

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Рузматов И.Б.¹, Эргашев Б.Б.², Сапаев О.К.¹,

Республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при Республиканский
Перинатальный Центр², Ургенческой филиал ТМА¹.

✓ Резюме

Цель: Выбор способа хирургической коррекции гастрошизиса у новорожденных.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 92 пациента с гастрошизисом. Среди них мальчиков - 51 (55,4%), девочек - 41 (44,6%). Доношенными - 47 (51%), недоношенными - 45 (49%) детей. В первые сутки (0-24 часа) после родов поступило 78 (84,8%) больных, через 24-48 часов - 12 (13%) и через 48-72 часа - 2 (2,2%) ребенка.

Результаты. У 60 (65,3%) выявлена общая форма, у 27 (29,3%) и промежуточная у 5 (5,4%) - местная форма гастрошизиса. У 51 (55,4%) из 92 детей диагностирована пренатальная патология. При УЗИ гастрошизиса были неровные контуры передней брюшной стенки, дефект располагался на небольшом расстоянии от пуповины. В наших исследованиях точность УЗИ при гастрошизисе составила 100%. Оперативное вмешательство выполнено 84 (91,3%) больным. 65 (77,4%) новорожденным с тотальной, субтотальной и местной формой выполнены радикальные операции. В 17 (18,5%) случаях произведена этапная хирургическая коррекция. В послеоперационном периоде умерли 52 (61,9%) ребенка. Наиболее частыми причинами послеоперационной смертности были аспирационная пневмония и олигоанурия склеры в результате переохлаждения в дороге и болевого шока, а также сепсиса и некротического энтероколита, сердечнососудистой и дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: гастрошизис, новорожденные, лечение.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ГАСТРОШИЗИСДА ЖАРРОҲЛИК КОРРЕКЦИЯ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Рўзматов И.Б.¹, Эргашев Б.Б.², Сапаев О.К.¹,

Республика Перинатал Маркази қошидаги, Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик маркази²,
ТТА Урганч филиали¹.

✓ Резюме

Мақсад: Чақалоқларда гастрошизисда жарроҳлик коррекция усулини танлаш.

Материаллар ва усуллар: Биз назоратимиз остида гастрошизисли 92 беморни кузатдик. Улар орасида ўғил болалар - 51 (55,4%) нафарни, қизлар болалар - 41 (44,6%) нафарни. Муддатига етиб туғилган чақалоқлар - 47 (51%) нафарни, муддатидан олдин туғилган чақалоқлар - 45 (49%) нафарни ташкил қилди. Туғилгандан кейинги биринчи кунда (0-24 соат) 78 (84,8%) бемор, 24-48 соат - 12 (13%) ва 48-72 соатгача - 2 (2,2%) нафар бемор бола бўлимга қабул қилинди.

Натижалар: 60 (65,3%) нафар беморда тотал, 27 (29,3%) нафарида субтотал, 5 (5,4%) нафарида - гастрошизиснинг локал шакли аниқланди. Туғилганда патология аниқланган 92 бемордан 51 (55,4%), нафарида гастрошизиснинг ультратовуш текширувларида қорин олд деворининг контурлари нотекис бўлиб, нуқсон киндик халқасидан бир оз узоқликда жойлашганлиги аниқланган. Бизнинг тадқиқотларимизда гастрошизисда ультратовуш аниқлиги 100% ни ташкил этди. Беморларнинг 84 (91,3%) нафарида жарроҳлик амалиётини ўтказдик. Тотал, субтотал ва локал шаклдаги 65 (77,4%) нафар янги туғилган чақалоқларда радикал операция ўтказилди. 17 (18,5%) нафар беморда жарроҳлик йўли билан даволаш этапма-этап ўтказилди. Операциядан кейин 52 (61,9%) нафар бемор нобуд бўлди. Операциядан кейинги ўлимнинг энг кенг тарқалган сабаби аспирацион пневмония ва йўлда гипотермия натижасида оғриқли шок, сепсис, некроз ва энтероколит, юрак-қон томир ва нафас этишмовчилиги натижасида склерема олигоанурия бўлганлиги.

Калит сўзлар: гастрошизис, чақалоқлар, даволаш.

SELECTION OF A METHOD FOR SURGICAL CORRECTION OF GASTROSCHISIS IN NEWBORNS

Ruzmatov I.B.¹, Ergashev B.B.², Sapayev O.K.¹,

Republican Training Center for Neonatal Surgery at the Republican Perinatal Center², Urgench branch of TMA¹.

✓ Resume

Objective: Selection of a method for surgical correction of gastroschisis in newborns.

Material and Methods: We observed 92 patients with gastroschisis. Among them boys - 51 (55,4%), girls - 41 (44,6%). Born full-term - 47 (51%), preterm - 45 (49%) children. On the first day (0-24 hours) after birth received 78 (84,8%) patients, 24-48 hours - 12 (13%) and 48-72 hours - 2 (2,2%) children.

Results: In 60 (65,3%) revealed a total form, in 27 (29,3%) and subtotal in 5 (5,4%) - a local form of gastroschisis. 51 (55,4%) of 92 children diagnosed prenatally pathology. Ultrasonographic findings of gastroschisis were uneven contours of the anterior abdominal wall, and the defect was located a short distance from the umbilical cord. In our studies, ultrasound accuracy in gastroschisis was 100%. Surgery performed 84 (91,3%) patients. 65 (77,4%) neonates with total, subtotal and local form performed radical surgery. In 17 (18,5%) cases made-stage surgical correction. Postoperatively, 52 died (61,9%) children. The most common cause of postoperative mortality were aspiration pneumonia, and sclerema oligoanuria as a result of hypothermia on the road and a painful shock and sepsis and necrotizing enterocolitis, cardiovascular and respiratory failure.

Key words: gastroschisis, newborns, treatment.

Актуальность

Гастрошизис - один из наиболее тяжелых пороков развития передней брюшной стенки, который развивается в течение первых 4 недель внутриутробного периода. Частота гастрошизиса составляет приблизительно 1:4000-6000 новорожденных [6]. Сейчас уже общепринятым является представление о том, что этот порок эмбриологический принципиально отличается от омфалоцеле. Гастрошизис развивается в результате возникновения дефекта в том месте, где располагается вторая пупочная вена [4,6]. Лечение детей с такой патологией до сих пор вызывает затруднения. Летальность при гастрошизисе остается очень высокой (до 65%) [4].

Причиной высокой летальности детей с данной патологией была неправильная тактика ведения больных в антенатальном, интранатальном, до- и послеоперационном периодах, а также выбор метода закрытия дефекта [1,3,4]. Вопрос оптимального хирургического лечения гастрошизиса до сих пор остаётся спорным, что обусловлено их анатомическими особенностями. Радикальная одномоментная пластика местными тканями, которой всегда отдавалось предпочтение, ограничена в применении при пороках передней брюшной стенки с выраженной висцеро-абдоминальной диспропорцией [1,2].

Большое значение имеет пренатальная ультразвуковая диагностика плода для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности, выявлении множественных пороков развития, сроках и видах родоразрешения детей с данными аномалиями. Минимальные сроки для диагностики этих пороков, по данным литературы, 12 недель $\pm$ 3 дня [5].

В странах СНГ летальность при врождённых расщелинах передней брюшной стенки составляет от 9,1 до 68% [2].

Целью данного исследования явилась диагностика и лечение при гастрошизисе у новорожденных.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 92 больных с гастрошизисом. Среди них мальчиков было - 51 (55,4%), девочек - 41 (44,6%). Доношенными родились - 47 (51%), недоношенными - 45 (49%) ребенка. В первые сутки (0-24 часа) после рождения поступили 78 (84,8%) больных, через 24-48 часа - 12 (13%) больных и через 48-72 часа - 2 (2,2%) детей. У 51 (55,4%) новорожденных гастрошизис диагностирован антенатально. В течение беременности они наблюдались у гинеколога и детского хирурга в условиях перинатального центра. Точность пренатальной диагностики составила 100%. Родоразрешение путем кесарева сечения проводилось в 6 (6,5%) случаях. Всем больным при поступлении, кроме общеклинических методов исследования, проведены обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ внутренних органов и дефекта пупочного кольца, эхокардиография, а также нейросонография.

Результат и обсуждение

Среди наших больных у 60 (65,3%) выявлена тотальная форма, у 27 (29,3%) субтотальная и у 5 (5,4%) - локальная форма гастрошизиса. Множественные

аномалии развития, сопутствующие основному пороку, выявлены у 22 (23,9%) новорожденного. У 70 (76,1%) больных гастрошизис был единственным пороком развития. В структуре сопутствующих пороков наиболее часто 13 детей (59,1%) установлены пороки ЖКТ, у 5 (22,7%) больных - пороки сердечнососудистой системы и у 4 (18,2%) детей пороки развития других органов и систем. Большинство детей с гастрошизисом поступили в очень тяжелом состоянии из-за неправильной транспортировки (переохлаждение по дороге, болевой шок, аспирация из-за отсутствия желудочного зонда, прикрытые выпавших кишок холодной марлевой салфеткой), что усугубляло состояние новорожденных, оказывало негативное влияние на течение послеоперационного периода и требовало более длительной предоперационной подготовки.

В настоящий момент особое внимание уделяется пренатальной диагностике гастрошизиса. Гастрошизис достаточно легко выявляется с помощью УЗИ. Точность антенатальной диагностики составляет 80%. С 13 недель беременности возможно диагностирование гастрошизиса у плода [5].

У 51 (55,4%) наших больных гастрошизис был диагностирован антенатально. Эхографическими признаками гастрошизиса являлись неровные контуры передней брюшной стенки, и дефект был расположен на небольшом расстоянии от пупочного канатика. Точность УЗИ при гастрошизисе в наших исследованиях составила 100%. Средний срок антенатальной диагностики гастрошизиса у плода в наших исследованиях составил 24-25 недель.

Дородовое выявление данного порока позволило выбрать наиболее оптимальный алгоритм ведения беременности и родов. Во всех случаях беременным с гастрошизисом плода роды осуществлялись в условиях перинатального центра, на базе которого создан республиканский центр неонатальной хирургии. Роды проводились при участии акушер-гинеколога, реаниматолога и детского хирурга. Ввиду того, что центр неонатальной хирургии функционирует при перинатальном центре, в транспортировке детей с гастрошизисом надобности не было. Лечение и предоперационную подготовку новорожденного с гастрошизисом начинали сразу после рождения в условиях отделения реанимации новорожденных. При этом проводили обезболивание, эвентрированные петли кишечника упаковывали в стерильный синтетический мешок. Предоперационная подготовка заключалась в коррекции нарушений гомеостаза. С этой целью проводили антибактериальную и инфузионную терапию. Критерием адекватности предоперационной подготовки явилось восстановление диуреза и улучшение показателей гемодинамики в короткие сроки.

Всем новорожденным с гастрошизисом при поступлении проводилась декомпрессия желудочно-кишечного тракта. С этой целью субоперационно под релаксацией проводили зондирование желудка и аспирацию его содержимого, а также вставляли газоотводную трубку в прямую кишку и проводили ручное "выдаивание" содержимого всего кишечника. Это позволило значительно уменьшить объем эвентрированных кишок, что значительно снижало висцеро-абдоминальную диспропорцию и облегчало погружение кишок в брюшную полость.

Оперативное вмешательство выполнено 84 (91,3%) больному. 8 (8,7%) больных с гастрошизисом поступили в очень тяжелом состоянии и вскоре умерли, не дожив до операции. 65 (77,4%) новорожденным с тотальной, субтотальной и локальной формой проведено радикальное оперативное вмешательство. При этом 4 из них (6,2%) одновременно выполняли илиостомию из-за врожденной атрезии кишечника. В 17 (18,5%) случаях новорожденным с гастрошизисом выполнена этапная оперативная коррекция. Из них 2 (11,8%) больным подшивали к краям дефекта мешок Шустера на 8 - 10 суток с ежедневным уменьшением его объема с целью постепенной ликвидации висцеро-абдоминальной диспропорции. 15 (88,2%) больным создали вентральную грыжу.

В послеоперационном периоде всего умерло 52 (61,9%) ребенка. Мы провели анализ послеоперационной летальности в зависимости от сроков выявления гастрошизиса. Как было сказано выше, у 51 наших больных гастрошизис был диагностирован антенатальное и роды произошли в условиях перинатального центра. Этим детям не понадобились транспортировка в дальние расстояния. Так, в этой группе детей послеоперационная летальность составляла 31,4% (16 больных). Послеоперационная летальность среди детей, (40 больных) поступивших из других родильных учреждений, перенесших длительную транспортировку, составила 90% (36 больных).

Наиболее частой причиной послеоперационной летальности явились аспирационная бронхопневмония, склерема и олигоанурия в результате переохлаждения по дороге и болевого шока, а также сепсис и некротический энтероколит, сердечнососудистая и дыхательная недостаточность. Непосредственной причиной смерти у 18 новорожденных с гастрошизисом, кроме вышеперечисленных факторов, явились множественные пороки 2-х и более систем, которые приводили к ранней гибели детей в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы

1. Перинатальная диагностика гастрошизиса в условиях перинатального центра позволяет заблаговременно построить алгоритм ведения родов, провести адекватную предоперационную подготовку и выбрать наиболее оптимальную лечебную тактику в первые часы после рождения.

2. Субоперационная декомпрессия кишечника под релаксацией позволяет значительно уменьшить объем эвентрированных кишок и снизить степень висцеро-абдоминальной диспропорции. Это способствует уменьшению количества паллиативных вмешательств при гастрошизисе у новорожденных.

3. Радикальная пластика передней брюшной стенки является методом выбора при субтотальной и локальной формах гастрошизиса, а при тотальной форме гастрошизиса целесообразно выполнить этапную коррекцию с использованием мешка Шустера или созданием вентральной грыжи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. СПб: Пит Таль, 1997. - Т. 2. - С. 235-244.
2. Грона В.Н., Перунский В.П., Весёлый С.В. и другие. Оптимизация лечения врожденных расщелин передней брюшной стенки у детей // Украинский хирургический журнал. - 2008. - №1. - С. 105-112.
3. Исаков Ю.Ф., Володин Н.Н., Гераськин А.В. Неонатальная хирургия. Москва. - 2011. С. 436-448.
4. Pushkarev O.I. A case of treating a child with gastroschisis // Pediatric Surgery. - 2001. - No. 4. - S. 50-51.
5. Guseva O.I., Shapova Yu.A., Platonova O.A. et al. Issues of prenatal counseling in gastroschisis // Ultrasound diagnostics in obstetrics, gynecology and pediatrics. - 2000. - Volume 8. - No. 1. -FROM. 30-37.
6. Puri P., Holvart M., Pediatric Operative Surgery. Moscow. - 2009. S. 175.

Поступила 09.10.2020