

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

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 должностному. 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.