

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ

Мейланова Ф.В.¹, Магомедов А.Д.², Магомедов Р.И.², Ашурбеков В.Т.¹

¹ Детская республиканская клиническая больница им. Н.М.Кураева, Махачкала

² Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность. Пороки развития передней брюшной стенки у детей — гастрошизис — относятся к тяжелым порокам, которые трудно корректировать. В последние годы идёт тенденция к увеличению количества этого порока. Многие факторы способствуют этому. Новорожденные с этой патологией требуют неотложной помощи и операции в первые часы жизни ребенка. Выявление алгоритма обследования и лечения детей с этой патологией считаем актуальным.

Материал и методика. В клинике детской хирургии ДГМУ с 2017 по 2019 годы находилось на лечении 14 детей с гастрошизисом. Антенатальная диагностика проведена у 86 % детей. Гастрошизис выявлен у 12 (85,7 %). Сочетанные пороки сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, желудочно-кишечного тракта выявлены у 6 (42,8 %) детей. В большинстве случаев, дети родились от матерей молодого возраста — 19–26 лет. От первой беременности — 60 %, второй — 32 %. Роды вследствие кесарева сечения — 80 % случаев. Средняя масса тела 2500–2890 г. Задержка внутриутробного развития плода отмечено у 60 % новорожденных, недоношенность — 40 %. Новорожденные разделены на три группы: 1 группа — 8 детей (57,2 %) — выполнена радикальная одномоментная пластика брюшной стенки; 2 группа — 3 (21,4 %) — ксипластика брюшной стенки двухэтапное хирургическое лечение; 3 группа — 3 (21,4 %) — двухэтапное лечение, эти дети с ВКН, накладывались энтеростомы.

Результаты и обсуждение. В 1 группе выздоровели 7 (50 %) детей, умер 1 (7,2 %) от тяжелого сочетанного порока сердца. Во 2 группе выздоровел 1 (7,2 %), умерло 2 (14,4 %) от токсического поражения вследствие НЭК, перитонита, полиорганной недостаточности. В 3 группе выжили 2 (14,4 %), умер 1 (7,2 %), ребёнок вследствие повторного оперативного вмешательства (после закрытия стомы), спаечная кишечная непроходимость, НЭК, перитонит, сепсис. Таким образом, из 14 детей выздоровело 9 (64,3 %), умерло — 5 (35,7 %). Из вышеизложенного можно сделать вывод, что проведение радикальных одномоментных методов оперативного лечения мы получим хорошие результаты. Желательно, чтобы роженицы были госпитализированы в перинатальные центры, родоразрешение путем кесарева сечения и срочный перевод в хирургический стационар и адекватное квалифицированное хирургическое лечение.

Выводы и рекомендации. Гастрошизис — тяжёлый порок развития ребёнка. Антенатальная диагностика (возможна 12–13 недель) позволила бы оценить тяжесть порока развития, сочетание, прерывание беременности. При поздних сроках необходимо проведение родоразрешения в перинатальных центрах путем кесарева сечения. Желательно, чтобы эти центры находились рядом с клиникой детской хирургии. Оперативное вмешательство необходимо провести квалифицированно, опытным хирургом, который работает с новорожденными детьми. Имеет значение и выхаживание детей в реанимационном отделении, дальнейшее наблюдение в стационаре и амбулаторно. Всё это способствовало улучшению процента выживаемости детей с этой очень тяжелой патологией.