

СТРАНГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Абаев Ю.К.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Острая ишемия пальцев вследствие странгуляционного (турникетного) синдрома является неотложной патологией [1]. Однако, несмотря на характерную клиническую картину и необходимость экстренной ликвидации странгуляции, правильный диагноз далеко не всегда устанавливается правильно, что обусловлено недостаточной осведомленностью медиков о данной патологии [2, 3].

Цель – привлечь внимание к редко встречающемуся в детском возрасте турникетному синдрому.

Результаты и их обсуждение. Автор имеет 4 наблюдения странгуляционного синдрома, обусловившего развитие острой ишемии пальцев стопы у детей раннего возраста, среди которых было 3 мальчика и 1 девочка в возрасте 2, 3, 4 и 6 мес. У двух младенцев в процесс был вовлечен 2-й палец правой стопы, у одного – 2-й и 3-й пальцы левой стопы и у одного – 5-й палец правой стопы. Во всех случаях причиной турникетного синдрома были волосы, обернувшиеся вокруг пальцев и обусловивших развитие ишемических расстройств. Странгуляцию ликвидировали, удаляя волос, а при невозможности – путем рассечения зоны странгуляции и последующего удаления волоса. Каких-либо осложнений в последующем не выявлено. Приводим наблюдение.

Родители девочки В., 4 мес., обратились, заметив во время купания ребенка покраснение и припухлость 2-го и 3-го пальцев левой стопы. В течение суток ребенок беспокоен. Температура тела нормальная. Исследование младенца клинических признаков системного воспалительного процесса не выявило. 2-й палец левой стопы гиперемирован, отечен. Дистальный отдел пальца инфильтрирован, синюшного цвета. Ниже проксимального межфалангового сустава обнаружена малозаметная циркулярная борозда с расщеплением кожи на подошвенной поверхности пальца. Аналогичные изменения, но менее выраженные обнаружены на 3 пальце левой стопы. Осмотр под увеличением позволил обнаружить на 3-м пальце в расщелине кожи кончик волоса, который обернут вокруг пальца на 540°. Пинцетом волос удален. Тщательный осмотр 2-го пальца не позволил выявить причины, обусловившей развитие странгуляции. С целью избегания дальнейшего развития ишемических расстройств пальца под наркозом произведен короткий продольный срединный разрез по дорзальной поверхности 2-го пальца над зоной странгуляции, вне локализации сухожильный разгибателя пальцев. Глубоко в мягких тканях обнаружен волос, обернутый вокруг пальца на 720°. Волос удален. Рана не ушивалась. Мазевая повязка. Диагноз: турникетный синдром 2-го и 3-го пальцев левой стопы. В послеоперационном периоде коротким курсом назначена антибактери-

альная терапия. Отек, инфильтрация, гиперемия пальцев ликвидировались в течение нескольких суток. Заживление ран. При осмотре ребенка через 6 лет осложнений не выявлено.

Описания в литературе турникетного синдрома встречаются редко. Данная патология чаще наблюдается у детей раннего возраста, однако имеются описания данной патологии и у взрослых, преимущественно психически больных [1, 2]. Обычно причиной странгуляции являются волосы и нитки. Чаще в процесс вовлекаются выступающие участки тела – пальцы стопы и кисти. Имеются сообщения о странгуляции полового члена, клитора, язычка мягкого неба [5]. При отсутствии адекватного лечения турникетный синдром приводит к ишемии, результатом которой может быть некроз и самоампутация ущемленных тканей.

Ряд авторов связывают развитие у младенцев турникетного синдрома с повышенным выпадением волос у женщин после родов, пик которого приходится на первые 4 мес. после рождения ребенка и близким контактом в этот период матери с младенцем. Имеются указания на проводимую ранее химиотерапию матерей, которая в ряде случаев может обуславливать повышенное выпадение волос [4]. В качестве способствующих факторов развития турникетного синдрома у детей грудного возраста указывают на использование рукавичек, носков, часто стираного белья, когда повышается вероятность разволокнения ткани. В последние годы появилась рекомендация – рассматривать каждый случай турникетного синдрома у ребенка как факт жестокого обращения, если не доказана иная причина [1, 2].

Дифференциальный диагноз турникетного синдрома включает различные формы панариция. Отмечается сходство клинической картины со спонтанной ампутацией пальцев (*dactylolysis spontanea*), наблюдающейся среди некоторых народностей Африки [2]. При исследовании необходим тщательный осмотр под увеличением пораженного пальца ребенка с целью выявления странгуляционной борозды, которую не всегда удастся легко обнаружить при глубоком врезании волоса или нити и эпителизации поверхности раневого канала. В случаях, когда невозможно удаление волоса или нити пинцетом, их рассекают ножницами. Облегчает удаление волоса или нити обработка депиляторным кремом, приводящая к уменьшению прочности сдавливающих агентов. При невозможности удаления волоса (нити) под визуальным контролем целесообразно выполнение короткого продольного разреза над инфильтрованными тканями в зоне ущемления по дорзальной поверхности пальца до костной фаланги, что гарантирует ликвидацию странгуляции и развитие тяжелых последствий турникетного синдрома.

Выводы. Во всех случаях появления инфильтрации, гиперемии или синюшности пальцев у детей раннего возраста должна быть настороженность в отношении вероятности турникетного синдрома с обязательной консультацией у хирурга.

Литература:

1. Barton D.J., Sloan G.M., Nichter L.S., Renisch J.F. Hair–thread tourniquet syndrome // Pediatrics. – 1988. – Vol. 82. – P. 925–928.
2. Harris E.J. Acute digital ischemia in infants: the hair–thread tourniquet syndrome // J. Foot Ankle Surg. – 2002. – Vol. 41. – P. 112–116.
3. Hussein A.M. Chemotherapy–induced alopecia: a new developments // South. Med. J. – 1993. – Vol. 86. – P. 489–496.
4. Press S., Schachner L., Paul P. Clitoris tourniquet syndrome // Pediatrics. – 1980. – Vol. 66. – P.781–782.
5. Sahn D.J. Penis tourniquet syndrome // Pediatrics. – 1971. – Vol. 48. – P. 675.

КОМБИНИРОВАННАЯ И МОНОТЕРАПИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Абушкин И.А.¹, Судейкина О.А.², Денис А.Г.³, Васильев И.С.¹,
Романова О.А.¹, Лапин В.О.¹

¹Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

²Липецкая областная детская больница, Липецк

³Тверская областная клиническая больница, Тверь

Введение. Младенческие гемангиомы (МГ) встречаются у 1,1–2,6% всех новорожденных, а к концу первого года жизни этот показатель увеличивается до 10,1% (Amir J. et al., 1986). По классификации международного общества по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) младенческие гемангиомы относятся к сосудистым опухолям (Burstein F.D. et al., 2000). Это именно младенческие гемангиомы, а не инфантильные, как обозначаются некоторыми российскими авторами. Дело в том, что infant в переводе с английского это младенец, т.е. человеческий ребенок в возрасте от рождения до года. А слово инфантильный в русском языке однозначно трактуется как детски недоразвитый. Поэтому нельзя называть инфантильной гемангиому, наблюдаемую у младенцев, в русском переводе она младенческая.

До настоящего времени не выработано единого подхода к лечению МГ. Большинство МГ способны к спонтанной инволюции к 5–7-летнему возрасту. Поэтому часть авторов предостерегают от излишне активного лечения, рекомендуя подчас лишь наблюдение. Тем не менее, возможны серьезные осложнения: изъязвление МГ с разрушением мягких тканей и формированием грубых рубцов, часто это касается ушных раковин, губ; формирование уродства. Важно своевременно отличить опасную форму МГ, определить наиболее эффективный метод лечения и как можно раньше его начать.