

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ В ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»

*Баязитов Р.Р., Дьяконова Е.Ю., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Наковкин О.Н.,  
Ахмедова Д.М., Шукина А.А., Тарзян А.О., Сулавко М.А.*

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

**Актуальность.** Распространенность гастрошизиса (ГШ) составляет 3–4 на 10 000 новорожденных. В РФ нет статистических данных о результатах лечения пациентов с ГШ.

**Материалы и методы.** На базе хирургического отделения новорожденных и детей грудного возраста «НМИЦ здоровья детей» с 2017 по 2019 гг. находилось на лечении 25 пациентов с ГШ.

**Результаты.** В центре разработан алгоритм пренатального консультирования и маршрутизации пациентов с врожденными пороками развития, в том числе с ГШ. В группе детей, поступивших сразу после рождения ( $n = 15$ ), выживаемость составила 94 %. Первичная радикальная пластика передней брюшной стенки выполнена у 8 пациентов (53 %), у 6 пациентов (47 %) в связи с наличием висцеро-абдоминальной диспропорции выполнена отсроченная пластика после создания «временной» брюшной полости. Срок погружения эвентрированных органов составил  $6 \pm 1$  сут. Средний возраст начала энтеральной нагрузки —  $8 \pm 2$  сут. Среднее время полной отмены инфузионной терапии —  $18 \pm 5$  сут. В 1 случае (6 %) отмечался неблагоприятный исход (пациент с ОНМТ и отягощенной соматической патологией). У 1 пациента на фоне течения инфекционного процесса возникла перфорация тощей кишки на 6 сут после первичной пластики передней брюшной стенки, а впоследствии возникла поздняя спаечная кишечная непроходимость в возрасте 3 мес. У 1 пациента в связи с течением рецидивирующего НЭК сформировалась функциональная кишечная непроходимость, в связи с чем была выведена кишечная стома. После купирования воспалительного процесса, в возрасте 3 мес. кишечная стома была закрыта с формированием межкишечного анастомоза. У 1 ребенка выполнено оперативное лечение двусторонней паховой грыжи в возрасте 3 мес. эндоскопическим способом, спаечного процесса в брюшной полости не отмечалось. В данной группе пациентов с синдромом короткой кишки (СКК) не было. В группе пациентов, поступивших после первого этапа лечения по месту жительства ( $n = 10$ ), 5 пациентов (50 %) поступили с клиникой спаечной кишечной непроходимости (4 детям выполнен адгезиолизис, в 1 случае применена консервативная терапия), а 5 пациентов (50 %) поступили с кишечными стомами и подозрением на порок развития толстой кишки. В период предоперационной подготовки перед закрытием кишечных стом пациентам выполнена ректальная биопсия (нормальное строение стенки). Затем интраоперационно перед наложением межкишечного анастомоза проводилась полнослойная экспресс-биопсия. Во всех случаях порок развития стенки толстой кишки исключен. В данной группе у 4 пациентов (40 %) имелся пострезекционный СКК. В 1 случае отмечался неблагоприятный исход (10 %) в возрасте 1 года по месту жительства на фоне катетер-ассоциированной инфекции.

**Заключение.** Выявление и наблюдение пациентов с ГШ должно начинаться с этапа пренатальной диагностики. Оперативное лечение необходимо проводиться в условиях профильных клиник, имеющих опыт ведения пациентов с данной патологией, что позволяет снизить число послеоперационных осложнений и инвалидизацию пациентов.