

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 предрасполагают 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 ощелачивания 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