

УДК: 616.34-089.86-003.96-053.2-089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЦАМИ

А.А. Лосев, И.Р. Диланян,
Н.В. Сиволап, Д.А. Самофалов,
А.В. Коссей, И.С. Белестов,
Н.Р. Гаврилишен, Ю.Е. Качковский,
В.В. Горелик

Одесский национальный медицинский
университет МЗ Украины,
Одесская областная клиническая больница
(г.Одесса, Украина)

Ключевые слова: кишечный свищ,
новорождённый ребёнок, стомирование.

Резюме. На основании анализа результатов лечения 92 новорождённых с использованием кишечных стом в Одесской областной детской клинической больнице выявлены наиболее частые осложнения стомирования, обобщены меры профилактики данных осложнений и их лечения.

Актуальность

В связи с увеличением количества оперативных вмешательств на кишечнике у новорождённых все больше внимания уделяется вопросам кишечного стомирования. Это связано с тем, что одновременно существуют как явные преимущества коло- и энтеростомии, так и выраженные недостатки данной операции, вплоть до возникновения жизнеугрожающих осложнений. В то же время, выполнить некоторые операции без этапа стомирования не представляется возможным [1,6]. В связи с сохраняющимися до настоящего времени противоречивыми взглядами на данную проблему остаются актуальными вопросы показаний и методики наложения кишечных стом, ухода за ними, выбора сроков закрытия коло- и энтеростом, а также профилактики и лечения осложнений стомирования [2,4,5,6].

Цель исследования

На основании собственных наблюдений проанализировать результаты лечения новорождённых с использованием кишечных стом. Обобщить показания к их наложению, срокам закрытия, а также разработать методы профилактики и лечения осложнений.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 92 новорождённых с хирургическими заболеваниями, потребовавшими наложения коло- или энтеростомы в ургентном и плановом порядке, находившихся на лечении в Одесской областной детской клинической больнице с 2006 по 2012 годы.

За исследуемый период распределение больных по нозологическим формам и видам кишечных стом представлено в табл. 1.

Таблица 1**Распределение больных по нозологическим формам и видам кишечных стом**

Вид стомы/ нозология	колостома		илеостома		еюностома		Т-обр. анастомоз	Всего
	конц.	разд.	конц.	разд.	конц.	разд.		
НЭК	10	8	8	6	1	5	-	38
В/у некроз тонкой кишки	-	-	1	2	-	2	-	5
Атрезия подвзд. кишки	-	-	1	2	-	-	4	7
Атрезия толстой кишки	2	1	1	-	-	-	1	5
Атрезия ануса и прямой кишки	5	23	-	-	-	-	-	28
Болезнь Гиршпрунга	3	4	-	-	-	-	-	7
Мекониевый илеус	-	-	-	2	-	-	-	2
Всего	20	32	15	12	1	7	5	92

Осложнения энтеро- и колостомии наблюдались у 18 больных (19,6%). Их можно разделить на местные и общие, которые встречались изолированно или в сочетании друг с другом. К местным осложнениям относились: стеноз стомы – 5 (5,4%), эвагинация слизистой – 3 (3,2%), некроз свободного края стомы – 3 (3,2%), ретракция кишки – 3 (3,2%), кровотечение из края выведенной кишки – 3 (3,2%), ущемление выведенной кишки в ране с развитием непроходимости – 1 (1,8%). Общие осложнения проявлялись в виде формирования спонтанных кишечных свищей при существующей энтеростоме – 3 (3,2%), кахексия – 2 (2,2%), формирование параколостомических инфильтратов в брюшной полости – 1 (1,8%), грибковый сепсис – 1 (1,8%).

Результаты исследования и обсуждение

Показания к наложению стомы были urgentные – 74 случая (80,4%) и плановые – 18 случаев (19,6%). Плановое выведение кишечных стом применялось как первый этап оперативной коррекции пороков дистальных отделов толстой и прямой кишки – атрезия ануса и прямой кишки, болезнь Гиршпрунга с длинной зоной аганглиоза. В основном, в периоде новорожденности, использование искусственных кишечных свищей носило характер urgentных оперативных вмешательств. Непосредственными показаниями к стомированию в urgentном порядке были:

- выраженная разница диаметров приводящей и отводящей кишки при непроходимости кишечника (Т-образные анастомозы),
- некроз кишечной стенки при НЭК, тромбозе сосудов брыжейки, локальном завороте петли кишки при наличии перитонита;
- нарушение трофики и воспалительные изменения кишечной стенки при поздно диагностированной низкой кишечной непроходимости;
- подозрение на тотальную форму болезни Гиршпрунга, мекониевый илеус.

Методика наложения кишечных стом зависела от выявленной патологии, степени поражения кишечника (распространённость процесса, глубина патологических изменений кишки), состояния брюшной полости (перитонит, спаечный процесс) и уровня стомирования. При НЭКе, врожденной кишечной непроходимости, перитоните использовали раздельную энтеро- или колостомию, при этом приводящую и отводящую стому выводили на переднюю брюшную стенку вне

основного доступа и фиксировали двумя рядами швов. Свободный край приводящей кишки оставляли высотой не менее 1 см. Концевая кишечная стома выводилась при болезни Гиршпрунга, свищевых формах аноректальных пороков, низкой перфорации сигмовидной кишки. Для наложения концевой кишечной стомы использовали как основной оперативный доступ, так и контрапертуру на передней брюшной стенке, что определялось мобильностью брыжейки выводимой кишки. При мекониевом илеусе накладывали петлевую энтеростому по Микуличу.

Осложнения энтеростомии в наших наблюдениях были связаны со следующими причинами:

- техническими погрешностями оперативного вмешательства (неправильной оценкой кровоснабжения выводимой кишки, неадекватным по диаметру отверстием для стомы в передней брюшной стенке, излишней мобилизацией сосудов кишки, недостаточным гемостазом, повреждением стенки кишки при ее фиксации, натяжением брыжейки);

- степенью поражения кишки (перфорации, предперфорации, некроз стенки, истончение, трофические нарушения);

- общим соматическим состоянием ребенка (нестабильность гемодинамики, гипоксия, муковисцидоз, интоксикация).

Тактика при развившихся послеоперационных осложнениях зависела от характера осложнения.

При стенозе стомы начинали с консервативных мероприятий. Проводили бужирование зоны стеноза стомы поливинилхлоридным зондом, начиная с размера зонда, который пропускала стома. Оставляли зонд на сутки, отмывая кишку через него. На следующий день вводили зонд большего диаметра, ограничиваясь таким диаметром, который не травмировал кишку и не нарушал кровообращения в ее стенке. Таким образом уменьшить степень стеноза и избежать повторной операции удалось у 3-х больных.

Реконструкция стомы была проведена в 1-м случае при ущемлении кишки в ране с развитием непроходимости, у 1-го ребенка - в связи со стенозом стомы и развившимся вторичным мегаколоном и в 1-м случае – при некрозе свободного края кишки, её ретракцией и вторичным стенозом.

Для профилактики некроза свободного края стомы старались не использовать для выведения «сомнительную» в плане жизне-

способности кишку. Определяли жизнеспособность выводимой кишки на основании пульсации сосудов брыжейки и наличия кровотечения из среза кишки. Избегали излишней мобилизации выводимой кишки, предпочитая небольшое кровотечение из ее края полному обескровливанию. Кровотечение из стомированной кишки останавливали путём перевязки или точечной коагуляции кровоточащего сосуда при его визуализации, либо оборачиванием вокруг свободного края стомы полоски «Серджисела»- гемостатического материала из окисленной целлюлозы. Такая манипуляция позволяла быстро и эффективно остановить кровотечение и одновременно механически укрепляла выведенную кишку, способствуя профилактике ее «подсыхания». При этом кровотечение останавливалось в течение 10-15 секунд. При некрозе свободного края стомы в одном случае провели шадящую некрэктомию.

Течение послеоперационного периода определялось также уровнем наложения стомы. При высоких стомах выживаемость больных с еюностомами резко снижалась в связи с трудно купируемыми потерями жидкости, электролитов и белка. В связи с опасностью больших потерь собирали отделяемое из приводящей стомы и вводили его в проксимальный отдел – 3-е больных (3,3%). Для сбора химуса пользовались катетером Фоллея, соответствующего просвету кишки диаметра. Фиксировали катетер в кишке путем раздувания баллона, что одновременно исключало потери из кишки помимо катетера. В отводящую кишку также вводили катетер Фоллея и аналогично фиксировали. Химус, собираемый из приводящей кишки, вводили в отводящую с помощью инфузомата методом постоянной инфузии. Это являлось эквивалентом нормального энтерального питания, в отличие от болюсного введения химуса, при котором наблюдалась сниженная толерантность к энтеральной нагрузке (частый жидкий стул с непереваженными включениями, отсутствие положительной динамики веса). Метод введения химуса в отводящую кишку явился одновременно и профилактикой развития гипопротеинемии, кахексии, и тренировкой отводящей кишки для последующих реконструктивных операций. Использование гидролизированных смесей (Альфаре, Фрисопеп) позволяло ограничить или исключить дополнительное введение ферментов с пищей. Сроки закрытия искусственных кишечных

свищей зависели от нескольких параметров: уровня стомы, характера хирургической патологии, общего состояния ребёнка, наличия или отсутствия явлений перитонита.

При высокой энтеростоме (еюностома, высокая илеостома), в связи с выраженными потерями химуса, а также высокой его агрессивностью по отношению к коже передней брюшной стенки (формирование мацераций, язв, гипергрануляций), закрытие стом проводили после купирования явлений перитонита и восстановления перистальтики (13–16 сутки) – 6 больных (8,3%). При этом риск несостоятельности анастомоза был довольно высок, т.к. такие дети обычно находились в состоянии гипопротеинемии, гиповитаминоза, гипотрофии. В связи с этим, для укрепления анастомоза пользовались лоскутом Серджисела (2 (2,6%)), который накладывали циркулярно без дополнительной фиксации к кишке (самостоятельная фиксация материала к раневой поверхности происходила быстро и надежно).

При низких энтеростомах (терминальный отдел подвздошной кишки) формировался более густой стул; выраженных потерь белка, электролитов, ферментов с химусом не было. Это позволяло выписать больного из стационара, а через 2–3 месяца после первичной операции проводили закрытие стомы. Кроме того, данные сроки зависели от веса ребенка, выраженности первичного патологического процесса в брюшной полости, наличия или отсутствия сопутствующей патологии.

При толстокишечных стомах закрытие последних проводили после проведения реконструктивных операций в плановом порядке (аноректальные пороки) в общепринятые сроки, либо одновременно с реконструктивной операцией (атрезии толстой кишки, болезнь Гиршпрунга) при общем соматическом благополучии ребенка.

Энтеральное питание у стомированных больных начинали как можно раньше, при восстановлении пассажа по кишечнику. Не ждали полного исчезновения заброса желчи по зонду, начинали энтеральную нагрузку по уменьшению заброса и изменению его характера (более светлая желчь или желудочный сок, слегка окрашенная желчью). При этом начинали с введения кипяченой воды по 5–10 мл через зонд при открытом зонде. Если возвращалась вода в объёме равном или меньше вводимого, начинали закрывать зонд, открывая его непосредственно перед следую-

щим введением питья. Затем, при отсутствии нарастания заброса или его уменьшении, вводили смесь молока и воды 1:1, постепенно увеличивая дозу молока в смеси. Объём энтерального питания увеличивали постепенно по 1-2 мл на кормление в день. При необходимости добавляли ферментные препараты (креон, пангрол, дигестин). У маловесных детей и детей с недоношенностью 2-3 степени предпочитали введение гидролизированных и полугидролизированных смесей (Альфаре, Фрисопеп, Хипп гипоаллергенный), используя, в основном, полные гидролизаты.

Выводы

1. Наиболее опасными осложнениями стомирования были: стеноз стомы – 5 (5,4%), эвагинация слизистой – 3 (3,2%), некроз свободного края стомы – 3 (3,2%), ретракция

Література

1. Энтеро- и колостома в этапном лечении низкой кишечной непроходимости у новорождённых / В.В.Иванов, М.А.Аксельров, В.М.Аксельров [та ін.] // Детская хирургия. – 2006. – № 6. – С. 14–17.
2. Критерии для определения сроков закрытия энтеростом у новорожденных и детей первых месяцев жизни / Ф.Б.Попов, Т.К.Немилова, С.А.Караваяева, К.Д.Горелик // Детская хирургия. – 2004. – №6. – С. 10–12.
3. Dudrick S.J. Artificial nutritional support in patients with gastrointestinal fistulas / S.J. Dudrick, A.R. Maharaj, A.A. McKalvey // World J.Surg. – 1999. – Vol. 23, № 6. – P. 570–576.
4. Stoma complications: a multivariate analysis / J.C. Duchesne, Y.Z. Wang, S.L. Weintraub [et al.] // Am.Surg. – 2002. – Vol. 68, № 11. – P. 961–966.
5. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management / P.J. Aurumugan, L. Bevan, L. Macdonald [et al.] // Colorect. Dis. – 2003. – Vol. 5, № 1. – P. 49–52.
6. <http://www.astom.ru/ru/okazanie-reabilitatsionnoi-pomoshchi-detyam-so-stomoi-prichiny-vyvoda-stomyu-detei>.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗІ ШТУЧНИМИ КИШКОВИМИ НОРИЦЯМИ

*О.О. Лосев, І.Р. Діланян, Н.В. Сіволан,
Д.О. Самофалов, О.В. Коссей, І.С. Белестов, Н.Р.
Гаврілішен, Ю.Є. Качковський, В.В. Горелик*

Одеський національний медичний університет
МОЗ України,
Одеська обласна клінічна лікарня
(м. Одеса, Україна)

Резюме. На підставі аналізу результатів лікування 92 новонароджених з використанням кишкових стом в Одеський обласній дитячій клінічній лікарні виявлені найчастіші ускладнення стомування, узагальнені заходи профілактики цих ускладнень та їх лікування.

Ключові слова: кишкова нориця, новонароджена дитина, стомування.

кишки – 3 (3,2%), кахексія – 2 (2,2%).

2. В профилактике указанных осложнений важную роль играют строгое соблюдение технических приёмов, а также объективная оценка сопутствующих местных и общих патологических процессов.

3. Правильное проведение энтерального питания в послеоперационном периоде, с использованием введения химуса непрерывным методом в отключенную кишку, снижает риск развития белково-энергетической недостаточности и осложнений при проведении отсроченных реконструктивных операций.

4. Сроки закрытия искусственных кишечных свищей зависят от уровня выведенной стомы, характера хирургической патологии, потребовавшей наложения стомы, общего состояния ребенка, состояния брюшной полости.

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH ARTIFICIAL INTESTINAL FISTULAS

*O. Losev, I. Dilanyan, N. Sivolap, D. Samofalov,
A. Kossey, v I. Belestov,
N. Gavrilishen, Yu. Kachkovskiy, B. Gorelick*

Odessa National Medical University,
Odessa Regional Pediatric Hospital
(Odessa, Ukraine)

Summary. The most often complications of intestinal stomas, methods of their prophylaxis and treatment was generalized according to results of analyses of treatment of 92 newborns with intestinal stomas in Odessa.

Keywords: intestinal fistula, a newborn baby, stomirovanie.

*Рецензент: Професор кафедри дитячої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
д.м.н., професор Горбатюк О.М.*