

ВРОЖДЕННЫЕ РЕЦИДИВНЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ. ПРИЧИНЫ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Топилин О.Г.¹, Соколов Ю.Ю.², Хаспеков Д.В.³, Айрапетян М.И.⁴,
Миронова И.К.³, Ковачич А.С.³

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Наибольшие трудности в диагностике и хирургической коррекции вызывают рецидивные и приобретенные грыжи диафрагмы.

Цель. Проанализировать причины возникновения рецидивных, травматических и ятрогенных грыж у детей и определить хирургическую тактику при их устранении.

Материалы и методы. С 2008 года коллективом авторов было пролечено 12 пациентов с рецидивом врожденной диафрагмальной грыжи и 14 детей с приобретенными диафрагмальными грыжами. Последние включали 5 с травматической, 4 — с ятрогенной грыжей и 5 детей с диафрагмальными грыжами в возникшими вследствие перенесенных операций в области диафрагмы. У большинства пациентов была яркая клиническая картина, однако у детей с травматическими и ятрогенными грыжами диагноз не всегда был очевиден и своевременен. Выбор метода лечения и хирургический доступ определялся локализацией, топографоанатомическими особенностями, размерами дефекта и наличием ущемления. Пятерым детям оперативное вмешательство выполнено эндохирургическим доступом (торакоскопия, лапароскопия, торакоскопическиассистированная лапароскопия), 4 — торакотомия, остальные пациенты оперированы лапаротомическим доступом

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Всем детям удалось восстановить целостность диафрагмы, у 7 пациентов с обширным дефектом в диафрагму вшит протез из пластины «Ксеноперикард». Длительность операций составила в среднем 70 мин. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. У одного ребенка с рецидивом грыжи Бокдалека, оперированного повторно торакоскопическим доступом, через 1 год возник вновь рецидив. В данном случае пациент был оперирован в третий раз лапаротомическим доступом с хорошим отдаленным результатом.

Выводы. Выбор того или иного хирургического доступа у детей с приобретенными и ятрогенными диафрагмальными грыжами зависит от этиологии, формы, размеров дефекта и наличия ущемления. Пациентам с рецидивом врожденной диафрагмальной грыжи предпочтительным является лапаротомный доступ, т.к. во всех случаях позволил надежно устранить дефект диафрагмы, в том числе с использованием протеза из ксеноперикарда.