

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИК

Морозов Д.А.¹, Хаспеков Д.В.², Топилин О.Г.³, Окулов Е.А.⁴, Масевкин В.Г.⁵, Морозов К.Д.¹

¹ Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

² Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

³ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

⁵ Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Введение. Передняя диафрагмальная грыжа (ПДГ) является редкой врожденной патологией, встречающейся у детей с частотой 1 : 4800 (1–6% всех врожденных диафрагмальных грыж). В настоящее время сохраняется множество неоднозначных и спорных аспектов в хирургическом лечении пациентов с ПДГ: выбор оперативного доступа, способа пластики диафрагмы и целесообразность иссечения грыжевого мешка. В ситуации относительной редкости ПДГ, многообразия их клиничко-анатомических вариантов хирург нуждается в четких правилах хирургической тактики.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа хирургического лечения пациентов с передней диафрагмальной грыжей (ПДГ) на основе опыта разных хирургических школ и команд.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании хирургического лечения 10 пациентов с ПДГ различными хирургическими командами. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации и архивных материалов пациентов с передней диафрагмальной грыжей, оперированных во временной период с 2009 по 2019. У 7 пациентов были оценены отдаленные результаты лечения: выполнили телефонный и интернет-опросы родителей пациентов, амбулаторное дополнительное обследование детей (рентгенографии органов грудной полости в двух проекциях).

Результаты. У большинства детей грыжа была обнаружена случайно при рентгенографии органов грудной полости. Односторонняя ПДГ была диагностирована у 6 пациентов (2 левосторонних, 4 правосторонних), двусторонняя ПДГ — у 4. Лапароскопическую коррекцию выполнили в 8 (80%) случаях, торакоскопическую — в 2 (20%). Грыжевой мешок иссекали ровно в половине случаев. Устранение дефекта (пластику диафрагмы) производили при помощи погружных узловых швов, фиксирующих диафрагму к передней брюшной стенке (8) и к тканям грудной клетки (2), в 7 случаях выполняли дополнительную фиксацию к ребру. В большинстве случаев пластику производили местными тканями, лишь у одного пациента была использована дакроновая заплатка. Рецидив возник в 1 клиническом наблюдении. На момент оценки отдаленных результатов лечения (средняя длительность отслеживания — 7 лет) во всех случаях родители и ребенок жалоб не предъявляли, у всех пациентов грудная клетка не имела деформаций, на рентгенограммах рецидивов ПДГ выявлено не было.

Заключение. Многие вопросы в хирургическом лечении детей, страдающих ПДГ, остаются открытыми. Требуется проведение объемных многоцентровых исследований с многофакторным анализом отдаленных результатов для стандартизации хирургического лечения таких пациентов.