

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

*Петров А.В., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С.*

Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

**Актуальность.** Спонтанный пневмоторакс является неотложным состоянием в детской торакальной хирургии и требует 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 долгосрочной период.

**Материалы и методы.** С апреля 2002 года по сентябрь 2019 года в отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова со спонтанным пневмотораксом получили лечение 55 ребенка, большинство которых лица мужского пола — 45 (81 %). Средний возраст 15 лет. В 48-х случаях (87 %) пневмоторакс возник на фоне полного здоровья, в 3-х случаях (5 %) — на фоне респираторного заболевания, в 2-х случаях (3 %) — вследствие травмы грудной клетки. У 29 детей (52 %) в анамнезе отмечались эпизоды рецидивирующего спонтанного пневмоторакса: у 24 однократно, у 4 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 65,6 % (31 пациент) случаев позволила диагностировать буллы легкого. У 40 пациентов отмечали буллезное поражение верхушек легкого с одной стороны, а у 15 — с двух сторон.

**Результаты.** У всех пациентов выполняли торакоскопические операции: в 2 (3 %) случаях — коагуляция булл; в 5 (9 %) случаях — буллэктомия (лигатурный способ); в 15 (27 %) случаях — атипичная резекция верхушек легкого; в 5 (9 %) случаях — атипичная резекция верхушек легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции париетальной плевры на 1/3 гемиторакса); в 28 (50 %) 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.