

*Свирский А. А., Аверин В. И., Махлин А. М., Севковский И. А.,
Анисимова Е. В., Путик В. В.*

БГМУ, УЗ «1-я ГКБ», ДХЦ, г. Минск, Республика Беларусь

ВОЗМОЖНОСТИ ТОРАКОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Актуальность. Хирургическое лечение новорожденных с диафрагмальной грыжей остается сложной проблемой. С увеличением количества выживших пациентов отмечается и рост послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства. Наиболее частым показанием к этим операциям является рецидив грыжи. Причины зависят от размера дефекта диафрагмы и метода первичной пластики. Рецидивы могут наблюдаться в течение первых 24 месяцев жизни. Однако достаточное формирование рубцовой ткани приводит к рецидиву лишь в небольшой степени, что мало выражено клинически и рентгенологически. Рецидивы могут проявляться симптомами двух категорий: со стороны желудочно-кишечного тракта и легких. Легочные симптомы проявляются наличием кашля, тахипноэ, развитием аспирационной пневмонии, или периодических хрипов. Желудочно-кишечные симптомы включают в себя отказ от приема пищи, рвоту, боли в животе, увеличение живота. Симптомы не являются специфичными, поэтому требуется дифференциальная диагностическая программа. Предпочтение отдается компьютерной томографии, либо контрастным рентгенологическим исследованиям. Хирургическая тактика определяется в зависимости от тяжести течения и размера рецидива грыжи. У пациентов с бессимптомным течением и небольшими дефектами целесообразна выжидательная тактика. Основанием для отсроченной операции является предоставление времени для развития легких, набор веса, большая безопасность и меньший объем самого вмешательства. Реконструкция может выполняться с применением мини-инвазивной техники, и выбор подхода может зависеть от предпочтений хирурга и технических возможностей.

Цель. Изучить возможность и эффективность применения торакоскопии в лечении рецидивов диафрагмальных грыж у детей первого года жизни.

Материал и Методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 124 детей с врожденной диафрагмальной грыжей, поступивших в Центр детской хирургии (ДХЦ) в период с 1993 до 2013 г. Все пациенты доставлены в клинику по экстренным показаниям. В последние 10 лет изменился подход, выполняются отсроченные хирургические вмешательства с предпочтением миниинвазивных методов.

Результаты и обсуждение. В период с 1993 по 2006 г. новорожденных оперировали после установления диагноза на 1–2 сутки поступления

в стационар вне зависимости от тяжести состояния, чаще на фоне декомпенсированного течения. Традиционные методы – лапаротомия и торакотомия применены у 60 детей этой группы, из них умерло 16 пациентов. Послеоперационная летальность составила 26.7%, общая летальность в этой группе с учетом 4 пациентов умерших до операции составила 31,25%. Ранний послеоперационный период протекал с различными осложнениями и потребовал 18 (30%) повторных вмешательств (11 релапаротомий и 7 реторакотомий) у 13 пациентов. С января 2007 года оперативное вмешательство по коррекции порока производится при стабильном состоянии ребенка не ранее чем 24–48 часов, в среднем на 6–8 сутки жизни. Основным методом операции с декабря 2009г является торакоскопическая пластика диафрагмы, с применением при необходимости заплаты из различных материалов. После изменения тактики пролечено 64 ребенка. Операции произведены у 53 детей: у 14 детей традиционными методами (торакотомия у 4, и лапаротомия у 10) и у 39 выполнено мини-инвазивное вмешательство (у 37 торакоскопическая пластика диафрагмы, у двоих – лапароскопическая). В послеоперационном периоде умерло 5 пациентов после традиционных вмешательств (трое после лапаротомии и один после торакотомии), что составило – 9.4%, а общая летальность составила 18,7%. Повторные операции потребовались у 10 пациентов (18,6%). Из них у 5 детей с рецидивами грыжи после торакоскопической пластики в разные сроки наблюдения (в среднем 1–8 месяцев). У одного ребенка рецидив отмечен трижды в течение 8 месяцев. Все дети повторно оперированы торакоскопически. В четырех случаях при пластике дополнительно применены заплаты. Интраоперационных и осложнений раннего послеоперационного периода не отмечено. Длительность операции составила от 40 до 120 минут. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 10 суток.

Выводы. Применение торакоскопии для лечения рецидивов диафрагмальных грыж у детей первого года жизни является эффективным и доступным методом, имеющим ряд преимуществ, и может быть рекомендовано для более широкого внедрения в детской практике.