



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 транслюминальная 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.