или фиксированных инородных тел: деталей авторучки – у 3-х, швейных игл – у 2-х, колоска злаков – у 2-х детей. При этом в 2-х случаях для извлечения инородного тела выполнена бронхотомия, у 4-х инородные тела извлечены из плевральной полости или путем прокалывания перенхимы легкого, у одного ребенка произведена краевая резекция резко измененного участка легкого вместе с инородным телом.

В сроки от 1- го до 3-х месяцев после аспирации колоска злаков (2 период) характерным осложнением было кровохаркание или выраженное легочное кровотечение у 6 детей. Им выполнена резекция базальных сегментов нижней доли правого легкого (5 детей) и краевая резекция одному ребенку.

В более поздние сроки (3 период) характерным было развитие бронхоэктазов - 24 случая. Более 70% в этой группе составили инородные тела органической природы: колосок злаков, скорлупа и зернышко грецкого ореха, твердый горох, кусочек фасоли. Среди неорганических инородных тел встречали детали и кусочки пластмассовых детских игрушек, бусинки, детали авторучки и др. Длительный анамнез и выраженных эндобронхит при бронхоскопии служили показанием к бронхографии, после которой обнаруживали мешотчатые бронхоэктазы. Обращает на себя внимание, что при сборе анамнеза родители в большинстве случаев не могли отчетливо указать на аспирацию инородного тела, и данный факт устанавливался лишь при бронхологическом исследовании или после операции. Однако в 9 случаях детские врачи по месту жительства долгое время продолжали антибактериальное лечение, несмотря на четкие указания об аспирации инородного тела.

Таким образом, проведенный анализ показал, что причиной развития осложнений у детей с инородными телами дыхательных путей в абсолютном большинстве случаев является несвоевременное или технически неграмотное выполнение эндоскопического исследования. Лишь у 8 из 37 детей (21,6%) причиной осложнений послужили характер инородного тела, его форма и размеры.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

А.Л. Миролюбов, М.А. Кунст
Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация

При невозможности анатомической коррекции общепринятым методом хирургического лечения определённых пороков сердца в современной кардиохирургии являются гемодинамические операции. В 1968 году французский хирург Франсиск Фонтен наглядно продемонстрировал возможность обхода правого желудочка, возложив нагрузку на правое предсердие, применив оригинальную методику у пациента с трикуспидальной атрезией.

Цель исследования: анализ опыта выполнения операций гемодинамической коррекции у больных со сложными врожденными пороками сердца в отделении кардиохирургии ДРКБ МЗ РТ.

Материал и методы: в период с января 1998 г. по январь 2008 г. в отделении кардиохирургии ДРКБ МЗ РТ операции гемодинамической коррекции выполнены 40 пациентам. Больные были условно разделены на группы в соответствии с этапностью хирургического лечения. Пациентам I группы выполнялись паллиативные вмешательства, II группы - двунаправленный кавапультмональный анастомоз, III - операция Фонтена.

I этап предусматривал обеспечение сбалансированности системно-лёгочного кровотока, декомпрессию правых камер сердца. Возраст пациентов составил в среднем 5 мес., вес - 3,7 кг. Длина манжеты при операции Мюллера рассчитывалась по формуле Trusler. Диаметр протеза при создании системно-лёгочного анастомоза по Блелоку определялся весом ребенка. Пациентам II группы в разные сроки после I этапа выполнялся двунаправленный кавопультмональный анастомоз. Пациентам III группы с учетом критериев отбора Chossat A. осуществлялась операция Фонтена. Состояние пациентов перед операцией расценивалось как тяжелое за счет артериальной гипоксемии, признаков нарушения кровообращения. Насыщение периферической крови кислородом составило 80-84%.

Результаты. Летальность в I группе составила 22,6%. Причинами стали: тромбозы шунта, кризовое течение лёгочной гипертензии с прогрессированием сердечной слабости.

Во II группе летальность наблюдалась в 12,5%. В основном это пациенты после ранее выполненных паллиативных операций.

Среди больных III группы летальных случаев 5,9%. Причины: двусторонняя послеоперационная пневмония, массивная транссудация.

Выводы. Наш опыт показывает, что лечение пациентов со сложными пороками сердца методом этапной гемодинамической коррекции может успешно тиражироваться в условиях региональных центров с учетом строгого соблюдения показаний и противопоказаний к операции и грамотного реанимационного пособия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА

Е.Н. Моргунова, И.Н. Малахов, С.В. Тимофеев
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Лечение ожогов пищевода и их последствий в течение многих лет продолжает оставаться актуальной проблемой. Это связано с тем, что число пострадавших с каждым годом увеличивается, и с тем, что несмотря на несомненные успехи реаниматологии и хирургии в лечении этой группы больных, смертность продолжает быть высокой, а результаты восстановления проходимости пищевода оставляют желать лучшего.

Цель: разработать методы и оптимальные сроки бужирования, при которых можно восстановить проходимость пищевода без оперативного вмешательства. Сделать эти методы максимально безопасными, сократить сроки лечения и уменьшить число осложнений после бужирования до минимума.

Исследования проводились на базе Краевой детской клинической больницы с 2006 по 2008 год, в отделении гнойной хирургии КДКБ наблюдалось 64 ребёнка (43 мальчика и 21 девочка) с химическими ожогами пищевода