

Б.Д. Доржиев

РАННЯЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА 2001–2005 ГОДЫ*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

В данной статье автором приведено определение ранних признаков антенатальной диагностики и факторов риска при врожденной диафрагмальной грыже.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа, антенатальная диагностика, результаты лечения

THE EARLY ANTENATAL DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA ON MATERIALS OF CHILDREN'S SURGICAL DEPARTMENT OF CITY CLINICAL HOSPITAL OF EMERGENCY MEDICAL CARE, 2001–2005

B.D. Dorzhiyev

Buryat State University, Ulan-Ude

In this article the author shows the definition of early signs of antenatal diagnostic and risk factors for congenital diaphragmatic hernia.

Key words: congenital diaphragmatic hernia, antenatal diagnostic, results of treatment

Врожденная диафрагмальная грыжа — врожденный порок развития, впервые описанный в начале XVIII века. В 1769 г. Джовани Моргани суммировал сообщения о различных видах диафрагмальных грыж и описал первый случай ретро-стеральной диафрагмальной грыжи. Врожденная диафрагмальная грыжа выявляется в одном случае на каждые 2000 — 4000 живорождений и составляет 8 % всех врожденных аномалий [2]. В 1946 г. R.E. Gross сообщил о первой успешной операции при врожденной диафрагмальной грыже у новорожденного в первые 24 часа с момента рождения ребенка [3]. В 60-х годах XX века появились публикации Areechoon и Reid, которые выявили, что высокая смертность при врожденной диафрагмальной грыже обусловлена со степенью легочной гипоплазии при рождении. По данным литературы за последние 20 лет отмечено, что легочная гипертензия и легочная гипоплазия являются основными в патофизиологии врожденной диафрагмальной грыжи [4]. Дисфункция сурфактантной системы сердечной недостаточности различного генеза могут существенно повлиять на исход заболевания. От 20 до 40 % новорожденных с диафрагмальной грыжей имеют сочетанные врожденные аномалии, чаще всего врожденные пороки сердца, мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта. У 16 % детей имеются пороки несовместимые с жизнью. Около 36 % детей с врожденной диафрагмальной грыжей умирают сразу же после рождения от легочной недостаточности, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия. Выживаемость при врожденной диафрагмальной грыже по данным многих авторов не превышает 50 % [1, 5 — 7].

Новизна — определение ранних признаков антенатальной диагностики и факторов риска при врожденной диафрагмальной грыже.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

1. Выявить факторы риска беременных женщин в возникновении диафрагмальной грыжи у новорожденных.
2. Определить ранние признаки антенатальной диагностики.
3. Изучить результаты лечения новорожденных с диафрагмальной грыжей по материалам детского хирургического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен клинический анализ амбулаторных карт, историй болезней 6 беременных женщин и новорожденных детей. Возраст женщин варьировал от 19 до 31 года, беременность протекала без патологических отклонений (1), в 5 случаях выявлено:

- хронические заболевания мочеполовой сферы — 2 (15,4 %);
- нарушение плацентарного кровообращения — 3 (23,1 %);
- анемия — 4 (30,7 %);
- гестоз — 2 (15,4 %);
- угроза прерывания беременности — 2 (15,4 %).

Всем беременным женщинам проводилось УЗИ исследование плода в течение 3 триместров, при этом выявлены в сроке 10 — 20 недель ранние признаки врожденной диафрагмальной грыжи (табл. 1).

Таблица 1

Ранние признаки врожденной диафрагмальной грыжи

Признаки	Абс. значение	%
Декстракардия	3	16,8 %)
Внутригрудное расположение желудка	2	11,2 %)
Внутригрудное расположение кишечника	2	11,2 %)
Внутригрудное расположение желудка и кишечника	1	5,6 %)
Внутригрудное расположение желудка, кишечника и селезёнки	1	5,6 %)
Многоводие	2	11,2 %)
Расширение воротникового пространства	4	21,6 %)
Асимметрия живота	3	16,8 %)

В детском хирургическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи за 5 лет находилось на лечении 6 детей. Внутриутробно диагностирована диафрагмальная грыжа у всех детей. При приведении УЗС-мониторинга у беременных женщин нами были выявлены более значимые признаки врожденной диафрагмальной грыжи у плода, по результатам исследований состоялись врачебные консилиумы. В последующем мы наблюдаем два случая прерывания беременности и 6 случаев сохранения беременности с рождением, младенческая смертность — 2 случая.

При анализе 6 историй болезни новорожденных выявлена диафрагмальная грыжа в первые 12 часов — 4, 24 часа и более поздние сроки — 2.

Все дети с признаками врожденной диафрагмальной грыжей консультированы в родильных домах детским хирургом и реаниматологом.

В условиях отделения реанимации родильных домов с момента рождения ребенка проводятся диагностические мероприятия по выявлению врожденных пороков пищевода и желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев состояние детей расценено тяжелым и крайне тяжелым, во всех случаях выявлены признаки нарастающей дыхательной недостаточности.

Важным симптомом явилось аускультативное смещение тонов сердца вправо. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у новорожденных основными симптомами врожденной диафрагмальной грыжи явились:

- наличие ячеистых полостей петли кишечника в грудной клетке — 2;
- внутригрудное расположение желудка — 2;
- внутригрудное расположение желудка и кишечника — 1;
- внутригрудное расположение желудка, кишечника и селезёнки — 1;
- декстракардия и смещение средостения — 3.

Перечисленные признаки через определенное время имели тенденцию к увеличению в размерах и формах. Состояние детей при рождении расценено: средней тяжести — 2 (33 %); тяжелое — 3 (50 %); крайней тяжести — 1 (17 %).

Чаще диафрагмальная грыжа встречается у мальчиков — 4.

В наших исследованиях мы придерживались классификации диафрагмальных грыж по Г.А. Баирову, В.Я. Долецкому: правосторонняя грыжа — 2; левосторонняя грыжа — 4; истинная диафрагмальная грыжа — 2; ложная диафрагмальная грыжа — 4.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При ложной диафрагмальной грыже у новорожденных были выявлены следующие анатомические дефекты диафрагмы:

- щелевидный дефект пояснично-реберного отдела (грыжа Богдалека) — 1;
- грыжи пищевода отверстия (Морганьи) — 1;
- парастеральная грыжа в проекции грудино-реберного треугольника (грыжа Лорей) — 2.

Вес при рождении в 4-х случаях менее 3000 г, 1 — недоношенный (36 нед.), 5 доношенных (37, 39 и 40 нед.), гестационный возраст новорожденного в среднем составляет 38,5 недель, гипотрофии II степени — 3, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

Проведены дополнительные методы исследования у новорожденных детей: УЗС брюшной полости, почек, головного мозга. В результате проведенных исследований нами выявлены следующие сопутствующие пороки развития:

- врожденный порок развития почек — 1;
- врожденная аномалия развития пищевода — 3;
- врожденная гипоплазия легких — 2.

При госпитализации в стационар проведены мероприятия: рентгенография легких. Признаками диафрагмальной грыжи явились: петли кишечника в грудной клетке — 2, внутригрудное расположение желудка (2), желудка и кишечника (1), желудка, кишечника и селезёнки — 1; декстракардия и смещение средостения — 3.

Лабораторная диагностика: показатели газов крови варьировали PaO_2 : 50–70 мм рт. ст., PaCO_2 : 40–60 мм рт. ст., показатели электролитов крови: натрия — 147–156 ммоль/л, калия — 2,5–4,6 ммоль/л, кальция 1,7–2,3 ммоль/л, ионизированного кальция 1,1–1,35, хлор — 94–102 ммоль/л.

Пульсоксиметрия: SpO_2 — 51–75 мм рт. ст. — изменения показателей, свидетельствуют о признаках легочной гипертензии.

В условиях отделения детской реанимации проведены следующие процедуры: катетеризация центральной вены, интубация, вентиляция легких, широкий желудочный зонд.

Предоперационная подготовка у новорожденных проведена во всех случаях, включала в себя: проведение ИВЛ, инфузионную, антибактериальную терапию. Одновременно проведен анализ и коррекция патологических изменений газов крови. Операция выполнена после нормализации давления в легочной артерии, показатели которой были стабильны в течение 24–48 часов. Вся предоперационная подготовка была осуществлена в течение 2–3 суток с момента госпитализации в стационар. Более оправдана была тактика отсроченной операции после проведения комплекса предоперационной подготовки.

Всего проведенных оперативных вмешательств — 6. При проведении оперативных вмешательств у всех пациентов нами был использован лапаротомный оперативный доступ.

В грудной клетке находились: желудок — 2 больных (11,2 %); кишечник — 2 (11,2 %); желудок и кишечник — 1 (5,6 %); желудок, кишечник и селезенка — 1 (5,6 %). Размеры имеющегося дефекта диафрагмы варьировали от 2,5 × 2,0 × 2,5 см до 5,0 × 5,0 × 5,0 см.

Состояние легкого после проведенной операции: расправлено и воздушно — 4, признаки гипоплазии легкого — 2 случая. Наличие патологического выпота в плевральной полости отмечено в 1 случае, был установлен дренаж по Бюлау слева.

В ходе операции лапаротомный доступ по Федорову был во всех случаях, перемещение органов в брюшную полость и пластика диафрагмы узловыми швами — 4 случая; фундопликация по Ниссену — 1; грыжесечение, фиксирование релаксированной диафрагмы и пластика продольно узловыми швами — 1.

В послеоперационном периоде проводилось лечение: ИВЛ, инфузионная, антибактериальная терапия. ИВЛ в режиме гипервентиляции, длительность проведения ИВЛ до 3 дней. Летальные случаи — 2, обусловлены поздней диагностикой, задержкой проведения предоперационной подготовки, коррекцией патологических изменений. Послеоперационная летальность наступила на 4–5 сутки после оперативного вмешательства.

Сведения об авторе

Доржиев Баир Доржиевич — кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры факультетской хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета (670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 1; тел.: 8 (950) 394-83-70)

ВЫВОДЫ

1. Факторами риска в возникновении диафрагмальной грыжи отмечены: средний возраст беременных женщин (23) $67 \pm 4,02$, наличие хронических воспалительных заболеваний мочеполовой системы, вредные привычки, хроническая плацентарная недостаточность, глубокая недоношенность новорожденных.

2. Ранними признаками антенатальной диагностики у плода явились: дексракардия, внутригрудное расположение желудка, кишечника, селезенки, многоводие, расширение воротникового пространства, асимметрия живота.

3. Тактика отсроченной операции снижает риск возникновения послеоперационных осложнений. Методом выбора оперативного вмешательства при диафрагмальной грыже является лапаротомия, торакотомия чаще выполняется при грыже правосторонней локализацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Р.О., Мельникова Е.А., Максимова Е.Н., Максимова Е.Г. Хирургическая коррекция диафрагмальных грыж // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2009. — № 1. — С. 147.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Г.М. Детская хирургия. — СПб.: ООО «Раритет-М», 1999. — 400 с.
3. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. Атлас операций у новорожденных. — Л.: Медицина, 1984. — 256 с.
4. Буров А.А. и др. Оксид азота и силденафил в составе комплексной терапии легочной гипертензии у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей // Матер. Всесоюз. симп. детских хирургов «Хирургия новорожденных: достижения и перспективы». — М., 2010. — С. 12.
5. Дегтярев Ю.Г. Значение антенатальной диагностики в лечении врожденных пороков развития // Матер. Всесоюз. симп. детских хирургов «Хирургия новорожденных: достижения и перспективы». — М., 2010. — С. 16.
6. Соколов Ю.Ю. и др. Торакоскопическая коррекция диафрагмальных грыж у новорожденных // Матер. Всесоюз. симп. детских хирургов «Хирургия новорожденных: достижения и перспективы». — М., 2010. — С. 43.
7. Степанов Э.А. и др. Современный подход к хирургическому лечению диафрагмальных грыж у новорожденных // Матер. конгр. «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». — М., 2005. — С. 374.