

# Гастрошизис



Кафедра детской хирургии  
БелМАПО

# Определение, статистика, ЭТИОЛОГИЯ.

**Гастрошизис** или «расщелина» брюшной стенки, сопровождающаяся внутриутробной эвентрацией внутренних органов, относится к тяжелым порокам развития. Патология встречается с частотой 1 случай на 5-6 тыс. новорожденных, в 1,5 – 2 раза чаще, чем омфалоцеле. Причиной является нарушение внутриутробного замыкания передней брюшной стенки в области прохождения второй пупочной вены.



# Этиология.

В 1975 году высказано предположение о том, что гастрошизис результат внутриутробного разрыва оболочек грыжи пупочного канатика.

**Shaw A. 1975**

Согласно другой теории, гастрошизис - результат нарушения латерального мезодермального замещения брюшины, амниона и мезодермы стебелька.

**De Vries P.A. 1980**

# Характерные признаки гастрошизиса

1. дефект передней брюшной стенки относительно не большой, не более 2-3 см в диаметре;
2. дефект локализуется справа от пуповины, отделен от нее кожным мостиком, пуповина отходит нормально.
3. грыжевого мешка нет.
4. через дефект в передней брюшной стенке выпадает не совершивший поворот отдел средней кишки, кровоснабжаемый от верхней брыжеечной артерии, иногда яичники или неопущенные яички у мальчиков, очень редко участок печени.
5. кишка выглядит короче обычного, в три-четыре раза больше обычного по диаметру, резко отечна, покрыта плотной мембраной. Кишечные петли спаяны друг с другом. Просвет кишки заполнен густым и вязким меконием.
6. чаще чем при омфалоцеле, в 10-15%, имеют место атрезии кишечника, другие крупные пороки встречаются редко.

# Пренатальная диагностика



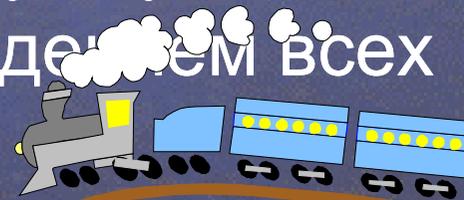
определяются кишечные петли свободно  
расположенные в амниотической жидкости вне  
брюшной полости

# Пренатальная диагностика.

В случае открытых дефектов (открытие нервной ткани – анэнцефалия, открытая спинномозговая грыжа, энцефалоцеле; дефектов вентральной стенки – омфалоцеле, гастрошизис; пороков мочеполовой системы – поликистоз, гидронефроз, агенезия почек) в амниотическую жидкость попадают большие количества АФП с дальнейшим его проникновением в материнский кровоток. Скрининг АФП является положительным при результате выше 2,0 МоМ. При анэнцефалии, открытой *spina bifida*, гастрошизисе, омфалоцеле уровень АФП приближается к 7, 4, 8 и 4 МоМ со степенью выявляемости дефекта 95, 85, 95 и 75% соответственно.

# Транспортировка больных с гастрошизисом

Сразу после рождения нижнюю половину тела ребенка, вместе с выпавшим кишечником, следует поместить в стерильный пластиковый мешок, который завязывают под мышками. Это позволяет снизить испарение жидкости, потери тепла и риск септических осложнений. Проводят назогастральную интубацию для аспирации желудочного содержимого. Транспортировку осуществляют в транспортном кювезе соблюдением всех правил для новорожденных.



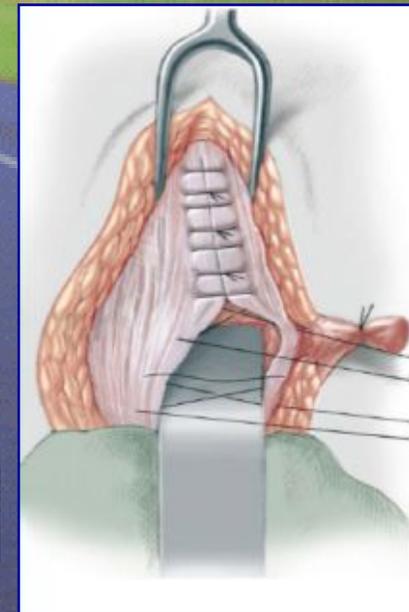
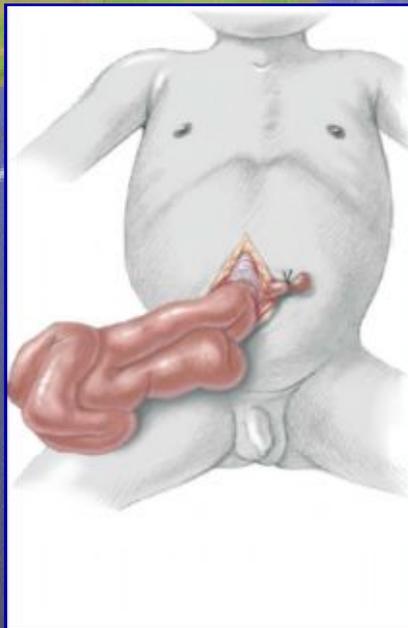
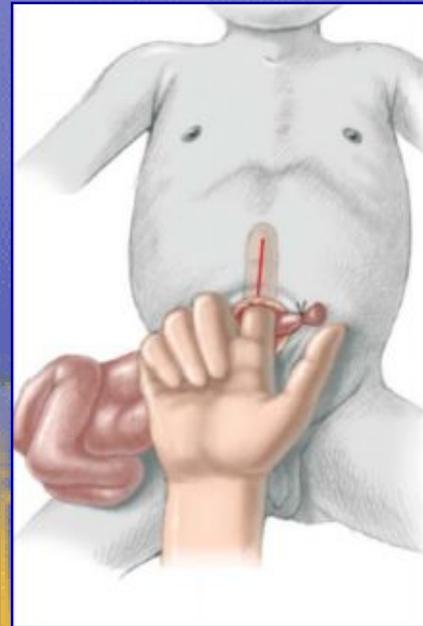
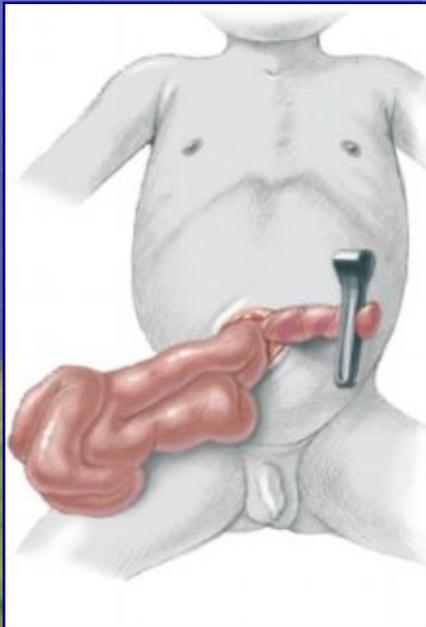
## Оптимальные сроки хирургического вмешательства в условиях перинатального центра

**Гастрошизис –  
оптимальным сроком хирургического  
вмешательства являются  
первые часы после рождения.**

Тяжесть состояния обусловлена внутриутробной гипотрофией, гипопроотеинемией и гипоплазмией, постнатальным болевым синдромом на фоне инфицирования. Поэтому с первых часов жизни начинается предоперационная подготовка: заместительная инфузионная терапия, антимикробная терапия, обезболивание, введение препаратов, улучшающих гемостаз. Операция срочная (не позднее 4-6 часов после рождения).

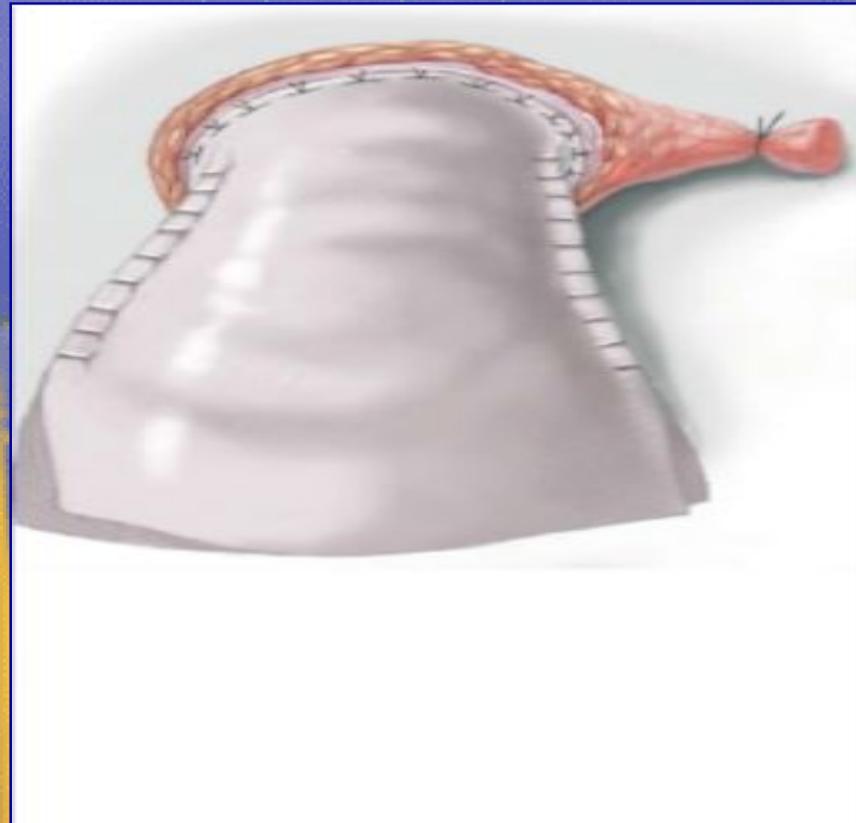
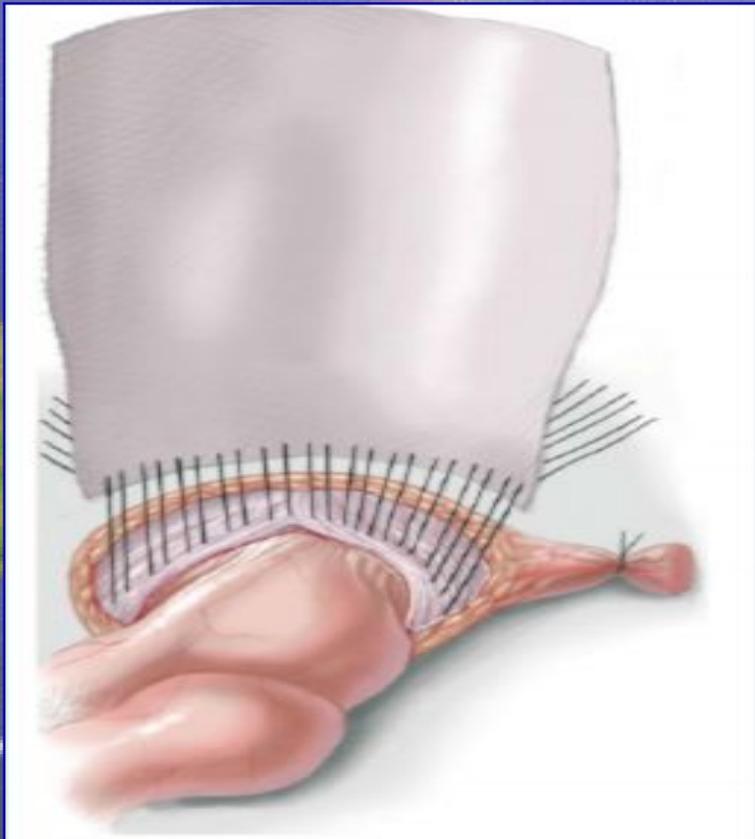


# Оперативное вмешательство.



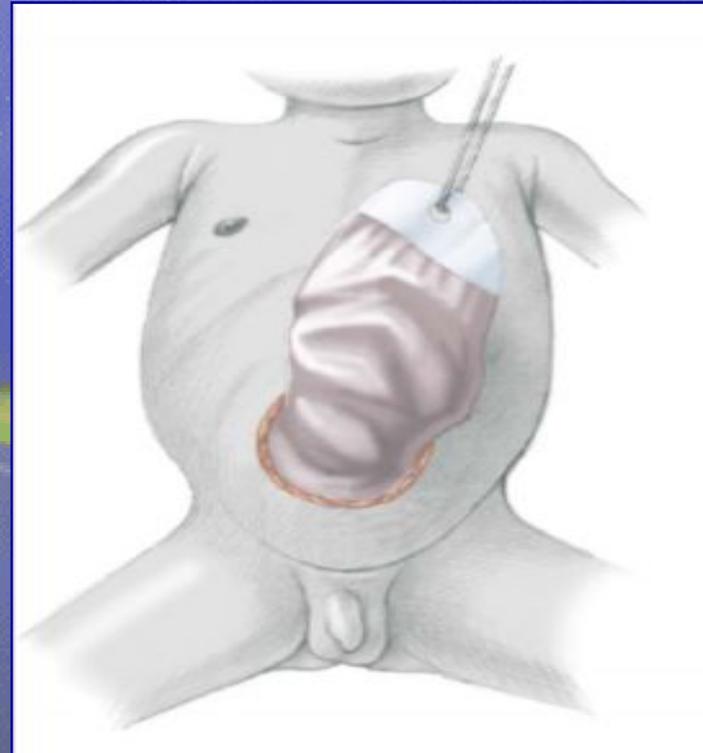


# Оперативное вмешательство.



У 10-20% больных простое ушивание стенки из-за малых объемов брюшной полости выполнить не удастся.

# Оперативное вмешательство.



В последние годы чаще используют силастик – дакроновый мешок «Silo». Методика позволяет, начиная со 2-3 дня после операции полностью погрузить кишечник в брюшную полость в течение 1-1,5 недель, после чего ушить дефект.



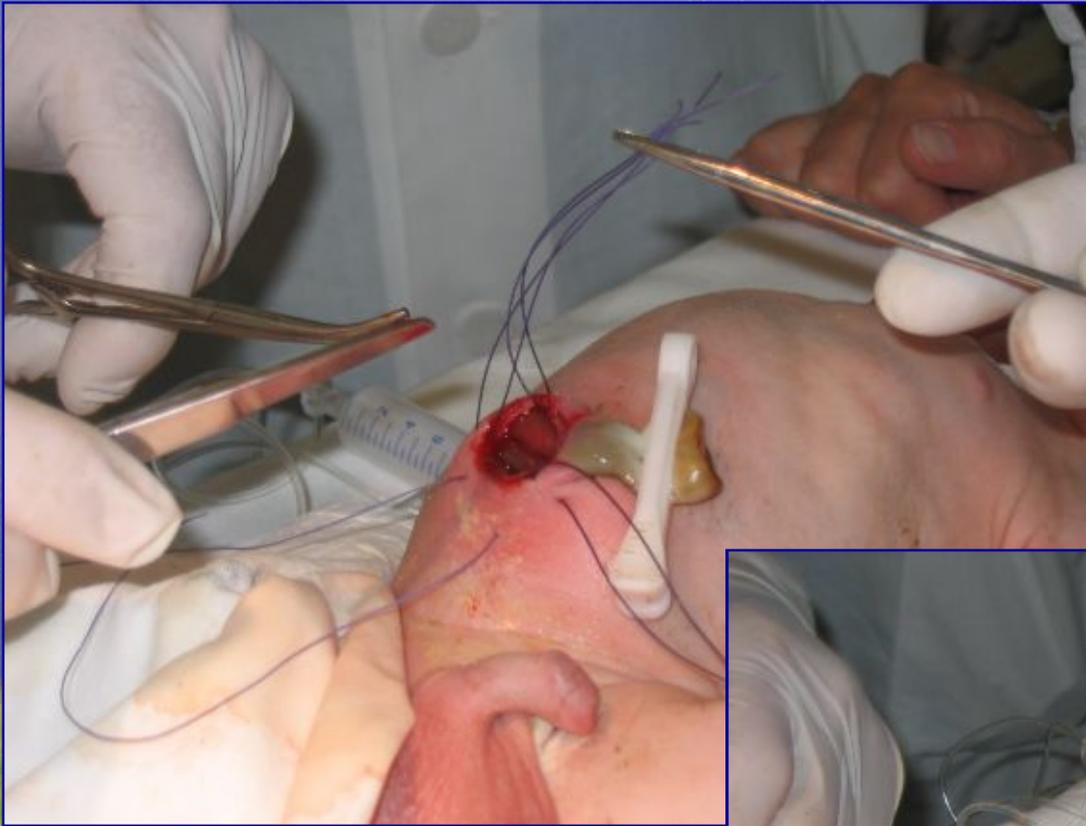
# Метод Бианки

В 1998 г. был предложен новый метод лечения гастрошизиса – *метод Бианки*. Операция заключается в медленном и очень осторожном погружении кишечника без анестезии и ИВЛ. Данная методика в настоящее время применяется и в нашей клинике.













# Особенности послеоперационного периода

После радикальной операции рекомендуется в течение 24-48 часов проводить ИВЛ. Обязательна аспирация содержимого через желудочный зонд. В связи с поражением кишечника эти больные имеют длительный, иногда в течение 2-3 недель, послеоперационный илеус.

Поэтому, начиная со 2 дня после операции и ликвидации гиповолемии детям назначают парентеральное питание в объеме 125-130 кал/кг/сутки. Если послеоперационный илеус длится более 3-4 недель, следует подумать о возможно пропущенной на первой операции атрезии или мембране кишки.

# Прогноз

В отдаленные сроки у этих детей обычно имеет место нарушение переваривания и абсорбции белков, жиров и углеводов, которое восстанавливается только после 6 месяцев.

Выживаемость при гастрошизисе в последние годы составляет около 90%. Операцию по поводу сформированной вентральной грыжи выполняют у детей в возрасте 2-5 лет.

The end