

ОМАРОВ Т.И., ЯФЯСОВ Р.Я., ПОСПЕЛОВ М.С., ЗЫКОВА М.А.

616.381-072.1-053.2

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», г. Казань
БСМП, г. Баку

Первый опыт однопортовой видеолапароскопической аппендэктомии у ребенка

Теоретическая основа: в настоящее время одним из новых методов лапароскопических операций является однопортовая лапароскопия. Мы хотели бы поделиться первым опытом выполнения аппендэктомии ребенку по технологии единого лапароскопического доступа с применением многоканального порта. Материалы и методы: 10 июля 2010 года в хирургическом отделении больницы г. Баку (Азербайджан) выполнена первая однопортовая видеолапароскопическая аппендэктомия ребенку 5 лет.

Девочка К., 5 лет, поступила с клиникой острого аппендицита: (жалобами на боли в правой половине живота, повышением температуры тела до 38°C, тошноту). При объективном обследовании установлена локальная болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц передней брюшной стенки справа. Выставлен диагноз «острый аппендицит». Показания к операции абсолютные. Решено провести лапароскопическую аппендэктомию, используя SILS Port фирмы COVIDIEN. Операцию выполнил Омаров Т.И. Под наркозом после обработки операционного поля открытым способом под пупком установлен порт. Инсуффляция в брюшную полость углекисло-

го газа до 8 мм ртутного столба. Установлен лапароскоп 10 мм. Проведена ревизия органов брюшной полости. Визуально брюшина, петли кишечника не изменены. Купол слепой кишки отечный, гиперемированный. Червеобразный отросток длиной 7 см, в диаметре 0,7 см, с тусклой, гиперемированной серозной оболочкой, наложениями фибрина на поверхности. Выполнена мобилизация аппендикса. Брыжейка обработана биполярными щипцами. Основание отростка лигировано двумя предварительно сформированными петлями Редера. Отросток отсечен на расстоянии 0,5 см от основания, извлечен через канал 10 мм. Проведен гемостаз. Операционная рана ушита послойно. Послеоперационный диагноз флегмонозный аппендицит. Результаты: длительность операции в среднем составила 50 минут. Ребенок выписан на 5-е сутки с выздоровлением.

Обсуждение: Видеолапароскопические однопортовые операции, являясь малоинвазивным вмешательством, в значительной мере способствуют снижению травматизации биологических тканей, обладают хорошим косметическим эффектом, что улучшает и сокращает течение послеоперационного периода.

616.13-007.64.24-053.2

ОСИПОВ А.Ю., ГРЕБНЕВ П.Н., ХАМИДУЛЛИН А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Опыт лечения врожденных артериовенозных аневризм легких у детей

Врожденные артериовенозные аневризмы (АВА) легких — редкий вид патологии, обусловленный нарушением развития сосудов малого круга кровообращения.

Больные с АВА легких составляют 3,6% среди всех пациентов с пороками развития легких, 1,1% в группе оперированных

по поводу ХНЗЛ, 0,2% от числа всех врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы.

Сущность заболевания заключается в наличии прямого сообщения между артериальной и венозной системой легких без участия капилляров, то есть АВА легкого представляет собой



сосудистое образование, в котором происходит сброс неоксигенированной крови малого круга кровообращения справа налево.

С 1999 г. мы располагаем тремя наблюдениями АВА легких у детей в возрасте от 12 до 15 лет. У всех пациентов заболевание было выявлено случайно, во время рентгенологического исследования легких. С целью уточнения диагноза выполнялись РКТ легких и ангиопульмонография. Двое больных были прооперированы — сегментэктомия в первом случае и лобэктомия во втором. В третьем случае у больной с локализацией АВА в обоих легких была успешно проведена поэтапно транскатетеральная эмболизация спиралью Flipper артериовенозных фистул язычкового сегмента левого легкого и средней доли правого легкого. Рецидива заболевания не отмечалось.

Выводы:

Ранняя своевременная диагностика врожденных АВА легких вызывает определенные трудности из-за редкости патологии,

скудности клинической картины, отсутствия характерных симптомов, сложности инструментального исследования.

Основным методом диагностики является рентгенологический, включающий в себя обзорную рентгенографию, РКТ, АПГ.

Наличие на одном томографическом слое аневризматического мешка, дренирующих его сосудов и корня легкого является патогномоничным для данного заболевания симптомом.

В предоперационном периоде обязательно проведение АПГ, на основании которой можно судить об анатомическом строении АВА, ее гемодинамических особенностях, величине, количестве, распространенности.

Оперативное вмешательство является основным методом лечения данного порока развития легких и дает хороший результат.

Кроме сегментэктомии и лобэктомии с учетом современных возможностей сосудистой рентгенохирургии доступны менее инвазивные методы лечения АВА легких.

617.3-053.2

ПЕТРОВ А.Г., АКИНФИЕВ А.В., ЛАЗЕБНИКОВ Я.М., КОРОТКОВА Л.А., СОКОЛОВ А.О.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
кафедра детской хирургии, г. Чебоксары

Остеосинтез в детской травматологии

Целью нашего исследования являлось определение показаний и возможностей применения экстренного накостного остеосинтеза у детей старшей возрастной группы в условиях детского специализированного стационара при лечении закрытых диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

За период 1999 по 2004 год в клинике детской травматологии ЧГУ (МУЗ «ГДБ № 3») находилось на лечении 566 детей школьного возраста с диафизарными переломами длинных трубчатых костей: переломы костей предплечья — 255 детей, бедренной кости — 94 ребенка, костей голени — 173 ребенка и диафизарными переломами плечевой кости — 44 ребенка. Всем детям как первичный метод лечения был применен открытый остеосинтез: при переломах костей предплечья — интрамедуллярный остеосинтез штифтами Богданова у 191 ребенка, экстракортикальный остеосинтез пластинами — 64

ребенка, при переломах бедренной кости и костей голени (267) — накостный остеосинтез пластинами, при переломах плечевой кости (44) — накостный остеосинтез пластинами. Время предоперационного нахождения детей в стационаре составило от 1 до 7 часов и определялось объемом предоперационного обследования. Во всех случаях были получены удовлетворительные результаты лечения. Средний койко-день составил 12-14 суток. Функция поврежденной конечности восстанавливалась (статическая нагрузка) на 22–30-е сутки с момента операции. Инфекционных осложнений отмечено не было.

На основании нашего опыта оперативного лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей школьного возраста мы пришли к убеждению о возможности и целесообразности предлагаемой тактики лечения.