

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 поражений 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 СЕНТИРОВАНИЯ

С.В. Черников, И.Я. Лещинин
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 неба (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.