

Киргизии, Узбекистане и на Аляске. В России они находятся в Омской, Томской, Новосибирской, Иркутской, Магаданской областях, в Красноярском и Хабаровском краях, в Якутии, Башкортостане, Татарстане, Поволжье.

Цель работы: изучение результатов оперативного лечения детей с эхинококковыми кистами легких и печени в Самарской области.

Нами был проведен анализ историй болезней детей за 2006 -2008 годы, находившихся на лечении в 13-м, 18-м отделениях ГБ №1 и хирургическом отделении ДГКБ №1 г. Самары. Всего выявлено 23 случая эхинококкоза у детей в возрасте от 2 до 17 лет, причем на областные районы приходится 69,5% (16 наблюдений), г. Самара 17,6% (4 наблюдения), г. Тольятти - 4,3% (1 наблюдение), г. Чапаевск - 4,3% (1 наблюдение), г. Новокуйбышевск - 4,3% (1 наблюдение). Среди пораженных внутренних органов: печень – 26,1% (6 наблюдений), легкие –73,9% (17 наблюдений). Распределение по полу: девочки – 10 (43,5%), мальчики -13 (56,5%). Всем больным была проведена закрытая эхинококкэктомия. Химиотерапия была проведена 6 больным, причем предоперационная химиотерапия проводилась в 1 наблюдении (16,6%), послеоперационная - в 5 наблюдениях (83,4%). Применялся препарат мебендазол. У детей, получавших химиотерапию, рецидивов и летальных исходов эхинококкоза не отмечалось.

Своевременное предпринятое оперативное вмешательство остается основным в лечении эхинококкоза. Лекарственные антигельминтные средства наиболее обосновано сочетают с хирургическим вмешательством - для предотвращения и снижения риска диссеминации процесса. Всем больным эхинококкозом необходимо проводить предоперационную и послеоперационную химиотерапию.

## **ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ**

**С.В. Черников, И.Я. Лещишин**  
**Алтайский государственный медицинский университет,**  
**Барнаул, Российская Федерация**

Самым распространенным в детском возрасте заболеванием пищевода являются химические ожоги, приводящие к развитию его рубцового стеноза. Лечение рубцовых стенозов пищевода остается одной из сложных проблем детской хирургии.

Известен способ лечения рубцовых стенозов пищевода у детей путем бужирования пищевода, которое проводят или «вслепую», или полыми бужами по предварительно проведенному в пищевод проводнику, или за нить, после формирования у пациента гастростомы. Однако возможны осложнения в виде перфорации пищевода, все способы бужирования предусматривают многократное повторение манипуляций, плохо переносятся детьми, срок лечения растягивается на годы (от 1 до 3 лет и более). Также известен способ лечения стенозов пищевода путем баллонной дилатации. Однако и этот метод требует многократных повторений манипуляции и оказывается эффективным только у детей с короткими стриктурами пищевода.

У нас, в клинике детской хирургии АГМУ, наиболее широко используется метод реканализации стенозированного участка пищевода путем его эндопротезирования после форсированного бужирования резиновыми или силиконовыми трубками с различными приемами фиксации эндопротезов. Однако, на сегодняшний день нет совершенного метода его фиксации, в связи с этим и отмечаются такие осложнения, как – рассечение угла рта (при фиксации через рот), рассечение мягкого нёба (при фиксации через носовой ход), потеря зуба (при фиксации за зуб), также отмечались миграция эндопротеза в желудок, образование вокруг фиксирующей «муфты» грануляционной ткани.

Поэтому нами был разработан и внедрен в клинику эндопротез, который изготавливается индивидуально для каждого пациента из силиконовой трубки, диаметр которой соответствует возрастному диаметру пищевода, путем ее продольного рассечения и моделирования ленты – фиксатора шириной 0,3 см, являющейся монолитным продолжением эндопротеза. Установка эндопротеза-полутрубки в пищеводе производится после его бужирования до возрастного бужа за нить. Фиксируется эндопротез лентой, выведенной через носовой ход к щеке, с помощью лейкопластыря. Известно, что вне акта прохождения пищевого комка, пищевод имеет щелевидный просвет, который и выполняет данный эндопротез, при этом он не оказывает давления на черпаловидные хрящи гортани, не нарушает замыкательной функции кардиального отдела пищевода, не препятствует его перистальтике. Однако при этом нахождение эндопротеза в пищеводе предотвращает его сужение за счет вновь возникающих после бужирования рубцов.

## **ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Л.А. Чинтаева**  
**Ставропольская государственная медицинская академия,**  
**Ставрополь, Российская Федерация**

Актуальность: у детей первых трех лет жизни наиболее часто встречаются (40%) плевральные осложнения: пиоторокс, пиопневмоторокс, пневмоторокс. В применении новых методов обследования и лечения, наряду с общепринятыми клинико-рентгенологическими исследованиями, важным диагностическим методом является определение pH плевральной жидкости с помощью универсальной индикаторной бумаги.

Цель: определить тактику ведения больных с ОГДП.

В отделении гнойной хирургии КДКБ находились на лечении 6 детей с ОГДП в возрасте от 1 года до 3 лет, которым определялось pH плевральной жидкости. Получали комбинированную терапию, антибактериальные препараты (цефалоспорины 2,3 поколений + аминогликозиды); инфузионную терапию (глюкозосолевые и белковые растворы), иммунокорректирующую и ферментную терапию, местное лечение.

Диагностическая плевральная пункция практически показана всем детям с плевральными осложнениями ОГДП. Лечение начинали с проведения пункции плевральной полости и с учетом полученного выпота определения pH строили дальнейшую лечебную тактику.

При  $pH < 7,2$  отмечалось инфицирование плеврального выпота, выполняли дренирование плевральной полости, у 4 больных было выполнено дренирование плевральной полости (у большинства больных был получен гной). Послеоперационный период составил от 14 до 30 дней.

Выводы: после проведенного курса лечения больные были выписаны из стационара с выздоровлением. На основе проведенного исследования необходимо врачам поликлинического и стационарного звена для диагностики ОГДП шире использовать методику определения  $pH$  плеврального выпота у детей.

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

**А.А. Шамаев, Н.А. Амираев, Т.М. Искандаров,  
Ж. Иманбекова, А. Абдиев, Б. Тулебаев**

**Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызстан**

Попадание инородных тел в дыхательные пути в детском возрасте – очень частое явление. Данное состояние угрожает жизни больного и требует оказания квалифицированной медицинской помощи в специализированных отделениях. Несвоевременная диагностика и лечение приводят к осложнениям со стороны дыхательных путей, развитию гнойного эндобронхита, ателектаза, бронхоэктатической болезни, а иногда – и к смерти больного.

Нами изучены данные 144 детей с инородными телами дыхательных путей, лечившихся в отделении торакальной хирургии ГКБ скорой медицинской помощи г. Бишкека за 2005-2008 г. Мальчиков было 90 (62,5%), девочек – 54 (37,5%). Детей в возрасте до 5 лет – 110 (76,3%), 6 - 10 лет – 26 (18,2%), 11-15 лет – 8 (5,5%). По локализации инородные тела дыхательных путей были представлены: в правом бронхе – у 63 (43,7%), в левом бронхе – у 47 (32,6%), в трахее и в обоих бронхах – у 34 (23,6%). По характеру инородных тел: семена различного генеза – у 93 (64,6%), пищевые массы – у 44 (30,6%), другие предметы – у 7 (4,8%) больных.

Основным клиническим признаком аспирации инородных тел дыхательных путей являлся приступообразный кашель (98% случаев). При поступлении 15% больных имели различные диагнозы и лечились в центрах семейной медицины и в соматических отделениях с подозрением на обструктивный бронхит, ларинготрахеит, бронхопневмонию. Рентгенологическое исследование выявило: гиповентиляцию легкого – у 24,5%, эмфизематозные изменения – у 36,5%, ателектазы – у 18,0%. При позднем поступлении с момента аспирации у 60% больных обнаруживались явления ателектаза и нагноительного процесса в легких. Лечебная тактика заключалась в бронхоскопии и извлечении инородных тел. В 3-х случаях из-за невозможности извлечения инородных тел проведено удаление оперативным путем.

Выводы. Инородные тела дыхательных путей у детей являются жизнеугрожающим состоянием, которое наиболее часто встречается в возрасте до 5 лет (76,3% больных). Отмечены частота органических инородных тел и сезонность аспирации в летнее и осеннее время. Основным методом лечения инородных тел дыхательных путей является бронхоскопическое удаление.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ СУГИУРА ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Н.Ф. Щапов**

**Российский государственный медицинский университет Росздрава,  
Москва, Российская Федерация**

Операция Sugiura – один из вариантов операции деваскуляризации желудка. Ее применение в детской практике неоднозначно и дискуссионно. В работе представлен опыт клиники детской хирургии РГМУ в лечении порտальной гипертензии (ПГ) у детей, которым невозможно выполнение операций портосистемного шунтирования в силу анатомических особенностей или опасности развития портосистемной энцефалопатии. В этой группе мы исследовали возможность и целесообразность применения операции Sugiura у детей. В работе приведены полученные результаты, осложнения при ее выполнении и отдаленные результаты лечения.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 22 детей, находившихся на лечении в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 1989 по 2008 г. Всем детям, с целью предотвращения или снижения риска кровотечения, была выполнена операция Sugiura, возраст на момент операции составлял от 3 до 17 лет. Причиной ПГ у 17 детей являлась внепеченочная форма, у 3 – врожденный фиброз печени, 1 ребенок – с первичным склерозирующим холангитом и циррозом печени, 1 – с постинфекционным циррозом печени. С 2001 года операция Sugiura дополняется эндоскопическим склерозированием (ЭС) в послеоперационном периоде. Всех детей, оперированных по методике Sugiura, разделили на две группы: первая группа – 13 детей, перенесших только операцию Sugiura, вторая группа – 9 детей, перенесших операцию Sugiura с ЭС. В первой группе рецидив кровотечения составил 33%, во второй – 22%.

Результаты. Осложнения, развившиеся в ближайшем послеоперационном периоде: перфорация желудка по типу стрессовой язвы – у 1 ребенка, несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза – у 1, после парциальной резекции селезенки отмечались стойкая гипертермия и боли в левом подреберье у 2 детей. В отдаленном периоде осложнения развились у 2 детей: тяжелое кровотечение из желудка вследствие эрозивной язвы желудка с перфорацией и перитонитом, что стало причиной и летального исхода.

Выводы. 1. Операция Sugiura применяется у детей с внутрипеченочной ПГ, а также при отсутствии проходимых сосудов, пригодных для наложения портосистемного шунта. 2. Несмотря на наличие большого количества осложнений, в этих случаях операция может являться единственным относительно эффективным способом предотвращения тяжелых кровотечений из ВРВ пищевода. 3. Применение ЭС в качестве дополнения операции Sugiura позволяет снизить риск рецидивных кровотечений почти в 2 раза.