

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАЛЬРОТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Трофимов В.В.¹, Мокрушина О.Г.¹, Шумихин В.С.²,
Халафов Р.В.², Ерохина Н.О.², Петрова Л.В.²

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

² Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Обоснование. Первая лапароскопическая операция у новорожденного по поводу мальротации была выполнена в 1995 г. Van der Zee DC and Bax NMA. После этого распространение эндоскопической коррекции данного порока все чаще используется детскими хирургами, вытесняя лапаротомию. Однако проведение сравнительного анализа ограничено небольшими выборами пациентов, анализу подвергаются дети разных возрастных групп, что не позволяет делать достоверные выводы о преимуществах малоинвазивного метода лечения мальротации у новорожденных.

Цель: проведение сравнительного анализа лечения новорожденных с мальротацией в зависимости от способа коррекции.

Методы. В исследование вошло 78 новорожденных с мальротацией кишечника, у которых отсутствовала сочетанная или синдромальная патология, не было острого заворота с нарушением кровоснабжения кишечной стенки. Для проведения сравнительного анализа было сформировано 2 группы (способ проведения оперативного вмешательства). Исследуемую группу составили 35 пациентов, которым проведена операция лапароскопическим способом (лапароскопия), в контрольную группу вошло 43 пациента, которым проведена открытая операция (лапаротомия), из них 3 пациентам операция была начата лапароскопическим способом, но в дальнейшем проведена конверсия. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.4.8 (разработчик ООО «Статтех», Россия).

Результаты. Группы имели одинаковые антропометрические показатели, гестационный возраст. В структуре мальротации чаще всего встречался синдром Ледда в двух группах (80 и 74,4 %). Были обнаружены значимые различия в длительности операции при лапароскопии и лапаротомии (60 и 80 мин). Аппендэктомия выполнялась строго по показаниям и была выполнена у 2 детей из первой группы. Наше исследование показало, что в группе лапароскопии продолжительность продленной ИВЛ в первой группе было меньше и нахождение ребенка в отделении реанимации в послеоперационном периоде занимало более короткий период, данные отличия имели статистически значимые различия. Пассажи по ЖКТ восстанавливались быстрее у детей в исследуемой группе (2 и 3 сут). Пациенты начинали раньше питание после мини-инвазивного способа лечения (4 и 6 сут) и имели меньшее время перехода на полное энтеральное питание (9 сут против 12 сут). Пациенты из второй группы чаще требовали проведения стимуляции кишечника, были получены достоверные различия. Продолжительность пребывания в стационаре была меньше в первой группе (13 койко-дней против 21 койко-дня). Количество послеоперационных осложнений не отличалось в группах.

Заключение. Таким образом, лапароскопическая коррекция мальротации кишечника является приоритетным методом, демонстрирующим хорошие послеоперационные результаты. Однако подобные операции должны выполняться в центрах, имеющих большой опыт в лечении подобных пациентов.

Ключевые слова: мальротация; лапароскопия; новорожденные; операция Ледда; синдром Ледда.