

Паршиков В.В., Карпова И.Ю., Обрядов В.П., Рожденкин Е.А.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА ПЯТИ ЛЕТ

Нижегородская государственная медицинская академия;
ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» Н. Новгород, Россия

Parshikov V.V., Karpova I.Yu., Obryadov V.P., Rozhdenkin E.A.

A CASE OF LAPAROSCOPIC CORRECTION OF A DIAPHRAGMATIC HERNIA IN A 5-YEAR-OLD CHILD

Nizhny Novgorod State Medical Academy; State Budgetary Health Institution «Nizhny Novgorod Regional Children's Clinical Hospital»

Резюме

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – это тяжелая патология, связанная с пороком развития диафрагмы. Встречается от 1 случая на 2000 до 1 на 4000 новорожденных. В старшем возрасте выявляются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, купола диафрагмы и ретростеральной области. Впервые эндохирургическая методика коррекции диафрагмальной грыжи из лапароскопического доступа была предложена David C. Van der Zee и Klass (N.) M. A. Вах. Представленный случай лапароскопической коррекции диафрагмальной грыжи у ребенка 5 лет демонстрирует опыт хирургического лечения данной патологии с помощью аппарата «ENDO STITCH», 10 mm (USA, 2004).

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, ребенок, лапароскопия

Abstract

Congenital diaphragmatic hernia (CDH) is a severe pathology connected with the defect in diaphragm development. It occurs in 1 case per 2000 to 4000 of newborns. Hernias of the esophageal opening, diaphragmatic cupula and retrosternal area are found in elder children. David C. Van der Zee and Klass (N.) M. A. Вах were the first to offer the endosurgical method of diaphragmatic hernia correction using laparoscopic approach. The presented case of laparoscopic correction of diaphragmatic hernia in a 5-years-old kid shows the experience of surgery of this pathology using ENDO STITCH, 10 mm (USA, 2004).

Key words: diaphragmatic hernia, child, laparoscopy

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – это перемещение органов брюшной полости в грудную клетку через естественные или патологические отверстия в грудобрюшной перегородке (диафрагме).

Данная патология встречается от 1 случая на 2000 до 1 на 4000 новорожденных [1]. При рождении почти в 90% случаев наблюдается проникновение органов из брюшной полости в грудную клетку через задний щелевидный дефект (щель Богдалека). Двухсторонние ложные грыжи наблюдаются в 3–3,5% случаев и обычно несовместимы с жизнью. В старшем возрасте чаще встречаются грыжи пищеводного отверстия

диафрагмы, купола диафрагмы и ретростеральной области [2].

Первое успешное вмешательство при диафрагмальной грыже было выполнено L. Heidenhain в 1902 г. 9-летнему мальчику [3]. Эндохирургическая методика коррекции диафрагмальной грыжи впервые была предложена David C. Van der Zee и Klass (N.) M. A. Вах из лапароскопического доступа при заднелатеральной локализации дефекта [4].

В 2001 г. F. Vesmeur, R.R. Jamali, R. Moog опубликовали работы, посвященные оперативной коррекции заднелатерального дефекта диафрагмы из торакоскопического доступа [5].



Рис. 1. Обзорная рентгенография (прямая проекция). Грыжа правого купола диафрагмы (указана стрелкой)



Рис. 3. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с проходящим барием (прямая проекция). Грыжа переднего отдела диафрагмы слева (указана стрелкой)

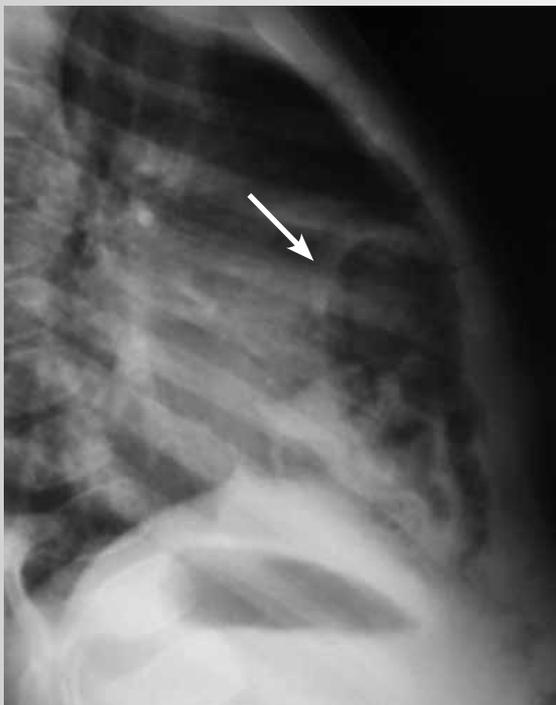


Рис. 2. Обзорная рентгенография грудной клетки (боковая проекция). Диафрагмальная грыжа справа (указана стрелкой)



Рис. 4. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с проходящим барием (боковая проекция). Грыжа переднего отдела диафрагмы (указана стрелкой)

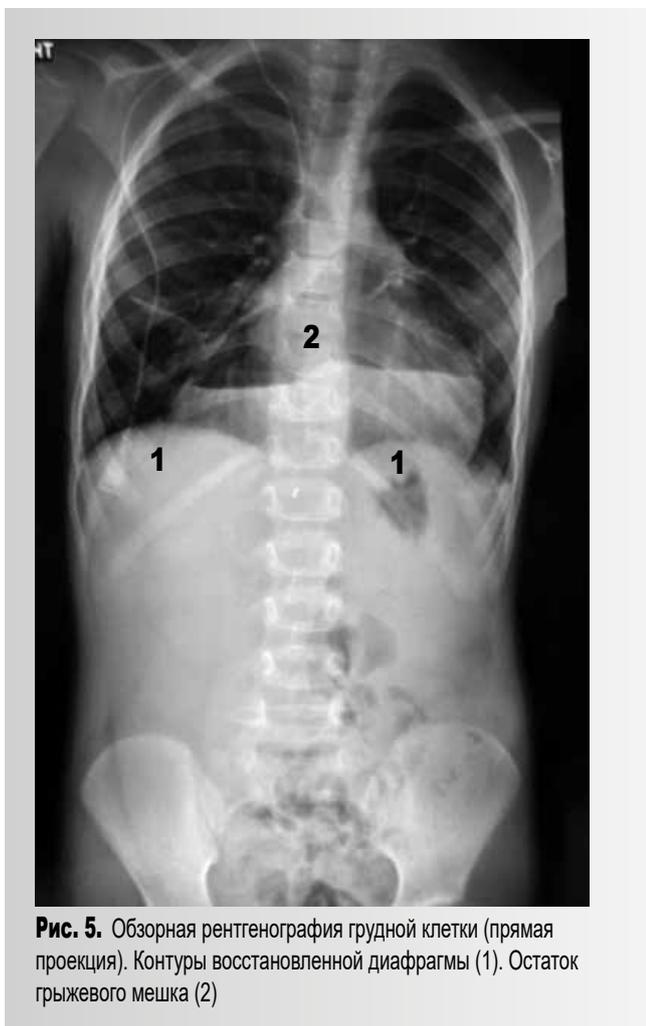


Рис. 5. Обзорная рентгенография грудной клетки (прямая проекция). Контуры восстановленной диафрагмы (1). Остаток грыжевого мешка (2)

В последние годы при проведении рентгенологических обследований стали достаточно часто выявляться «диагностические находки», связанные с патологией диафрагмы (релаксация купола диафрагмы, истинные диафрагмальные грыжи).

В качестве примера приводим выписку из истории болезни, в которой представлен опыт лапароскопического лечения диафрагмальной грыжи у ребенка 5 лет.

Клиническое наблюдение

Больная Б., 5 лет, поступила в ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» 1.12.2015 г. Из анамнеза жизни: ребенок от 2-й беременности, 1-х родов. Вес при рождении 3200 г, рост 52 см. Девочка развивается соответственно возрасту, правильного телосложения с достаточной массой тела, посещает детское дошкольное учреж-

дение. Болела вирусными инфекциями, протекающими без осложнений, прививалась по календарю. Из дополнительного анамнеза: отмечали склонность к запорам (1 раз в 2–3 дня) и периодическим позывам на рвоту, тошноту.

В октябре 2015 г. у ребенка появился кашель на фоне ОРВИ. Проводимое противовирусное и симптоматическое лечение было без эффекта. При рентгенологическом обследовании выявлена релаксация правого купола диафрагмы, диафрагмальная грыжа справа, незавершенный поворот кишечника (рис. 1, 2).

В декабре 2015 г., после предоперационной подготовки, торакоабдоминальным доступом справа выполнено формирование дубликатуры из истонченной ткани диафрагмы в зоне грыжевого пролябирования. Рана послойно зашита наглухо. Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. Однако перед выпиской при выполнении контрольного рентгеновского обследования выявлена грыжа переднего отдела диафрагмы слева (рис. 3, 4).

С учетом стабильного состояния пациентку отпустили на медицинскую паузу домой.

В марте 2016 г. девочка госпитализирована для этапного хирургического вмешательства. Коллективно, при обсуждении технического варианта операции, было принято решение провести лапароскопическую коррекцию дефекта переднего отдела диафрагмы слева.

На операции (28.03.2016 г.) при ревизии загрудинной части диафрагмы слева выявлен дефект до 5,0 см в диаметре, через который в грудную полость проникли петли толстой и тонкой кишок. При низведении кишечника в брюшную полость выявлена истинная грыжа переднего отдела диафрагмы (щель Ларрея). Дефект ушит отдельными швами с помощью аппарата «ENDO STITCH», 10 mm (USA, 2004). Длительность операции составила 2 часа.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При аускультации дыхание выслушивали во всех отделах. Проявлений дисфагии и задержки стула не было. В анализах крови и мочи признаков воспаления не отмечали. На обзорной рентгенограмме грудной полости данных за врожденную патологию не выявлено (рис. 5).

В удовлетворительном состоянии ребенка выписали домой, пребывание в стационаре составило 15 к/дней.

Список литературы

1. *Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г.* Эндохирургические операции у новорожденных. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. С. 37–55.
2. *Bennett A.J., Driver C.P., Munro M.* Bilateral congenital diaphragmatic hernia // *Ped. Surg. Int.*, 2005. Vol. 21. No. 9. P. 739–741.
3. *Ашкрафт К.У.* Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. Спб., 1997. Т. 2. С. 229–243.
4. *Van der Zee D. C., Vax N.M.* Laparoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in a 6-month-old child // *Surg. Endosc.*, 1995. Vol. 9. P. 1001–1003.
5. *Becmeur F., Jamali R.R., Moog R. et al.* Thoracoscopic treatment for delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia in infant. A report of three cases // *Surg. Endosc.*, 2001. Vol. 15. P. 1163–1166.

Авторы

| | |
|--|---|
| ПАРШИКОВ Вячеслав Владимирович | Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии |
| КАРПОВА Ирина Юрьевна | Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии |
| ОБРЯДОВ Владимир Петрович | Кандидат медицинских наук, зав. хирургическим отделением ГБУЗ НО «НОДКБ» |
| РОЖДЕНКИН Евгений Александрович | Врач-хирург, ГБУЗ НО «НОДКБ» |