

Ю. А.Новосельцева, А. А. Коловандина
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОШИЗИСА
НА БАЗЕ РНПЦ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.В. Крыжова
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Y. A. Novoseltseva., A. A. Kolovandina
SURGICAL TREATMENT OF GASTROSCHISIS AT THE STATE SCIENTIFIC
PRACTICAL CENTER OF PEDIATRIC SURGERY

Tutor: assistant professor E. V. Kryzhova
Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy,
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье представлены результаты анализа данных пациентов с диагнозом «врожденный порок развития – гастрошизис», находящихся на стационарном лечении в период с января 2015 года по март 2020 в отделении анестезиологии и реанимации №2 и гнойном отделении №2 РНПЦ детской хирургии. Так же проведен протокол наиболее часто применяемой на этой базе операции по его лечению – вправление гастрошизиса по Бьянчи.

Ключевые слова: гастрошизис, хирургическое лечение, метод Бьянчи.

Resume. The article analyses case histories of the patients being treated for the congenital disorder - gastroschisis in January 2015 – March 2020 at the Anesthesiology and Intensive Care department № 2 and Purulent Surgery department №2. Moreover there is the record of the most frequently used operation on gastroschisis presented here, that is the reduction of gastroschisis by Bianchi.

Keywords: gastroschisis, surgical treatment, Bianchi technique.

Актуальность. Гастрошизис является одним из видов врожденных пороков развития в виде сквозного параумбиликального дефекта передней брюшной стенки, который располагается справа от нормально сформированной пуповины и проявляется эвентрацией органов брюшной полости у новорождённых. Частота встречаемости гастрошизиса составляет 3-4 ребёнка на 10000 новорождённых[1]. Актуальность данной работы заключается в постоянной тенденции к увеличению частоты встречаемости данного порока развития и одновременно успешной его хирургической коррекции.

Цель: провести анализ и сравнительную характеристику хирургического лечения врожденного порока развития – гастрошизиса (далее – ВПР гастрошизис), установить зависимость между появлением врожденного порока развития и сроком гестации и особенностями протекания беременности.

Задачи:

1. Определить наиболее часто применяемый вид хирургического лечения ВПР гастршизиса на базе РНПЦ детской хирургии и выявить его особенности.
2. Определить срок выявления ВПР гастрошизиса антенатально.
3. Установить срок гестации детей с данным пороком.
4. Выявить особенности протекания беременности пациентов с гастрошизисом и непосредственно родов.

5. Определить связь между наличием гастрошизиса и характером околоплодных вод.

6. Установить закономерность между возрастом родителей и наличием ВПР.

7. Проанализировать сопутствующие диагнозы и частоту их проявления.

Материалы и методы. Данные пациентов, находящихся на стационарном лечении в период с января 2015 года по март 2020 в отделении анестезиологии и реанимации №2 и гнойном отделении №2 РНПЦ детской хирургии, предоставлены архивом РНПЦ ДХ. Ретроспективный анализ и статистическая обработка архивных данных проведены в MS Excel.

Результаты и их обсуждение. В результате анализа историй болезни, полученных на базе РНПЦ детской хирургии, выявлено 11 случаев ВПР гастрошизиса с 2015 по 2020 год. У 10 из 11 пациентов с диагнозом гастрошизис проведена полостная коррекция ВПР - вправление гастрошизиса по Бьянчи. У 1 пациента проведена резекция участка тощей кишки, пластика передней брюшной стенки.

Метод Бьянчи относится к первичной радикальной пластике передней брюшной стенки и представляет собой безнаркозное вправление эвентрированных органов в брюшную полость. Эта методика является наименее травматичной, не требует искусственной вентиляции легких и больших объемов инфузионной терапии. Операция выполняется непосредственно в палате реанимации[1].

Необходимая для успешного лечения предоперационная подготовка включает в себя:

1. Декомпрессию желудочно-кишечного тракта.
2. Обеспечение адекватного температурного режима.
3. Катетеризацию периферических сосудов с непрерывной инфузией растворов декстрозы и хлорида натрия.
4. Катетеризацию перидурального пространства через каудальный доступ с уровнем стояния катетера Th V – L I . Непрерывное титрование в катетер 0,125% раствора бупивакаина со скоростью 0,2 мл/кг/час.
5. Внутривенное введение профилактической дозы антибиотика.
6. Орошение тёплым физиологическим раствором эвентрированных петель кишечника, покрытие их стерильной плёнкой из медицинского полиэтилена[2].



Рис. 1 – Предоперационная подготовка



Рис. 2 – Вид кишечника до декомпрессии **Рис. 3** – Вид кишечника после декомпрессии

Согласно протоколам, полученных на базе РНПЦ детской хирургии, в ходе операции вправления гастрошизиса по Бьянчи всем пациентам выполнено высокое промывание толстой кишки с отмыванием мекония, после чего на края дефекта накладывались 3 лигатуры нитью 2/0. Далее производилась тракция передней брюшной стенки вверх за пупочный канатик и лигатуры и постепенно, в течение 20-50 минут, вправлялись эвентрированные органы. Затем проводилось отсечение пуповинного остатка с лигированием всех его элементов, ушивание дефекта передней брюшной стенки 3-5 узловыми швами через все слои и формирование кожного пупка.

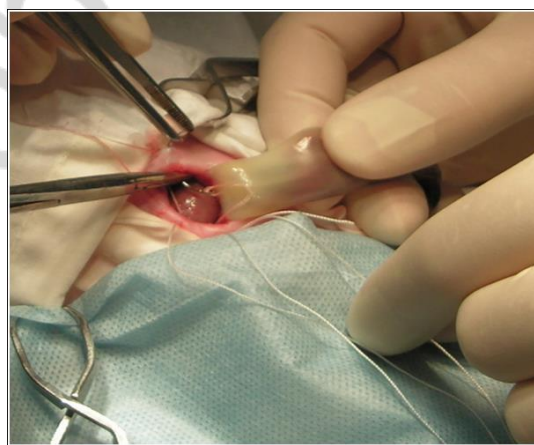


Рис.4 - Погружение эвентрации по Бьянчи **Рис.5** - Наложение швов на дефект

К преимуществам данного метода так же можно отнести быстрое восстановление пассажа по желудочно-кишечному тракту (самостоятельный стул уже на 4-6-й день после операции), сокращение количества койко-дней [1] и достижение хорошего косметического эффекта в ходе формирования пупка.

После операции в течение 14-21 дня пациенты находились на антибактериальной терапии и парентеральном питании. Все это время они пребывали в отделении интенсивной терапии. На 12-14 сутки при наличии перистальтики кишечника и качественно-количественном изменении отделяемого по назогастральному зонду дети переводились на энтеральное питание. По достижению полного перевода пациентов на энтеральное питание, они были направлены в хирургическое отделение для дальнейшего наблюдения.

Результат анализа историй болезни показал, что преимущественно дети родились посредством кесарева сечения (7 пациентов из 11), пятеро из которых – в 35-36 недель, двое – в 38-39 недель. 4 из 11 пациентов родились естественным путем: из них 3 случая первых родов и 1 – вторых стремительных.

Риск развития ВПР может возникать при наличии заболеваний в первом триместре беременности. Согласно архивным данным, среди осложнений некоторых рожениц обнаружены следующие патологии: синдром задержки развития плода, гайморит в 12 недель, температура до 38°C, хроническая фетоплацентарная недостаточность (субкомпенсированная), острые респираторные вирусные инфекции на раннем сроке беременности, обострение хронического пиелонефрита в первом триместре.

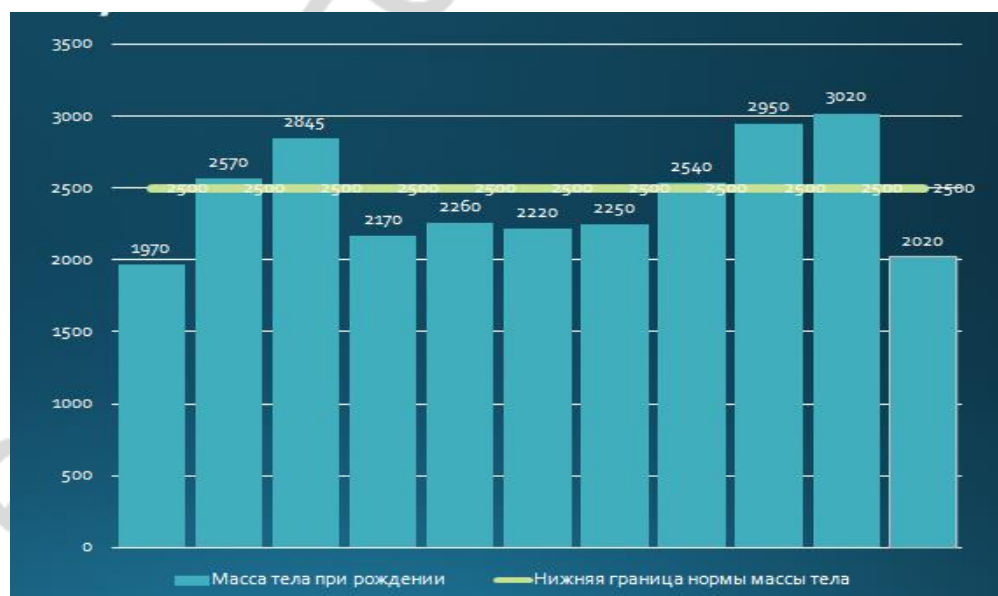
Из 11 рожениц у 4 обнаружены в прошлом внематочная беременность, наличие медицинского аборта или самопроизвольного выкидыша, у 3 поставлен диагноз многоводия.

Было установлено, что у 8 из 11 случаев возраст матерей составил от 19 до 22 лет, трое находились в возрасте 24, 26 и 33 лет соответственно.

Выявление всех случаев ВПР осуществлялось посредством ультразвуковой диагностики пренатально: 6 случаев – 11-12 неделя 3 случая – 13-14 недель, единично – в 19 недель и в – 37 недель,

У 8 из 11 пациентов наблюдались зеленые околоплодные воды, свидетельствующие об инфекционном процессе, у 3 из 11 пациентов – окрашены меконием.

7 из 11 пациентов родились маловесными (от 1970 до 2260 гр.), среди них – 4 маловесных к сроку гестации и 3 недоношенных.



Диагр. 1 – Срок антенатального определения гастрошизиса

Среди сопутствующих диагнозов установлено 4 случая анемии лёгкой степени и по 3 случая дефекта межпредсердной перегородки, группы риска развития внутриутробной инфекции, морфо-функциональной незрелости (далее МФН), маловодия.

Также единично наблюдаются: умеренная асфиксия, врожденный стридор, эпидемическая пузырчатка новорожденных смешанного генеза средней степени тяжести с синдромом повышенной возбудженности и мышечной дистонией, синдром двигательных нарушений вследствие энцефалопатии новорождённого смешанного генеза с апнэтическим эпизодом и однократным генерализованным тонико-клоническим приступом, синдром вегето-висцеральных дисфункций, геморрагический синдром, синдром печеночного цитолиза, энцефалопатия новорожденных смешанного генеза на фоне МФН центральной нервной системы и соматической патологии, трофические нарушения.

В качестве осложнений выявлены нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и белково-энергетическая недостаточность.

Выводы:

1. Наиболее часто применяемая операция по коррекции ВПР гастрошизиса на базе РПНЦ детской хирургии - вправление гастрошизиса по Бьянчи.

2. В большинстве случаев гастрошизис можно определить антенатально, начиная с 11-12 недели внутриутробного развития посредством ультразвуковой диагностики.

3. Преимущественно дети рождены посредством кесарева сечения в срок 35-36 недель.

4. Выявлена связь между наличием гастрошизиса у новорождённых и маловодием и многоводием у матерей во время беременности, изменением цвета околоплодных вод, юным возрастом родителей (до 22 лет), наличием инфекционного процесса в мочеполовой системе беременных женщин.

5. У пациентов так же обнаруживаются врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы и нарушения системы крови.

6. Частыми сопутствующими заболеваниями являются анемия лёгкой степени, дефект межпредсердной перегородки, группа риска развития внутриутробной инфекции, морфо-функциональная незрелость.

7. Среди осложнений выявлены нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, белково-энергетическая недостаточность.

8. Для подтверждения полученных результатов необходимо получение схожих данных по другим учреждениям здравоохранения и анализ данных большей выборки пациентов.

Литература

1. Цап, Н.А. Современный взгляд на гастрошизис: от антенатального периода до исхода лечения / Цап Н.А., Бисалиев Б.Н.// Российский вестник №2. – 2011. – с.45 -49
2. Детская хирургия: национальное руководство /под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.:ГЭОТАР-Медиа,2009, –1168с. С 314–317.
3. Учебное пособие по детской хирургии / под ред. А. А. Лосева. – Одесса: Изд-во Одесск. ун-та, 2009. – 265 с
4. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Подкаменев А.В. и др. // Дет хир. – 2005. – №2. – С. 10-11.