

ТОРАКОСКОПИЯ В КОРРЕКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ: НАШ ОПЫТ

Рустемов Д.З.¹, Дженалаев Д.Б.¹, Оспанов М.М.², Ольховик Ю.М.¹, Сакуов Ж.Н.²,
Чарипова Б.Т.², Букибаева Г.Т.², Манайбекова Ж.А.²

¹ Корпоративный фонд «University medical center», Нур-Султан, Казахстан

² Национальный научный центр материнства и детства, Нур-Султан, Казахстан

Актуальность. В последние годы благодаря внедрению новых анестезиологических, реаниматологических и хирургических стратегий удалось значительно улучшить результаты лечения пациентов с диафрагмальными грыжами. Внедрение эндохирургических вмешательств при лечении диафрагмальных грыж интенсивно расширяется за счет лучшей визуализации органов грудной полости, хороших функциональных и косметических результатов, благоприятного течения послеоперационного периода и быстрой реабилитации больных после оперативных вмешательств.

Цель. Проанализировать результаты использования эндовидеохирургии в лечении диафрагмальных грыж у новорожденных.

Материалы и методы. За период 2015–2020 г. на лечении в Национальном научном центре материнства и детства находились 38 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ). Антенатально диагноз установлен в 94,7% случаях, что послужило показанием для родоразрешения в нашем центре. 97% детей родились доношенными, с весом более 2500 г. Левосторонняя локализация установлена у 35 новорожденных (92,1%), из них ложная грыжа у 29 детей, а истинная грыжа — у 6. Правосторонняя ВДГ диагностирована у 3 (7,9%), в 2-х случаях истинная грыжа. По полу распределение было таковым: мальчиков — 21, девочек — 17. С целью диагностики всем детям проведены лабораторные и инструментальные методы обследования, множественные пороки развития выявлены у 6 детей. Летальный исход был у 17 (44,7%) новорожденных, из них 9 детей умерли до операции. Средняя длительность предоперационной подготовки составила около 46 ч и включала в себя инфузионную, антибактериальную, седативную терапию и ИВЛ. С 2019 г. в нашей клинике применяется монооксид азота, для лечения персистирующей легочной гипертензии, хотя доказательная база этого метода при лечении легочной гипертензии у детей с диафрагмальной грыжей недостаточна, мы применили этот метод у 8 новорожденных. Показанием для подключения NO стало повышенное давление в легочной артерии при Эхо-КГ. Положительный результат получен у 5 новорожденных.

Результаты. Оперативное лечение проведено 29 (76%) новорожденным. 12 детям коррекция порока проведена открытым методом. Торакоскопическая пластика диафрагмы была проведена 17 новорожденным, при истинной грыже выполнялось гофрирование и пликация купола диафрагмы (6 детей), при ложной форме проводилось низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта и дренирование плевральной полости (11 детей). Течение раннего послеоперационного периода у 2 детей осложнилось пневмотораксом, у 1 — гидротораксом. Рецидив диафрагмальной грыжи диагностирован у 3 детей, коррекция проведена открытым методом.

Заключение. Лечение ВДГ требует мультидисциплинарного подхода. Несмотря на антенатальную выявляемость и современные методы лечения, летальность остается на высоком уровне. С внедрением эндовидеохирургии стала возможной коррекция диафрагмальной грыжи у новорожденных торакоскопическим методом, который имеет ряд преимуществ, такие как лучшая визуализация, более «мягкое» течение послеоперационного периода, косметический результат.