

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ЛЕГКИХ

© Салимгареева Д.Ф., Жилкина Д.Р., Семёнова Е.С., Рословец Д.С., Каранинский Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гумеров А.А.

Башкирский государственный медицинский университет. Россия. Уфа

ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH CYSTIC ADENOMATOID MALFORMATION OF THE LUNGS

© Salimgareeva D.F., Zhilkina D.R., Semenova E.S., Roslovets D.S., Karaninskiy E.V.

Research supervisor DMedSci, professor Gumerov A.A.

Башкирский государственный медицинский университет. Russia. Ufa

Цель. Улучшение результатов лечения детей с кистозно-аденоматозной мальформацией легких.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2021 год в клинике детской хирургии БГМУ на базе Республиканской детской клинической больницы был прооперирован 41 ребенок с кистозно-аденоматозной мальформацией легких. Мальчиков было 26, девочек — 15 в возрасте от 3 мес. до 16 лет (средний возраст 1–3 года). Патология локализовалась в правом легком у 16, левом — у 14, с двух сторон у 11 детей. Размеры колебались от 2–3 мм до 8–14 см. У 16 больных выявлены неосложненные кисты, у 25 — осложнённые.

Диагностика включала рентгенографию грудной клетки, УЗИ, компьютерную томографию, гистологические исследования.

Результаты. Одним из частых осложнений данной патологии является спонтанный пневмоторакс (21 ребенок), который сопровождается клиникой дыхательной недостаточности. Экстренную хирургическую помощь оказывали в условиях Центральной республиканской больницы (далее — ЦРБ). После рентгенографии грудной клетки проводили пункцию, дренирование плевральной полости с активной аспирацией воздуха. После стабилизации состояния больные на 2–3 сутки были переведены в РДКБ для обследования, включая КТ и оперативное лечение (торакоскопия у 16 больных, торакотомия у 20).

Послеоперационный период: послеоперационное ведение — дренирование плевральной полости с активной аспирацией воздуха с разряжением 10–20 см вод. ст., антибактериальная терапия, обезболивание, рентгенологический контроль расправления легкого. Критерием удаления дренажа является отсутствие поступления воздуха по дренажу в течение суток.

Выводы. Алгоритм диагностики и лечения определяется состоянием больного и имеющимися осложнениями. При наличии пневмоторакса экстренная хирургическая помощь оказывается в хирургическом отделении ЦРБ или ЦГБ, по стабилизации состояния больные переводятся в РДКБ для операции. При бессимптомном течении патологии пациенты поступают в РДКБ для оперативного лечения в плановом порядке.