

нет жалоб, связанных с ФН, исключен синдром вегетативной дисфункции (СВД). При проведении холтеровского мониторирования (ХМ) и выявлении клинически-значимых нарушений ритма и проводимости (СА-блокада 2 ст., АВ-блокада 2 ст. Мобитц 2; Мобитц 1 в период бодрствования, экстрасистолия и др.) необходимо ограничение занятий спортом. В спорных случаях при наличии пограничных изменений по данным ХМ (выраженная синусовая аритмия, синусовая брадикардия, АВ-блокада 1 ст. с PQ менее 0,25 с, и др.) рекомендовано проведение лекарственной пробы с атропином. При отрицательной пробе с атропином, указывающей на функциональный характер нарушений, ограничений нет. Если количественные и качественные показатели ХМ соответствуют возрастной норме, ограничений в физической активности и занятиях спортом нет. В некоторых случаях для оценки экспертных вопросов профессиональной пригодности действующих молодых спортсменов рекомендовано проведение адреналиновой пробы (уровень кардиологических отделений стационаров), которая позволяет оценить потенциальную опасность изменения фазы реполяризации на ЭКГ покоя.

Заключение

При выявлении на электрокардиограмме у детей синдрома ранней реполяризации желудочков необходимо учитывать анамнестические данные и клинические особенности ребенка, что позволяет разработать определенную диагностическую тактику при допуске к физическим нагрузкам.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Детская кардиология и ревматология: практ. рук. / Л. М. Беляева [и др.]; под ред. Л. М. Беляевой. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 584 с.
2. Дзяк, Г. В. К вопросу о патогенезе СРРЖ / Г. В. Дзяк, С. Л. Локшин // Вестн. аритмологии «Кардиостим-95». — М., 1995. — С. 71.
3. Загородный, Г. М. Дистрофия миокарда вследствие психофизического перенапряжения у спортсменов: метод. указания / Г. М. Загородный; БелМАПО, РДСМ. — Минск, 2003. — 28 с.
4. Национальные Рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти (Проект 2012 года) / Е. В. Шляхто [и др.]. — М., 2012. — 157 с.
5. Скуратова, Н. А. Алгоритм диагностики нестабильности электрических процессов в миокарде на фоне синдрома ранней реполяризации желудочков у детей / Материалы тезисов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины». — Гомель, 2014. — С. 46.
6. Скуратова, Н. А. Значение тредмил-теста и кардиоинтервалографии в «спорных» вопросах допуска детей к занятиям спортом / Н. А. Скуратова, Л. М. Беляева // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 2. — С. 95–99.
7. Скуратова, Н. А. Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ и суточного мониторирования артериального давления у юных спортсменов / Н. А. Скуратова // Репродуктив. здоровье в Беларуси. — 2011. — № 4. — С. 91–99.

Поступила 12.10.2016

УДК 615.919-053.2-008.64:598.126.3

РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ УКУСА ГАДЮКИ

А. М. Карамышев

Гомельский государственный медицинский университет
Гомельская областная клиническая больница

Гадюка обыкновенная-единственная ядовитая змея, обитающая в Беларуси. Яд гадюки оказывает геморрагическое и некротизирующее действие. В результате отравления этими ядами развиваются геморрагические отеки, нарушение свертываемости крови и разрушение тканей, что может привести к синдрому полиорганной недостаточности или даже к фатальному исходу. Крайне опасно, когда гадюка жалит человека в область сердца или шеи. Если вовремя не будет оказана медицинская помощь, человек может умереть от удушья, так как отек в области шеи сдавит трахею [1, 2].

В статье приведено собственное наблюдение клинических случаев развития у детей вследствие укусов гадюками синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) и благоприятного исхода после проведения курса интенсивной терапии на базе ОИТР УГОКБ.

Ключевые слова: ядовитые змеи, укус гадюки, биологические яды, дети, коагулопатии, сыворотка, отек легких, дыхательная недостаточность.

DEVELOPMENT OF MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SYNDROME IN A CHILD AFTER A VIPER'S BITE

A. M. Karamyshev

Gomel State Medical University
Gomel Regional Clinical Hospital

Vipera berus is the only venomous snake living in Belarus. Poison of a viper has a hemorrhagic and necrotizing effect. As a result of the poisoning with these poisons, hemorrhagic hypostases, blood clotting disorders, and destruction of tissues develop, which can lead to multiple organ dysfunction syndrome or even a fatal outcome. It is extremely dangerous when a viper bites a person into the area of the heart or neck. If medical aid is not provided in time, the person may die of suffocation as the edema on the neck will weigh upon the trachea [1, 2].

The article presents the observation of clinical cases of MODS development in children after a viper's bite and the favorable outcome after performing a course of intensive care at ICU Gomel Regional Clinical Hospital.

Key words: venomous snakes, viper's bite, biological poisons, children, coagulopathy, serum, edema of lungs, respiratory failure.

Среди наземных ядовитых животных особое место занимают змеи, укусы которых могут быть смертельно опасны для человека. В природе известно около 230 видов ядовитых змей, среди которых особенно опасны относящиеся к семейству гадюковых, насчитывающее 60 разновидностей [3].

Тридцать лет назад статистика свидетельствовала: от укусов ядовитых змей ежегодно в мире умирают около 30 тыс. человек. Две трети из них — в Индии, примерно пятнадцатая часть — в Бирме и столько же — в Бразилии; затем следовали вся Африка (около 1000 человек в год), Цейлон (втрое меньше, чем в Африке) и Венесуэла (втрое меньше, чем на Цейлоне). Сейчас на Земле страдают от укусов змей около полумиллиона человек ежегодно, но смертность сведена к минимуму: лишь 1,5–2 % погибают. Приготовленная впервые в 1895 г. в Пастеровском институте в Париже, противозмеиная сыворотка спасает теперь многие тысячи человеческих жизней [4].

Гадюковые змеи (Viperidae). Гадюки представляют собой вершину, кульминацию эволюции змей и обладают рядом признаков, которых нет ни в одном другом семействе. Они имеют длинные клыки, которые подвижно, как на шарнирах, прикреплены к кости так, что зубы могут складываться, если они не используются. При атаке змея стремительно широко раскрывает рот, чтобы нанести укус, клыки поворачиваются на 90° и занимают боевое положение. Змея молниеносно ударяет верхней челюстью по телу жертвы, пронзая клыками ее кожу. Гадюки имеют большие ядовитые железы, которые придают их голове широкую треугольную форму. Яд гадюки оказывает геморрагическое и некротизирующее действие, в нем широко представлены протеолитические ферменты с трипсино-, тромбино- и калликреиноподобным действием. В результате отравления этими ядами развиваются геморрагические отеки, обусловленные как повышением сосудистой проницаемости, так и нарушениями в свертывающей системе крови, что может привести к синдрому полиорганной недостаточности или даже к фатальному исходу. Одной из тяжелых форм коагулопатий, вызываемых ядами таких змей, как гюрза, эфа, щитомордник является диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС-синдром). Часто наофидиотоксин — компонент яда змеи — организм реагирует реакцией немедленного

типа: развиваются анафилактический шок, отек Квинке [1, 3, 4, 9].

Гадюка обыкновенная является единственной ядовитой змеей, обитающей в Беларуси. Внешний отличительный признак змеи — характерный зигзагообразный узор на спине. Также встречаются экземпляры, окрашенные в сплошной коричневый или черный цвет. Ядовитая змея в отличие от безобидного ужа не имеет позади головы желтых пятен, которые называют «ушками». Гадюка осторожна и в принципе не любит беспокойства, она никогда не нападает первой и без видимой причины. Укус гадюки — ее защитная реакция на беспокойство, которое доставила ей встреча с человеком [4, 9].

Принципы оказания медицинской помощи при укусах ядовитых змей. Первая помощь при укусе ядовитой змеи включает: промывание раны проточной водой и выдавливание яда из раны, иммобилизация пораженной конечности, дезинфекция и наложение на место укуса стерильной повязки, госпитализация пострадавшего для проведения интенсивной терапии и динамического наблюдения. Во всех случаях после укусов ядовитых змей показана госпитализация. Основным мероприятием интенсивной терапии является введение специфической моно- или поливалентной сыворотки [3]. Наилучший эффект наблюдается при ее применении в первые сутки после укуса независимо от вида змеи. Кроме того, во всех случаях при укусе змеями показано введение противостолбнячной сыворотки с профилактической целью. Средствами патогенетической и симптоматической терапии являются преднизолон (до 1000 мг/сутки), гепарин (до 10000 ЕД/сутки), антигистаминные препараты и нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики, футлярная блокада. При развитии синдрома полиорганной недостаточности проводится интенсивная терапия с замещением функции пораженной системы органов. Местное лечение состоит в иммобилизации пораженной конечности, локальной гипотермии, наложении антисептических повязок. При необходимости проводится некрэктомия [1, 4–8].

Случай из клинической практики

1. Мальчик Ф., 2011 г. рождения, доставлен 14.05.2016 г. в 11.30 в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) по направлению Калининградской центральной районной больницы (ЦРБ), где

находился с 10.05.2016 г., с 14.20 в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) с диагнозом: «Укус змеи. Гемолитическая форма. ДВС-синдром?». Из данных анамнеза: рос и развивался в соответствии с возрастом, переносил ОРВИ, аллергии и наследственных заболеваний не выявлено.

Со слов мальчика и его родных 10.05.2016 г. около 12.00 ребенок ходил босиком по траве и «что-то похожее на змею» укусило за левую стопу. На фоне проводимой интенсивной терапии, включающей инфузионную, трансфузионную (СЗП), гормональную, витаминотерапию, антибактериальную и противоотечную терапию, наблюдалось отсутствие положительной динамики. Моновалентная антиоксическая сыворотка «антигадюка» была введена 13.05.2016 г. и 14.05.2016 г. двукратно. После консультации по телефону с заведующим детским хирургическим отделением ребенок был переведен в УГОКБ.

Ребенок доставлен без сопровождения родителей, анамнестические данные получались из медицинской документации Калининградской ЦРБ. При осмотре жаловался на боль, отек левой ноги, левой боковой поверхности туловища. Состояние пациента было тяжелым,

обусловлено отеком левой нижней конечности, мошонки и левой половины туловища.

Приводим данные объективного осмотра: ребенок правильного телосложения, умеренного питания, вес 20 кг. Кожа и слизистые бледно-розовые, чистые, температура тела 36,9 °С. Дыхание спонтанное и адекватное, ЧД — 18 в минуту, SpO₂ — 99 %, аускультативно везикулярное выслушивается во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС — 98 в минуту, АД — 100/60 мм рт. ст. Язык чистый, живот мягкий, безболезненный, пастозность передней брюшной стенки в нижних отделах и по боковой поверхности слева. Перистальтика выслушивается, активная. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические оправления в норме.

Statuslocalis. В области левой стопы по внутренней поверхности точечные ранки с отеком и цианозом вокруг них. Имел место отек и пастозность кожных покровов левой стопы, голени, бедра, боковой поверхности туловища слева до подмышечной области, промежности, мошонки, гиперемия с цианозом и кровоизлияниями. Местная температура не повышена, флюктуации нет. Границы зоны отека и цианоза были прорисованы на коже маркером для динамического наблюдения (рисунок 1).



Рисунок 1 — Распространенность геморрагического отека на теле ребенка

Выставлен диагноз: «Укус змеи (гадюки?) левой стопы. Отечно-гемморрагическая форма».

По тяжести состояния после осмотра дежурным реаниматологом ребенок госпитализирован в ОИТР, где он был осмотрен дежурным педиатром и дежурным урологом. Данных для оперативного лечения не выявлено. При детальном изучении медицинской документации Калининградской ЦРБ выявлено в общем анализе крови нарастание лейкоцитоза со сдвигом лейкоци-

тарной формулы влево, нарастала анемия, снижалось количество тромбоцитов относительно исходного уровня. В биохимическом анализе крови отмечалась гипопропротеинемия, гиперлактатемия, а показатели коагулограммы изменялись в динамике ежедневно: фазы гиперкоагуляции сменялись фазами гипокоагуляции с гипо- и афибриногенемией (таблица 1).

По данным ультразвукового исследования выявлено увеличение забрюшинных

лимфоузлов до 12 мм, архитектура не нарушалась, выраженный лимфогенный отек левой нижней конечности по типу имбибиции, между оболочками яичек отмечается повышенное количество жидкости с вклю-

чениями по типу нитей фибрина, в левом реберно-диафрагмальном синусе небольшое количество неоднородной жидкости. При рентгенографии грудной клетки и эхокардиографии патологии не обнаружено.

Таблица 1 — Изменение гемостазиограммы в динамике

Дата	АЧТВ, сек.	ПТИ	Фибриноген, г/л
11.05.16	70,0	0,38	1,00
11.05.16	24,0	0,71	1,00
12.05.16	23,0	0,78	0,90
13.05.16	Не определяется	Не определяется	Не определяется
13.05.16	90,0	0,67	0,50
14.05.16	24,0	0,76	4,30
15.05.16	40,0	0,96	3,73
16.05.16	26,9	0,92	2,22

Учитывая повторное введение моновалентной сыворотки «Антигадюка» в Калининградской ЦРБ 14.05.16 г. перед транспортировкой и время от момента укуса змеей ребенка Ф., введение сыворотки повторно в ГОКБ не было показано, а в плане интенсивной терапии пациенту было назначено: обезболивание (анальгин — 50 % — 1 мл 3 раза в сутки в/в); антибактериальная терапия с внутривенным путем введения (триксоцеф — 500 мг 2 раза в сутки, амикацин — 300 мг 1 раз в сутки, метронидазол — 150 мг 3 раза в сутки); инфузионная терапия растворами кристаллоидов с электролитами; лизин-эсцинат — по 5 мл 2 раза в сутки; профилактика стрессовых язв (омепразол — 20 мг/в); этамзилат и викасол; кортикостероиды (дексаметазон — по 4 мг 2 раза в сутки). В дальнейшем ребенок наблюдался в ОИТР, его состояние было тяжелым стабильным.

16.05.2016 г. в 3.00 у ребенка была отмечена отрицательная динамика, обусловленная развитием дыхательной недостаточности. Состояние пациента оценивалось как тяжелое. Он пребывал в сознании, был адекватен и испуган, ориентирован всесторонне и жаловался на резкое затруднение при дыхании, резкую слабость.

При осмотре кожные покровы были бледные, влажные, чистые, отмечался периоральный и акроцианоз, участие в акте дыхания крыльев носа и вспомогательной мускулатуры: втяжение надключичных впадин, яремной вырезки и межреберных промежутков. Дыхание было ритмичным, поверхностным, открытым ртом, с частотой 35 в минуту. При аускультации дыхание было жестким, ослабленным в нижних отделах. С двух сторон выслушивались рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы, десатурировал до $SpO_2 = 84-87\%$ при дыхании увлажненным кислородом через лицевую маску. Сердечная деятельность была ритмичная, аускультативно тоны сердца приглушены, ЧСС — 130 в мин. АД — 130/80 мм рт. ст. ЦВД — 18 см вод. ст. Живот не вздут, при пальпации был мягким и безболезненным. Перистальтические шумы выслушивались. Стула не было. Диурез к моменту ухудшения составлял — 1600 мл. Отек и цианоз кожных покровов боковой поверхности туловища слева стал нарастать и распространился за границы, которые были прорисованы на коже маркером для динамического наблюдения, до уровня сосков на передней поверхности грудной стенки (рисунок 2).



Рисунок 2 — Распространение геморрагического отека за пределы границ очерченных маркером

На рентгенограмме: обогащение легочного рисунка за счет интерстициальных изменений с потерей четкости сосудов и корней, характерное для интерстициального отека легких. Справа в периферических отделах верхней доли сливного характера затемнение — паренхиматозная инфильтрация? Справа в плевральной полости небольшое количество жидкости, утолщена костальная плевра. Выраженное утолщение мягких тканей левой боковой поверхности грудной клетки».

Эхокардиография выявила умеренную легочную гипертензию САД в ЛА — 30 мм рт. ст., а УЗИ плевральных полостей — небольшое количество жидкости: справа — 20 мл, слева — 70 мл. При анализе КЩС и газового состава артериальной крови выявлен респираторный ацидоз, гипоксемия, гиперкапния. Произведена коррекция проводимой интенсивной терапии: фуросемид — 20 мг, морфин гидрохлорид — 10 мг внутривенно. С учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных было принято решение о переводе ребенка Ф. на механическую вентиляцию легких в режиме BiPAP с параметрами вентиляции: P_i — 24 mbar, P_{eeP} — 14 mbar, FiO_2 — 1, T_{max} — 1,2 с, T_{min} — 1,8 с, F — 20 в мин. Пациент седировался прополом — 5 мг/кг/час и мидазоламом в дозе 0,2 мг/кг/час. На этом фоне наблюдались V_t — 90–100 мл, $et CO_2$ — 67–69 мм рт. ст. Далее продолжена интенсивная терапия: инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами в рестриктивном режиме, с отрицательным гидробалансом; с целью профилактики тромбообразования — клексан по 0,2 мл 1 раз в сутки, витаминотерапия. В дальнейшем проводилась редукция параметров ИВЛ вплоть до перехода на вспомогательную вентиляцию в режиме CPAP/ASBc P_{supp} — 10 mbar, $PEEP$ — 4 mbar, FiO_2 — 0,3. В 17.00 пациент был экстубирован. Спонтанное дыхание адекватное, ЧД — 24 в минуту, стридорозное. Аускультативно выслушивалось жесткое дыхание, которое было ослаблено в нижних отделах, рассеянные хрипы с двух сторон SpO_2 — 98 %, в дальнейшем проводили активную небулайзерную терапию и динамический клинико-лабораторный мониторинг. Состояние пациента оставалось без динамики с негативной тенденцией за счет стридора и признаков обструктивной дыхательной недостаточности. Выполнена реинтубация и перевод на вспомогательную ИВЛ в режиме CPAP/ASB с параметрами P_{supp} — 15 mbar, $PEEP$ — 5 mbar, FiO_2 — 0,3 через эндотрахеальную трубку меньшего диаметра — 4,5 мм, продолжена противоотечная терапия.

17.08.2016 г. состояние пациента Ф. было тяжелым стабильным. Пациент пребывал в сознании, продолжалась вспомогательная ме-

ханическая вентиляция легких в режиме CPAP/ASBc параметрами P_{supp} — 10 mbar, $PEEP$ — 3 mbar, FiO_2 — 0,3. При осмотре кожные покровы были бледные, сухие, чистые. Дыхание ритмичное, ЧД — 25 в мин. При аускультации дыхание было жестким, аппаратным, проводилось во все отделы, хрипов не было, SpO_2 — 99 %. Гемодинамика стабильная, ЧСС — 80 в мин. АД — 110/70 мм рт. ст. ЦВД — 8 см. вод. ст. Отек и цианоз кожных покровов боковой поверхности туловища слева уменьшился. По данным рентгенографии органов грудной клетки динамика была положительная, инфильтративных изменений не выявлено и уменьшился отек мягких тканей грудной стенки. С учетом динамического снижения уровня эритроцитов и кислородной емкости крови проведена гемотрансфузия трижды отмытых эритроцитов A(2) Rh+ в объеме 300 мл. В 15.00 ребенок был экстубирован без осложнений, а его спонтанное дыхание было адекватным, ЧД — 22 в минуту с признаками отека подскладочного пространства. Налажена небулайзерная терапия: раствор солу-кортефчерез каждые 2 ч, раствор адреналина 1:200000 через каждые 2 ч и раствор соды 2 % через каждые 2 ч. К проводимой терапии добавлен амброксол — 30 мг, по 0,5 таблетки 2 раза в день; цианкоболамин — 0,5 мг; ванкомицин — 0,25 4 раза в сутки внутривенно. 20.05.2016 г. пациент в состоянии средней тяжести и клинико-лабораторной компенсации переведен в детское хирургическое отделение, откуда выписан с улучшением 25.05.2016 г. (переведен для дальнейшего лечения в Гомельскую областную детскую клиническую больницу, в ЛОР-отделение). Постинтубационный отек гортани разрешился полностью в течение 7 дней госпитализации. Диагноз при переводе: «Острое случайное бытовое отравление биологическим ядом гадюки обыкновенной, отечно-геморрагическая форма тяжелой степени от 10.05.2016 г. СПОН: РДС-синдром, ДН — 3 ст., ДВС-синдром, токсический гепатит, анемия смешанного генеза средней степени. Постинтубационный отек гортани 2–3 ст.».

2. Мальчик К., 2013 г. рождения, доставлен в приемное отделение УГОКБ 10.05.2016 г. в 22.20 по согласованию с главным внештатным детским хирургом Гомельской области из Октябрьского района. Ребенок бегал босиком по траве и 10.05.2016 г. Приблизительно в 16.00 был укушен змеей, предположительно гадюкой. Родители с ребенком обратились в Октябрьскую ЦРБ, где и была оказана первая помощь, которая включала обезболивание (анальгин 50 % — 0,4 мл); гормональную терапию (преднизолон — 15 мг, дексаметазон — 4 мг) и антигистаминный препарат (хлоропирамин — 0,3 мл). Антитоксическая иммунная

сыворотка не вводилась по причине ее отсутствия в ЦРБ и ближайшем межрайонном центре. В анамнезе из перенесенных заболеваний — ОРВИ.

Данные физикального обследования: состояние средней тяжести. Активен. Правильного телосложения, умеренного питания. Вес — 20 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система развита правильно. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД — 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные ясные, ЧСС — 112 в минуту, АД — 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул, мочеиспускание в норме.

Statuslocalis. В области тыла левой стопы, голеностопного сустава имеются 2 точечные ранки, из которых нет отделяемого. Окружающая кожа над стопой, голеностопным суставом отечна, гиперемирована с цианозом и кровоизлияниями. Имеется умеренно выраженный отек стопы, нижней и средней трети голени, болезненность мягких тканей, температура пораженной конечности не повышалась, флюктуации нет. Движения в суставах сохранены и болезненны. Ребенку выставлен диагноз: «Укус змеи (гадюки?)». Принято решение: в связи с введением антитоксической иммунной сыворотки «Антигадюка» клинико-лабораторный мониторинг и интенсивную терапию продолжить в ОИТР. Данные инструментальных исследований не выявили какой-нибудь значимой патологии. При анализе данных лабораторных исследований выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и компенсированный метаболический ацидоз. Интенсивная терапия включала: введение сыворотки против яда гадюки обыкновенной по Безредке; обезболивание (анальгин — 50 % — 0,5 мл); антибактериальную терапию (амклав — 600 мг 3 раза в день); гормональную терапию (преднизолон — 30 мг, дексаметазон — 4 мг); антикоагулянтную терапию

(клексан — по 0,2 мл 1 раз в сутки внутривенно); инфузионная терапия и форсированный диурез; местное лечение (повязки с гепариновой мазью на левую стопу). Состояние пациента К. стабилизировалось и 12.05.2016 г. он был переведен в детское хирургическое отделение, откуда 16.05.2016 г. выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Заключение

Описанные клинические случаи являются яркой иллюстрацией того, что раннее введение иммунной антитоксической сыворотки, с учетом аллергологической настороженности, при наличии ранних признаков отравления биологическим ядами может прервать «ферментативный каскад», сократить число осложнений, сроки госпитализации пациентов и такая тактика очень точно согласована с современными литературными данными по данной проблеме.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Павлов, О. Б. Ядовитые змеи и первая помощь при укусах ядовитых змей / О. Б. Павлов, С. С. Грачев // Медицинский журнал БГМУ. — 2013. — № 3. — С. 15–20.
2. Маркова, И. В. Клиническая токсикология детей и подростков: учебник: в 2 т. / И. В. Маркова, В. В. Афанасьев, Э. К. Цыбулькин. — СПб.: Интермедика, 1998–1999. — С. 282–287.
3. Бабенко, О. В. Укус змеи: первая помощь, лечение, танатогенез, профилактика / О. В. Бабенко, С. В. Трифионов, М. М. Авхименко // Медицинская помощь. — 2004. — № 4. — С. 38–41.
4. Лужников, Е. А. Острые отравления: руководство для врачей / Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. — М.: Медицина, 1989. — С. 432.
5. Гельфанд, Б. Р. Анестезиология и интенсивная терапия / Б. Р. Гельфанд. — М.: Литтерра, 2005. — С. 542.
6. Курек, В. В. Терминальные состояния и сердечно-легочная реанимация у детей: метод. рекомендации. / В. В. Курек, А. Е. Кулагин, А. П. Васильцева. — Минск: БелГИУВ, 1998. — С. 36.
7. Прасмыцкий, О. Т. Основы анестезиологии и реаниматологии: учеб.-метод. пособие / О. Т. Прасмыцкий, О. Б. Павлов. — Минск: БГМУ, 2002. — С. 52.
8. Линг, Л. Дж. Секреты токсикологии / Л. Дж. Линг; пер. с англ.; под общ. ред. Е. А. Лужникова. — М.: Бином; СПб.: Диалект, 2006. — С. 376.
9. Власов, О. П. Биология и распространение степной гадюки на северной границе ареала в Центрально-Черноземном регионе / О. П. Власов, А. А. Власова // Тр. Ассоциации особо охраняемых территорий Центрально-Черноземной России-2001а. — № 2. — С. 116–121.

Поступила 20.09.2016

УДК 616-006.314.03:618

ЛИМФАНГИОМА В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

И. А. Корбут, Т. Н. Захаренкова, Т. Накамура, Т. Хирома

**Гомельский государственный медицинский университет
Детская больница префектуры Нагано, Япония**

Лимфангиома — доброкачественная опухоль лимфатической системы, которая часто развивается внутриутробно. Манифестация происходит, как правило, в возрасте до 1 года с неспецифической клинической картиной. Акушер-гинеколог может столкнуться с этой патологией у плода и новорожденного, а также при оказании экстренной помощи. Представлены два клинических случая лимфангиомы у плода и новорожденного и у ребенка 16 лет.

Ключевые слова: лимфангиома, кистозная лимфангиома брыжейки.