

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов

5-й Республиканской научно-практической конференции

по детской хирургии посвященной 40-летию

Детского хирургического центра и кафедры детской хирургии БГМУ

20 – 21 мая 2010 г.

г. Минск

УДК 617-089-053.2 (082)

ББК 57.334.5 я43

А 43

Редакционная коллегия: В.И. Аверин – гл. редактор, Ю.К. Абаев – зам. гл. редактора, В.А. Катько, А.Н. Никифоров, В.В. Троян, В.М. Черевко, Ю.Г. Дегтярев, Ю.М. Гриневич, В.А. Кепеть, А.А. Свирский, А.И. Севковский.

Рецензенты: лауреат Государственной премии Республики Беларусь, зав. 2-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед наук, проф. **С.И. Третьяк**; зав. каф. общей хирургии Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. **С.А. Алексеев**; зав. каф. хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед наук, проф. **А.В. Воробей**.

Актуальные вопросы детской хирургии: сб. научн. тр. 5-й Респ. научно-практической конф. по детской хирургии посвященной 40-летию Детского хирургического центра и каф. детской хирургии БГМУ: в 2 ч. под общ. ред. В.И. Аверина. – Минск: БГМУ, 2010. – 227 с.

ISBN 978-985-169-7

Представлены работы отражающие последние достижения детской хирургии Беларуси и за рубежом в хирургии новорожденных, в малоинвазивной, абдоминальной, торакальной, гнойной хирургии, урологии, травматологии. Подчеркнуты достижения и новые направления в отечественной детской хирургии.

Представляют интерес для практических хирургов и ученых-клиницистов в плане внедрения новых разработок и дальнейших научных изысканий в отдельных областях детской хирургии, а также для педиатров и студентов высших учебных учреждений.

Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2010

клиническими данными могут быть использованы как основные для установления показаний к оперативному вмешательству по поводу врожденной кишечной непроходимости - гипертрофического пилоростеноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Красовская; АМН СССР. – М.: Медицина, 1988. – С.85.
2. Васильев Ю.А., Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагностика в детской практике. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С.85-86.
3. Соловьев А.Е., Спахи О.В., Барухович В.Я., Лятуринская О.В. Диагностика врожденного гипертрофического пилоростеноза на современном этапе // Хірургія дитячого віку. - Том V. № 2.(19). – 2008. - С.72-74

Яковчик Ю.П. Барташевич И.В. Шейбак В.М.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА

УЗ «Лидская центральная районная больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Беларусь 3392

Гастрошизис - порок развития, представляющий собой незаращение передней брюшной стенки в околопупочной области, при котором происходит выпадение наружу органов брюшной полости - петель кишечника, желудка, печени. Гастрошизис встречается примерно 1 случай на 10000-15000 новорожденных. Причины появления гастрошизиса неизвестны, большинство наблюдений – спорадические случаи. По существующим представлениям возникновение дефекта при гастрошизисе связано с эпидермальным развитием и нарушением васкуляризации передней брюшной стенки. Гастрошизис чаще является изолированным пороком, редко сочетается с «большими» врожденными аномалиями. Наиболее часто с этим пороком встречаются пороки развития ЖКТ: мальротация, атрезии, укорочение кишечника. У мальчиков частое сочетание с неопущением яичек. Порок формируется в период 28-32 дней беременности, уже начиная с 13-14 недель беременности, большинство случаев гастрошизиса может быть обнаружено на УЗ - исследовании, так же характерно повышение в крови беременных уровня альфа-фетопротеина. Первая успешная операция по закрытию дефекта брюшной стенки датируется 1943г., описанная D. E. Watkins. В 1948 г. Gross описал этапный способ лечения гастрошизиса при больших грыжах пупочного канатика: ушивание кожи и формированиеentralной грыжи, затем в более поздние сроки - ликвидация грыжи. В 1967 г. Шустер и в 1969 г. Allen описали применение синтетических материалов, из которых формируется мешок, который подшивается к краям дефекта. Этапное погружение органов обеспечивало постепенное уменьшение синдрома висцероабдоминальной дистензии. В 1998 г. Bianchi и Dickson сообщили о способе лечения гаст-

роизиса путём медленного погружения средней кишки, сочетая с тракцией за пупочный канатик без дополнительной аналгезии и седации. Данный метод с успехом применяется у детей в относительно стабильном состоянии, не нуждающихся в респираторной поддержке, без сопутствующих «больших» аномалий развития и отсутствием других пороков ЖКТ. Приводим свой результат лечения ребёнка с гастрошизисом.

Ребёнок Ж., девочка, родилась 28 мая 2008 г, в 6 часов 25 минут. От первой беременности, возраст матери 15 лет, состоявшей на учёте в женской консультации с 14 недель беременности. В анамнезе - хронический пиелонефрит, эндоцервицит. Беременность протекала с угрозой прерывания в сроке 21 недели. Ультразвуковое исследование проведено в сроке 12-13, 21-22, 28-29 недель, патологии не выявлено. Роды естественным путем в сроке гестации 37 недель, раннее излитие околоплодных вод, воды зелёные. Масса тела при рождении 2450 гр., длина 47 см., оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. При рождении выявлен дефект передней брюшной стенки около четырёх сантиметров в диаметре справа от пупочного канатика, через который эвагинированы желудок, тонкий кишечник, слепая кишка с червеобразным отростком. Стенки их утолщены, гиперемированы, покрыты слизеподобным налётом. При осмотре также выявлена сгибательная контрактура 3, 4 пальцев правой кисти, 3, 4, 5 пальцев левой кисти, ограничение движений в левом плечевом и локтевом суставах. Анализы крови, мочи в пределах нормы, УЗИ головного мозга, почек - без патологии. Диагноз: ВПР: гастрошизис, маловесный к сроку гестации, энцефалопатия новорожденных смешанного генеза, контрактура левого плечевого и локтевого суставов, пальцев обеих кистей. Начата инфузционная терапия, подача увлажненного кислорода, введение антибиотиков. Эвагинированные органы прикрыты влажной салфеткой. Учитывая относительно стабильное состояние, решено выполнить консервативное вправление по Бьянчи. В роддоме 28.05.08 в 12 часов, в палате интенсивной терапии, под поверхностным наркозом (*Sol Calypso*), на спонтанном дыхании, произведена декомпрессия желудка, через прямую кишку при помощи ПВХ - катетера отмыт меконий из толстой кишки, на края дефекта наложены три держалки для тракции, произведено медленное, в течение 45 минут погружение эвагинированных органов в брюшную полость под мониторинговым контролем показателей ЧСС, ЧД, АД, сaturации кислорода. Брюшная полость ушита через все слои с сохранением пупочного канатика. Через 30 мин. ребёнок переведен на ИВЛ во вспомогательном режиме в связи с нарастанием одышки, появлением цианоза. На вторые сутки переведён в Гродненскую областную детскую клиническую больницу, где находился на лечении 39 суток. Длительность ИВЛ в течение 6-ти суток, энтеральную нагрузку стал усваивать на 12 сутки, самостоятельный стул на 8 сутки. Длительно сохранялся синдром патологических срыгиваний. В удовлетворительном состоянии выписан домой (вес при выписке 3060 г). Ребенок осмотрен через 1 год 10 месяцев, рост 80 сантиметров, вес 12 кг. Из перенесенных заболеваний редкие простудные, получает обычный пищевой рацион, изредка бывает задержка стула до 1,5 - 2 суток, которая корrigируется диетой. Косметический результат