

# **АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ НЕОБХІДНОСТІ РАННЬОЇ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

*О.К.Слєпов, В.П.Сорока, І.М.Бензар, В.В.Яременко, О.П.Джам*  
*Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України,*  
*м. Київ*

Гастрошизис (Гш) та омфалоцеле (Оц) належать до патологій, які потребують невідкладної спеціалізованої допомоги. Сумарно ці вади трапляються в одному випадку на 2000 живих новонароджених, що вдвічі частіше, ніж атрезія стравоходу.

За даними епідеміологічних досліджень останніх 40 років, частота випадків Оц відносно стабільна, ризик його виникнення збільшується з віком жінки. До факторів ризику також відносять багатоплідну вагітність і спадкову схильність. Випадки Гш збільшилися у декілька разів. Зазвичай народження дітей з цією вадою характерне для юних матерів з коротким періодом між менархе і вагітністю. Недоношеність та низьку масу при народженні дитини з Гш пояснюють внутрішньоутробним порушенням росту.

Труднощі лікування Гш зумовлені стійким порушенням функції кишечника. Стискання мезентеріальних судин у вузькому дефекті черевної стінки призводить до порушення кровопостачання та вкорочення кишечника з порушенням його всмоктувальної здатності. Занурення евентерованих органів у черевну порожнину може спричинитися до ішемії кишкової стінки і, як наслідок, некротичного ентероколіту. Нормалізація функції шлунково-кишкового тракту може тривати від 2-3 тиж. до декількох місяців.

Парадоксально, що Оц малих розмірів частіше поєднується з іншими вадами розвитку (синдром Beckwith-Wiedemann, вади кишок, серця). Для дітей з великим Оц характерна мала і дзвоноподібна грудна клітка з мінімальним дихальним резервом. Інколи Оц поєднується з гіпоплазією легень. Зумовлена цим дихальна недостатність наростає після хірургічної корекції, що потребує тривалої респіраторної підтримки. Навіть у разі успішного лікування у таких дітей зберігається "центральна печінка", яка вкрита тільки шкірою та біоімплантом або синтетичним матеріалом, що збільшує ймовірність її травмування, знижує якість життя дитини.

Діти з Гш народжуються у стані стресу та дизадаптації, схильні до гіпотермії, дегідратації, сепсису та гіпоглікемії. Спільної думки щодо родопомочі в цих випадках нині немає. Ми надаємо перевагу кесаревому розтину, що забезпечує профілактику травматичного шоку у новонародженого, запобігає пошкодженню судин брижі і стінки евентерованого органа в родових шляхах.

Гомеостаз дитини з Гш дуже нестійкий і може порушуватися будь-яким чинником, головним з яких є транспортування. Народження дитини у спеціалізованому перинатальному центрі, до складу якого входить медико-генетична консультація, акушерський і дитячий хірургічний стаціонари, виключає транспортування з одного медичного закладу в інший і дає змогу виконати оперативне втручання в середньому через 15 хв. після народження. Така тактика запобігає переохолодженню, мінімізує контакт евітерованих органів із зовнішнім середовищем. Незначний набряк кишкової стінки, відсутність газів у кишечнику зменшують вісцераабдомінальну диспропорцію і здебільшого дозволяють виконати пластику передньої черевної стінки місцевими тканинами. Обсяг операції у таких новонароджених мінімальний (санація, ревізія евітерованих органів, занурення їх у черевну порожнину, пластика черевної стінки). Якщо Гш поєднується із природженими вадами кишечника, які порушують його прохідність (атрезія, стеноз, стиснення ембріональними тяжами), то хірургічне відновлення прохідності травного тракту проводиться не раніше, ніж через 2 тиж.

Діти з Оп народжуються без дистресу (за винятком екзомфалос, ускладненого розривом грижових оболонок). Наявність неушкодженого грижового мішка дозволяє проводити природні пологи, збільшити тривалість передопераційного періоду до 1-2 діб, протягом якого проводиться стабілізація стану дитини та діагностика поєднаних природжених вад.

При малих і середніх грижах операція полягає у висіканні ембріональних оболонок, декомпресії шлунка і товстої кишки, ревізії грижового вмісту, пошаровому закритті дефекту передньої черевної стінки місцевими тканинами. При великих грижах (дефект передньої черевної стінки 10 см і більше), коли спостерігається значна вісцераабдомінальна диспропорція та малий об'єм черевної порожнини, використовується етапне хірургічне лікування – спочатку часткове, а згодом повне занурення грижового вмісту в черевну порожнину під мобілізовані шкірно-підшкірні тканинні шари, тобто з формуванням вентральної грижі.

Даний підхід до корекції природжених вад передньої черевної стінки поліпшує результати їх лікування та запобігає розвитку небезпечних ускладнень.