

Литература:

1. Chan K.L. Laparoscopic repair of recurrent childhood inguinal hernias after open herniotomy / K.L.Chan // *Hernia*.–2007.–Vol.11.–P.37–40.
2. Laparoscopic hernioraphy: a better approach for recurrent hernia in boys / Yildiz A., Çelebi S., Akin M. et al. // *Pediatr. Surg. Int.*–2012.–Vol.28. – P. 449–453.
3. Management of pediatric inguinal hernias in the era of laparoscopy: results of an international survey / Zani A., Eaton S., Hoellwarth M. et al. // *Eur. J. Pediatr. Surg.*–2014.–Vol.24.–P.9–13.
4. Treef W. Characteristics of laparoscopic inguinal hernia recurrences / W.Treef, F.Schier // *Pediatr. Surg. Int.*–2009.–Vol.25.–P.149–152.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОЛО- И ЭНТЕРОСТОМИИ

Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь*

Введение. В настоящее время выведение колостомы или энтеростомы – этапы лечения врожденной и приобретенной патологии ЖКТ у детей. По данным разных авторов, осложнения при оперативном лечении, связанном со стомами, встречаются в 15–75% [1].

Цель работы. Провести анализ осложнений при наложении коло- и энтеростом и выделить тактические и технические ошибки, которые к ним привели.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения более 500 детей с патологией прямой и толстой кишки. Осложнения отмечены у 47 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто отмечены следующие осложнения: стеноз – у 16 пациентов, пролапс – у 13, некроз – у 7, кровотечение – у 11. Вид и количество осложнений не зависели от вида порока.

Кровотечения отмечены у 11 пациентов. Чаще всего оно вызвано травматизацией слизистой оболочки стомы и минимально по объему, поэтому останавливается самостоятельно или при наложении марлевой сухой салфетки. Кровотечение из кишечной стенки – должно быть остановлено в операционной различными методами хирургического гемостаза – прошивание, коагуляция. Самыми опасными являются кровотечения в брюшную полость (4 пациента), потребовавшие повторного оперативного вмешательства. В настоящее время основным методом диагностики внутрибрюшного кровотечения является УЗИ брюшной полости для определения интенсивности и объема кровотечения.

Ишемия или некроз были зафиксированы в раннем послеоперационном периоде в 7 случаях. Причина – недостаточное кровоснабжение, вызванное чрезмерной мобилизации брыжейки. В 5 случаях для ликвидации осложнения потребовалась дополнительная мобилизация кишки и брыжейки, чтобы произвести резекцию ишемизированной части и создать новую стому с хорошо перфузируемой кишкой без натяжения и нарушения кровоснабжения. Особенно бережно надо относиться к пациентам в возрасте 6–12 месяцев, у которых значительно выражена подкожная жировая клетчатка. Одной из причин ишемии был венозный застой при широкой, гипертрофированной кишке, вызванный пережатием апоневрозом, мышцами или кожей. В связи с этим пристальное внимание обращали на цвет слизистой: темно синий и черный цвет указывал на некроз. Если некроз был ограничен слизистой оболочкой и поверхностной фасцией, использовали выжидательный подход, но проводили динамическое наблюдение относительно его прогрессирования. В 2 случаях процесс остановился на уровне кожи, но в дальнейшем наступило стенозирование стомы.

Стеноз – одно из частых осложнений неправильно сформированной колостомы. Стеноз или стриктура стомы возникали на уровне кожи или на уровне фасции и апоневроза и клинически проявлялись уменьшением выделения кишечного содержимого из стомы. Для ликвидации стеноза в 10 случаях применяли осторожное бужирование расширителем Гегара. Диагностировали протяженность и степень стеноза с помощью рентгенологического и эндоскопического методов. В раннем послеоперационном периоде стеноз возник у 4 пациентов, в позднем послеоперационном периоде – у 11. При сужении просвета стомы нарушается опорожнение кишечника, вплоть до развития клиники кишечной непроходимости. При длительном существовании стеноза происходит рабочая гипертрофия стенки кишки, она становится утолщенной и резко увеличивается ее диаметр. Длительно существующая стриктура приводит к супрастенотическому расширению вышележащих отделов с развитием необратимых гипертрофических процессов в стенке кишки, в дальнейшем это может осложнить проведение основного этапа проктопластики. В случае образования стойкого сужения с нарушением функционирования стомы необходимо проведение реконструкции стомы. К возникновению стеноза в 5 случаях привел неправильный выбор места наложения колостомы – около пупка, рядом с гребнем подвздошной кости или в области «старого» послеоперационного рубца; выведенная кишка была деформирована плотными тканями в этих зонах.

Эвагинация колостомы – следствие технических ошибок при ее создании. Пролапс стомы являлся самым частым осложнением и составил 11 случаев. Особенно часто пролабировали петлевые колостомы, (6 случаев). При илеостомии пролапс наблюдался в 3 случаях. Пролапс стомы мешает использовать калоприемник, тем самым вызывая подтекание содержимого кишечника. Кишечник травмируется из-за высыхания либо плохо надетого калоприемника, как следствие – изъязвления и кровотечения. Не-

правильно выбранное место выведения стомы отмечено в 15 случаях, причем во всех случаях операция по наложению колостомы выполнялась в других лечебных учреждениях. Было отмечено рубцевание стомы, что можно объяснить тканями, измененными около выведенной стомы. Отмечено в 5 случаях. Выведение стомы в поясничной области, области пупка не дает возможности пользоваться калоприемником, что затрудняет уход за стомой. В паховой области, кроме того, создает опасность повреждения семявыносящих протоков и сосудов при мобилизации стомы при операциях по поводу их закрытия.

Перфорация кишки вблизи колостомы. Наблюдали 5 пациентов с последующим развитием гнойных осложнений, возникших при перфорации стенки кишки. В случае, если перфорационное отверстие кишки сообщается с брюшной полостью – возникает перитонит. Если отверстие между брюшиной и кожей – при фиксации кишки к мышцам и апоневрозу – возникает гнойное воспаление подкожной клетчатки, вплоть до развития анаэробного (1 пациент).

Мацерация. Чаще возникало при выведении энтеростомы, в связи с агрессивным содержимым, выделяемым из тонкой кишки пациента. До 1998 года до рутинного использования калоприемников, было довольно часто, у 30–40% пациентов. С появлением калоприемников количество данного вида осложнений значительно уменьшилось, в период 2010–2014 гг. – 5%.

Выводы. Колостомия и энтеростомия – важный и ответственный этап лечения, особенно в периоде новорожденности. Проводить данную операцию по национальным протоколам можно лишь на уровне областной больницы, главное – наличие специализированного отделения детской анестезиологии и реанимации, имеющего опыт работы с новорожденными.

Литература:

1. Oda O, Davies D, Colapinto K, Gerstle JT. Loop versus divided colostomy for the management of anorectal malformations. J Pediatr Surg. 2014 Jan;49(1): 87–90

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Дмитриев Ю.В.¹, Шайдулин С.В.¹, Баровский А.Н.¹,
Ромашевская И.П.²

¹ Гомельская областная клиническая больница

² Республиканский научно-практический центр радиационной
медицины и экологии человека, Гомель

Введение. Наиболее частыми показаниями к проведению спленэктомии у детей являются гематологические заболевания, такие как наследственные гемолитические анемии и идиопатическая тромбоцитопениче-