

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи

УДК617-053.2:617.55-007.43:617.555

МАРКОВ АЛЕКСЕЙ АВГУСТОВИЧ

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ
И КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПУПУЧНОГО
КАНАТИКА У ДЕТЕЙ**

14.00.35 - ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

*Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук*

Бишкек – 2000

Работа выполнена в Кыргызской государственной медицинской академии на базе кафедры детской хирургии

Научный руководитель

Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики, заслуженный врач Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор **В.С. Кононов.**

Официальные оппоненты

доктор медицинских наук, профессор Т.А. Джумабеков
доктор медицинских наук, профессор К.А. Адамалиев

Ведущее учреждение:

Научный Центр педиатрии и детской хирургии Агентства по делам здравоохранения Республики Казахстан (г. Алматы)

Защита диссертации состоится "7" ДЕКАБРЯ 2000 года на заседании диссертационного совета Д.14.00.111 при Кыргызском НИИ акушерства и педиатрии (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии.

Автореферат разослан "3" НОЯБРЯ 2000 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б. Фуртикова

Актуальность проблемы

Одной из важных и сложных задач современной педиатрии является снижение ранней детской смертности. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой области, изыскание путей дальнейшего снижения уровня ранней детской смертности остается актуальной задачей медицинской науки и практического здравоохранения. Врожденные пороки развития относятся к числу частых причин смерти в этой возрастной группе.

В настоящее время, одним из приоритетных направлений хирургии детского возраста является разработка новых подходов к тактике лечения врожденных пороков развития. Внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов коррекции пороков с учетом адаптационных возможностей организма новорожденного, способствует снижению уровня летальности у данной категории больных.

Грыжа пупочного канатика относится к числу наиболее тяжелых пороков развития, что обусловлено чрезвычайно высоким процентом летальности: от 25% до 80% (Ю.Ф.Исаков, Э.А.Степанов, Т.В. Красовская, 1988; S.R. Shuster, 1967; Г.А. Баиров, 1997). В среднем у 50-60% новорожденных с эмбриональными грыжами пупочного канатика встречаются сочетанные пороки развития, которые в значительной степени ухудшают прогноз при данной патологии.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в области лечения грыж пупочного канатика, выбор оптимальной тактики лечения больных с данным пороком развития остается актуальной проблемой хирургии детского возраста. До настоящего времени нет единой общепринятой методики лечения этого порока развития, учитывающей особенности патогенеза формирования грыж пупочного канатика у новорожденных. Не существует и однозначного мнения о показаниях к консервативному и оперативному лечению грыж пупочного канатика, а также методам их проведения. Мы не встретили данных о сравнительной лечебной ценности, как отдельных способов коррекции порока, так и комплексного подхода к лечению вышеуказанной патологии.

Наиболее спорными остаются вопросы лечения средних и больших грыж пупочного канатика, что связано с отсутствием данных об отдаленных результатах после проведенного консервативного и оперативного лечения. Хотя, именно в этой группе новорожденных летальность достигает от 50% до 80%.

Значительное количество собственных наблюдений позволяет нам сделать ряд обобщений и прийти к определенным выводам в отношении особенностей клинического течения этого порока развития и наиболее оптимальных методах его лечения.

Одним из важнейших вопросов является сравнительная оценка хирургических и консервативных методов лечения и определения показаний к выбору каждого из них при различных формах грыж пупочного канатика у новорожденных. Выбор оптимального метода лечения данного порока развития с учетом особенностей его проявлений в каждом конкретном случае определяет актуальность этой проблемы в детской хирургии.

Цель работы

Провести сравнительный анализ результатов консервативного и оперативных методов лечения грыж пупочного канатика у новорожденных для разработки научно-обоснованных показаний выбора эффективного метода коррекции при различных формах данного порока.

Задачи исследования

1. Изучить клинические варианты грыж пупочного канатика у детей.
2. Разработать алгоритм диагностических этапов обследования больных с данной патологией.
3. Обосновать показания к применению консервативного и оперативного методов лечения.
4. Провести сравнительную оценку ближайших результатов оперативного и консервативного методов лечения при различных видах грыж пупочного канатика.
5. Изучить отдаленные результаты после различных методов лечения грыж пупочного канатика.

Научная новизна

Установлено, что частота сочетанных пороков развития при грыжах пупочного канатика составляет 30,7%, сопутствующих заболеваний – 26,9%, что в значительной мере определяет неблагоприятный исход.

Доказано, что рентгенологическое исследование является наиболее ценным при диагностике сочетанных пороков развития, сопутствующих заболеваний и осложнений грыж пупочного канатика, ультразвуковое исследование более значимо в процессе изучения отдаленных результатов коррекции грыж пупочного канатика.

Впервые научно обоснована целесообразность и эффективность консервативного метода лечения неосложненных грыж пупочного канатика средних и больших размеров, как наиболее патогномичного для данных форм грыж и позволяющего снизить число осложнений в 2,8 раза, летальность – в 2,4 раза по сравнению с аналогичными показателями при оперативных методах лечения.

Впервые определены показания к применению многоэтапных оперативных вмешательств при грыжах пупочного канатика, обеспечивающих малоинвазивность и наибольшую результативность.

Разработана эффективная методика консервативного лечения ГПК, а также оптимальные сроки оперативного вмешательства при вентральных грыжах.

Практическая значимость исследования

- ♦ Разработаны рекомендации по оказанию экстренной помощи и доставке новорожденных с грыжами пупочного канатика в хирургический стационар.
- ♦ Разработан алгоритм диагностики, выбора сроков и методов коррекции грыж пупочного канатика, в зависимости от их вида, наличия сочетанных пороков развития и сопутствующих заболеваний.
- ♦ Разработан и внедрен в практику консервативный метод лечения неосложненных грыж пупочного канатика средних и больших размеров.

- ♦ Определены дифференцированные методики диспансеризации детей с грыжами пупочного канатика.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Алгоритм диагностических этапов обследования новорожденных с грыжами пупочного канатика.
2. Обоснование приоритетности консервативного метода лечения грыж пупочного канатика.
3. Малоинвазивные и многоэтапные оперативные вмешательства являются методом выбора при экстренных операциях по поводу грыж пупочного канатика.
4. Отдаленные результаты лечения при различных методах лечения грыж пупочного канатика.

Внедрение в практику

Результаты исследования внедрены в практику работы отделений детской хирургии ГДКБ 3 г. Бишкек, отделения детской хирургии РДКБ, детских отделений областных и городских больниц г.г. Ош, Джалал-Абад, Кара - Кол.

Теоретические выводы и предложенные новые методы диагностики и лечения грыж пупочного канатика внедрены в лекционный и практический курс кафедры детской хирургии КГМА и ФУВ Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников.

Апробация работы

Материалы работы изложены и обсуждены: на научно-практических конференциях детских хирургов и педиатров Республики, проведенных в РДКБ г. Бишкек (1997, 1998 г.г.), 2-го съезде хирургов Кыргызстана (1995г.), а также на конференции детских хирургов ГДКБ 3 г. Бишкек (1999 г.) и на 2-ом съезде общества детских хирургов Кыргызстана (2000 г.).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 8 статей.

Рационализаторские предложения:

1. Способ пластики дефекта передней брюшной стенки новорожденных с грыжей пупочного канатика.
Рационализаторское предложение № 783 от 29.11.1999г.
2. Способ заготовки амниотического материала.
Радиоанализаторское предложение № 784 от 29.11.1999г.

Объем и структура диссертации

Работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы; изложена на 144 страницах машинописного текста, содержит 16 таблиц, и 38 рисунков (фотографий, графиков, эхограмм, рентгенограмм).

Указатель литературы включает 70 работы отечественных авторов (СНГ) и 130 работ зарубежных авторов.

Общая характеристика материала и методы исследования

В основу работы положены результаты обследования, консервативного и оперативного лечения 78 новорожденных с различными видами грыж пупочного канатика за период с 1980 по 1998 гг.

Из общего количества больных с грыжами пупочного канатика мальчиков было 38 (48,7%), девочек – 40 (51,3%). Большой процент – (59%) составили новорожденные, родившиеся в срок.

Наши исследования убедительно показали, что сроки поступления новорожденных с грыжами пупочного канатика в хирургический стационар имеют большое значение в прогностическом плане (табл. 1).

Таблица 1

Влияние сроков поступления новорожденных с грыжами пупочного канатика в стационар на прогноз заболевания

Сроки поступления	Кол-во больных	Выздоровело		Умерло		t
		Абс. число	$P_1 \pm m$	Абс. число	$P_2 \pm m$	
До 6 часов	45	30	$66,7 \pm 7,0$	15	$33,3 \pm 7,0$	
Свыше 6 часов	33	8	$24,3 \pm 7,4$	25	$75,7 \pm 7,5$	***
Всего	78	38	$48,7 \pm 5,6$	40	$51,3 \pm 5,7$	

Как видно из представленных данных, у 45 (57,7%) новорожденных, поступивших в первые шесть часов с момента рождения, летальность составила $33,3 \pm 7,0\%$, в то время как у 33 (42,3%) больных, поступивших в более поздние сроки, показатели летальности были значительно выше и составили $75,7 \pm 7,5\%$.

В 55,1% случаев имели место осложнения и ряд сопутствующих заболеваний у матери во время беременности, которые могли стать основной или косвенной причиной возникновения данного порока развития.

Сочетанные пороки развития выявлены у $30,7 \pm 5,2\%$ больных. В структуре последних преобладали пороки развития желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и мочеполовых органов. Тяжелые, несовместимые с жизнью, anomalies развития желудочно-кишечного тракта, изолировано и в сочетании с пороками развития сердечно-сосудистой системы наблюдались у 10,2% больных.

Следует отметить, что, несмотря на типичное внешнее проявление, клиническая картина грыж пупочного канатика достаточно вариабельна.

Анализ собственного материала и данных литературы показывает, что клинические проявления, врачебная тактика и прогноз при данном пороке развития зависят от ряда факторов, главными из которых являются:

1. Величина и форма грыжевого выпячивания.
2. Состояние оболочек грыжевого мешка.
3. Наличие сочетанных пороков развития и сопутствующих заболеваний.
4. Степень доношенности новорожденных.
5. Сроки поступления новорожденных в стационар с момента рождения.

Классификация грыж пупочного канатика, предложенная Г.А. Баировым (1997г.), на наш взгляд, наиболее рациональна и удобна в практическом отношении.

Руководствуясь данной классификационной схемой, новорожденные с грыжами пупочного канатика были распределены следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Распределение новорожденных с грыжами пупочного канатика в зависимости от величины грыжевого выпячивания

Величина грыж	Количество больных	%
Небольшие	17	21,8
Средние	27	34,6
Большие	34	43,6
Всего	78	100,0

В наших наблюдениях в 78,2% случаев имели место грыжи пупочного канатика средних и больших размеров. Было отмечено, что грыжи малых размеров в подавляющем большинстве случаев, встречались у доношенных новорожденных.

Неосложненные грыжи пупочного канатика имели место у 33 новорожденных, что составило 42,3% от общего количества больных. Следует отметить, что у данной группы больных по мере увеличения размеров грыжи в грыжевой мешок дистопировалась часть печени, а также другие органы брюшной полости.

Из 42 (53,8%) новорожденных с состоятельными оболочками грыжевого мешка, только у 7 (16,7%) больных отмечалась грибовидная форма грыжи. Наш опыт свидетельствует, что новорожденные с данной формой грыж пупочного канатика нуждаются в проведении экстренного оперативного вмешательства ввиду опасности ущемления содержимого грыжи в узком дефекте апоневроза передней брюшной стенки.

Осложнения грыж пупочного канатика имели место у 45 (57,7%) новорожденных. Клиническая картина осложненных грыж отличается большим полиморфизмом клинических проявлений, присущих каждому виду осложнения.

Наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении является внутриутробный разрыв оболочек грыжевого мешка, который наблюдался у 18 (23%) новорожденных. Вследствие внутриутробно протекающего воспалительного процесса у всех больных данной группы, эвентрированные органы были подвержены значительным морфологическим и функциональным нарушениям на фоне различной степени выраженности перитонита.

Согласно нашим данным, полученным при аутопсии у $26,9 \pm 5,2\%$ новорожденных с грыжами пупочного канатика, имели место различные сопутствующие заболевания, которые не были диагностированы при жизни ребенка.

Мы считаем, что данное обстоятельство может быть обусловлено следующими причинами:

1. Преобладание в клинической картине заболевания симптомов, патогенетично связанных с проявлениями самого порока развития и с аномалиями других органов и систем;

2. Патоморфозом некоторых симптомов определенных нозологических форм при проведении интенсивной терапии или вскоре после проведенного оперативного вмешательства;

3. Трудности проведения дифференциальной диагностики с вновь наслаивающимися заболеваниями;

4. Дефицит времени для проведения дифференциальной диагностики с вновь наслаивающимися заболеваниями;

Дифференциальная диагностика грыж пупочного канатика проводилась в основном с двумя пороками развития (гастрошизис и расширенная пуповина), ввиду сходства некоторых клинических проявлений при различной тактике их коррекции.

Методы исследования

Нами были применены:

1. Традиционные методы исследования.

(акушерский анамнез, клинический осмотр, пальпация, аускультация).

2. Определение величины, формы грыжевого выпячивания и размера дефекта апоневроза передней брюшной стенки.

3. Лабораторная диагностика.

4. Рентгенологические исследования.

(проведение рентгенологических методов исследования у 11 новорожденных позволило выявить некоторые сочетанные пороки развития, сопутствующие заболевания, а также осложнения в ближайшем послеоперационном периоде. Немаловажное значение имело определение размера дефекта апоневроза передней брюшной стенки и характера грыжевого содержимого, что позволяет получить косвенные данные о соотношении их объемов и, соответственно судить о степени недоразвития брюшной полости. Выявлены особенности рентгенологической картины присущие данному пороку развития, выражающиеся в ряде рентгенологических признаков повышенного внутрибрюшного давления).

5. Ультразвуковое исследование.

(определение характера содержимого грыж пупочного канатика, уточнение топографии, размера и функционального состояния, а также структуры органов брюшной полости; выявление сочетанных пороков развития и сопутствующих заболеваний; оценка отдаленных результатов лечения).

Следует отметить, что информативность ультразвуковой диагностики значительно возрастает при изучении отдаленных результатов лечения грыж пупочного канатика, так как уточнение синтопии и анатомического строения органов брюшной полости позволяет выбрать наиболее адекватную тактику дальнейшей коррекции выявленной патологии.

Статистическая обработка проведена по методике А.М. Меркова и А.Е. Полякова (1974) с применением относительных показателей, средних величин и критерия достоверности Стьюдента.

Содержание работы

При лечении грыж пупочного канатика нами применялись два основных метода лечения – консервативный и оперативный.

Консервативное лечение

Консервативный метод лечения грыж пупочного канатика был применен у 23 новорожденных, что составило 29,5% от общего количества больных.

Распределение новорожденных в зависимости от размеров грыж пупочного канатика представлены на рис.1.

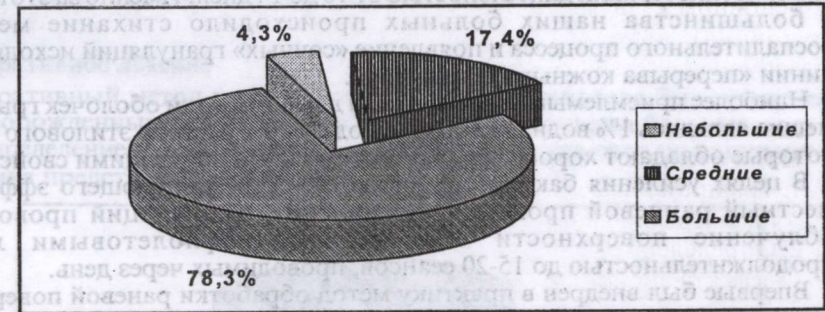


Рис.1. Распределение новорожденных по величине грыж пупочного канатика

У 18 новорожденных изменений со стороны оболочек грыжевого мешка не отмечалось, у 4-х больных имелись признаки воспалительного процесса в оболочках грыжи, у одного больного – угроза разрыва оболочек.

Сочетанные пороки развития выявлены у 8 новорожденных, сопутствующие заболевания – у 7 пациентов.

Нами выработан комплексный подход к тактике и способам проведения консервативного метода лечения при грыжах пупочного канатика.

Мы считаем, что необходимость использования данного метода лечения патогенетически связана с особенностями возникновения этого порока развития.

Основная цель консервативного лечения заключается в создании условий для «временной адаптации» организма новорожденного к имеющемуся пороку развития и профилактике тех его осложнений, которые являются наиболее частой причиной летальных исходов.

Разработан комплексный подход к тактике и способам проведения консервативного метода лечения грыж пупочного канатика, состоящий из взаимосвязанных и последовательно осуществляемых лечебных мероприятий, основными из которых являлись:

1. Комплекс общеукрепляющих мероприятий.

2. Методы воздействия на процесс краевой эпителизации оболочек грыжевого мешка.

3. Методы профилактики и купирования местного воспалительного процесса в оболочках грыжи.

4. Комплекс мероприятий, направленный на увеличение объема брюшной полости и, соответственно, уменьшение размеров грыжевого выпячивания.

5. Лечение сопутствующих заболеваний.

6. Симптоматическая терапия при сочетанных пороках развития.

Обеспечение адекватного ухода и организация рационального вскармливания новорожденных являлись основными составляющими общеукрепляющих мероприятий.

Методы воздействия на процесс эпителизации оболочек грыжевого мешка неразрывно связаны со способами профилактики и купирования воспалительного процесса в них. В этих целях всем новорожденным с первых часов поступления в стационар назначали курс парентеральной антибиотикотерапии длительностью от 10 до 14 дней. Именно за этот период у большинства наших больных происходило стихание местного воспалительного процесса и появление «сочных» грануляций исходящих от линии «перерыва кожных капилляров».

Наиболее приемлемыми препаратами для обработки оболочек грыжевого мешка являлись 1% водная настойка йода и 70% раствор этилового спирта, которые обладают хорошими антисептическими и дубящими свойствами.

В целях усиления бактерицистического и стимулирующего эффекта на местный раневой процесс и «оживления» грануляций проводилось облучение поверхности оболочек ультрафиолетовыми лучами продолжительностью до 15-20 сеансов, проводимых через день.

Впервые был внедрен в практику метод обработки раневой поверхности оболочек грыжевого мешка путем использования инфракрасного лазерного облучения в сочетании с магнитотерапией. По нашему мнению, применение данного метода является наиболее патогномичным при этом пороке развития, учитывая слабую васкуляризацию оболочек грыжевого мешка.

Согласно нашим данным у большинства больных уплотнение оболочек происходило через 24-48 часов от начала лечения. Грануляционная ткань появлялась на 5-6 день, завершение процессов грануляции оболочек приходилось на 10-15 день лечения, отторжение грануляционной корки – на 20-25 день. Сроки полной эпителизации грыжевого мешка варьировали от одного до двух месяцев от начала лечения.

В первые дни поступления новорожденных в стационар проводился комплекс лечебных мероприятий, направленных на увеличение неразвитой брюшной полости и уменьшение размеров грыжевого выпячивания. Это достигалось путем дозированного давления на всю поверхность грыжевого выпячивания эластическим чулком, фиксирующим асептическую повязку, покрывающую оболочки грыжи. После формирования относительно плотного соединительно-тканного каркаса из оболочек грыжевого мешка, в комплекс лечебных мероприятий включался метод активной тренировки брюшной полости с использованием дозированного давления на грыжевое выпячивание циркулярно наложенной манжеты, в полость которой нагнеталось необходимое количество воздуха для создания определенного давления через ее стенку. Основным условием успешного проведения данных методов являлся тщательный контроль за состоянием больного в виду опасности резкого повышения внутрибрюшного давления.

В результате проведенного лечения у всех больных данной группы отмечалось уменьшение размеров грыжевого выпячивания. Каких-либо осложнений, связанных с использованием данных методов, нами не наблюдалось.

При проведенном консервативном методе лечения грыж пупочного канатика у наших больных летальность составила 17,4%. Причем только в одном случае причиной летального исхода явилось прогрессирующее течение местного воспалительного процесса в оболочках грыжевого мешка на фоне глубокой недоношенности и быстрого присоединения тяжелого воспалительного процесса в легких.

Во всех остальных случаях причиной смерти новорожденных являлось присоединение различных сопутствующих заболеваний, не связанных с методикой проведения консервативного способа лечения грыж пупочного канатика.

Оперативное лечение

Оперативный метод лечения грыж пупочного канатика был применен у 55 новорожденных, что составило 70,5% от общего числа больных.

Распределение новорожденных в зависимости от размеров грыж пупочного канатика представлены на рис.2



Рис.2. Распределение новорожденных с грыжами пупочного канатика в зависимости от размеров грыжи

Среди данной группы больных доношенных новорожденных было 33 (60,0%), недоношенных – 22 (40,0%).

У 35 (63,6%) новорожденных отмечался разрыв оболочек грыжевого мешка. Причем, у подавляющего числа больных (22 новорожденных) отмечалась «акушерская» врожденная эвентрация. У 20 (36,4%) новорожденных оболочки грыжевого мешка были не изменены.

Сочетанные пороки развития выявлены у 18 (32,7%) новорожденных, сопутствующие заболевания – у 7 (12,7%) пациентов.

Основной целью оперативного метода лечения грыж пупочного канатика являлось вправление содержимого грыжевого выпячивания или части его в брюшную полость с последующим закрытием дефекта передней брюшной стенки.

При выборе рационального метода хирургического лечения грыж пупочного канатика мы считаем необходимым учитывать ряд особенностей, присущих данному пороку развития:

1. Зависимость размеров грыжевого выпячивания или количества и характера эвентрированных органов от объема брюшной полости и их обратное соотношение;

2. Опасность резкого повышения внутрибрюшного давления во время операции и в послеоперационном периоде, вследствие форсированного и неадекватного вправления грыжевого содержимого в неразвитую брюшную полость;

3. Состояние оболочек грыжевого мешка;

4. Неблагоприятный преморбидный фон и частое сочетание данного порока развития с пороками развития других органов и систем, а также с различными сопутствующими заболеваниями.

Средняя продолжительность предоперационной подготовки не превышала 3-4-х часов с момента поступления в стационар.

Мы считаем, что этот период времени является наиболее оптимальным для проведения необходимых лечебных мероприятий и выполнения необходимых диагностических исследований.

Проведение общей анестезии у 30 (54,5%) больных было осуществлено по эндотрахеальному методу и у 25 (45,5%) применялся аппаратно-масочный наркоз.

Мы применяли три основных способа хирургической коррекции данного порока развития:

1. Одномоментная радикальная операция – у 35 (63,6%) больных.

2. Двухмоментная операция – у 12 (21,8%) больных.

3. Различные варианты многоэтапных, малоинвазивных операций – у 8 (14,6%).

Среди больных, которым была применена одномоментная радикальная операция, грыжи малых размеров имели место у 15 (42,9%) больных, средних размеров – у 18 (51,4%) и больших размеров – у 2-х (5,7%) новорожденных.

У 17 (48,6%) новорожденных отмечался разрыв оболочек, у 18 (51,4%) пациентов оболочки грыжевого мешка были не изменены.

Показаниями к применению одномоментной радикальной операции являлись:

1. Неосложненные грыжи небольших размеров;

2. Неосложненные грыжи средних размеров;

3. Осложненные разрывом оболочек грыжи пупочного канатика, при которых диаметр дефекта передней брюшной стенки соответствовал общепринятым размерам при небольших и средних грыжах (до 5 см. в диаметре);

4. Грыжи небольших и средних размеров с установленной кишечной непроходимостью, требующими проведения экстренного оперативного вмешательства.

Радикальная операция у 19 (54,3%) больных была проведена аппаратно-масочным способом общей анестезии, у 16 (45,7%) пациентов – по эндотрахеальному методу.

В послеоперационном периоде всем новорожденным проводился комплекс лечебных мероприятий, направленных в первую очередь на адаптацию ребенка к повышенному внутрибрюшному давлению. Несмотря на проводимое лечение, у 25 (71,4%) новорожденных отмечалось развитие пареза кишечника, что обычно сопровождалось явлениями дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, а также признаками общей интоксикации организма.

Согласно нашим данным, подавляющее большинство больных, скончавшихся в первые сутки после операции, составили новорожденные с грыжами пупочного канатика средних и только в одном случае с грыжей малых размеров. Это может свидетельствовать о неадекватно выбранной тактике оперативного метода лечения и о стремлении к радикальной коррекции данного порока развития без учета его патогенетических особенностей.

Летальность при данном способе хирургического лечения грыж пупочного канатика составила 60,0%. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре не превышала 13,7 койко-дня.

Двухмоментная операция была применена у 12 новорожденных, что составило 21,8% от общего количества больных.

Грыжи малых размеров имели место у одного новорожденного, средних размеров у 3 больных и больших размеров у 8 больных. Только у одного из новорожденных изменений со стороны оболочек не отмечалось. Во всех других случаях (11 пациентов) имел место разрыв оболочек. Сочетанные пороки развития были выявлены у 4-х новорожденных.

Показаниями к проведению двухмоментной операции являлись:

1. Большие и средние грыжи пупочного канатика, осложненные разрывом оболочек или наличием сочетанного порока развития, требующего проведения экстренного оперативного вмешательства;

2. Неосложненные грыжи средних размеров;

3. Все случаи, когда вправление и ушивание передней брюшной стенки могло сопровождаться чрезмерным повышением внутрибрюшного давления.

У 10 новорожденных общая анестезия осуществлялась по эндотрахеальному методу, у 2 больных – аппаратно-масочным способом.

В ближайшем послеоперационном периоде у всех больных отмечался выраженный парез кишечника с явлениями дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Несмотря на проводимое лечение, направленное на декомпрессию желудочно-кишечного тракта и поддержания витальных функций организма, у 6 (50,0%), в первые сутки после операции, на фоне дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности наступил летальный исход.

Летальность при данном способе оперативного лечения грыж пупочного канатика составила 83,3%.

Многоэтапные, малоинвазивные способы хирургического лечения грыж пупочного канатика были применены у 8 новорожденных, что составило 14,6% от общего количества больных.

Грыжи больших размеров имели место у 7 новорожденных, средних размеров – у одного больного. У 6 новорожденных отмечался разрыв оболочек. Неизмененные оболочки отмечались у 2 новорожденных.

Сочетанные пороки развития выявлены у 4-х новорожденных, сопутствующие заболевания – у 4-х пациентов.

Малоинвазивные способы оперативных вмешательств являлись многоэтапными операциями. Мы распределили их на три основных типа:

1. Оперативные вмешательства, направленные на восстановление целостности оболочек грыжевого мешка, путем их ушивания и вправления части содержимого грыжи в брюшную полость;

2. Оперативные вмешательства, направленные на закрытие дефекта апоневроза различными синтетическими материалами и амниотическими оболочками;

3. Оперативные вмешательства, объединяющие элементы операций первого и второго типа.

Каких-либо осложнений во время проведения оперативных вмешательств или в послеоперационном периоде, связанных с характером и техникой операции нами не отмечалось. Летальный исход у 4 больных был предопределен наличием несовместимых с жизнью сочетанных пороков развития и различных сопутствующих заболеваний.

Опираясь на наш опыт проведения данных оперативных вмешательств, считаем использование этих методов операций наиболее перспективными ввиду их малой травматичности. Кроме того, подобные малоинвазивные методы хирургического лечения грыж пупочного канатика относятся к числу наиболее патогенетически обоснованных способов лечения данной патологии.

Летальность при данных способах хирургического лечения грыж пупочного канатика составила 62,5%.

Таким образом, общая летальность при хирургическом лечении грыж пупочного канатика у наших больных составила 65,5%. (рис.3)



Рис.3. Результаты хирургического лечения грыж пупочного канатика

При проведении сравнительной оценки консервативного и оперативного методов лечения грыж пупочного канатика, мы пришли к выводу, что применяемый в нашей клинике консервативный метод лечения является более патогенетически обоснованным и, следовательно, перспективным при лечении данного порока развития.

Согласно нашим данным, общая летальность при всех способах хирургического лечения грыж пупочного канатика в 3,7 раза выше аналогичного показателя при консервативном методе (рис.4). Кроме того, летальность при консервативном методе лечения ниже уровня летальности при каждом отдельно взятом хирургическом способе лечения грыж пупочного канатика.

При хирургическом лечении неосложненных грыж пупочного канатика летальность составила 42,8%, что в 2,4 раза выше аналогичного показателя при консервативном методе.

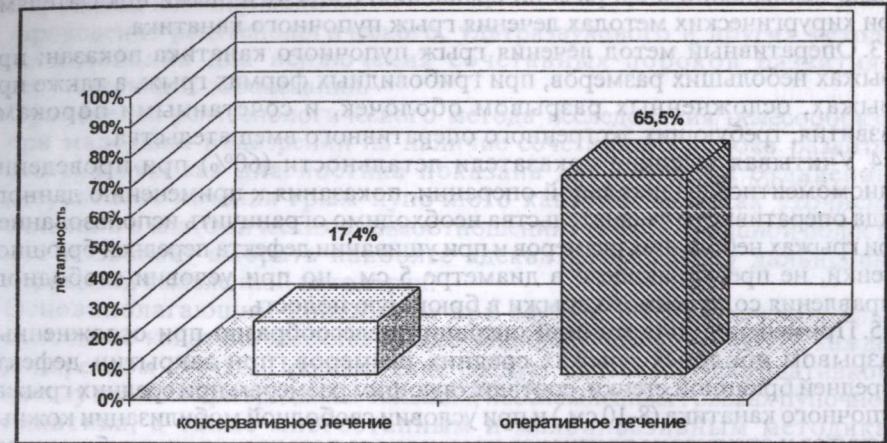


Рис.4. Показатели летальности при консервативном и оперативном методах лечения грыж пупочного канатика

Частота осложнений при проведении консервативного метода лечения в 2,8 раза ниже по сравнению с аналогичным показателем при хирургических методах лечения грыж пупочного канатика.

Отдаленные результаты лечения были изучены у 21 пациента. Сроки наблюдения за детьми колебались от 2 до 12 лет.

По нашему мнению, наиболее благоприятным сроком для устранения вентральных грыж, является возраст от одного года до 2 лет.

Оперативное лечение в эти сроки было проведено у 11 больных. У всех больных отмечались благоприятные исходы после пластики вентральных грыж. Летальности при данных операциях не было. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 19,7 койко-дня.

Из 21 больного с грыжами пупочного канатика, обследованного в различные сроки после проведенного лечения, у 17 были получены хорошие отдаленные результаты. У всех обследованных детей отставания в физическом и психомоторном развитии не выявлено. При проведении различных диагностических методов исследования, патологии со стороны органов и систем не обнаружено.

ВЫВОДЫ

1. В 30,7% случаев грыжи пупочного канатика сочетаются с другими пороками развития, 10,2% которых несовместимы с жизнью.

2. Консервативный метод лечения при неосложненных грыжах средних и больших размеров является наиболее целесообразным и патогенетически обоснованным. В результате использования данного способа лечения грыж пупочного канатика удалось снизить показатель летальности в 2,4 раза и

число осложнений в 2,8 раза по сравнению с аналогичными показателями при хирургических методах лечения грыж пупочного канатика.

3. Оперативный метод лечения грыж пупочного канатика показан: при грыжах небольших размеров, при грибовидных формах грыж, а также при грыжах, осложненных разрывом оболочек, и сочетанными пороками развития, требующих экстренного оперативного вмешательства.

4. Учитывая высокие показатели летальности (60%) при проведении одномоментной радикальной операции, показания к применению данного вида оперативного вмешательства необходимо ограничить использованием при грыжах небольших размеров и при ушивании дефекта передней брюшной стенки, не превышающего в диаметре 5 см., но при условии свободного вправления содержимого грыжи в брюшную полость.

5. Применение двухэтапной операции целесообразно при осложненных разрывом оболочек грыжах средних размеров, при закрытии дефекта передней брюшной стенки, соответствующим размерам при средних грыжах пупочного канатика (8-10 см.) и при условии свободной мобилизации кожных лоскутов и отсутствия признаков чрезмерного повышения внутрибрюшного давления.

6. При грыжах пупочного канатика больших и средних размеров, осложненных разрывом оболочек грыжевого мешка или наличием сочетанных пороков развития, требующих проведения экстренного оперативного вмешательства наиболее перспективными являются малоинвазивные, многоэтапные оперативные вмешательства, направленные на закрытие дефекта путем ушивания оболочек или с использованием биологических и синтетических материалов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Оказание квалифицированной помощи новорожденным с грыжами пупочного канатика следует начинать с момента рождения ребенка в условиях родильного дома врачами-неонатологами, в условиях районных больниц – врачами – педиатрами и детскими хирургами. Основной целью данных мероприятий является профилактика осложнений и поддержание витальных функций организма в раннем неонатальном периоде.
2. Необходима немедленная транспортировка новорожденных с данным видом порока в детский хирургический стационар, которая должна осуществляться в сопровождении медицинского работника, обеспечивающего адекватный контроль и уход за ребенком.
3. Ввиду возможного применения амниотических оболочек во время закрытия дефекта передней брюшной стенки необходимо внедрить в практику доставку плодных оболочек плаценты, помещенных в стерильный физиологический раствор. Новорожденные должны быть доставлены в клинику с данными амниотическими тканями.
4. Алгоритм обследования новорожденных с грыжами пупочного канатика при поступлении в хирургический стационар включает:
-клинический осмотр с определением степени тяжести состояния больного,

уточнением характера и вида грыжи пупочного канатика в соответствии с принятой классификацией;

-проведение рентгенологического, ультразвукового и других методов исследования для исключения сочетанных пороков развития и сопутствующих заболеваний.

5. Применение рентгенологического метода исследования целесообразно при малейшем подозрении на наличие сочетанного порока развития. Ультразвуковая диагностика показана для изучения отдаленных результатов лечения грыж пупочного канатика, так как уточнение синтопии и анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, что позволяет выбрать наиболее адекватную тактику дальнейшей коррекции выявленной патологии.
6. Основопологающим принципом при выборе метода лечения грыж пупочного канатика является строго индивидуальный подход в каждом конкретном случае. Предпочтение следует отдавать консервативному методу лечения при средних и больших, неосложненных грыжах пупочного канатика, а также многоэтапным и малоинвазивным методикам оперативных вмешательств, которые относятся к числу наиболее патогенетически обоснованных способов лечения данной патологии.
7. В целях профилактики и купирования воспалительного процесса в оболочках грыжи всем новорожденным с первых часов поступления необходимо парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия в строго возрастных дозировках.
8. Применение комбинированного ультрафиолетового и инфракрасного лазерного облучения оболочек в сочетании с магнитотерапией позволяет улучшить процессы эпителизации грыжевого мешка и сократить сроки формирования вентральной грыжи.
9. Внедрение в комплекс консервативного лечения грыж пупочного канатика метода активной тренировки брюшной полости путем использования дозированного давления на грыжевое выпячивание пневматической манжеты и эластического чулка позволяет уменьшить размеры грыжевого мешка.
10. Средняя продолжительность предоперационной подготовки не должна превышать 3-4 часов с момента поступления новорожденных в стационар.
11. Основным условием успешного применения оперативного метода лечения грыж пупочного канатика является строго индивидуальный контроль за функцией органов дыхания и кровообращения в момент погружения содержимого грыжи в брюшную полость и при ушивании дефекта передней брюшной стенки.
12. В ближайшем послеоперационном периоде следует использовать комплекс лечебных мероприятий, направленных на декомпрессию желудочно-кишечного тракта и борьбы с парезом кишечника, а также поддержания витальных функций организма.
13. Наиболее благоприятным сроком пластики вентральных грыж является возраст от 1 года до 2-х лет.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Консервативное лечение больших грыж пупочного канатика // Вопросы охраны материнства и младенчества. Бишкек. – 1990.-С.175-178.
2. Тактика лечения грыж пупочного канатика у новорожденных // Материалы международного симпозиума «Клиническая медицина и региональное здравоохранение», Калининград, 1995, С.54-56.
3. Possible ways of lethality reduction in children with umbilical cord hernia // Third regional congress of pediatrics of central Asia and Turkey with participation. Almaty, Kazakstan, 1996, p.212. Kononov V.S.
4. Неинвазивные лучевые методы исследования у детей с грыжами пупочного канатика // Азиатский вестник акушеров-гинекологов.- Бишкек, № 1 (том 5).-1999.-С.12-15.
5. Способы хирургического лечения грыж пупочного канатика у новорожденных // В сб. Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе. - Бишкек.2000.-С.134-140.
6. Отдаленные результаты лечения грыж пупочного канатика у детей // В сб. Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе. – Бишкек,2000.-С.140-145. Соавтор: Марков А.С.
7. К вопросу о классификации, диагностике и лечении врожденной кишечной непроходимости желудочно-кишечного тракта у детей // В сб. Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе. – Бишкек,2000.-С.145-152/соавт. Марков А.С., [Майтиков К.К.]
8. Организационные аспекты помощи новорожденным с грыжами пупочного канатика в условиях родовспомогательных учреждений // Природные лечебные ресурсы Кыргызстана и курорты федерации профсоюзов: возможности и проблемы: Сб.матер.научно-практ.конф.- Бишкек, 2000.-С.391-395.
9. Выбор тактики лечения при неосложнённых грыжах пупочного канатика // Азиатский вестник акушеров-гинекологов.-Бишкек, № 1-2 (том 7).-2000.-С.15-18.

Заказ 436. Объем 1 п.л.

Тираж 100 экз. Формат издания 60x84 1/16.

ОСО Фирма «БИЛА», ул. Л.Толстого, 100

АННОТАЦИЯ

В работе представлены результаты обследования и лечения 78 новорожденных с различными формами грыж пупочного канатика.

Рассматривается значение и последовательность диагностических методов исследования для выявления сочетанных пороков развития, сопутствующих заболеваний и оценки отдаленных результатов лечения.

Установлены критерии выбора хирургического и консервативного методов лечения грыж пупочного канатика.

Впервые приведены данные, наглядно показывающие преимущество консервативного метода лечения при неосложненных грыжах пупочного канатика средних и больших размеров.

Описываются методы многоэтапных оперативных вмешательств как наиболее патогенетически обоснованных при данном пороке развития.

Определены дифференцированные методики диспансеризации детей с грыжами пупочного канатика.

КОРУТУНДУ

Бул эмгекте 78 ымыркайдын киндик канатынын тубаса чурку оорусунун ар кыл түрүнүн изилдөөлөрү жана дарылануусу боюнча жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Эмгекте дартты тактоо ыкмаларынын кезеги, анын кошумча тубаса оорулары, сыркоолорду аныктоодогу мааниси, дарылоонун узак убакытындагы натыйжалары каралган. Киндик канатынын тубаса чурку оорусун хирургиялык жана консервативдик ыкма менен дарылоонун критерийлери далилденген. Кабылдоосу жок киндик орточо жана чоң көлөмдөгү канатынын тубаса чурку оорусун консервативдик ыкма менен дарылоонун артыкчылыгы алгачкы болуп көрсөтүлдү. Тубаса чурку оорусун көп этаптуу хирургиялык жол менен дарылоонун патогенетикалык жактан негизделгендиги көрсөтүлөт.

Балдардын киндик канатынын тубаса чурку оорусу менен диспансеризациялоонун дифференциялык ыкмалары аныкталган.

ANNOTATION

The results of the examination and treatment of 78 newborns with various forms of the umbilical cord hernia are given this work.

The importance of diagnostic methods for the establishment of combined defects of accompanying disease and and long-term results of treatment are considered.

The indications for the choice of the surgical and nonoperative methods of treatment of umbilical cord hernia are specified.

It was found that nonoperative treatment is the most physiological method for the treatment of medium and large umbilical cord hernia.

The methods of multistage surgical treatment are considered as the most well-founded methods of treatment of this disease.

Differential approaches of dispensary observation of children with umbilical cord hernia are determined.