

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО АНАСТОМОЗА ОТКРЫТОГО ТИПА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Присуха И.Н.¹, Белоцерковцева Л.Д.², Бабич И.И.³, Аксельров М.А.⁴

¹ Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства

² Сургутский государственный университет

³ Ростовский государственный медицинский университет

⁴ Тюменский государственный медицинский университет

Введение. С увеличением количества недоношенных детей, ожидаемое повышение заболеваемости некротизирующим энтероколитом потребовало изменений в хирургической тактике и стратегии.

Цель исследования. представление результатов использования первичного анастомоза открытого типа в лечении некротизирующего энтероколита.

Материалы и методы. За 2008–2020 гг зарегистрировано 119 случаев некротизирующего энтероколита, из которых в 35,29% ($n = 42$) случаях успешной оказалась консервативная терапия, а в 64,70% ($n = 77$) развился «хирургический» НЭК. Гендерный состав пациентов: мальчики 69 (57,98%), девочки — 50 (42,01%). Средняя масса тела при рождении: 970 грамм [470; 1515]; сроки гестации 24–31 [26,6] нед.

В I периоде (2008–2013 гг) консервативно излечены $n = 10$ детей, во II периоде (2014–2020 гг) было $n = 32$ подобных случая.

Показания к операции устанавливали I периоде при перфорации кишечника, оперированы $n = 25$ пациентов. После резекции кишечника двойную энтеростомию в I периоде выполнили в 92,00% ($n = 23$) случаях, во 2 периоде — в 5,76% ($n = 3$) случаях.

Во 2 периоде оперативное пособие стремились выполнить до перфорации кишечника; всего оперировано $n = 52$ младенца, у 80,76% ($n = 42$) из которых, удалось опередить перфорацию кишечника, а в 19,23% ($n = 10$) случаях — после перфорации.

Первичный анастомоз открытого типа использовали: в I периоде у 8% ($n = 2$) детей; во 2 периоде у 86,53% ($n = 45$) пациентов, из которых — до перфорации у 42 младенцев (80,76%), у 3,84% ($n = 2$) — на этапах лапаростомы, у 1,92% ($n = 1$) — в ранние сроки после перфорации.

Результаты. Количество пациентов, потребовавших релапаротомии во II периоде, снизилось почти в 6 раз (с 20,58% до 3,65%, $\varphi^*_{эмп} = 2.721$).

Летальность при хирургическом НЭК в I периоде составила 44,00% ($n = 11$), во 2 периоде — 17,30% ($n = 9$), что ниже более чем в 2,2 раза ($\varphi^*_{эмп} = 2.437$ — в зоне значимости).

Заключение. За период исследования повысилась заболеваемость недоношенных детей некротизирующим энтероколитом.

В результате применения первичного анастомоза уменьшилось количество релапаротомий и достигнуто снижение летальности.