

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Свирский А.А., Аверин В.И., Махлин А.М., Гриневич Ю.М., Колесников Э.М.,
Анисимова Е.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Центр детской хирургии,
Минск, Беларусь

Диафрагмальной грыжей называется перемещение органов брюшной полости в грудную клетку через естественные или патологические отверстия в грудобрюшной перегородке (диафрагме). Код по МКБ-10 Q79.0. Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ). В эмбриогенезе этого порока предполагается нарушение процесса закрытия плевроперитонеального канала по неизвестным причинам. Органы брюшной полости перемещаются, что приводит к компрессии легкого, к легочной гипоплазии и гипертензии. В гипоплазированном легком уменьшается количество альвеол и бронхиол, снижен объем сосудов с гипертрофией мышечного слоя артерий. Именно легочная гипоплазия является главной причиной осложнений и летальности при этом пороке. Внедрение новых подходов к диагностике, прогнозированию течения, методов стабилизации состояния и оперативной техники при ВДГ улучшило результаты лечения. Изменена тактика раннего выполнения операций у таких детей в связи с высокой послеоперационной летальностью. Предпочтение отдается отсроченной операции, проводимой через 24-48 часов после стабилизации гемодинамики и снижения давления в легочных сосудах. Развитие эндохирургической техники наметило перспективные пути применения мини-инвазивных технологий в лечении врожденных диафрагмальных грыж. Преимущества эндоскопических операций отмечаются за счет снижения травматичности операции, сокращения сроков пребывания детей в стационаре, хороших функциональных и косметических результатов, благоприятного течения раннего послеоперационного периода.

Таким образом, улучшение результатов лечения ВДГ у новорожденных требует дальнейшего совершенствования диагностических и лечебных методов.

Цель исследования: определить эффективность применения измененной тактики в лечении новорожденных с диафрагмальной грыжей.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 118 детей с врожденной диафрагмальной грыжей, поступивших в Центр детской хирургии (ДХЦ) в период с 1993 по 03.2013г. Все пациенты доставлены в клинику в экстренном порядке. Проведена оценка результатов лечения различными методами в двух группах детей, находившихся в стационаре в разное время. Всех новорожденных, поступивших в период с 1993 по 2006 г., оперировали после установления диагноза на 1-2 сутки при поступлении в стационар вне зависимости от тяжести состояния, чаще на фоне декомпенсированного течения. Тактика лечения пациентов с диафрагмальной грыжей с января 2007

года была изменена. Порок диагностируется пренатально, и после консультации, при отсутствии показаний к прерыванию беременности, родоразрешение осуществляется в РНПЦ «Мать и дитя». Транспортировка пациентов при наличии клинических признаков легочной гипертензии производится только после стабилизации состояния. Для достижения стабилизации состояния пациентов последнее время применяются различные методики ВЧО ИВЛ. Оперативное вмешательство по коррекции порока производится не менее чем 24-48 часов после купирования криза легочной гипертензии, в среднем на 6-8 сутки жизни. Ребенку дополнительно проводится обследование с целью выявления сопутствующих пороков. Выполняется УЗИ с доплерографическим картированием и определением размеров и гемодинамических показателей в центральных сосудах малого и большого кругов кровообращения. Основным методом оперативного вмешательства с декабря 2009г является мини-инвазивная операция - торакоскопическая пластика диафрагмы с применением при необходимости заплата из «Биокарда». Операция заканчивается постановкой плеврального дренажа через нижний порт-сайт по задней подмышечной линии. После прекращения поступления отделяемого по нему, дренаж удаляется в среднем на 3-5 сутки. Пациенты выписываются из стационара при отсутствии признаков дыхательной недостаточности и кислородозависимости, на полном энтеральном питании, после контрольной рентгенограммы и УЗИ органов грудной и брюшной полости.

Результаты. Состояние 9 пациентов при поступлении расценено как крайне тяжелое, стабилизировать которое не удалось всеми доступными в клинике методами, и эти пациенты умерли без оперативного вмешательства. Состояние 6 детей с истинной диафрагмальной грыжей или релаксацией диафрагмы было стабильным и операция этим детям выполнена после одного месяца жизни. Пятеро из них также поступили во втором периоде. Итого результаты лечения в первом периоде оценены у 64 детей. Четверо пациентов умерли до операции. Лапаротомия и торакотомия применены у 60 детей. Умерло 16 пациентов. Послеоперационная летальность составила 26,7%, общая летальность с учетом 4 пациентов умерших до операции составила 31,25% . Ранний послеоперационный период протекал с различными осложнениями и потребовал 18 повторных вмешательств (11 релапаротомий и 7 реторакотомий) у 13 пациентов.

После изменения тактики во втором периоде пролечено 54 ребенка. Умерли до операции 5 пациентов. Четверо пациентов оперированы после месяца жизни. Операции произведены у 45 детей: у 16 детей традиционными методами и у 29 выполнено мини-инвазивное вмешательство (у 27 торакоскопическая пластика диафрагмы, у двоих - лапароскопическая)

В послеоперационном периоде умерло 4 пациента после традиционных вмешательств, что составило – 8,8%, а общая летальность составила 16,6%

Повторные операции потребовались у 5 пациентов 11,1% (ранняя спаечная кишечная непроходимость после лапаротомий – у двух, ранний рецидив грыжи у 2 детей, санационная реторакоскопия у одного ребенка).

У 2 детей после торакоскопии наблюдался хилоторакс, проведено консервативное лечение.

Выводы.

1. Лечение врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных является сложной проблемой, требующей комплексного подхода и координированной работы врачей специалистов (генетиков, неонатологов, хирургов, реаниматологов и анестезиологов).

2. Применение всех методов стабилизации состояния до оперативного вмешательства у некоторых пациентов позволяет снизить летальность в этой группе детей.

3. Применение мини-инвазивных методик в лечении пациентов с ВДГ перспективное направление, требующее дополнительной оценки эффективности с изучением результатов и качества жизни пациента в отдаленном периоде.

Литература:

1. Вавилов, Александр Владимирович Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма и диспансеризация детей при врожденных диафрагмальных грыжах Дис. канд. мед. наук. - Санкт-Петербург – 2005. –с.116

2. Михайлова, Ольга Алексеевна Эндохирургические операции при диафрагмальных грыжах у детей .Дис. канд. мед. наук. -Москва.- 2009г. - 68 с

3. Романеев, Алексей Борисович Пластика диафрагмы при релаксации с учетом ее кровоснабжения у детей Дис. канд. мед. наук –Москва. -2005. С100

4. Разумовский А.Ю., Митупов З.Б. ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ // Детская хирургия, 2009.-N 3.-С.46-50.

5. Vesmeur F., Reinberg O., Dimitriu C. et al. Thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in children // Semin Pediatr Surg.- 2007.- Vol. 16.- N.4.-P. 238-44.

6. Cabezali B. D., Cano N. I., Garcia V. A. et al. Minimally invasive surgery for the management of . Edmund Y. Yang., Nikki Allmendinger, Sidney

7. M., Johnson et al. Neonatal thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia: selection criteria for successful outcome // J. Pediatr. Surg.- 2005.- Vol. 40. - P. 1369-1375. congenital diaphragmatic pathology // Cir Pediatr,- 2007.-N.2 .-Vol.20 - P. 111-115.