

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

**Республиканская детская клиническая больница
МЗ ДНР**

Современный подход в лечении гастрошизиса (случай из практики)

**Врач анестезиолог-реаниматолог Михайличенко Е.В.
Доцент кафедры детской хирургии и анестезиологии,**

д.м.н. Анастасов А.Г.

Врач анестезиолог -реаниматолог зав. ОИТН Михеев И.В.

Врач педиатр Паршинова А.Е.

Донецк - 2021

Что такое Гастрошизис?

Исследования последних десятилетий показали, что среди врожденных аномалий развития особое место занимает гастрошизис – порок развития передней брюшной стенки, при котором через параумбиликальный дефект ее мягких тканей, обычно расположенный справа от нормально сформированной пуповины, эвентрируют органы брюшной полости. Чаще всего – петли тонкого отдела кишечника, реже – желудок, толстый отдел кишечника и, иногда, матка с придатками, мочевой пузырь.

Термин гастрошизис происходит от греческих слов «gaster» – «желудок» и «schisis» – «щель» и использовался для обозначения всех дефектов передней брюшной стенки.

Данное заболевание было описано J. Calder в 1733 г., первый доклад об удачном опыте лечения относится к 1943 г., когда небольшой дефект был закрыт хирургом Watkins из Вирджинии.

Частота встречаемости данного заболевания в среднем 1:5000, а среди матерей моложе 20 лет более чем в три раза выше – 1 на 1500 живорожденных детей. Хромосомные аномалии при гастрошизисе отмечаются крайне редко, а по данным некоторых авторов не были выявлены вообще. Смертность в группе новорожденных детей с гастрошизисом в России и отдельных странах Африки и Европы составляет от 6,5 до 45%, а в отдельных регионах достигает 95%, тогда, как в ведущих мировых клиниках этот показатель остаётся в пределах 3–10%.

На сегодня, в периоперационной лечении у данного контингента новорожденных актуальными остаются вопросы точного определения критериев возможности одномоментной пластики передней брюшной стенки, коррекции абдоминального компартмен-синдрома, раннего начала энтерального питания, а также снижения послеоперационных осложнений.

Диагностика и дифференциальная диагностика.

До широкого внедрения в диагностику ультразвукового исследования (УЗИ), выявление этого порока представляло большую проблему. Благодаря активному использованию в клинической практике возможностей пренатальной ультразвуковой диагностики, выявление гастрошизиса у плода стало возможным, начиная с 13–17 недель гестации. В ряде исследований показано, что точность этого исследования достаточно высока и составляет около 90%. Несмотря на достаточно высокую диагностическую ценность ультразвукового исследования, ошибки в постановке диагноза при этом исследовании плода нередко связаны с тем, что за петли кишечника принимаются петли пуповины. Для их дифференцировки следует использовать цветное доплеровское картирование, которое легко позволяет регистрировать кровоток в сосудах пуповины.

Кроме этого, в некоторых случаях возникают проблемы дифференциальной диагностики гастрошизиса с омфалоцеле.

Эмбриональная грыжа пупочного канатика(омфалоцеле)-

это тяжелый врожденный порок развития передней брюшной стенки, при котором через дефект ее, расслаивая ткани начального отдела пупочного канатика, выпадают внутренности. Мышцы и кожа над опухолью отсутствуют, органы брюшной полости покрывает тонкая прозрачная или полупрозрачная оболочка, состоящая из амниона, вартонова студня и первичной примитивной брюшины. Эта оболочка переходит непосредственно в пупочный канатик.

При УЗИ плода с гастрошизисом петли кишечника свободно плавают в околоплодных водах и снаружи прилежат к передней брюшной стенке.

В некоторых случаях за пределами брюшной полости могут находиться и другие органы, грыжевой мешок отсутствует, пуповина прикрепляется не к грыжевому образованию, а к передней брюшной стенке, в то время как при **омфалоцеле** мы видим примыкающее к передней брюшной стенке образование округлой или овальной формы с четкими ровными контурами, заполненного неоднородным содержимым, непосредственно к которому прикрепляется пуповина.

Помощь детям с данной патологией.

Несомненно, для благоприятного исхода у детей с гастрошизисом необходимо решить вопрос о методе родоразрешения женщин. В настоящее время нет единого мнения по данному вопросу. Предпочтительным методом родоразрешения считался оперативный (путем операции кесарева сечения) . Однако ряд авторов придерживаются мнения, что это не строго обязательно .Так, по данным Salvesena K. (2001), из общего количества 742 наблюдений рождения детей с гастрошизисом в 484 случаях дети родились через естественные родовые пути, и в 258 – путем оперативных родов. Летальные исходы были зарегистрированы в равном процентном соотношении в обеих группах, что указывает на отсутствие связи между видом родоразрешения и дальнейших прогнозов. В исследовании Youssef F. с соавт. (2015) выявлено, что преждевременное плановое родоразрешение может отрицательно сказываться на петлях кишечника, авторы сообщают, что с каждой последующей неделей внутриутробно состояние петель не ухудшается, как считалось ранее, а наоборот становится лучше. В то же время, Yang E.Y. с соавт. в статье, опубликованной в 2014 г., сообщают о более длительном пребывании в стационаре детей с гастрошизисом, рожденных путем самопроизвольных родов по сравнению с группой, где выполнено плановое кесарево сечение до начала родовой деятельности. В ряде исследований показано, что дети, рожденные до 36-ой недели гестации имели прогноз хуже, сроки их госпитализации и экономические затраты были значительно выше по сравнению с детьми, рожденными в более поздние сроки.

Главными задачами при рождении ребенка с гастрошизисом являются: защита эвентрированных кишечных петель от неблагоприятного воздействия внешней среды, профилактика переохлаждения и обезвоживания, тщательный физикальный осмотр для исключения других аномалий развития, постановка желудочного зонда (с целью декомпрессии желудка) с учетом количества отделяемого, проведение респираторной терапии по показаниям и организация экстренного перевода ребенка в хирургический стационар.

Отмечено, что оптимальным является рождение ребенка в условиях родовспомогательного учреждения с возможностью хирургической помощи новорожденному, что исключает необходимость транспортировки ребенка и позволяет сразу после рождения начать предоперационную подготовку и выполнить хирургическое вмешательство. Для защиты эвентрированных органов от инфицирования и высыхания обычно используются стерильные пластиковые контейнеры. После рождения ребенка в родильном зале в асептических условиях на петли кишечника накладывают пластиковый контейнер и фиксируют его циркулярной бинтовой повязкой. Перед погружением органов в контейнер необходимо убедиться в отсутствии перекрута основания конгломерата кишечных петель. Ребенок должен находиться на спине или на боку, чтобы избежать перегиба сосудов брыжейки.

Обычно оперативное вмешательство выполняется в ближайшие часы после рождения. При отсутствии висцеро-абдоминальной диспропорции выполняется одномоментная пластика передней брюшной стенки местными тканями. Однако при невозможности погрузить эвентрированные органы в брюшную полость лечение проводится в несколько этапов путем создания временной брюшной полости (петли кишечника помещают в стерильный пластиковый контейнер, который подшивается к краю дефекта). В дальнейшем, в течение 3–6 суток происходит постепенное погружение содержимого в брюшную полость и производится отсроченная пластика передней брюшной стенки. Но, в свою очередь, при отсроченной пластике повышается риск инфицирования, развития сепсиса, несостоятельности швов, усиления спаечного процесса.

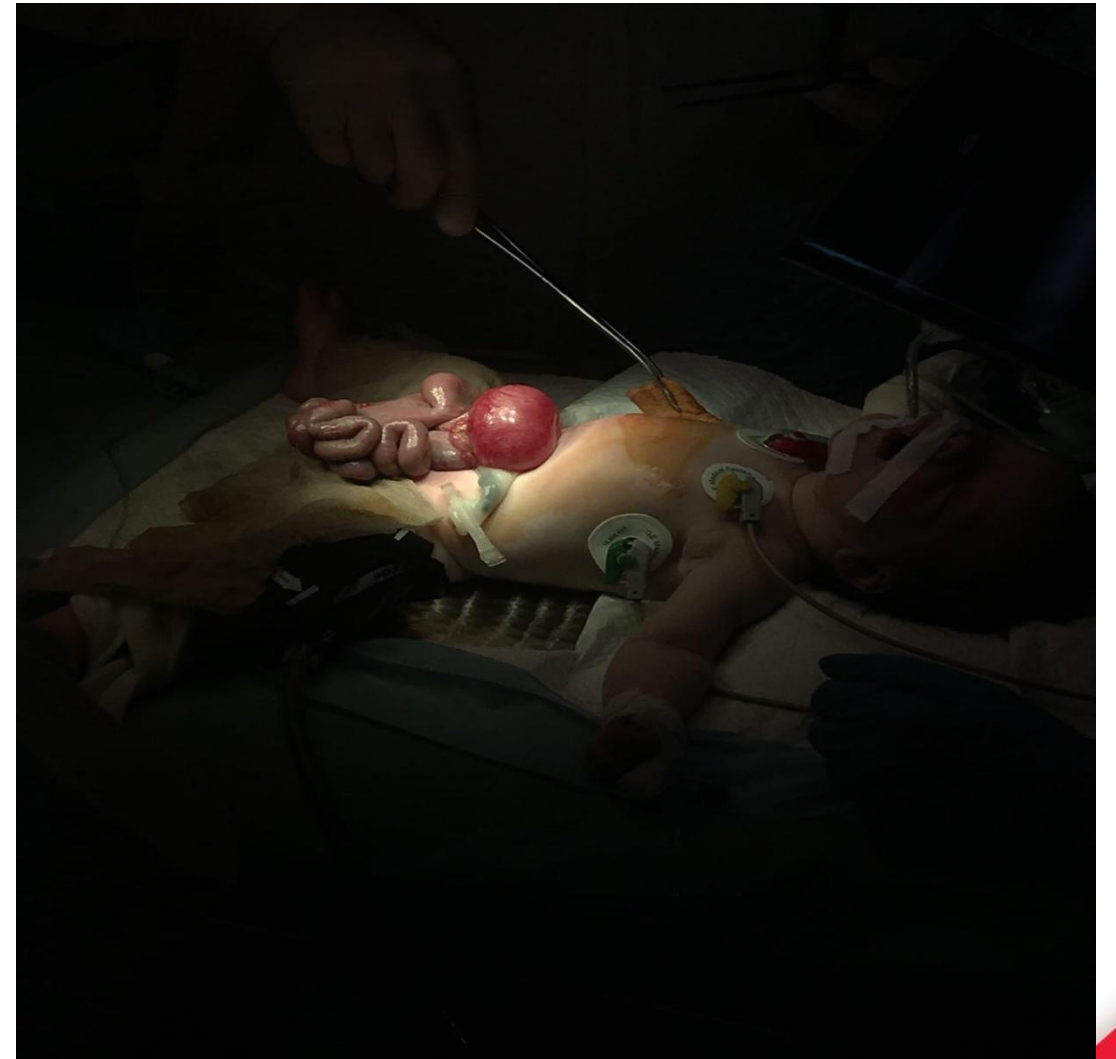
Клинический случай в практике.

Новорожденный К., в сроке 3 часа после рождения переведен из ДРЦОМид в отделение интенсивной терапии новорожденных РДКБ, после консультации детского хирурга. Ребенок от I беременности с гестационным возрастом 40 недель, протекавшей на фоне гестоза беременных. Роды I, срочные (7.09.2021г.). Врожденный порок развития был диагностирован антенатально путем сонографического исследования на 24-ой неделе беременности. Антропометрические показатели: женского пола, вес тела 3400,0 г, рост 53 см, окружность груди 35 см, окружность головы 34 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. Функции органов жизнеобеспечения стабильные. Status locus morbi: дефект передней брюшной стенки 3 см, с эвентрацией 60-70% петель тонкого и толстой кишки, желудка. Объем мероприятий проведенных в родовом зале: санация верхних дыхательных путей, установка зонда в желудок, погружение органов ЖКТ в мешок Богота.

После предоперационной подготовки в течении 2,5 часов. Качественный состав до операционного лечения: инфузионная терапия 100 мл раствора Рингера, антибактериальная терапия цефтриаксон + амикацин в стандартных профилактических дозах. Хотелось бы отметить, что респираторная поддержка не проводилась в связи с отсутствием дыхательных расстройств. Оценка по шкале Даунса —1 балл. Оперативное хирургическое лечение в срочном порядке - разъединение эмбриональных спаек, пластика передней брюшной стенки. Длительность операции - 80 мин. Общее обезболивание: тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией легких (раствор сибазона 0,5% - 0,3 мл., + раствор кетамина 5% - 0,4 мл., + раствор фентанила 0,005% - 0,2мл.,+ раствор рокурония бромида 1% -0,2мл.).Параметры ИВЛ: Режим PCV, с параметрами: FiO₂ -50%, P_{in}-17 см. вод. ст., PEEP-3 см. вод. ст., ЧД-40 в мин. T_{ins}-0,4 сек .Течение общего обезболивания без грубых витальных нарушений гомеостаза: АД в пределах 70,7±6,7/40±1,2 мм рт.ст., ЧСС – 158,4±12,3, SpO₂ 97±7,1%, et CO₂ -52±6,2 мм рт.ст, диурез 3,0 мл/кг/час.

Во время операции, висцеро-абдоминальная диспропорция оценена как I степени тяжести, несмотря на наличие значительного объема эвентерированных органов ЖКТ до операции. Таким, образом, объективная оценка степени висцеро-абдоминальной диспропорции у новорожденных с арахиями живота невозможна до операции и должна проводиться на основании изучения нарушений со стороны органов дыхания, кровообращения к концу операции. Течение послеоперационного периода благоприятное. На 2 сутки после операции ребенок отлучен от ИВЛ, начато трофическое энтеральное питание с переводом к 10 суткам полное пероральное кормление. Перевод в отделение патологии новорожденных на 14 сутки постнатального периода для проведения реабилитации.

Новорожденный ребенок с гастрошизисом до операции



После операции



Заключение

В данном клиническом случае представлены современные возможности диагностики и лечебно-тактических мероприятий, включающих анестезиологическое обеспечение, а также основные тенденции и направления периоперационного лечения новорожденного с гастрошизисом.

Выводы:

- ☞ Гастрошизис -это корригируемый порок;
- ☞ Оперативное лечение должно быть в срочном порядке и с желательной одномоментной пластикой передней брюшной стенки;
- ☞ Оперативное лечение и родоразрешение должны проводиться в специализированных стационарах в составе которых имеется неонатальная хирургия;

Спасибо за внимание!

Вопросы?

egor270490@gmail.com

