/X 1978 г. получил открытый перелом внутреннего мыщелка правой плечевой кости с ранением плечевой артерии и обширным повреждением мягких тканей. Через 6 ч после травмы выполнена первичная хирургическая обработка раны, аутовенозная пластика плечевой артерии и остеосинтез отломков двумя спицами. Конечность иммобилизована гипсовой лонгетой.

В послеоперационном периоде больному был назначен пенициллин по 500 тыс. ЕД 6 раз, стрептомицин по 500 тыс. ЕД 2 раза, 2% раствор папаверина по 2 мл 4 раза, 2% раствор димедрола по 2 мл 1 раз в сутки внутримышечно, 10% раствор этазола по 10 мл внутривенно. Антикоагулянтную терапию осуществляли внутримышечными инъекциями гепарина по 5000 ед. под контролем свертываемости крови.

На 6-й день после операции в связи с нарастанием ишемии конечности решено применить больному гипербарическую оксигенацию. При рентгенологическом исследовании легких пострадавшего патологии не было обнаружено; проходимость слуховых труб — первой степени. Исследование крови выявило умеренно выраженную анемию и лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

13/X проведен пробный сеанс гипербарической оксигенации (ГБО) в воздушной барокамере при давлении 2 кгс/см². Больной дышал кислородом через индивидуальную маску в течение 15 мин. Субъективные ощущения больного и объективные данные во время пробного сеанса и после него каких-либо патологических реакций на гипероксию не выявили.

Через 18 ч пациент взят на первый лечебный сеанс ГБО-терапии. Перед помещением его в барокамеру АД было равно 14,7/8 кПа, пульс 62 уд. в 1 мин. Сеанс проводили при том же давлении, что и пробный. Врач, наблюдавший больного, отметил, что во время сеанса пострадавший стремился глубоко дышать. Через 30 мин сеанса у него выступил обильный пот на лице. На 43-й минуте сеанса больной снял маску, повернулся на живот и потерял сознание. У него появились общие судороги, выделены пенистой мокроты изо рта. Срочная декомпрессия выполнена за 1 мин. При извлечении больного из барокамеры сознание у него отсутствовало, судороги прекратились, изо рта выделялось небольшое количество пенистой мокроты. Дыхание свободное, ритмичное, 20 в минуту. АД 20/12 кПа, пульс 76 уд. в 1 мин, несколько напряжен. Через 3 мин после извлечения больного из барокамеры он пришел в сознание, стал жаловаться на общую слабость, головокружение. После внутривенного введения 40 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 2,4% раствора эуфиллина состояние больного улучшилось. Пульс стал 72 уд. в 1 мин, АД 16/11 кПа. Через 15 мин больной переведен в палату под наблюдение врача.

При подробном расспросе больного на второй день он отметил, что во время сеанса стремился «вдохнуть как можно больше кислорода, глубоко дышал». При этом на 40-й минуте сеанса у него появился кашель, во время которого почувствовал судорожные сокращения мышц лица слева. Не сообщив об этом врачу, больной продолжал ингаляции кислорода. Около минуты спустя судороги распространились

на все мышцы лица. Больной снял маску, решив, что через нее не поступает кислород. В это же время он «потерял зрение», повернулся на живот и потерял сознание. Дальнейших событий больной не помнит. Пришел в сознание, находясь вне барокамеры.

Общеклиническое обследование больного, данные ЭКГ и анализы крови, проведенные на следующий день, не выявили какой-либо патологии. Осмотрен через год. Здоров.

2. Е., 21 года, поступил в клинику инфекционных болезней 16/III 1976 г. по поводу смешанного цирроза печени после перенесенной болезни Боткина, печеночной недостаточности.

Интенсивная терапия в течение 18 дней с применением преднизолона, глюкозы, аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, гемодеза, хлористого кальция, делагила, пенициллина не привела к улучшению состояния больного.

Ввиду тяжести состояния больному 4/IV назначена гипербарическая оксигенация. Сеанс гипербарической оксигенации проводили в воздушной барокамере при давлении 2 кгс/см². На 20-й минуте сатурации у больного появилось судорожное подергивание мышц лица, а затем верхних конечностей, после чего больной потерял сознание. Экстренная декомпрессия выполнена за 1,5 мин. По извлечении больного из барокамеры судороги прекратились. Дыхание свободное, ритмичное, 18 в минуту. После внутривенного введения 40 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина через 5 мин по извлечении из барокамеры больной пришел в сознание, жалоб не связанный с пребыванием больного в барокамере, не было выявлено. От дальнейшего применения ГБО-терапии решено воздержаться. Больной погиб через 2 мес от тяжелой печеночной недостаточности.

С 1974 по 1978 г. в воздушной барокамере отделения ГБО-терапии клиники проведено лечение 1539 больных. Осложнения наблюдались только у 2 указанных выше больных. Всего было проведено 14358 сеансов по описанной методике. Тот факт, что кислородная интоксикация развилась лишь у 2 больных, дает основание предположить наличие у них индивидуальной непереносимости гипербарического кислорода.

Описанные осложнения побудили нас внести изменения в методику проведения сеансов гипербарической оксигенации в воздушной барокамере.

Наши наблюдения показали, что пробный сеанс не дает возможности определить индивидуальную чувствительность больного к кислороду, тем не менее мы считаем целесообразным его проведение для постепенной адаптации больного к воздействию гипербарии¹. С этой же целью в начале курса лечения проводим прерывистую гипербарическую оксигенацию. Сущность ее состоит в следующем. Во время первого сеанса через каждые 15 мин сатурации больной снимает маску и дышит воздухом барокамеры в течение 3—5 мин. Во время второго сеанса делаем один такой перерыв через 25—30 мин сатурации. Прерывистую гипербарическую оксигенацию проводим и при последующих сеансах, если у больного появляются предвестники кислородной интоксикации: затруднение дыхания, потливость, металлический привкус во рту, тошнота. Во время сеанса больному рекомендуем дышать ровно, в обычном для него ритме.

По такой методике проведено 3866 сеансов гипербарической оксигенации 361 больному. Осложнений не наблюдалось.

УДК 616.314—089.28+546.59]—06:616—056.3

В. Ю. Хитров, А. И. Заболотный (Казань). Случай аллергической реакции на золото

Мы наблюдали аллергическую реакцию на единичную золотую коронку.

П., 40 лет, обратился с жалобами на боли и отек в области верхней губы, которые возникли через 2 нед после того, как на центральный верхний резец повторно была установлена золотая коронка. Такие же изменения на губе уже наблюдались однажды, и появление их также совпало с установлением золотой коронки на этот же зуб.

Заподозрив «недоброкачественность» золота, коронку сняли, после чего все явления исчезли. При обследовании на месте контакта коронки с верхней губой на гиперемированной слизистой оболочке обнаружена эрозия размером 3×5 мм, болезненная при пальпации, покрытая легко снимающимся белым налетом. Ранее зуб лечен по поводу кариеса, электровозбудимость пульпы 11 мА.

Больной уже более 3 лет не носит золотое обручальное кольцо из-за постоянного мокнутия кожи под ним. Кожная проба с 1% раствором хлористоводородного золота (для контроля — с физиологическим раствором) оказалась резко положительной. Через 5—6 ч после постановки пробы у больного появилась головная боль, тошнота, общая слабость, отмечалось нарушение сна. Усилилось жжение и болезненность

¹ Примечание редакции. При пробном сеансе представляется целесообразным зарегистрировать ЭЭГ больного для выявления судорожной готовности мозга.