

І.О. Крицький, П.В. Гощинський, Т.О. Воронова, М.І. Кінаш, І.В. Кубей, В.О. Синицька,
І.М. Горішній, Г.А. Крицька, О.О. Гощинська

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА В ДООПЕРАЦІЙНОМУ ТА РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ З ГАСТРОШИЗИСОМ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА В ДООПЕРАЦІЙНОМУ ТА РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ З ГАСТРОШИЗИСОМ. На досвіді лікування 17 новонароджених дітей з гастрошизисом за 10 років (2000-2010) розроблені принципи багатокomпонентної стратегії лікування новонароджених з вадами розвитку, яка дозволила знизити відсоток летальності. Новий підхід до лікування новонароджених з гастрошизисом дозволили зменшити летальність у цих хворих в 3 рази.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ДООПЕРАЦИОННОМ И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ. На опыте лечения 17 новорождённых детей с гастрошизисом за 10 лет (2000-2010) разработанные принципы многокомпонентной стратегии лечения новорожденных с изъятиями развития, которая позволила снизить процент летальности. Новый подход к лечению новорождённых с гастрошизисом позволили снизить летальность у этих больных в 3 раза.

MEDICAL TREATMENT IN THE PREOPERATIVE AND EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN CHILDREN WITH GASTROSCHISIS. In the experience of treating of 17 newborns with gastroschisis for 10 years (2000–2010) have been developed the principles of a multicomponent treatment strategy of newborns with disabilities which allows to reduce the lethality rate. New approach for treatment of newborns with gastroschisis has allowed to reduce the lethality for these patients in 3 times.

Ключові слова: гастрошизис, діагностика, лікування, смертність, новонароджені діти.

Ключевые слова: гастрошизис, диагностика, лечение, смертность, новорождённые дети.

Key words: gastroschisis, diagnostics, treatment, mortality, newborns.

ВСТУП. Розвиток хірургії і, в основному, інтенсивної терапії при корекції вроджених вад розвитку у новонароджених останнім часом дозволяє по новому оцінювати лікування дітей з гастрошизисом. Через дефект передньої черевної стінки найчастіше евітерують тонка і товста кишка, шлунок, рідше сечовий міхур, матка у дівчаток. Оперативне втручання приводить до різкого підвищення внутрішньочеревного тиску і піднімання рівня діафрагми (зменшення дихального об'єму і збільшення легеневого опору), підвищення венозного тиску в басейні нижньої порожнистої вени (НПВ) із зниженням венозного повернення крові до серця і розвитку синдрому малого викиду, порушення венозного відтоку з нижніх кінцівок. У ранньому післяопераційному періоді на тлі симптомів перитоніту розвивається парез шлунка і кишечника, все це визначає тягар перебігу післяопераційного періоду в новонароджених. На початку 90-х років летальність в цій групі хворих складала близько 90 %. Завдяки зміні підходу до лікування дітей у перед- і післяопераційному періоді в нашій клініці останнім часом вдалося зменшити летальність у цій групі хворих до 30-40 %. Накопичений досвід у лікуванні цієї найбільш тяжкої, на наш погляд, групи хворих дозволили виробити ряд положень і рекомендацій в лікуванні дітей з цією патологією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами було обстежено та проліковано 17 новонароджених дітей з гастрошизисом. У загальну групу дітей, що вивчалися, з приводу врожених вад розвитку ШКТ в період з 2000 по 2010 рік ввійшли 17 новонароджених дітей з цим

захворюванням. Для оцінки ефективності лікування використовувались загальноклінічні, інструментальні, хірургічні та статистичні методи. За період з 2000 по 2010 рік на лікуванні в нашій клініці знаходилися 17 новонароджених дітей з гастрошизисом (з них 10 хлопчиків і 7 дівчаток). Терміни госпіталізації у відділення реанімації з моменту народження були в межах від 4-х до 28 год життя, гестаційний вік складав в середньому 35 тижнів (від 32 до 38 тижнів гестації).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Всі діти, які госпіталізовані в нашу клініку, проходили повне обстеження. Середня маса під час прийняття становила від 2300 до 3100 г. Внутрішньоутробну діагностику гастрошизису було виконано у 2 хворих. Всі діти, народжені природним шляхом, з оцінкою за шкалою Апгар в першу хвилину життя – 6 балів. Загальний стан дітей під час госпіталізації до відділення розцінювався як тяжкий і дуже тяжкий. Відразу під час госпіталізації всі діти поміщалися в кювет з температурою доквілля 32-36 °С. Шестеро дітей прийнято у відділення реанімації із пологового будинку з клінікою виражених респіраторних розладів на ШВЛ в режимах помірної гіпервентиляції 100 % киснем. Троє новонароджених були неадекватно оцінені в пологових будинках і госпіталізовано у відділення з ознаками гострої циркуляторної недостатності кровообігу, які потребували екстреного переведення на ШВЛ з проведенням комплексу реанімаційних заходів. Всім останнім дітям проводилася додаткова оксигенотерапія 30-50 % киснем через маску. Під час прийняття до відділен-

ня реанімації, в передопераційному періоді виконувалися методи дослідження гемодинаміки з оцінкою скоротливої функції серця і міри легеневої гіпертензії (Ехо- і доплерокардіографія і ЕКГ), лабораторний контроль кислотно-основної рівноваги крові з оцінкою напруги кисню і вуглекислого газу, біохімічні тести, загальний аналіз крові і сечі. Евентеровані органи обкладалися стерильними серветками, змоченими в теплому розчині фурациліну на ізотонічному розчині хлориду натрію, і для зменшення випару і втрати вологи накривалися зверху поліетиленовою плівкою з фіксацією декількома турами бинта для усунення надмірної рухливості вмісту. У зв'язку з наявними вираженими змінами гомеостазу в період адаптації ми вважали, що передопераційна підготовка повинна проводитися не менше 24 год для усунення наявних порушень (що істотно відрізнялося від колишньої позиції – операція в першу добу життя). Через 4-6 год після госпіталізації у відділення реанімації з метою профілактики больового синдрому, корекції шоку і поліпшення кровообігу всім дітям виконувалася новокаїнова блокада (3-5 мл розчину 0,5 % новокаїну) брижі тонкої кишки і внутрішньом'язово вводився промедол в дозі 1-2 мг. Ми вважали одним із важливих завдань передопераційного періоду – підготовку кишечника, з очищенням від кишкового вмісту, зондуванням і промиванням шлунка. Всі госпіталізовані діти були оперовані. Виконувалася пластика передньої черевної стінки (6 хворих), пластика передньої черевної стінки з формуванням вентральної грижі (11 хворих). Оперативне втручання виконувалося під загальним знеболюванням. У перші 4-5 год після операції у дітей відзначали виражені розлади гемодинаміки з переважанням гіподинамічного варіанту кровообігу з високим периферичним опором: тахікардію (ЧСС в межах 150-180 в 1 хв), підвищення артеріального тиску (А/Т сист./А/Т діаст. = 115 (22/ 58 (11 мм рт.ст.)), виражені порушення мікроциркуляції з венозним повнокров'ям у нижніх кінцівках і нижній половині тулуба. За даними ехокардіографії відзначали зниження об'єму кінцевої діастолі лівого шлуночка, ударного об'єму серця, зниження скоротності лівого шлуночка і міжшлуночкової перегородки на тлі вираженої легеневої гіпертензії і зниження насосної функції правого шлуночка. У зв'язку з цим проводилася інфузія допаміну 4-6 мкг/кг/хв, а надалі – препарати, що знижують периферичний опір (дроперидол – 0,75 мг/кг, глюкозо-новокаїнова суміш). Тривалість даної терапії складала від 1 до 4 діб. При появі стабілізації центральної і периферичної гемодинаміки, дозу допаміну знижували до 1,5-2 мкг/кг/хв, зберігаючи ефект підтримки оптимального кровообігу в ниркових і мезентеріальних судинах. Критерієм відміни вазоактивної терапії була нормалізація показників гемодинаміки і поліпшення периферичного кровообігу. В 12 (46 %) хворих після відміни допаміну використовувався строфантин або дигоксин, за звичайними схемами насичення, у зв'язку з оз-

наками правошлуночкової серцевої недостатності, що зберігалася.

Основними проблемами післяопераційного періоду з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) були перитоніт і виражений парез кишечника. Тривалість парезу ШКТ складала від 2-х до 3-4 тижнів, причому в першу чергу відновлювався пасаж по кишечнику і значно пізніше відновлювалася моторика шлунка. Застійний вміст з шлунка спостерігався від 8-20 днів післяопераційного періоду. З метою стимуляції моторної функції ШКТ використовували внутрішньовенні сольові стимуляції (гіперосмолярні розчини хлориду натрію і кальцію), прозерин, пантенол, гіпертонічні клізми з трипсином. Через рот призначали розчин сірчанокислої магнезії, вазелінове і касторове масло. При парезі шлунка, що тривало утримувався, використовували но-шпу і церукал внутрішньовенно. При сприятливому перебігу післяопераційного періоду у 2-х дітей випорожнення було в перші дві доби після операції і у 2 дітей – на 4-5 добу після операції. У більшості дітей (8 хворих), що вижили, випорожнення отримували з 2-3-го тижня. З 2-3 дня післяопераційного періоду активно міняли положення хворих (викладали на живіт), приділяючи цьому велику увагу, використовували місцеву терапію для поліпшення роботи кишечника і зменшення набряку передньої черевної стінки (напівспиртові компреси на ділянку живота). За відсутності застійного вмісту з шлунка поступово починали водне ентеральне навантаження по 5 мл через 2 год, а через добу вводили молочні суміші в тій же дозі з поступовим збільшенням разового об'єму годування на 5 мл. У дітей з вираженою клінікою перитоніту використовували контрикал 2-4 тис. Од./кг і гордокс до 30 тис. МЕ/кг. Антибіотикотерапію проводили за схемою: цефалоспорины 2-го покоління (зиноцеф, цефазолін) 100 мг/кг + нетроміцин з розрахунку 6 мг/кг + метронідазол 15 мг/кг, далі на основі антибіотикограми проводили зміну антибіотиків. Посіви культур виконували 2 рази в тиждень. Об'єм рідини розраховувався з обліку половини добової фізіологічної потреби. Основним інфузійним середовищем був розчин глюкози з початковою концентрацією 5 %. Добову дозу калію обирали з розрахунку 1-3 ммоль/кг, магнію – 20 мг/кг, кальцію – 200 мг/кг. З метою заповнення об'єму циркулюючої крові використовували свіжо-заморожену плазму (10 мл/кг/добу).

У післяопераційному періоді в оперованих дітей відзначали виражені зміни гомеостазу: гіпопротеїнемію (загальний білок нижче 40 г/л), азотемію (сечовина була підвищена в 3-5 разів, креатинін – в 1,5-2 рази), електролітні порушення, метаболічний ацидоз, швидко розвивалася анемія. Для корекції цих змін призначали раннє парентеральне харчування з 2-ї післяопераційної доби – амінокислоти (аміновенез, вामीнолакт) від 0,5 г/кг з подальшим збільшенням дози до 2-3 г/кг, як вуглеводи використовували 10-20 % розчини глюкози, і у 8 дітей використо-

ували 10-20 % розчини жирових емульсій (ліпофундин, інтраліпід). Стартова доза жирових емульсій не перевищувала 0,5 г/кг. Для корекції вираженої анемії застосовували еритроцитарну масу. Завдяки виробленим новим підходах до лікування даних хворих вдалося добитися зменшення рівня смертності у хворих з гастрошизисом.

ВИСНОВКИ. Вищезгадані методи терапії і новий підхід до лікування новонароджених з гастрошизисом дозволили зменшити летальність у цих хворих в 3 рази (вижило 11 дітей). На підставі вищевикладеного, у цих хворих актуальним в ранньому післяопераційному періоді є:

1. Продовжена ШВЛ до моменту купування процесу в черевній порожнині із збільшенням пікового тиску на вдиху в перших 3-4 доби після операції істотно вище доопераційних значень.

2. Використання допаміну, як стимулятора інотропної активності серця в умовах зростаючого навантаження, поліпшуючого одночасно нирковий кровотік і стимулюючого діурез.

3. Використання адекватного пролонгованого знеболювання.

4. Терапія направлена на відновлення функції шлунково-кишкового тракту.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Подальше вивчення та вдосконалення нових підходів у лікуванні новонароджених дітей з такими вродженими вадами розвитку, як гастрошизис допоможе покращити результати лікування цієї патології та розробити нові поетапні підходи в лікуванні. Дотримання вищевказаних принципів лікувальної тактики приведе до зменшення рівня смертності хворих з гастрошизисом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: Хадфорд, 1996. – Т 1. – 384 с.

2. Арьяев Н.Л., Гадюченко П.Н. Основы инфузионной терапии детей раннего возраста. – К.: Здоров'я, 1991. – 240 с.

3. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. – Л.: Медицина, 1973. – 472 с.

4. Григович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. – Л.: Медицина, 1985. – 288 с.

5. Детская оперативная хирургия / Под ред. проф. В.Д. Тихомировой // СПб.: Лик, 2001. – 428 с.

6. Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. – Москва: Медицина, 1976. – 320 с.

7. Детская оперативная хирургия / Под ред. проф. В.Д. Тихомировой // СПб.: Лик, 2001. – 428 с.

8. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: руководство. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.

9. Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я. Детская хирургия: учебник. – М.: Медицина, 1983. – 504 с.

10. Хирургия дитячого віку / За ред. проф. В.І. Сушка. – Київ: Здоров'я, 2002. – 704 с.