

## ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГАСТРОШИЗИСЕ

**Б.Н. Бисалиев, Н.А. Цап, В.Б. Чудаков, О.В. Новоселова, Е.Е. Бобковская**  
Уральская государственная медицинская академия,

Областная детская клиническая больница №1, Екатеринбург, Российская Федерация

Отечественные и зарубежные авторы отмечают положительную тенденцию в лечении новорожденных с гастрошизисом (ГШ) при абсолютном увеличении данного порока развития. В то же время нет единого мнения по ведению беременности и родов, выбору методов хирургической коррекции, послеоперационной реабилитации детей с ГШ, что и требует проведения научного поиска в решении актуальной проблемы.

В клинике детской хирургии УГМА на базе отделения хирургии новорожденных ОДКБ №1 с 2000 по 2008 гг. пролечен 41 ребенок с ГШ. Большинство детей (80,4%) родились от 1-2 беременности, протекавшей, в основном, на фоне хронического пиелонефрита, хронической ФПН, гестоза первой половины, анемии. ГШ выявлен антенатально у 23 беременных (56,1%), но в 9 случаях – в поздние сроки. При рождении детей с ГШ путем естественных (35) и оперативных (6) родов не наблюдалось значимой разницы в общем состоянии при поступлении их в клинику. Дети рождались преждевременно, в сроке  $36,8 \pm 0,7$  недель гестации, с внутриутробной гипотрофией и задержкой внутриутробного развития. Вес даже доношенных детей редко превышал 3000 г и при поступлении составил  $2350 \pm 160$  г. Все дети поступали с явлениями эксикоза, гиповолемии, метаболического ацидоза, в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, в зависимости от адекватности первичной терапии в роддоме. До 2003 года предоперационная подготовка длилась не более 3-4 часов, нередко сохранялись признаки некупированного ацидоза и гиповолемии, но ошибочное в то время мнение об ущемлении органов в дефекте передней брюшной стенки диктовало необходимость срочного оперативного вмешательства.

Клинический материал разделен на 5 групп (2 основных, 3 контрольных) в зависимости от способа хирургического вмешательства. Если в 2000-2005 годах применяли метод радикальной первичной пластики (14) и первый этап операции Гросса (14), наряду с аллопластикой пластическими материалами (5), то с 2006 года успешно стали применять силопластику полимерным мешком (2). Малоинвазивное одномоментное ручное вправление эвентрации (7), так называемый метод EDMR-No GA – элективное медленное погружение кишки без анестезии, внедрено с 2007 года. По критериям выборки: длительность ИВЛ, восстановление моторики кишечника, длительность парентерального питания, осложнения, летальность – выявлены существенные достоверные различия. В структуре осложнений преобладали спаечная непроходимость кишечника, ЯНЭК, сепсис. Показатели летальности от 0 до 16,6% в группе силопластики и элективной ликвидации эвентрации.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**В.Ф. Бландинский, Ю.П. Губов, В.Н. Гогин, И.А. Березняк, В.В. Майнугин**  
Ярославская государственная медицинская академия,  
Ярославль, Российская Федерация

Проблема профилактики и лечения спаечной кишечной непроходимости (СКН) остаётся актуальной до настоящего времени. С целью уточнения перспектив решения данной проблемы нами произведен сравнительный анализ двух групп больных, которым последние два десятилетия проводилось лечение по различным протоколам, по поводу кишечной непроходимости, воспалительных заболеваний, повреждений и другой патологии органов брюшной полости. В первую группу включены 2225 больных, находившихся на лечении с 1991 по 1995 гг., которым оперативные вмешательства и послеоперационное лечение, включая физиотерапевтическое, осуществляли общепринятыми методами. Вторую группу (2004 – 2008 гг.) составили 1279 пациентов, которым дренирование брюшной полости осуществляли только при ограниченном гнойном перитоните. При распространенном перитоните в качестве альтернативы дренированию использовали динамическую санационную лапароскопию, адгезиолизис и физиотерапию.

При ретроспективном анализе установлено, что «ранняя» СКН у оперированных больных в первой и второй группах соответственно возникла у 33 (1,5%) и 13 (1%). Из них в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии релапаротомия и дгезиолизис были выполнены 21 (63,%) и 10 (76,9%) пациентам. «Поздняя» СКН в указанных группах констатирована у 108 (4,9%) и 37 (2,9%) больных, которым соответственно выполнено 48 (45,3%) и 16 (43,2%) больным. Таким образом, ограничение не обоснованного дренирования брюшной полости после оперативных вмешательств и замена его при распространенном перитоните динамической лапароскопией является более эффективным по сравнению с общепринятыми методами лечения.

## ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**А.Ю. Богоносков, И.Н. Кайгородова, В.Н. Стальмахович**  
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,  
Областная детская клиническая больница, Иркутск, Российская Федерация

Важное значение для восстановления функционального состояния и устранения микроциркуляторных нарушений кишечника в послеоперационном периоде придаётся декомпрессии.

Для проведения декомпрессии при приобретённой кишечной непроходимости в нашей клинике предпочтение отдаётся назогастроинтестинальной интубации кишечника.

Хотя при инвагинации кишечника, когда уровень кишечной непроходимости низкий и компрометирована подвздошная кишка или проводится резекция участка подвздошной кишки, декомпрессия кишки проводится через