



4. Михельсон В.А., Сидоров В.А., Степаненко С.М. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии. Москва, 2007 г.
5. Интенсивная терапия в педиатрии. Под редакцией А.В. Михельсон. 2003 г.
6. педиатрическая анестезиология-реаниматология. В.И.Гордеев, Ю.С.Александрович. Санкт-Петербург, 2004 г.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Г.Т.Мергазиева, А.С.Алмагамбетов, С.Т.Хван, Д.Р.Сабилов, Ж.Х.Айтиалиева,
О.Ж.Сиплова

Областная детская больница, г.Атырау

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – аномалия, при которой в задне-боковом отделе диафрагмы, в области щели Богдалека, имеется дефект, через него во внутриутробном периоде органы брюшной полости перемещаются в грудную клетку. Частота порока варьирует от 1:5000 до 1:2200 новорожденных. Многоводие отмечается у 20% беременных, родивших детей с ВДГ. Среди мертворожденных плодов встречается в 50 % случаев с ВДГ. В 80% случаев ВДГ располагается слева, в 20% - справа. Двусторонняя ВДГ встречается редко, размеры дефекта варьируют от 2-3 см до очень больших, занимающих почти весь купол диафрагмы. Вокруг дефекта обычно имеется мышечный ободок, причем дефект с заднемедиальной стороны нередко покрыт брюшиной. У 20% пациентов имеется плеврореперитонеальный мешок.

Широкое применение УЗИ в акушерстве способствовало антенатальной диагностике ВДГ, которая выявляется при визуализации органов брюшной полости в грудной клетке. Три легко определяемых факторов – многоводие, смещение средостения, отсутствие в животе желудка - должны быть поводом для тщательного исследования органов, находящихся в грудной клетке. Наличие многоводия ухудшает прогноз.

В наиболее тяжелых случаях респираторный дистресс (цианоз, тахипноэ, западение грудины) отмечается с момента рождения. У других новорожденных эти симптомы развиваются через несколько минут или часов после рождения, а в 10-20% случаев - позже первых часов жизни. При осмотре обращают на себя внимание запавший живот, расширение грудной клетки (в передне-заднем направлении) и смещение средостения. На пораженной стороне не проводится дыхание. Уже при первичном осмотре и физикальном исследовании или в последующем могут быть выявлены сочетанные аномалии.

Диагноз ВДГ после рождения ставится на основании данных обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости – в грудной клетке видны заполненные газом кишечные петли и малое их количество (или почти полное отсутствие) в брюшной полости. Купол диафрагмы не определяется, средостение смещено в противоположную сторону. На стороне поражения может проследиваться не-

большой участок ткани легкого.

Клинический пример. Пациент М.Б. поступил в реанимационное отделение в возрасте 15 дней с синдромом асфиктического ущемления. Жалобы со слов матери на одышку, цианоз кожных покровов, многократную рвоту «зеленью» после каждого кормления, беспокойство, учащенное дыхание, похолодание конечностей.

Из анамнеза: ребенок от I беременности и родов, родился в 37-38 недель с весом 3050,0 грамм. Во время беременности 3-кратно проведено УЗИ в 8, 16, 32 недель, патологии плода не обнаружено. К груди приложен через 2 часа. В роддоме после каждого кормления отмечалась рвота «зеленью», гипертермия. Получал церукал, эссенциале, витамины.

На 11-й день после рождения с весом 2740гр выписан домой. На 13-й день жизни у ребенка отмечался резкий цианоз носогубного треугольника, сильное беспокойство, которое усиливалось в динамике. При поступлении в стационар состояние ребенка крайне тяжелое за счет острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Кожные покровы цианотичные, местами сине-багрового цвета, тургор снижен, конечности холодные. Ребенок обезвоженный. На грудной клетке геморрагическая сыпь. Аускультативно справа дыхание резко ослабленное, слева не проводится. Тоны сердца выслушиваются справа, приглушены, аритмичные. Отмечается рвота каловыми массами и желчью. Расширение грудной клетки в передне-заднем направлении, живот запавший.

На рентгенограмме грудной клетки видны заполненные газом кишечные петли, смещение средостения вправо, в брюшной полости явления «немного живота». Больной интубирован, подключен к аппарату ИВЛ «Savina», положение ребенка с приподнятым головным концом. Подключичная катетеризация сделана слева, так как при попытке поставить катетер справа проводник был вытолкнут. Проведена инфузионная терапия. Через 6 часов состояние ребенка улучшилось, кожные покровы приобрели нормальную окраску, гемодинамика стабилизировалась. Ребенок взят на операцию, произведена лапаротомия поперечным разрезом в левом подреберье, низведение органов брюшной



полости (петли кишечника, левая доля печени, селезенка, желудок), ушивание дефекта диафрагмы. Во время операции обнаружен хилоторакс, осушено, торакодренаж не оставлен.

На 3-и сутки после операции проведено УЗИ сердца, легочная гипертензия составляла 69 мм.рт. ст. (при норме 15 мм.рт. ст.). На контрольной УЗИ на 5-й день после операции легочная гипертензия снизилась до 36,3 мм.рт. ст., после чего был снят с аппарата ИВЛ.

Послеоперационный период протекал гладко, внутрикожный шов снят на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. На контрольной рентгенограмме сердце и легкие в норме. Контур диафрагмы хорошо выражен. Выписан в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки домой. Через 6 месяцев проведен контрольный осмотр ребенка, состояние удовлетворительное, соматически здоров, развитие соответствует возрасту. На контрольной рентгенографии грудной клетки без патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Р.М. Байгиреев

КГКП «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск

Инородные тела дыхательных путей (ДП) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) достаточно частые и весьма коварные причины, способные привести к гибели ребенка или развитию тяжелых осложнений, и часто требуют экстренной хирургической помощи. Проблема диагностики и лечения инородных тел актуальна и касается врачей многих смежных специальностей. Внедрение в клинику современных бронхоскопов и эзофагоскопов способствует развитию эзофаго- и бронхологии и эндоскопической помощи в целом.

Аспирация инородных тел в детском возрасте - нередкое явление, встречается в 4-5 раз чаще, чем у взрослых и составляет по данным разных авторов от 80 до 97% всех случаев аспирации. По данным Исакова Ю.Ф. наибольшую группу составляют дети первых 3х лет жизни (60%), на дошкольный возраст приходится 25%, на школьный 15%. [1, 2]

Аспирация или заглатывание инородных тел детьми в подавляющем большинстве случаев происходит случайно, по недосмотру родителей. Современный рынок игрушек в Республике Казахстан представлен, в основном, игрушками китайского производства, которые легко ломаются и имеют мелкие детали, что влияет на увеличение количества детей с аспирацией и проглатыванием инородных тел.

Помимо этого родители нередко оставляют в доступном для детей пространстве мелкие предметы - чаще всего это монеты, пуговицы, иглы, булавки, бусины и т.п. Нельзя не отметить случаи аспирации детьми кусочков пищи при кормлении. Повышенная отвлекаемость детей, недостаточный контроль родителей, часто прием пищи перед телевизором, доступность для детей емкостей с бобовыми, крупами, семенами подсолнечника, арбуза и т.д. способствует относительно высокой частоте их аспирации. Большое значение в диагностике имеет сам факт аспирации зафиксированный родителями, позволяющий врачу двигаться в правильном направлении, в противном случае, возникает риск

ошибочного диагноза и длительного лечения хронического бронхита, пневмонии, развитию необратимых деструктивных изменений ДП.

Нами проанализирован многолетний опыт работы хирургического отделения КГКП «Центр матери и ребенка» г. Усть-Каменогорска при инородных тела ДП и ЖКТ в период с 2000г по 2009г, изучены истории болезней, протоколов из журналов бронхо- и эзофагоскопий. Всего за данный период произведено манипуляций с результатами удаления инородных тел при бронхоскопии у 92 и эзофагоскопии у 36 детей.

Возраст и количество больных, подвергнутых бронхоскопии, составили: от 11мес. до 3 лет — 49; от 4 до 6 лет — 36; от 7 до 14 лет — 7. При эзофагоскопии: от 7 мес. до 3 лет — 17; от 4 до 6 лет — 15; от 7 до 14 лет — 4. Диагностика включала как клинические, так и инструментально-лабораторные методы исследования.

По локализации инородные тела пищевода обнаруживались в области физиологических сужений в верхнем в 24, в среднем в 8, в нижнем в 4 случаях. Инородные тела в дыхательных путях чаще всего локализовались: в правом бронхе — в 54 случаях, левом бронхе — в 34, трахее — в 4. По клиническому течению чаще имели место неосложненные формы. Осложнения в поздние сроки не наблюдались.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода, в подавляющем большинстве случаев, успешно удалены эндоскопически. Начиная с 2004 года, применяются бронхоскопы производства фирмы «Карл Шторц» с оптическими щипцами, обеспечивающими хорошее освещение и возможность удаления инородного тела под хорошим визуальным контролем, и при необходимости, с выведением картинки на видеомонитор. При инородных телах желудочно-кишечного тракта применяли фиброэзофагогастро-скоп фирмы «PENTAX» и «OLIMPUS».

Органические инородные тела в бронхах составили (семена подсолнечника, орехи, бобы, кости