

ИСКУССТВЕННАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Кацунеев В.Б., Розин Б.Г., Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Малеева Т.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. В последние годы в предоперационной подготовке больных с врождёнными диафрагмальными грыжами стала применяться методика искусственной высокочастотной вентиляции лёгких (ИВЧВЛ) в режиме 520–600 дыхательных движений в минуту с обнадеживающими результатами.

Материал и методы. На протяжении 3-летнего периода (2017–2020 гг.) в детской хирургической клинике РостГМУ было оперировано 17 больных с левосторонними врождёнными диафрагмальными грыжами с ИВЧВЛ на протяжении 1–1,5 суток перед операцией. Первую рентгенограмму органов грудной клетки выполняли через полчаса после подключения больного к аппарату ИВЧВЛ, вторую — получали через 24–36 часов.

Результаты и обсуждение. Сравнение этих рентгенограмм всегда показывало положительную динамику в расположении органов: наиболее мобильные желудок и петли тонкой кишки спускались под диафрагму, правое лёгкое полностью расправлялось, органы средостения занимали вертикальную позицию. Только селезёнка и заполненные меконием петли толстой кишки располагались над диафрагмой, когда размеры диафрагмального дефекта не позволяли опуститься этим органам под диафрагму. Такая миграция органов была отмечена у всех 17 больных.

Нет сомнения в том, что такой режим вентиляции лёгких является нефизиологичным и поэтому должен быть ограничен во времени. Эти вопросы требуют изучения. В нашей практике этот временной отрезок ограничен 1,5 сутками перед операцией и сутками в ближайшем послеоперационном периоде, что, как нам кажется, снимает напряжение на швы, наложенные на диафрагму, уменьшая риск их прорезывания. Следует признать, что мы не можем в настоящее время объяснить до конца механизм положительного влияния ИВЧВЛ на организм больного с врождёнными диафрагмальными грыжами. Со 2-х суток после операции переводим больных на режим вентиляции 36–40 дыхательных движений в мин. После операции летальных исходов не было. У 1 больного после операции развился хилоторакс, излеченный в течение 9 суток с помощью внутривенного введения сандостатина и 4-х плевральных пункций с введением в плевральную полость антибиотиков широкого спектра действия.

Выводы и рекомендации: 1) Подключение больного в течение 1–1,5 суток до операции к аппарату ИВЧВЛ приводит к погружению под диафрагму наиболее мобильных желудка и тонкокишечных петель, что сопровождается полным расправлением здорового лёгкого и смещением органов средостения в вертикальную позицию. 2) Продолжение вентиляции лёгких в первые сутки после операции в режиме ИВЧВЛ снимает напряжение на диафрагмальные швы и предупреждает их прорезывание. 3) Необходимо продолжить исследования по определению оптимальных сроков применения ИВЧВЛ у больных с врождёнными диафрагмальными грыжами.