

0,1; Натрия сахаринат 0,24; Ароматизатор пищевой, идентичный натуральному «клубника» 0,5; Регенкур 4,0; Глицерин 8,0; Воды до 100,0.

Состав № 2 на основе регенкура (в граммах): Метронидазол 0,75; Метилурацил 2,0; Лидаза 128 ЕД; Натрия сахаринат 0,24; Ароматизатор пищевой, идентичный натуральному «клубника» 0,5; Регенкур 4,0; Глицерин 8,0; Воды до 100,0.

Местная терапия жирогормональной смесью и смесью на основе полимера-регенкур в клинике была проведена 94 детям с химическим ожогом пищевода II-III степени. При этом дети были разделены на две группы: группу сравнения, в которую вошли 62 ребенка, лечившиеся жирогормональной смесью, и основную группу, в которую вошли 32 ребенка, получавшие смесь на основе полимера-регенкур.

При этом были получены следующие результаты: в группе детей с химическими ожогами пищевода II – III степени, где применяли для местного лечения жирогормональную смесь, стеноз сформировался у 13 из 62 больных (21%), а в группе сравнения, где использовалась лечебная смесь в двух составах на основе полимера – регенкур из 32 детей стеноз возник только у 1 (3,1%) ребенка после тяжелого тотального химического ожога III степени щелочью.

Таким образом, при использовании лекарственных смесей в лечении химических ожогов пищевода II – III степени избежать формирования рубцовых стенозов удалось у 85,5% детей, причем у 32 детей, лечившихся новым составом смеси на основе регенкура, стеноз возник только в одном случае, а остальные -31 (96,9%) ребенок-выздоровели.

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ КОЛОГАСТРОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА

А.Г. Лобова

**Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул, Российская Федерация**

Основной контингент оперируемых больных, нуждающихся в пластике пищевода, в практике детской хирургии – это дети с атрезией пищевода после второго этапа оперативного вмешательства в возрасте от 1,5 до 3 лет. Самая распространенная операция – колоэзофагопластика. Большую сложность представляет сохранение анастомоза до момента эпителизации в области соединения трансплантата с желудком.

Актуальность работы: раздражение и лизис тромбов кислым желудочным содержимым в зоне анастомоза и, как следствие, кровотечение. Средний показатель базального уровня pH желудочного сока -1,9 - 2,0, в то время, как в области кологастроанастомоза - 4,8-5,1. За счет заброса кислого содержимого в зону кологастроанастомоза (КГА) происходит капиллярное кровотечение из стенок кишки в результате денатурации белковых молекул под действием HCl, что облегчает дальнейшее их расщепление протеолитическими ферментами желудочного сока, и развитие кровотечения в раннем послеоперационном периоде, а достаточно хорошая васкуляризация зоны анастомоза и функциональная незрелость системы гемостаза у детей раннего возраста predisполагают к большей кровопотере до 10-15 мл/кг/сут.

Цель исследования – предложить и разработать фармакологические методы профилактики кровотечения из гастростомы после наложения колоэзофагогастроанастомоза.

Материал и методы. Для защиты трансплантата в зоне КГА в предоперационном и раннем послеоперационном периодах необходимо проведение компенсаторной терапии ошелачивания желудочного сока и снижения желудочной секреции, что достигается применением (в/в введение) блокаторов протонной помпы (Лосек) в данный период времени из расчета 1мг/кг/сут., терапевтический эффект которых связан с глубоким и пролонгированным угнетением кислотообразования в желудке.

Результаты. На базе Алтайской краевой клинической детской больницы под наблюдением находилось 20 пациентов из основной группы после колоэзофагопластики, которым в возрастной дозе в предоперационном и раннем операционном периодах вводили «Лосек». Кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось. В группе сравнения (до применения «Лосека») кровотечение из гастростомы и по страховым дренажам отмечалось в 87% случаев.

Выводы. Применение ингибиторов протонного насоса («Лосек» в дозе 1 мг/кг/сут.) у детей от 1,5 до 3 лет, перенесших колоэзофагопластику, снижает риск кровотечения в раннем послеоперационном периоде и способствует более раннему переводу больного на энтеральное кормление.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Х.М. Малламагомедова, А.С. Занкиева, М.Г. Гусейнова, М.К. Курбанова
**Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Российская Федерация**

Нами проведен анализ осложнений инородных тел дыхательных путей у 512 детей, поступивших в клинику за последние 20 лет. По возрасту дети с инородными телами дыхательных путей распределились следующим образом: до 3-х лет – 258 (50,4%), с 3-х до 6 лет – 112 (21,9%), с 7 до 15 лет – 142 (27,7%). Серьезные осложнения среди указанных детей отмечены у 37 пациентов (6%).

К осложнениям, характерным для раннего периода после аспирации инородного тела, относятся дыхательные расстройства: тяжелая асфиксия при фиксации крупного инородного тела в трахее, ателектаз и эмфизематозное расширение доли или легкого, смещение инородного тела в паренхиму легкого или плевральную полость при неудачных попытках их удаления. Купирование эндобронхита, ателектатических и эмфизематозных изменений не представляло больших проблем. После удаления инородного тела и при необходимости- последующих 1-3-х санационных бронхоскопий состояние ребенка нормализуется. К тяжелым осложнениям раннего периода относится миграция инородного тела. У 7 больных пришлось прибегнуть к торакотомии для удаления смещенных

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.А. 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 кавопульмональный 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 кавопульмональный 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 трансфузия.

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