

А.Ю. Щур, Р.А. Белоус, Д.Ф. Болгов, О.Б. Вдовин, С.С. Вавилов, Д.А. Яцишин, О.В. Кряжевских, Е.А. Степаненко, Ю.В. Ельникова, Н.Е. Смирнова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА

Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Гастрошизис относится к тяжелым порокам развития, который характеризуется дефектом передней брюшной стенки, через который выпадает короткий, несовершивший поворот отдел средней кишки, кровоснабжаемый от верхней брыжеечной артерии.

Цель работы: отразить опыт лечения врожденного порока развития — гастрошизис.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследованы и пролечены в хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы (АОДКБ) в 2001 — 2011 гг. 16 детей с гастрошизисом, Мальчиков было 10, девочек — 6. 11 детей поступило непосредственно после родов и оперированы в хирургическом отделении АОДКБ, 5 новорожденных доставлены из различных районов Амурской области. В 15 случаях обнаружена простая форма порока, в 2 случаях имела место осложненная форма порока, сочетающаяся с высокой кишечной непроходимостью, некрозом средней кишки. Диаметр дефекта передней брюшной стенки колебался от 3,0 до 5,0 см. Эвентрированными органами являлись петли тонкого, толстого кишечника, часть печени, желудок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все дети оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки. В 8 случаях выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки без признаков висцеро-абдоминальной диспропорции, из них 5 детей оперированы в районных больницах, 3 — в хирургическом отделении АОДКБ. У 6 пациентов была выполнена силопластика импровизированным мешком. Второй этап осуществляли через 9 дней, после полного погружения в брюшную полость эвентрированных органов. В 1 случае отсроченная радикальная пластика выполнена при помощи полипропиленовой сетки, учитывая сохраняющуюся на 9 сутки висцеро-абдоминальную диспропорцию, не позволяющую выполнить пластику местными тканями. Двум детям проведено безнаркозное вправление эвентрированных органов в брюшную полость (процедура Бианки).

Осложнения: у 1 пациента на 21 сутки после силопластики развился некротизирующий энтероколит, перитонит. Выполнена лапаротомия, резекция подвздошной кишки и илеоцекального отдела, илео-, асцендостомия. У одного ребенка имел место некроз средней кишки, операция закончилась лапаротомией с резекцией поперечно-ободочной кишки, наложением энтеро-, колостомы, и у одного пациента — высокая кишечная непроходимость, выполнена лапаротомия, наложение кишечного анастомоза. Летальных исходов — 8. Причиной, чаще всего, явилось прогрессирование полиорганной недостаточности, реализация внутриутробной инфекции в виде двусторонней пневмонии, сепсиса, реже некротизирующий энтероколит, а также внутрижелудочковые кровоизлияния.

ВЫВОДЫ

Силопластика позволяет избежать висцеро-абдоминальной диспропорции, и является основным методом хирургического лечения данного порока. Часто развивающаяся в послеоперационном периоде вторичная инфекция, сепсис, связанные с длительным периодом пребывания органов вне брюшной полости, продолжительное нахождение пациентов на искусственной вентиляции легких с развитием ИВЛ-ассоциированной пневмонии являются основными причинами летальности.

А.В. Юданов, И.А. Ганичева, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков, В.М. Лунев

ДВУХ И ТРЕХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)*

Цель: определить условия для выполнения двух и трехэтапных операций при раке толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 2000 по 2011 г. были 117 пациентов с различной локализацией рака толстой кишки, которым в сроки от 3 до 5 недель по поводу obturационной кишечной непроходимости