

БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница»

Гастрошизис. Тактика ведения.

(информационное письмо для педиатров, неонатологов, февраль 2015г.)

Гастрошизис - один из пороков брюшной стенки, который развивается в течение первых 4 недель внутриутробного периода. Сейчас уже общепринятым является представление о том, что этот порок эмбриологически принципиально отличается от омфалоцеле. Гастрошизис развивается в результате возникновения дефекта в том месте, где располагается вторая пупочная вена. Незавершенная ротация кишечника всегда сопровождает эту аномалию, кроме того, при гастрошизисе отмечается более высокая, чем при других пороках развития брюшной стенки, частота аномалий кишечника, включая атрезию (чаще тонкой кишки), перфорацию и некроз в результате внутриутробного заворота средней кишки или тромбоза сосудов. Однако, в отличие от омфалоцеле, аномалии других органов при гастрошизисе крайне редки. Частота гастрошизиса составляет приблизительно 1:4000-6000 новорожденных. Дети с гастрошизисом обычно рождаются недоношенными (на 35 - 37-й неделе гестации) и нередко с малым весом (около 2000-2500 гр.).

Большинство пороков развития брюшной стенки могут быть диагностированы внутриутробно после 14-й недели гестации, когда средняя кишка плода возвращается в брюшную полость. Если гастрошизис выявлен внутриутробно, то абсолютно необходимо наблюдение в динамике, чтобы выявить изменения размеров и толщины стенки кишечника, а также диаметра дефекта брюшной стенки. Значительное утолщение кишечной стенки и расширение кишечных петель, особенно в сочетании с уменьшением диаметра дефекта брюшной стенки, может быть показанием для преждевременного родоразрешения, позволяющего избежать некроза кишки. Важно обеспечить возможность для семьи перинатального консилиума с участием акушера-гинеколога, детского хирурга и неонатолога, чтобы по возможности решить все проблемы, которые могут возникнуть после рождения ребенка. Что касается родоразрешения, то большинство врачей

считают, что кесарево сечение при гастрошизисе не показано, если только к нему нет акушерских показаний.

Для гастрошизиса характерно наличие дефекта брюшной стенки 2 - 4 см в диаметре, расположенного почти всегда справа от нормальной пуповины. Грыжевой мешок отсутствует. Эвентрированные органы обычно включают в себя всю среднюю кишку. Отмечаются укорочение брыжейки и утолщение кишечной стенки. Кишечные петли могут быть покрыты фибрином. В зависимости от размеров дефекта бывают эвентрированы также желудок и / или мочевого пузыря, а у девочек - фаллопиевы трубы и яичники.

Лечение детей с гастрошизисом должно начинаться немедленно после рождения, до хирургического вмешательства. Две наиболее важные цели на этом этапе - предотвратить охлаждение ребенка (дети с гастрошизисом склонны к охлаждению) и обеспечить венозный доступ для проведения жидкостной терапии. Для новорожденных с гастрошизисом обычно характерна гиповолемия, в связи с чем, требуется, по меньшей мере, 125 - 150% физиологической потребности в жидкости, чтобы поддержать на адекватном уровне гидратацию. Изначально может быть использован периферический венозный доступ, хотя дети с гастрошизисом нуждаются в центральном венозном доступе. Для обеспечения центрального венозного доступа необходимо использовать магистральные сосуды только верхней конечности (риск развития синдрома нижней полой вены в послеоперационном периоде). Стартовая инфузионная терапия из расчета 150 - 160 мл/кг/сутки. При необходимости объем инфузии может быть увеличен до 200 - 250 мл/кг/сутки. Одновременно начинают введение антибиотиков широкого спектра действия. Аналгезия (немедикаментозные методы обезболивания, промедол). При нарастании явлений синдрома малого сердечного выброса и артериальной гипотензии показано назначение инотропных и вазопрессорных препаратов (дофамин и др.). С целью

проведения адекватной аналгезии, профилактики гиповолемии малого круга кровообращения и декомпенсации нарушений кислотно-основного состояния крови показаны интубация трахеи и перевод ребенка на искусственную вентиляцию легких, что особенно важно на этапе межгоспитальной транспортировки. Во избежание расширения кишечных петель необходимо поставить назогастральный зонд с аспирацией желудочного содержимого. Для уменьшения объема толстой кишки (крайне важно для безопасного перемещения кишечника в брюшную полость во время операции) необходимо его опорожнение от мекония путем микроклизм и газоотводной трубки, все это необходимо выполнить еще в родильном зале. Согреванию ребенка, уменьшению потерь жидкости и защитой от шоковой реакции на перемещение выпавших органов (при контроле за их микроциркуляцией) помогает обертывание ребенка медицинским полиэтиленом или пищевой полиэтиленовой пленкой, которая продается в хозяйственных магазинах, и может храниться в чистом пакете в обычном шкафу для медикаментов. Перед обертыванием необходимо смочить пленку и выпавшие петли кишечника теплым раствором фурацилина или физиологическим раствором. Обертывание осуществляется в 2-3 слоя, особое внимание должно быть уделено положению эвентрированных органов желудочно-кишечного тракта, которые должны компактно располагаться на передней брюшной стенке, не свешиваясь с нее. После этого ребенок помещается в кувез.

На место вызывается детский хирург через отделение экстренной консультативной медицинской помощи БУЗ ВО «ВОКБ» по телефону 8 (817 2) 71-65-44. О рождении ребенка с гастрошизисом (как и с другой патологией, требующей экстренного хирургического лечения) необходимо сообщить на отделение реанимации №1 БУЗ ВО «ВОДКБ» по телефону 8 (8172) 71-75-09 и обсудить с реаниматологом ведение больного.

Транспортировка новорожденного для операции осуществляется бригадой ОЭКМП областной детской клинической больницы после стабилизации состояния ребенка, осмотра его детским хирургом, по договоренности с отделением реанимации БУЗ ВО «ВОДКБ».

Главный внештатный детский хирург
департамента здравоохранения области,
заведующий хирургическим отделением ВОДКБ

Балалаев Ю.К.

Главный внештатный детский
анестезиолог-реаниматолог
департамента здравоохранения области,
заведующий отделением анестезиологии -
реанимации №1 ВОДКБ

Благова Е.В.

Согласовано:

Заместитель начальника управления
организации медицинской помощи
и профилактики департамента
здравоохранения области

Володина Е.Л.

Литература: 1. Красовская Т.В., Голоденко Н.В., Кучеров Ю.И., Гастрошизис: новые аспекты этиологии, патогенеза и лечения. Детская хирургия. 1997; 1:40-2.

2. Исаков Ю.Ф., Володин Н.Н., Гераськин А.В. и др. Неонатальная хирургия. М.: Династия; 2011 г.

3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. СПб, Пит-Тал, 1997 г.

4. Александрович Ю.С., Пшенистов К.В. Интенсивная терапия новорожденных. С-Петербург, 2013г.