

## Список литературы

1. Баиров В.Г. Повторные операции у детей с агрезией пищевода: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998.
2. Баиров Г.А., Иванов А.П., Кунатадзе Д.Д. и др. Микрососудистая хирургия при эзофагопластике у детей // Вестник хирургии. 1989. №6. С. 69–71.
3. Батаев С.-Х. М., Разумовский А.Ю., Степанов Э.А. и др. Качество жизни пациентов после колоэзофагопластики, выполненной в детском возрасте // Хирургия. 2002. №4. С. 3–6.
4. Иванов А.П. Пластика пищевода кишечным аутотрансплантатом у детей с использованием микрососудистой техники: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 1990.
5. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. Детская хирургия: Учебник. – М.: Гэотар-Медиа, 2014.
6. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.Ю., Романов А.В., Кулешов Б.В., Беляева И.Д. Искусственный пищевод у детей // Хирургия. 2003. №7.
7. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1978. – 549 с.
8. Разумовский А.Ю. Антирефлюксная защита трансплантата при колоэзофагопластике: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987.
9. Ahmad S.A., Sylvester K.G., Hebra A. et al. Esophageal replacement using the colon: Is it a good choice? // J. Ped. Surg. 1996. Vol. 31, N 8. P. 1026–1032.

## ДЕМОНСТРАЦИЯ: «КЛИПИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА 2 МЕС»

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В., Куликова Н.В., Нагорная Ю.В.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва; Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Цели сообщения – представить крайне редкий вариант течения артериального протока и акцентировать внимание специалистов на трудностях дифференциального диагноза объемного образования средостения.

Аневризма открытого артериального протока (ОАП) – крайне редкое наблюдение. По данным различных авторов, данная патология встречается в 1–8,8% случаев среди всех детей с ОАП [1].

Изолированный, постоянно функционирующий ОАП – одно из наиболее распространенных врожденных пороков сердца. Физиологически артериальный проток закрывается в течение 48 ч после рождения (рис. 1).

Тактика ведения детей с ОАП – закрытие протока. В нашей больнице при неэффективности медикаментозной терапии недоношенным детям с экстремально низкой массой тела, находящимся на искусственной вентиляции легких, выполняется клипирование ОАП через заднебоковой мини-торакалотомный доступ. Общее состояние таких пациентов не позволяет не только применять у них стандартную торакалоскопическую технику клипи-

рования ОАП, но и осуществлять транспортировку в операционный блок. В связи с этим оперативные вмешательства выполняются непосредственно в реанимационном зале. Детям старшего возраста операцию проводят торакалоскопическим способом. С 2001 г. по настоящее время в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова торакалоскопически прооперировано 87 детей, 220 новорожденных через заднебоковой мини-торакалотомный доступ.

Аневризма артериального протока представляет мешкообразное расширение артериального протока. Опасность данной патологии состоит в повышен-

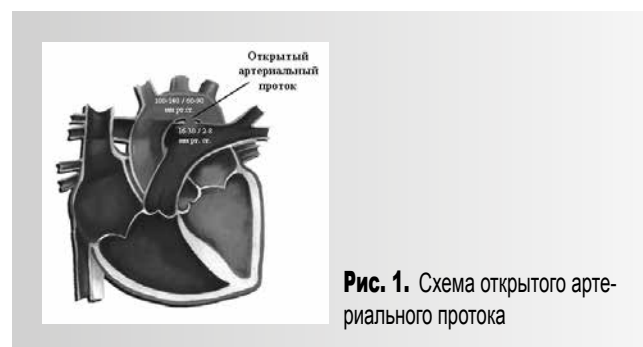


Рис. 1. Схема открытого артериального протока



**Рис. 2.** КТ грудной полости с внутривенным контрастированием: 1 – образование; 2 – бронх; 3 – аорта

ном риске тромбообразования, развития тромбоэмболии легочной артерии и разрыва аневризмы.

При аневризме ОАП хирургической тактикой является ее резекция при наличии следующих условий:

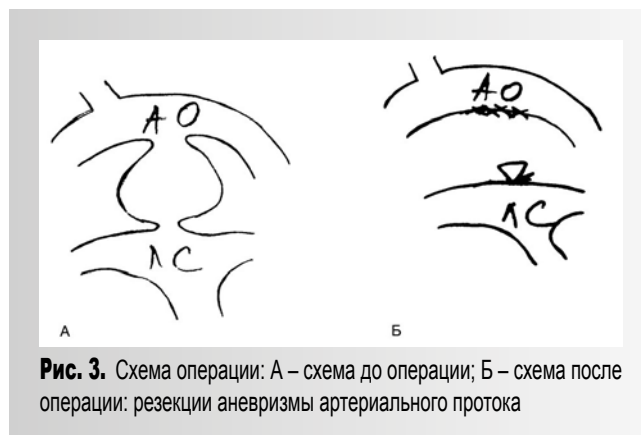
- 1) возраст старше 1 мес;
- 2) патология соединительной ткани;
- 3) наличие признаков тромбоза аневризмы;
- 4) наличие сдавления соседних структур (bronхов, нервов) [2].

В отделение торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова поступила девочка 2 мес с направляющим диагнозом бронхогенная киста.

Из анамнеза известно, что объемное образование средостения было заподозрено у ребенка в периоде новорожденности при выполнении рентгенографии органов грудной клетки. По данным КТ грудной полости, на уровне задних отделов левой доли вилочковой железы определяется образование округлой формы размерами 17×14×15 мм с тонкой капсулой, ровными контурами, повышенной плотности. При внутривенном контрастном усилении описанное образование контрастное вещество не накапливает, а его капсула умеренно аккумулирует контрастное вещество (рис. 2).

### Список литературы

1. Jan S.L., Hwang B., Fu Y.C., Chai J.W., Chi C.S. Isolated neonatal ductus arteriosus aneurysm // *Pediatric Cardiology*. 2002. Vol. 39. P. 342–347.
2. Hornberger L.K. Congenital Ductus Arteriosus Aneurysm // *J. Am. Coll. Cardiology*. 2002. Vol. 39, N 2.
3. Jackson C.M., Sandor G.G.S., Lim K., Duncan W.J., Potts J.E. Diagnosis of fetal ductus arteriosus aneurysm: importance of the three-vessel view // *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005. Vol. 26. P. 57–62.
4. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. – М., 1996.



**Рис. 3.** Схема операции: А – схема до операции; Б – схема после операции: резекции аневризмы артериального протока

Образование расценено как бронхогенная киста. Решено было выполнить торакоскопическую резекцию образования.

*Ход операции.* При торакокопии в проекции артериального протока выявлено гладкое образование, огибающее возвратный нерв, диаметром 2 см. Выполнена диагностическая пункция образования, при которой патологического отделяемого не получено. Учитывая сложность локализации, принято решение перейти на открытую операцию. На рисунке 3 представлена схема операции.

Выполнена заднебоковая торакотомия в IV межреберье слева. Образование выделено и взято на держалки. Макроскопически напоминает кисту в толще артериального протока. После перевязки протока образование вскрыто. Оно заполнено тромботическими массами. После их удаления аневризма иссечена. Легочный и аортальный концы протока ушиты. Оставлен дренаж.

В послеоперационном периоде в течение 2-х суток девочка находилась в отделении реанимации. Проводилась антибактериальная, инфузионная терапия. Дренаж удален на 3-и послеоперационные сутки.