

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ

© Аксельров П.М.

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М.А.

Тюменский государственный медицинский университет. Россия. Тюмень

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT FOR SMALL OMPHALOCELES

© Akselrov P.M.

Research supervisor DMedSci Akselrov M.A.

Тюменский государственный медицинский университет. Russia. Tyumen

Цель. Провести анализ лечения детей с омфалоцеле.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 38 детей с омфалоцеле 2001–2020 г. Мальчиков — 27, девочек — 11. 35 детей были доношенными, средняя масса тела $3198,6 \pm 693,4$ гр. 73% детей имели сочетанные пороки развития. Наиболее часто встречались ВПС.

Результаты. У 1 ребенка, имеющего большой дефект и поступившего с разорванными оболочками, применено постепенное вправление органов с использованием мешка. На 8 сутки петли кишечника удалось погрузить в брюшную полость и выполнить пластику брюшной стенки. 2 детям, поступившим в крайне тяжелом состоянии, обусловленном сочетанными пороками развития и дыхательной недостаточностью проведено консервативное лечение. Грыжевой мешок фиксировали вертикально и обрабатывали спирт содержащими растворами. Образующийся струп способствовал погружению петель кишечника. Через неделю, когда состояние детей стабилизировалось, проводили иссечение струпа и пластику брюшной стенки. У 34 пациентов проведено иссечение оболочек и первичная пластика передней брюшной стенки. У 3 детей, имеющих дефект апоневроза 2–4 см, использовали оригинальную методику аналогичную процедуре A. Bianchi, применяемой при гастрошизисе. Суть методики заключается в вправлении эвентрированных органов в брюшную полость. По уровню кожи накладывается оригинальная скобка. На следующие сутки используя тейп проводится сближение мышц передней брюшной стенки с целью уменьшения дефекта пупочного кольца. На 7 сутки проводится удаление скобки. Тейпирование, по разработанной схеме, продолжается до 6 месяцев. Эти пациенты выписаны и осмотрены в динамике через 6 и 12 месяцев. Косметический результат оценен родителями хороший. Дефекта апоневроза в области пупка не обнаруживается. Из всех пациентов умер 1 ребенок с множественными пороками развития. Летальность 2,6%.

Выводы. При дефекте апоневроза до 4 см предложенная методика может быть методом выбора и улучшить результаты лечения детей с этой патологией.