

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИЧИН РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ СОБСТВЕННО ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Свирский А.А.¹, Махлин А.М.¹, Севковский И.А.¹,
Анисимова Е.В.¹, Свирская О.Я.², Жук Е.Н.¹

¹Республиканский научно-практический центр детской хирургии,
Минск

²Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск

Введение. Лечение новорожденных с диафрагмальной грыжей является сложной проблемой. Изменение тактики лечения этой патологии привело к определенному успеху. Однако, отмечается и рост осложнений, требующих повторного вмешательства. Самым частым осложнением является рецидив диафрагмальной грыжи. Повторная операция может выполняться с применением мини-инвазивных технологий.

Цель – определить эффективность применения торакоскопии в лечении диафрагмальных грыж, а также их рецидивов у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 139 пациентов с врожденной диафрагмальной грыжей, поступивших в период с 1993 по 2015 гг. в УЗ «РНПЦ детской хирургии» г. Минска. Было выделено 2 группы детей. Операции у новорожденных пациентов первой группы в период с 1993 по 2006 г. проводились на 1–2 сутки поступления вне зависимости от их состояния. Тактика лечения была изменена с 2007 г. После стабилизации состояния пациентов в РНПЦ «Мать и дитя» дети переводились в «РНПЦ детской хирургии» и оперировали на 5–9 сутки жизни. Основным методом операции с 2009 г. является торакоскопическая пластика диафрагмы.

Результаты и их обсуждение. Первый этап: традиционные методы – лапаротомия и торакотомия применены у 59 из 65 пациентов этой группы, из них умерли 16 пациентов. Послеоперационная летальность составила 27,1%, общая летальность в этой группе с учетом 4 пациентов умерших до операции составила 30,7%. У 12 пациентов, (у 4 был рецидив грыжи) отмечены различные осложнения, и потребовалось 19 повторных вмешательств.

Второй этап: после изменения тактики пролечено 74 пациента. Операции произведены у 57 детей: у 16 пациентов традиционными методами и у 41 выполнено мини-инвазивное вмешательство. После традиционных операций умерло 4 пациента (7%). Общая летальность с учетом 11 случаев в предоперационном периоде (на этапе подготовки к операции в РНПЦ «Мать и дитя» умерли 7 пациентов) составила 20,2%. Повторные операции потребовались у 13 пациентов (22,8%). Из них после торакоскопической пластики у 6 детей отмечен рецидив грыжи. Все дети этой группы повтор-

но оперированы торакоскопически. Осложнений не отмечено. Проведен сравнительный анализ первичных оперативных вмешательств у 10 пациентов с последующими рецидивами диафрагмальных грыж. В раннем послеоперационном периоде рецидив наблюдался у пациентов с традиционными методами в 2 (2,6%) случаях, с мини-инвазивными 3 (7,3%). В позднем периоде – 2 (2,6%) и 4 (7,3%), соответственно. Отмечено, что у всех пациентов размеры дефекта диафрагмы при первичной пластике составляли $4,75 \pm 0,25$ сантиметров в ширину, и в длину $3,6 \pm 0,33$ сантиметра. В 6 из 10 случаев наблюдается рецидив диафрагмальной грыжи слева с разным расположением дефекта. При пластике применялось: дубликатура, заплата из различных материалов (Gore-tex, Биокард, Ксеноперикард), в среднем более 7 узловых швов и П-образных швов с фиксацией вокруг ребра не рассасывающимся шовным материалом. Длительность стояния дренажа в плевральной полости $5 \pm 0,8$ суток, количество отделяемого по дренажам составило 424 ± 188 мл, что не имело достоверной разницы с пациентами без рецидива ($p > 0.05$). Данные, определяющие тяжесть клинического состояния, длительность нахождения на ИВЛ и параметры ИВЛ, лабораторные показатели при анализе не имели достоверных различий у пациентов с рецидивами и без них. Отмечено, что в этих же группах детей не выявлено разницы по наличию сопутствующих пороков развития.

Выводы:

1. На современном этапе сохраняются высокие цифры предоперационной летальности (14,8%), что свидетельствует о тяжести порока, наличии сочетанных аномалий, несовместимых с жизнью.
2. Уменьшение послеоперационной летальности во втором периоде по сравнению с первым (первый период -16 пациентов (27.1%), второй период -4 пациента (7%)), можно связать с изменением тактики лечения, приемов стабилизации состояния пациента в ОАиР, мини-инвазивной коррекцией порока, меньшей травматизацией, меньшим объемом оперативного вмешательства.
3. Отмечается незначительное увеличение послеоперационных осложнений во втором периоде (22,8%), в том числе и количества рецидивов у детей, оперированных с применением миниинвазивное техники, что, вероятно, связано с увеличением количества числа выживших тяжелых пациентов.
4. Среди причин, имеющих значение для формирования рецидива заболевания в послеоперационном периоде, следует выделить размеры дефекта диафрагмы.
5. Торакоскопическая пластика грыж диафрагмы и рецидивов данной патологии, является доступным, выполнимым и надежным методом, который можно рекомендовать к более широкому применению в детских хирургических стационарах.

Литература:

1. Колесников Э.М. Диагностика и лечение диафрагмальных грыж у детей / Колесников Э.М., Свирский А.А., Аверин В.И., Гриневич Ю.М., Черевко В.М., Махлин А.М. БГМУ, Каф детской хирургии. – Минск, 2014.–39 с.
2. Эндохирургические операции при диафрагмальных грыжах у детей / Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Михайлова О.А. // Вопросы практической педиатрии. – 2008. т. 3. – №6. – с. 47–52
3. Vesmeur F., Reinberg O., Dimitriu C. Thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in children. Semin Pediatr Surg. 2007; 4(16): 238–44.
4. Cabezalí B.D., Cano N.I., García V.A. Minimally invasive surgery for the management of congenital diaphragmatic pathology. Cir Pediatr. 2007; 2(20): 111–5.
5. Edmund Y. Yang., Nikki Allmendinger, Sidney M. Neonatal thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia: selection criteria for successful outcome. J Pediatr. Surg. 2005; 40: 1369–75.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Севковский А.И., Колесников Э.М., Черевко В.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Кровотечения из пищеварительного тракта представляют собой группу хирургических заболеваний, различающихся по причинам возникновения, тяжести течения, возможностям диагностики и способам лечения.

Цель исследования – изучить эпидемиологию кровотечений из ЖКТ у детей.

Материал и методы исследования. С 2010 по 2014 годы с кровотечениями из пищеварительного тракта в ДХЦ лечился 91 пациент. Большинство из них (84%) поступало в стационар с отчетливыми симптомами постгеморрагической анемии. При этом 4 ребенка поступили в состоянии геморрагического шока. В двух случаях он был обусловлен кровотечением из вен пищевода, еще двое пациентов, оба раннего возраста, имели кровотечение из дивертикула Меккеля. В одном случае ребенок доставлен в приемное отделение в состоянии клинической смерти. У 64% пациентов при поступлении общее состояние было средней тяжести, у 19% – тяжелое.

Удовлетворительное состояние констатировано лишь у 16% больных.

С небольшим сроком от начала заболевания – в течении первых 6 часов от начала кровотечения – поступило почти половина (48%) детей, 28% поступили в течение 12 часов и столько же – спустя сутки и более после начала кровотечения.