

легкого – у 10 пациентов (35,7%), порок сердца – у 3-х пациентов (10,7%), трахеальный бронх – у 7 пациентов (25%).

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило 145 минут, время экстракорпоральной мембранной оксигенации составило 77 минут. Показатели послеоперационного периода: среднее время, проведенное на искусственной вентиляции легких после операции, составило 12 дней, среднее время нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии – 17,5 дней, среднее количество койко-дней – 37. Осложнения встречались в 14 случаях (50%), ближайшие послеоперационные осложнения – в 6 случаях (21,4%), отдаленные послеоперационные осложнения – в 8 случаях (28,6%). Повторные операции потребовались 8 пациентам (28,6%). У 2-х пациентов (7,2%) в результате кровотечения в раннем послеоперационном периоде в связи с гипокоагуляцией произведена ревизия раны, гемостаз краев раны и операционного поля. У 1 ребенка (3,6%) с трахео-пищеводной расщелиной в позднем послеоперационном периоде отмечалось кровотечение в зоне послеоперационной раны – выполнен гемостаз, а также несостоятельность швов в зоне анастомоза, проведено повторное ушивание передней стенки трахеи. 3-м детям (10,7%) в результате нарастающей дыхательной недостаточности в позднем послеоперационном периоде полностью наложено трахеостомы. Летальность составила 14,3% – 4 пациента, среди которых 1 ребенок (3,6%) после ушивания трахео-пищеводной расщелины 4 степени, 1 пациент (3,6%) после операции «слайд»-пластики трахеи, 2-е пациентов (7,2%) после «слайд»-пластики трахеи с реимплантацией левой легочной артерии. У 11 пациентов (39,3%) в отдаленном послеоперационном периоде жалобы отсутствуют полностью, у 3-х (10,7%) сохраняются жалобы на одышку при физической нагрузке, у 6 пациентов (21,4%) сохраняются жалобы на рецидивирующие трахеобронхиты. У 1 ребенка (3,6%) в позднем послеоперационном периоде развился двусторонний паралич голосовых связок. 1 пациент (3,6%) в настоящее время носитель трахеостомической трубки.

Вывод. До недавнего времени такие патологии, как протяженный стеноз трахеи, трахеопищеводная расщелина, считались некурабельными и сопровождалась высокой летальностью. Накопленный опыт применения экстракорпоральной мембранной оксигенации интраоперационно позволил выполнять наиболее сложные реконструктивные оперативные вмешательства при тяжелых пороках развития дыхательных путей у детей.

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

РАЗУМОВСКИЙ А.Ю., АЛХАСОВ А.Б., МИТУПОВ З.Б.,  
СТЕПАНЕНКО Н.С., ЗАДВЕРНЮК А.С., ПЕТРОВ А.В.  
ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва  
7111957@mail.ru

Введение. Спонтанный пневмоторакс является неотложным состоянием в детской торакальной хирургии и тре-

бует экстренного хирургического лечения. В подавляющих случаях обследование и лечение таких детей ограничивается выполнением рентгенографии грудной клетки и дренированием плевральной полости. Однако только активная хирургическая тактика позволяет получить положительный результат на долгосрочный период.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения буллезной болезни легких у детей, осложненной спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы. С апреля 2002 года по сентябрь 2017 года в отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова со спонтанным пневмотораксом получили лечение 33 ребенка, большинство которых – лица мужского пола – 27 (81%). Средний возраст – 15 лет. В 28-и случаях (84%) пневмоторакс возник на фоне полного здоровья, в 3-х случаях (9%) – на фоне респираторного заболевания, в 2-х случаях (6%) – вследствие травмы грудной клетки. У 13 детей (39%) в анамнезе отмечались эпизоды рецидивирующего спонтанного пневмоторакса: у 10 – однократно, у 2 – дважды и у 1 – трижды.

Всем пациентам при госпитализации в стационар выполняли рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, которая позволяла верифицировать пневмоторакс. После дренирования и стабилизации состояния всем детям выполняли МСКТ грудной клетки, которая в 63,6% (21 пациент) случаев позволила диагностировать буллы легкого. В 36,4% случаях буллы легкого диагностированы при диагностической торакоскопии. У 25 пациентов отмечали буллезное поражение верхушек легкого с одной стороны, а у 8 – с двух сторон.

Результаты. У всех пациентов выполняли торакоскопические операции: в 2 (6%) случаях – коагуляция булл; в 5 (15%) случаях – буллэктомия (лигатурный способ); в 15 (45%) случаях – атипичная резекция верхушек легкого; в 5 (15%) случаях – атипичная резекция верхушек легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции париетальной плевры на 1/3 гемиторакса); в 5 (15%) случаях – атипичная резекция верхушек легкого с плеврэктомией. Плевральный дренаж удаляли в среднем на 4 (2–13) п/о сутки. Интраоперационных осложнений не выявлено. Морфологическое исследование подтвердило диагноз буллезной эмфиземы легкого во всех случаях.

Рецидив заболевания возник в 5 (15%) случаях: в 2 – после удаления булл лигатурным способом; в 1 – после коагуляции булл; в 1 – после атипичной резекции верхушки легкого; в 1 – после атипичной резекции верхушки легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции плевры). Во всех случаях рецидива выполняли атипичную резекцию верхушки легкого с плеврэктомией.

Выводы:

– атипичная резекция верхушки легкого с плеврэктомией является операцией выбора при буллезной болезни легких у детей, которая позволяет получить положительный результат на долгосрочный период;

– достоверными методами диагностики буллезной болезни легких являются торакоскопия и морфологическое исследование ткани легкого.