

Департамент охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области
ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
Кемеровский областной перинатальный центр

Утверждаю

Начальник департамента
охраны здоровья населения

Администрации Кемеровской области



_____ А.П. Самсонов

« ____ » _____ 2008 г.

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОШИЗИСА С ВИСЦЕРОАБДОМИНАЛЬНОЙ ДИСПРОПОРЦИЕЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Кемерово – 2008

Плохих, Д. А. Лечение гастрошизиса с висцероабдоминальной диспропорцией: Методические рекомендации. – Кемерово: КемГМА, 2008. – 21 с.

В методических рекомендациях рассмотрены вопросы предоперационной подготовки, хирургической коррекции и послеоперационного лечения гастрошизиса с висцероабдоминальной диспропорцией.

Описана методика поэтапного вправления эвентрированных органов через просвет в искусственной временной брюшной полости, разработанная автором и апробированная на большом клиническом материале. Дана оценка эффективности лечения и встречаемым осложнениям.

Методические рекомендации предназначены для врачей – детских хирургов, неонатологов, неонатологов - реаниматологов, анестезиологов, ординаторов, интернов.

Составитель:

Плохих Дмитрий Александрович – к. м. н., ассистент кафедры детских хирургических болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, врач – детский хирург МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г. Кемерово.

Рецензенты:

Головкин С. И. – д. м. н., профессор кафедры детских хирургических болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава;

Федоров К. К. – д. м. н., доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, ГОУ ДПО НГИУВА Росздрава;

Кравченко В. И. – ведущий внештатный детский хирург ДОЗН администрации Кемеровской области

ВВЕДЕНИЕ

За последние два десятилетия, в сообщениях зарубежных и отечественных авторов, отмечена тенденция к увеличению числа детей с гастрошизисом. Частота этого порока возросла примерно в 2 раза и в настоящее время составляет от 0,4 до 4,1 случаев на 10 000 живых новорождённых. По нашим данным – 1 случай на 1400 родивших детей.

В ведущих зарубежных клиниках летальность при гастрошизисе сохраняется на уровне 4–10 %. По данным отечественных авторов, она колеблется в пределах от 6,5 до 45 %.

Сроки госпитализации при этом заболевании в среднем составляют от 38 до 50 дней; лечение требует больших финансовых затрат, связанных с длительным парентеральным питанием, искусственной вентиляцией легких, назначением дорогостоящих медикаментов и средств лабораторного контроля.

Наиболее сложным и важным в лечении гастрошизиса остается решение вопроса оптимальной хирургической коррекции. В процессе хирургического лечения возникает комплекс проблем, обусловленных висцероабдоминальной диспропорцией, перитонитом, сочетанными пороками и пластикой дефекта брюшной стенки. Выбор метода хирургической коррекции рассматривается как отдельная проблема, которая постоянно обсуждается в специальной литературе.

В настоящее время в хирургическом лечении гастрошизиса в основном используют первичную пластику передней брюшной стенки и отсроченную пластику с применением временного синтетического покрытия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГАСРОШИЗИСА

Диагноз гастрошизиса несложен. Типично наличие в параумбиликальной области справа сквозного дефекта передней брюшной стенки, который прилегает непосредственно к нормально сформированной пуповине и имеет округлую форму. В редких случаях дефект может находиться слева от пуповины или в других областях передней брюшной стенки. Размер дефекта у большинства больных находится в пределах 2–3 см и редко превышает 5 см в диаметре. В ряде случаев имеются сращение брюшины по наружной полуокружности дефекта с корнем брыжейки, либо идут плотные шнуровидные спайки от края дефекта к эвентрированным органам.

В нашей практике примерно в 90 % всех наблюдений через дефект были эвентрированы желудок, вся тонкая кишка и большая часть толстой (за исключением дистального отдела сигмовидной кишки и прямой кишки). В 10 % случаев в дополнение к этому были эвентрированы дно мочевого пузыря, яички, матка, маточные трубы и яичники. В 10 % наблюдениях эвентрирован был только кишечник. У одного больного мы наблюдали редкую для гастрошизиса эвентрацию части печени и дна желчного пузыря (рис. 1).

При гастрошизисе выпавший кишечник имеет общую брыжейку и находится в состоянии мальротации. Петли кишечника и другие эвентрированные органы у большинства пациентов (92 %) отечны, инфильтрированы, имеют пепельно-



Рис. 3. Выраженный отек эвентрированного кишечника и брыжейки при гастрошизисе

Однако у ряда больных (около 4 % наших наблюдений) мы отмечали практически неизмененные кишечник и желудок, находящиеся полностью в эвентрированном состоянии, при этом отсутствовала висцероабдоминальная диспропорция (рис. 4).



Рис. 4. Гастрошизис с минимальными изменениями эвентрированных органов

Данные наблюдения свидетельствуют в пользу того, что висцероабдоминальная диспропорция в большей степени зависит не от количества выпавших органов и степени недоразвития брюшной полости, а от качественных изменений в эвен-

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Выбор метода хирургической коррекции гастрошизиса во многом зависит от степени висцероабдоминальной диспропорции, тяжести перитонита, состояния больного, а также от наличия признаков, указывающих на сочетание гастрошизиса с атрезией или стенозом кишечника. В настоящее время основными в хирургическом лечении гастрошизиса являются первичная и отсроченная пластика передней брюшной стенки.

Операцию целесообразно проводить в специально оборудованной операционной под эндотрахеальным наркозом. С целью предотвращения переохлаждения во время хирургического вмешательства больные должны находиться на операционном столе с подогревом.

Первичная пластика передней брюшной стенки местными тканями

Данный способ хирургического лечения целесообразно использовать у больных гастрошизисом без висцероабдоминальной диспропорции, либо с умеренной диспропорцией, которую удастся преодолеть путем мануального растяжения передней брюшной стенки, а также до- и интраоперационным опорожнением желудочно-кишечного тракта. В этих случаях необходимо при погружении эвентрированных органов и во время пластики брюшной стенки контролировать интраабдоминальное давление, измеряемое косвенным способом через желудок или мочевого пузырь. Допустимое давление большинство исследователей считает равным 20 см. водн. ст. Превышения данного уровня давления у новорожденных приводит к тяжелым гемодинамическим расстройствам, резкому усилению дыхательной недостаточности, снижению спланхнической перфузии, следствием которого могут стать некроз кишечной стенки, острая почечная недостаточность. Однако необходимо помнить, что у недоношенных и больных с сопутствующими заболеваниями перечисленные осложнения, могут развиваться и при меньшем, чем указано выше интраабдоминальном давлении. Поэтому при репозиции эвентрированных органов и пластике дефекта дополнительно необходимо учитывать окраску кожных покровов нижних конечностей, показатели АД, ЧСС, параметры ИВЛ необходимые для достижения нормовентиляции и сатурации на уровне 94–96 %.

Техника операции

По общим принципам, принятым в детской хирургии, готовят операционное поле. Эвентрированные органы орошают нагретым до 37 °С раствором фурацилина (1:5000). В корень брыжейки кишечника вводят 2–3 мл 0,25 % раствора новокаина. Иссекают кожный край дефекта шириной около 2 мм, перевязывают сосуды пуповины и уракус, удаляют пуповинный остаток, выделяют апоневроз. Если после этого размер образованной операционной раны недостаточен для адекватной ревизии брюшной полости и репозиции эвентрированных органов, то её расширяют вверх. Разделяют рыхлые фибринозные сращения, если при этом обнаруживаются шнуровидные спайки, то их иссекают. Эвентрированные органы и

линии от края дефекта по направлению к мечевидному отростку. При этом целесообразно избегать больших разрезов. Как правило, операционная рана равная 5 см в продольном направлении обеспечивает хороший осмотр брюшной полости и дальнейшую поэтапную репозицию эвентрированных органов. После разделения рыхлых фибринозных сращений и ревизии эвентрированных органов, как и при первичной пластике, через назогастральный зонд максимально удаляют содержимое желудка и проксимальной части кишечника, добиваясь тем самым уменьшения объема эвентрированных органов. Затем погружают эвентрированные органы в брюшную полость до заполнения ее объема. Оставшиеся вне брюшной полости органы помещают в просвет устройства через суженный его конец, который подшивают к кожному краю дефекта по всему периметру. Над верхним уровнем эвентрированных органов широкий конец устройства герметизируют, перевязывая нитью или накладывая зажим.

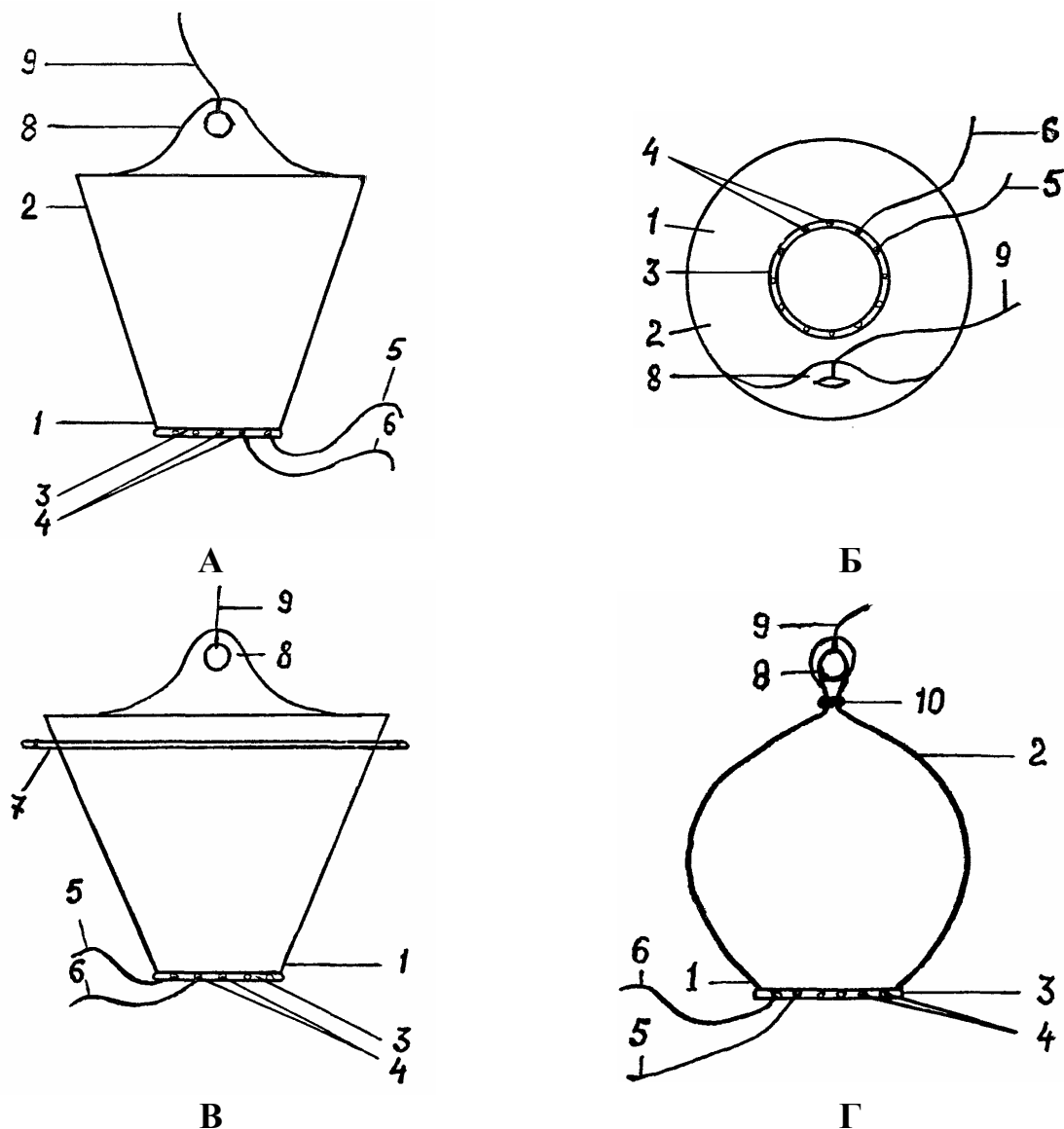


Рис. 5. Схема устройства для хирургического лечения гастрошизиса (А – вид с боку, Б – вид сверху, В, Г – устройство в собранном виде)

димось. Развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии, по понятным причинам, наиболее характерно для пациентов перенесших первичную пластику передней брюшной стенки местными тканями. Данное осложнение может возникнуть в ближайшие часы или в первые несколько суток после операции. Проявляется оно усилением напряжения передней брюшной стенки, соответственно повышением давления в мочевом пузыре или желудке, ухудшением состояния больного за счет развития полиорганной недостаточности. Для диагностики данного состояния необходимо периодически измерять внутрибрюшное давление одним из указанных выше способов и оценивать наличие полиорганной недостаточности по шкале SOFA, адаптированной к периоду новорожденности (Шмаков А. Н., 2006). В качестве лечения СИАГ используют миорелаксанты, наркотические анальгетики, проводят тщательную декомпрессию ЖКТ, при неэффективности показано проведение релапаротомии, т.к. возможно развития некроза кишечной стенки, и пластике брюшной стенки кожей или синтетическим материалом.

Спаечная кишечная непроходимость проявляется длительным (более четырех недель) застойным отделяемым из назогастрального зонда, возможна периодическая рвота, вздутием живота и отсутствием стула. Считаем необходимым отметить, что характерной рентгенологической картины, указывающей на кишечную непроходимость у больных гастрошизисом, может не быть. Это часто приводит к затягиванию с операцией, что, как правило, заканчивается развитием сепсиса и летальным исходом. Поэтому мы пришли к выводу о необходимости оперативного лечения, у больных с указанной выше клиникой, сохраняющейся более четырех недель после операции по поводу гастрошизиса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При хирургическом лечении гастрошизиса возникает комплекс проблем, связанных с висцероабдоминальной диспропорцией, пластикой дефекта передней брюшной стенки, диагностикой и коррекцией сочетанных пороков кишечника

Большинство хирургов отдает предпочтение первичной пластике брюшной стенки местными тканями, дополняя её мануальным растяжением передней брюшной стенки. Однако при проведении данной методики радикальная пластика передней брюшной стенки местными тканями возможна только у 30–80 % больных с гастрошизисом, в остальных случаях дефект закрывают только кожей, либо используют заплаты из различных пластических материалов. Из-за висцероабдоминального несоответствия после первичной пластики повышается внутрибрюшное давление, которое приводит к сдавлению нижней полой вены, уменьшению сердечного выброса, тяжёлым дыхательным расстройствам, острой почечной недостаточности, мезентериальной ишемии и тромбозам. Перечисленные осложнения удлиняют сроки лечения и являются наиболее частыми причинами летальных исходов. Поэтому ряд хирургов считает более целесообразным использовать в лечении гастрошизиса различные методики отсроченной пластики передней брюшной стенки.

В мировой практике наиболее распространенным вариантом отсроченной пластики является silo-пластика. Однако длительный период репозиции

Отпечатано редакционно-издательским отделом
Кемеровской государственной медицинской академии

650029, Кемерово,
ул. Ворошилова, 22а.
Тел./факс. +7(3842)734856;
epd@kemsma.ru



Подписано в печать 08.05.2008.
Гарнитура таймс. Тираж 100 экз.
Формат 21×30½ У.п.л. 0,9.
Печать трафаретная.

Требования к авторам см. на <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>
Лицензия ЛР № 21244 от 22.09.97