

ЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

© Гафарова Татьяна Владимировна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Бордюгова Е.В.

Кафедра педиатрии № 3

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Контактная информация: Гафарова Т.В., студентка 6 курса педиатрического факультета.

E-mail: tanyagafarova@ya.ru

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, врожденные пороки развития, клинический случай.

Актуальность исследования: врожденная диафрагмальная грыжа — порок развития диафрагмы, возникающий в результате нарушения процесса закрытия плевроперитонеального канала на ранних этапах внутриутробного развития плода. Встречается с частотой 1:2000 — 1:5000 новорожденных [1, 2]. Отсутствие разделения между брюшной полостью и грудной клеткой приводит к перемещению желудка, селезенки, кишечника и печени в грудную полость, что может сопровождаться смещением средостения и вызывать сдавление легких. Это может стать причиной двусторонней легочной гипоплазии различной степени. Недоразвитие легких ведет к аномальному формированию их сосудистой системы и вторичной легочной гипертензии. Высокая частота встречаемости, трудности коррекции, рецидивы [3], сложный прогноз заболевания определяют актуальность данной проблемы.

Цель исследования: представить мультидисциплинарный подход к ведению пациента с врожденной диафрагмальной грыжей.

Материалы и методы: история развития и история болезни ребенка А., 10 лет, родившегося от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, II родов в сроке 35–36 нед. с врожденной диафрагмальной грыжей. Масса при рождении — 2450,0 г, рост — 48,0 см, оценка по шкале Апгар 5–6 баллов, Сильвермана — 5–6 баллов.

Результаты: из-за выраженной дыхательной недостаточности в течение 2 нед. находился на искусственной вентиляции легких. На 15-й день жизни произведена пластика левого купола диафрагмы местными тканями. В 2,5 мес. — релапаротомия, пластика купола диафрагмы местными тканями слева. В послеоперационном периоде развилась пневмония. В 3,5 мес. — рецидив диафрагмальной грыжи. В 7 мес. — обструктивный бронхит, экссудативный перикардит, тромбы в правом предсердии. В 8 мес. осуществлена аллопластика левого купола диафрагмы; удаление тромбов из правого предсердия. Результаты операции удовлетворительные. В 1 г. 2 мес. диагностирована бронхолегочная дисплазия доношенного ребенка, ДН II. Задержка темпов развития. Правосторонний крипторхизм. С 2-х до 8 летнего возраста 1–3 раза в год поступал в стационар с явлениями частичной кишечной непроходимости на фоне спаечной болезни. С 4-х лет установлен диагноз: «Бронхиальная астма, атопическая форма, персистирующее течение, III ступень, обострение, ДН II». Тогда же обнаружены признаки легочного сердца (легочная гипертензия, недостаточность клапана легочной артерии I ст., трехстворчатого клапана II ст., умеренная дилатация правого предсердия). При спиральной компьютерной томографии в нижней доле левого легкого линейный фиброз. Обнаружена дополнительная v. azygos. При сонографии органов брюшной полости на висцеральной поверхности левой доли печени обнаружена дополнительная доля Риделя до 40 мм. В 8 лет прооперирован по поводу крипторхизма. Ребенок значительно отстает в физическом развитии. В семейном анамнезе врожденных пороков развития нет.

Выводы: врожденная диафрагмальная грыжа является тяжелой и трудно излечимой патологией, требующей мультидисциплинарного подхода и длительной реабилитации.

Литература

1. Паршиков В.В., Карпова И.Ю., Обрядов В.П., Рожденкин Е.А. Лапароскопическая коррекция диафрагмальной грыжи у ребенка пяти лет // 2016; 6(3): 81–84.

2. Тарасов А.Ю., Саввина В.А. Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н. Опыт эндоскопической коррекции врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных // Педиатрическая фармакология 2013; 10(3):62–65.
3. Ловская И. И., Чепурной М.Г., Чепурной Г.И. и др. Послеоперационные рецидивы врожденной диафрагмальной грыжи // Медицинский вестник Северного Кавказа 2014;9(1):19–21.