

ются препараты, способствующие устранению спазма сосудов, препараты, снижающие вязкость крови, препараты, способствующие более полному насыщению крови кислородом. Наружные средства для устранения локальной гипоксии до последнего времени в лечебной практике не использовались.

Фармакологической основой применения геля «Аквафтем» - носителя эмульсии перфторана, явилась возможность препятствовать возникновению локальной гипоксии в пораженных тканях благодаря перфузии растворенного в геле кислорода в пораженные ткани.

С ноября 1999 года в ожоговом отделении ГДМБ № 9 апробирован и принят к клиническому использованию названный препарат.

С применением геля «Аквафтем» пролечено 40 детей с термическими ожогами от различных агентов, площадь поражения от 1% до 28%, глубиной поражения 1-3б ст., а также гранулирующими ранами. Из 40 детей ожоги 1-2 ст. определялись у 14 детей, ожоги 1-2-3а ст. - у 15 детей, пограничные ожоги 2-3аб ст. - у 9 детей, гранулирующие раны - у 2 детей. Для контроля результатов лечения проводилось статистическое исследование в контрольной группе детей, однотипной по площади и глубине поражения исследуемой группе.

Препарат наносили непосредственно на рану тонким слоем и закрывали марлевой салфеткой пропитанной индифферентным раствором (р-р фурацилина, физ. р-р), смена повязок и последующее нанесение геля производилось через сутки до полной эпителизации раны либо формирования гранулирующей раны. В 27 случаях гель был нанесен на рану непосредственно после первичного туалета ожоговой поверхности, т.е. в первые 3 часа после ожога. В 7 случаях гель наносился на 2-4 сутки после ожога, в 6 случаях на 6-15 сутки.

У детей с гранулирующими ранами положительных либо отрицательных результатов мы не отметили. В группе детей с пограничными ожогами применение геля привело к ускорению эпителизации на участках поверхностного ожога и более быстрое отграничение глубокого ожога и формирование гранулирующей раны. В группе детей с поверхностными поражениями нанесенный в первые часы после травмы гель «Аквафтем» способствовал снижению риска «вторичного углубления» ожоговой раны и значительному сокращению сроков полной эпителизации раны. Данный феномен основан на высокой насыщенности геля кислородом, сочетаемой также с его высокой проникающей способностью, что препятствует возникновению локальной гипоксии в пораженных тканях.

Применение данного препарата в первые часы после травмы сократило сроки эпителизации при 2 степени ожогов до 6 суток (при применении традиционных средств эпителизация наступала к 10-14 суткам), при 3а степени в среднем до 12 суток (в среднем эпителизация наступает к концу третьей недели).

Таким образом, полученные результаты апробации геля «Аквафтем» позволяют рекомендовать его для лечения поверхностных и пограничных ожогов при условии начала терапии в первые часы после травмы.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Шовкоплас С.В., Розанов В.В., Чукресь В.И.,
Пшеничный С.Ю., Жуков В.А.

Представлен годовой опыт работы эндоскопического кабинета насчитывающий 1543 исследования. Диагностическая эффективность экстренной эзофагогастродуоденоскопии при установлении источника кровотечения проанализирована у 12 больных: у 9 больных - с острым желудочно-кишечным кровотечением; у 3 больных - с угрозой кровотечения (больные с варикозным расширением вен пищевода). Диагностические ошибки были допущены в 2 случаях наблюдений, из них в одном случае источник кровотечения не обнаружен, в другом случае был установлен неправильно. Признаки продолжающегося кровотечения выявлены в 3 случаях. Оперативное лечение выполнено больным с продолжающимся кровотечением (2 из них дважды). 1 больному с варикозным расширением вен пищевода оперативное лечение проводилось с целью профилактики кровотечения. Исход заболевания благоприятный во всех случаях. Летальных случаев не было.

Целью настоящего сообщения является ретроспективное изучение результатов неотложной эндоскопии и оценка ее эффективности у больных с кровотечением из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. 9 больных поступили с развернутой клинической картиной кровотечения. 3 наблюдения по поводу варикозного расширения вен пищевода, признаков кровотечения на момент наблюдения у них не было. При клинической оценке у 4 больных состояние было признано тяжелым, у 8 больных - удовлетворительным.

Результаты ЭГДС были верифицированы при плановой ЭГДС в эндоскопическом кабинете больницы и интраоперационно.

По результатам исследования, источником кровотечения являлись гастродуоденальные язвы: 6 случаев наблюдений (у одного ребенка множественные эрозии и язвы); в 2 случаях отмечалось кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (в одном из этих случаев диагноз не подтвержден эндоскопически); у 1 ребенка был выявлен синдром Меллори-Вейсса (разрывнувшийся на фоне многократной рвоты); в 1 случае у пациента обнаружены множественные эрозии желудка. У 3 детей патологии сочетались: у 2 - эрозии пищевода с острой язвой ДПК; у 1 - варикоз пищевода с острой язвой ДПК.