

в возрасте от 10 мес. до 16 лет. В острый период (от нескольких часов до 7 дней) поступило 43 ребёнка. У 23 выявлен ожог I-II степени, у 5-III степени. 21 ребёнок поступил с постожоговой стриктурой пищевода. Наряду с общепринятыми методами консервативной терапии (антибиотики, седативные и анальгетирующие средства, инфузионная терапия), проводилось эндоскопическое исследование в 31 случае для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Основным методом лечения рубцовых сужений пищевода - лечебное бужирование. Расширение пищевода данным способом необходимо проводить медленно с постепенным увеличением диаметра бужа для предотвращения таких осложнений, как перфорация пищевода. В период с 2006 по 2008 гг. в ОГХ КДКБ было произведено 80 бужирований, из них 57- повторно поступавшим больным. 6 детям, в связи с выраженным постожоговым сужением пищевода, была выполнена гастростомия по Кадеру с последующим бужированием за нить (способ Гаккера). В последующем проводились рентгенография пищевода и повторное эндоскопическое исследование для оценки результатов лечения. Ни в одном случае осложнений не было.

Таким образом, использование лечебного бужирования в оптимальные сроки, определяемое с помощью клинических (сроки наступления дисфагии), рентгенологических и эндоскопических данных, позволяет предотвратить осложнения ожогов пищевода и сократить сроки лечения.

РАДИКАЛЬНАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА ПО ПОВОДУ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

А.В. Осинцев

**Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург, Российская Федерация**

Современный подход к лечению воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей включает создание функционально и косметически полноценной грудной клетки, уменьшение травматичности операции с применением внутренней иммобилизации грудино-реберного комплекса.

Цель работы – оценить комплекс показателей дооперационного обследования и ближайшие результаты оперативной коррекции ВДГК у детей.

В клинике детской хирургии УГМА на базе отделения торакальной хирургии ОДКБ №1 с 2004 по 2008 год прооперированы 105 детей с ВДГК. Наиболее оптимальным сроком хирургической коррекции порока считаем возраст от 3 до 7 лет, дошкольный возраст составил 28%. Более позднее прогрессирование деформации грудной клетки явилось показанием к торакопластике у 72% пациентов. Дети имели сопутствующую патологию (78% случаев): нарушение осанки, сколиозы, плоскостопие как проявление синдрома мезенхимальной недостаточности.

В комплекс дооперационного лабораторного обследования входили общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма. Выявлены в 86% случаев нарушения тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза (нарушение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов, структурно-хронометрическая гипокоагуляция, связанная с дефицитом фактора протромбинового комплекса, тромбоцитопения). Признаки изолированного мочевого синдрома отмечены у 13% детей.

Оценку функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и лёгочной систем проводили по результатам электрокардиограммы и спирографии. Для наиболее полной оценки взаимоотношений внутренних органов проводили компьютерную томографию (КТ) грудной клетки в до- и послеоперационном периоде. Нами предложен модифицированный индекс деформации (МИД), который рассчитывается на основании компьютерной модели грудной клетки и равен отношению наименьшего расстояния между грудиной и телами позвонков к должностующему. Использование МИД позволило объективно оценить степень деформации при плоско-вороночных формах. Показанием к оперативному лечению является деформация II – III степени при наличии функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Всем детям выполнена торакопластика по Палтия с титановым имплантатом. Осложнения в виде пневмоторакса отмечались у 3% больных и были диагностированы интраоперационно, в ближайшем послеоперационном периоде, объективно подтверждены рентгенографией грудной клетки. Пневмоторакс эффективно в короткие сроки ликвидирован путем дренирования плевральной полости.

МЕТОД БРОНХОБЛОКАЦИИ ПРИ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКОГО

А.Ж. Темирбаев, А.Е. Мухамбедьяров

**Западно-Казахстанская государственная медицинская академия,
Актобе, Казахстан**

Недостатками существующих методик торакоскопической эхинококкэктомии являются трудности с созданием односторонней вентиляции при торакоскопической операции на легком у детей, невозможность выполнения эхинококкэктомии при кистах больших размеров, угроза развития интраоперационных осложнений. С целью устранения указанных недостатков нами предложен способ бронхоблокации при торакоскопической эхинококкэктомии.

В основу работы положен анализ лечения 10 детей с эхинококкозом легких, находившихся в клинике детской хирургии и эндоскопической хирургии ЗКГМА им. М. Оспанова в 2005-2006 г. Возраст детей составил 8 -12 лет. Мальчиков было 6, девочек - 4. Все больные были с односторонней локализацией неосложненных кист, из них 6 кист имели правостороннюю локализацию, 4 - левостороннюю. Размер кист составил $6,5 \pm 0,7$ см. Предоперационная подготовка включала не только общемедикаментозную коррекцию, но и терапию антигельминтным препаратом зентелом (альбендазол) в дозе 10 мг/кг массы тела в сутки.

Способ бронхоблокации при торакоскопической эхинококкэктомии легкого включает в себя предварительную бронхоскопическую окклюзию долевого бронха пораженного участка легкого и соответствующего главного бронха поролоновой мелкопористой губкой, после которой приступают к операции. По окончании операции выполняли бронхоскопию, удаляли пломбу из главного бронха. Через 3 дня удаляют пломбу из устья долевого бронха.

Дренаж удался на 2-3 сутки. Специфическое лечение зентелом продолжали в послеоперационном периоде. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии на 6-7 сутки после операции. Осложнений во время торакоскопической эхинококкэктомии и в послеоперационном периоде не отмечалось.

Таким образом, способ бронхоблокации при торакоскопической эхинококкэктомии легкого позволяет: обеспечить одностороннюю вентиляцию и тем самым создать условия для успешного выполнения торакоскопической эхинококкэктомии легкого; избежать прорыва содержимого кисты в бронхиальное дерево; выполнить торакоскопическую эхинококкэктомию при кистах легкого более 4 см в диаметре; снизить инвазивность оперативного вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Ю.М. Федина

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Тетрада Фалло относится к наиболее распространенным порокам сердца синего типа. Она составляет 12 - 14% всех ВПС и 50-70% синих пороков.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения детей с тетрадой Фалло, проведенного в кардиохирургическом отделении Самарского областного клинического кардиологического диспансера с 2004 по 2008 г.; на основании полученных данных определить возраст для проведения коррекции тетрады Фалло (РКТФ).

Тетрада Фалло - этот порок характеризуется недоразвитием выходного отдела правого желудочка и смещением конусной перегородки кпереди и влево. Тетрада Фалло – это абсолютное показание к оперативному лечению. При выборе операции главную роль играет размер легочных артерий. Оперативное лечение проводится в два этапа: 1. Паллиативная операция. 2. Радикальная коррекция.

В возрасте до 1 года предпочтение пока все же отдается паллиативным операциям. У больных старшего возраста операцией выбора является первичная радикальная коррекция порока, так как она является одномоментной операцией и даёт низкий процент летальности; после её проведения идёт нормальное развитие ребёнка.

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Е.А. Федоренко

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - один из наиболее частых врожденных пороков сердца. В изолированном виде встречается приблизительно у 30% всех больных с врожденными пороками сердца.

Цель исследования. Провести анализ и определить оптимальные показания для хирургического лечения ДМЖП у детей младшего возраста.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – это отверстие между левым и правым желудочками. Дефекты могут располагаться в различных местах межжелудочковой перегородки. Наиболее часто они локализируются в мембранозной части. С 2005 по 2007 год прооперирован 191 ребёнок с ДМЖП. Операции выполнялись кардиохирургами СОККД. Диагноз ДМЖП ставился на основании общеклинического обследования, рентгенографии грудной клетки и электрокардиографии. Также всем детям до и после операции многократно проводилась эхокардиография. Анализ доплер-эхокардиографии включал вычисление градиента давления между желудочками по потоку через ДМЖП. Согласно нашим исследованиям, спонтанное закрытие не встречается у младенцев с большим ДМЖП, поэтому закрытие дефекта рекомендуется вскоре после его обнаружения независимо от возраста и веса. Показания к операции следующие: дефицит массы тела, сердечная недостаточность, легочная гипертензия и дилатация левых отделов сердца. Хирургическая техника была стандартной и заключалась в наложении заплат (114 человек) и ушивании (77 человек) дефекта. Одновременно с закрытием ДМЖП производилась коррекция сопутствующих врожденных пороков сердца.

Первичное хирургическое закрытие ДМЖП в течение первого года жизни является малорискованным и эффективным выбором метода лечения для большинства симптоматичных младенцев. После успешного закрытия ДМЖП у большинства младенцев наблюдается быстрое снижение легочно-артериального давления и облегчение симптоматики. Раннее закрытие ДМЖП в младенчестве предупреждает развитие необратимой легочно-сосудистой обструктивной патологии.

УТОЧНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА И ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

И.Г. Фомина

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Эхинококкоз является паразитарным заболеванием, которое вызывается личинками эхинококка. Эта патология характеризуется развитием в органах солитарных или множественных кистозных образований. Заболеваемость носит эндемический характер. Эндемические очаги имеются в Германии, Австрии, Японии, Казахстане,