

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПРАВСТОРОННЯЯ ВЕРХНЯЯ ЛОБЭКТОМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Никифоров Д.В.,
Панин А.П., Чухрова Н.С.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Обоснование. Врожденные кистозные пороки развития легких редко сопровождаются явлениями дыхательной недостаточности после рождения, однако в случаях большого поражения легочной ткани требуют реанимационных мероприятий с первых минут жизни ребенка. Для успешного лечения необходима стабилизация состояния пациента, проведение обследования и своевременного хирургического лечения. Торакоскопические операции у новорожденных сложны ограниченным рабочим хирургическим пространством и особенностями анестезиологического обеспечения.

Описание наблюдения. Девочка у матери 40 лет от 4-й беременности, протекавшей на фоне новой коронавирусной инфекции, гестационного сахарного диабета и многоводия во 2-м и 3-м триместрах. По данным УЗИ плода в 18 нед. выявлен врожденный порок развития правого легкого с выраженным смещением органов средостения, без существенной динамики в течение последующего наблюдения. Роды своевременные путем кесарева сечения, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов, нарастание дыхательной недостаточности. В родильном зале интубация трахеи, ИВЛ, аускультативно дыхание ослаблено по всей поверхности правого легкого. В ОАРИТН в связи с нарастающей гиперкапнией переведена на высокочастотную осцилляторную ИВЛ с увеличением дотации O_2 до 50 %, в динамике со стабилизацией и возвращением на традиционную ИВЛ. Гемодинамика оставалась стабильной. Рентгенография: деформация правого легкого в виде множественных округлых кистозных воздушных полостей, смещение средостения влево, левое легкое компремировано. МСКТ грудной клетки: увеличение объема верхней доли правого легкого, большая часть которой представлена неоднородной плотной тканью со множественными тонкостенными неправильной формы кистозными пневматизированными структурами, диаметром 3–15 мм. Размеры пораженной доли 100×85×75 мм. Левое легкое и нижняя доля правого легкого компремированы, средняя доля справа расположена в передних отделах средостения по центру, средостение смещено влево. Признаков аномального кровоснабжения нет. Изменения соответствуют кистозно-аденоматозной мальформации верхней доли правого легкого.

На 7-е сутки выполнена операция — диагностическая торакоскопия справа, торакоскопическая верхняя лобэктомия справа, дренирование правой плевральной полости. Течение анестезии гладкое. Интраоперационно ИВЛ в режиме нормовентиляции с контролем по давлению. Гемодинамика стабильная без кардиотонической поддержки. По окончании операции продолжена ИВЛ (143 ч), после экстубации продолжена СРАР (27 ч), далее самостоятельное дыхание. Выписана домой на 19 п.о. сутки. Катамнез к настоящему времени 6 мес., растет и развивается по возрасту, дыхательной недостаточности и деформации грудной клетки нет.

Заключение. Правильная предоперационная подготовка, своевременное вмешательство и навыки эндоскопической работы позволяют выполнить операцию торакоскопическим доступом и обеспечить хороший функциональный и косметический результат.

Ключевые слова: кистозно-аденоматозная мальформация легкого; дыхательная недостаточность; торакоскопическая лобэктомия; новорожденный; торакоскопия.