

**CASE REPORT: ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОМФАЛОЦЕЛЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

Кандратьева О.В., Заполянский А.В., Аверин В.И.

Республиканский научно-практический центр детской хирургии

г. Минск, Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Беларусь

**CASE REPORT: SURGICAL CORRECTION OF ANTERIOR
ABDOMINAL WALL DEFECT AFTER STAGED TREATMENT OF
LARGE OMPHALOCELE**

Kandratsyeva O.V., Zapalianski A.V., Averin V.I.

Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Surgery, Minsk, Belarus

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Введение. Омфалоцеле (exomphalos, omphalocele, амниотическая грыжа, грыжа пупочного канатика, пуповинная грыжа) — один из наиболее частых врожденных пороков развития передней брюшной стенки, при котором через дефект пупочного кольца эвентрируют органы брюшной полости (кишечник, печень, мочевой пузырь, селезёнка и др.), покрытые первичной недифференцированной брюшиной и пуповинными оболочками, состоящими из амниона и вартонова студня. Первое описание омфалоцеле было сделано французским хирургом Амбруазом Паре в 1634 году.

Омфалоцеле встречается у 1-2,5:5000 новорожденных и в 30 — 50% сопровождается различными аномалиями, включая сердечно-сосудистые, урогенитальные и скелетные пороки. В зависимости от размера дефекта и содержимого грыжевого мешка, омфалоцеле классифицируют на малое, среднее или большое. После рождения новорожденные с омфалоцеле требуют немедленного хирургического вмешательства для закрытия дефекта и предотвращения инфекций и других осложнений. Современные методы лечения включают первичную радикальную пластику, этапное и отсроченное закрытие дефекта, а также использование биоматериалов для реконструкции брюшной стенки.

Несмотря на значительные достижения в хирургическом лечении омфалоцеле, прогноз для пациентов зависит от наличия сопутствующих аномалий, а также своевременности и качества медицинской помощи. Введение новых технологий и методов лечения продолжает улучшать результаты и снижать риск осложнений.

Цель исследования — опыт двухэтапного хирургического лечения большого дефекта передней брюшной стенки с применением системы активного мышечно-апоневротического вытяжения у ребенка после этапного лечения омфалоцеле больших размеров.

Материал и методы. Пациентка С, гражданка Грузии, госпитализирована в отделение плановой хирургии РНПЦ детской хирургии в возрасте 1 года 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Со стороны родителей отмечались жалобы на образование в области передней брюшной стенки, зловонное жидкое отделяемое по нижнему краю образования. Из анамнеза девочка от первой беременности, первых родов. Вес при рождении 2500 г. Врожденный порок развития: омфалоцеле больших размеров, выставлен при рождении. Пациентка оперирована по месту жительства в 1-ые сутки жизни: была выполнена пластика передней брюшной стенки. В возрасте 1 месяца повторное оперативное лечение по поводу рецидива: к краю передней брюшной стенки вшита полипропиленовая сетка, которая ежедневно обрабатывалась растворами антисептика и мазями.

При осмотре живот асимметричный за счет выпячивания в области пупка диаметром до 10 см и высотой до 7-8 см при беспокойстве (вентральная грыжа). Над образованием вшита полипропиленовая сетка, под которой отмечается мутное зловонное содержимое. По нижнему краю образования выделяется мутная жидкость с неприятным запахом по типу кишечного содержимого (кишечный свищ?). Выставлен предварительный диагноз: ВПР: омфалоцеле больших размеров, состояние после хирургического лечения. Вентральная грыжа. Кишечный свищ.

По данным УЗИ органов брюшной полости печень расположена в грыжевом выпячивании, эхо структура однородная, эхогенность нормальная; контуры: ровные. Слева в грыжевом выпячивании визуализируются петли тонкой кишки. Лабораторные показатели без выраженных изменений.

Первым этапом выполнялась лапаротомия: печень занимала центральное положение, ее поверхность покрыта рубцовой тканью и фрагментами полипропиленовой сетки, к которой подпаяны петли тонкой кишки – адгезиолизис. Выполнена резекция 10 см измененного отдела тонкой кишки со свищом, наложен анастомоз тонкой кишки "конец в конец" однорядным непрерывным швом. Рана ушита с формированием вентральной грыжи и налаживанием системы активного вытяжения: через отдельные проколы (№7) налажена система вытяжения мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки

В течении 7 дней ребенок находился на активном вытяжении в отделении реанимации: 3 часа «висит» – 1 час отдыха. Экстубирована на 3-и сутки. Энтеральное кормление начато на 4-е сутки. Дренаж удален на 5-е сутки. Антибиотикотерапия 12 суток. Вторым этапом выполнена релапаротомия-1, адгезиолизис, пластика передней брюшной стенки: мышечно-апоневротический слой сведен отдельными узловыми швами с умеренным натяжением (контроль ЦВД – 12 - 15 см вод. ст.). Пациентка выписана на 16-е сутки после 1-ой операции, и на 9-е сутки после 2ой операции в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1) Хирургическое лечение детей с омфалоцеле больших размеров остается актуальной проблемой детской хирургии.

2) Использование синтетических материалов при закрытии дефекта ПБС приводит к таким осложнениям, как образование кишечных свищей, выраженного спаечного процесса, вентральной грыже в послеоперационном периоде и т.д.

2) Система наружного вытяжения является наиболее физиологичным методом, позволяющим выполнить анатомическую реконструкцию передней брюшной стенки без синтетических материалов. Данная методика применима не только у новорожденных, но также и у детей старшего возраста.