

ПОКАЗАНИЯ К ТОРАКОСКОПИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Коливошка Ю.В., Переяслов А.А.

*Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов*

Введение. Малоинвазивная хирургия постепенно находит все большее применение в лечении различной патологии новорожденных. Впервые малоинвазивные вмешательства для лечения врожденной диафрагмальной грыжи (ВДГ) были проведены в 1995 году – M.L.Silenc соавт. использовали торакоскопический, а D.C. Van der Zee и N.M.Bax – лапароскопический доступ [4, 5]. Однако большинство хирургов с осторожностью относятся к использованию методов малоинвазивной хирургии для лечения ВДГ, что обусловлено нестабильностью респираторного статуса и наличием легочной гипертензии.

Целью данной работы было определить безопасные показания к выполнению торакоскопической коррекции ВДГ.

Материал и методы исследования. Работа основывается на результатах обследования и лечения 23 новорожденных с ВДГ – у 19 (82,6%) детей диагностирована грыжа Bochdalek и у 4 (17,4%) – грыжа Morgagni. У 12 (52,2%) новорожденных диагностированы сопутствующие пороки сердца. После поступления в отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных, всех детей интубировали и переводили на ИВЛ. При сатурации $\geq 90\%$ использовали обычную ИВЛ с параметрами: FiO_2 – 40–60%, пиковое давление на вдохе – 15–20 мм рт. ст., позитивное давление в конце выдоха – 5 мм рт. ст. и частотой дыханий – 40 в минуту. При сатурации менее 90% использовали высокочастотную ИВЛ с такими параметрами: FiO_2 – 100%, частота – 15 Гц, ударный объем – 15 мл и среднее давление в дыхательных путях – 15 см водного столба. При снижении показателей FiO_2 – до 40%, ударного объема < 4 мл/кг и среднего давления в дыхательных путях < 15 см водного столба ребенка переводили с высокочастотной на обычную вентиляцию. Все дети получали фентанил (5–10 мкг/кг) и вазопрессоры (допамин – 5 мкг/кг и добутамин – 5–10 мкг/кг). Также у всех детей проводился постоянный эхокардиографический мониторинг.

Результаты и их обсуждение. Только после стабилизации показателей гемодинамики и дыхательной системы выполняли хирургическую коррекцию ВДГ, что соответствует данным литературы [2, 3]. У детей с сопутствующими пороками сердца, показателями, которые определяли возможность выполнения хирургического вмешательства, были: спонтанное закрытие Боталлового протока или преобладание шунтирования крови слева-направо, и существенное повышение кровотока в ипсилатеральной легочной артерии (по данным эхокардиографии) [1]. Традиционные тора-

котомные вмешательства проведены у 14 (60,9%), а торакоскопические – у 9 (39,1%) новорожденных. Возможность проведения торакоскопической коррекции ВДГ основывалась на следующих критериях:

1. Кардио-респираторные показатели были стабильными на протяжении не менее 10 минут в положении ребенка на боку при обычной или высокочастотной ИВЛ.
2. Кардио-респираторные показатели существенно не изменялись при ручной вентиляции, что позволяло транспортировать ребенка в операционную.

Подобные критерии используют и другие хирурги [1, 2]. У детей, которые не соответствовали этим двум критериям, выполняли традиционное (торакотомное) вмешательство. Предоперационные анатомические характеристики в частности, наличие желудка в грудной клетке или значительный дефект диафрагмы, не были противопоказанием к торакоскопической коррекции, хотя большие дефекты диафрагмы чаще сочетаются с тяжелой легочной гипертензией. У 7 детей при торакоскопии дефект диафрагмы ушит узловыми не рассасывающимися швами (Ethibond 2/0 or 3/0), а у двух пациентов для закрытия дефекта диафрагмы использовали сетку (Mersilene, фирмы Ethicon). Тщательный отбор пациентов к торакоскопической коррекции, позволил избежать конверсии, хотя по данным литературы частота конверсий составляет 3–20% [1, 2]. Послеоперационная летальность составила 26,1% (22,2% – при торакоскопических и 28,6% – при торакотомных вмешательствах).

Выводы. Торакоскопичная коррекция является выполнимым и безопасным методом хирургической коррекции ВДГ у новорожденных. Тщательный отбор пациентов для проведения малоинвазивной коррекции позволяет избежать интра-операционных осложнений, требующих проведения конверсии.

Литература:

1. Indications for thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in neonates / Okazaki T., Nishimura K., Takahashi T. [et al.] // *Pediatr. Surg. Int.*–2011.–Vol.27.–P.35–38.
2. Minimally invasive surgery in infants with congenital diaphragmatic hernia: outcome and selection criteria / Cha C., Hong Y.J., Chang E.Y. [et al.] // *J. Korean Surg. Soc.*–2013.–Vol.85.–P.84–88.
3. Standardized postnatal management of infants with congenital diaphragmatic hernia in Europe: the CDH EURO consortium consensus / Reissl., Schaible T., van den Hout L. [et al.] // *Neonatology.*–2010.–Vol.98.–P.354–364.
4. Van der Zee D.C. Laparoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in a 6-month-old child /D.C. Van der Zee, N.M.Bax// *Surg. Endosc.*–1995.–Vol.9.–P.1001–1003.

5. Video-assisted thoracic surgical repair of a foramen of Bochdalek hernia /Silén M.L., Canvasser D.A., Kurkchubasche A.G.[et al.]// Ann.Thorac Surg.–1995.– Vol.60.–P.448–450.

НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Конюх Е.А., Добренко О.В., Рыбинская В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. По данным М.В.Волкова [1], доброкачественные опухоли у детей составляют 92,8%, злокачественные – 7,2% (без учета лейкозов и лимфогранулематоза). Заболеваемость ЗН у детей до 1 года колеблется от 7,5 до 27 на 100 000 детского населения [4, 5].

Цель исследования – дать эпидемиологическую характеристику доброкачественных и злокачественных новообразований у детей г. Гродно и Гродненской области.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 442 медицинских карт пациентов с новообразованиями, находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделениях УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ») за период с 2009 по 2011 год. Для определения типа новообразования использована классификация Т.Е.Ивановской [2]. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [3].

Результаты и их обсуждение. Возраст обследуемых пациентов составлял 3,0 (0,72–9,0) лет. Детей до 1 года было 28,2% (125 человек), старше 1 года – 71,8% (317 человек). По половому признаку разделение было следующим: девочки – 223 (50,5%), мальчики – 219 (49,5%) детей. Большинство обследуемых были из городской местности: 17,9% (79 пациентов) проживали в сельской местности, 82,1% (363 человек) – в городской ($p = 0,0001$). 52 ребенка (11,8%) были госпитализированы в стационар в экстренном порядке, 390 – планово (88,2%).

Для выявления различий в частоте встречаемости новообразований в зависимости от возраста обследованные дети были распределены на 2 группы: группу I ($n = 125$) составили пациенты в возрасте до 1 года, в группу II ($n = 317$) – дети старше 1 года. Проведен анализ структуры новообразований у детей обеих групп. Количество доброкачественных новообразований (ДН) у детей до 1 года и старше 1 года достоверно не различается в 2009–2011 годах ($\chi^2 = 0,59$, $p = 0,4$). Следует отметить рост числа злокачественных (ЗН) ($Z = -2,05$, $p = 0,04$, 0,8% и 2,4%, соответственно) у детей группы I, однако новообразования, характеризующиеся злокачественным