

Колоилеостома как метод лечения пороков развития и хирургических заболеваний у детей



**В.И. Сушко¹, В.А. Дегтярь¹,
А.В. Сушко², А.П. Гладкий²,
М.О. Каминская¹**

¹ Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины

² Днепропетровская областная детская
клиническая больница

В статье представлены: исторический аспект выполнения различных колостом, единая классификация колостом, методика их выполнения, перечень пороков развития и хирургических заболеваний, при которых чаще всего показано наложение илеоколостом, возрастной состав детей. Приведены особенности выполнения оперативных вмешательств при одноствольной колостоме, двуствольной, пристеночной, а также илеостоме обычной и петлевой. Описаны возможные осложнения кишечных стом, которые подразделяются на ранние (нагноение раны, эвагинация, ранняя отсроченная спаечная кишечная непроходимость, несостоятельность кишечного шва, перитонит, некроз стомы, разлитой перитонит) и поздние (стеноз стомы). Отдельно выделяются 3 степени рубцовой стриктуры стом. Нужно обращать внимание на соответствие диаметра выводимой кишки и размеров кожно-апоневротического разреза, избегать проколов кишечной стенки при подшивании ее к коже, а также бережно относиться к выводимому кишечнику и дефектам между париетальной брюшиной.

Ключевые слова: колостома, илеостома, показания у детей, осложнения.

В 60—70-е годы прошлого столетия природа сама облегчала состояние больного с перитонитом и кишечной непроходимостью путем образования различных по классификации кишечных стом. Все это было связано с запоздалой диагностикой, техническим несовершенством методик оперативных вмешательств, некачественным шовным материалом и т.п. Много усилий прикладывалось во время консервативного и оперативного лечения кишечных свищей у детей, однако своевременная разгрузка и пассаж кишечного содержимого, а также антибактериальная терапия ликвидировали тяжелое состояние и дали возможность выходить больного в послеоперационном периоде и готовить к последующим реконструктивным операциям [1, 3, 6, 9].

Сегодня мы научились предвидеть возможные осложнения и, чтобы не допустить их возникновения, предварительно накладываем колоилеостомы, и только вторым этапом проводим реконструктивные операции, которые окончательно излечивают больных.

Стаття надійшла до редакції 11 липня 2013 р.

Сушко Віктор Іванович, д. мед. н., проф. кафедри дитячої хірургії
49100, м. Дніпропетровськ, вул. Космічна, 13
E-mail: mkaminska@mail.ru

Колостомія, илеостомія — это выведение отрезка (отрезков) ободочной кишки или ее петли в рану передней брюшной стенки.

Первую успешную левостороннюю подвздошную колостомію 21 октября 1793 года выполнил профессор военно-морского госпиталя французского города Брест С. Duret. Он оперировал ребенка с атрезией заднего прохода через 3 дня после рождения, который потом прожил 45 лет. Г.И. Воробьев и П.В. Царьков убеждены, что именно этот случай следует считать началом истории кишечных стом [2].

Поясничная сигмостома была наложена известным австрийским хирургом Т. Бильротом в апреле 1877 года русскому писателю и поэту Н.А. Некрасову. Т. Бильрот в 1879 году одним из первых выполнил одноствольную подвздошную колостому после резекции сигмовидной кишки.

В 1881—1885 гг. О. Madelung и Schitsinger, R. Weig выполнили и описали методику одноствольной колостомы с полным пересечением петли сигмовидной кишки, заглушением дистального конца, погружением его в брюшную полость и выведением проксимального конца на переднюю брюшную стенку.

Для практического использования хирурги объединили колостомы и илеостомы в единую классификацию (В.Д. Федоров (1985), Г.И. Воробьев (1992)), согласно которой кишечные стомы делятся на:

- 1 — постоянные и временные;
- 2 — одноствольные, двуствольные (петлевые и раздельные) и пристеночные;
- 3 — сформированные на уровне кожи («плоские») и выведенные с избытком («столбиком»);
- 4 — выведенные напрямую (чрезбрюшные) и через сформированный забрюшинный тоннель (забрюшинные);
- 5 — функционирующие нормально (неосложненные) и с нарушенной функцией, приносящие беспокойство пациенту (осложненные).

Очень ответственный момент формирования кишечной стомы — это выбор места на передней брюшной стенке. При этом следует учитывать конституцию больного, выраженность подкожного жирового слоя, цели, форму и способ формирования стомы.

Одноствольная колостома

Одноствольная колостома — это выведенный на переднюю брюшную стенку проксимальный отрезок толстой кишки. При этом дистальный конец кишки ушивается наглухо и остается в брюшной полости. Помня о возможной в последующем реконструктивно-восстановительной операции, необходимо заглушенную культю кишки подшить к париетальной брюшине левой подвздошной ямки, чтобы диаметр отверстия соответствовал диаметру выводимой кишки.

Практически во всех руководствах по проктологии рекомендуется подшивать париетальную

брюшину к коже, тем самым отграничивая подкожную клетчатку от возможного инфицирования со стороны кишки. Мы сшиваем париетальную брюшину с апоневрозом, оставляя нити для фиксации выводимой кишки.

Первоначально кишка всегда выводится с избытком. Для формирования «плоской» колостомы достаточно 3—4 см, «столбиком» — 5—6 см. В тех случаях, когда есть сомнения в жизнеспособности кишки, выводится максимально возможный ее избыток, который может составлять 10—15 см.

«Плоской» колостомой заканчиваются, как правило, плановые операции. В этих случаях отсутствует перерастяжение кишки и нет сомнений в ее жизнеспособности. При этом избыток кишки отсекается на уровне кожи и по периметру кишка подшивается через все слои к краям кожи кетгутowymi нитями через 2—3 мм.

Двуствольная колостома

Двуствольная колостома характеризуется наличием на передней брюшной стенке двух концов толстой кишки. Двуствольная колостома, так же как и одноствольная, может быть постоянной и временной. При выведении петли кишки говорят о петлевой двуствольной колостоме, которая выполняет, как правило, разгрузочную функцию. При выведении кишок через один дополнительный разрез говорят о разобщенной двуствольной колостоме, если же концы толстой кишки выведены в разных местах передней брюшной стенки — о раздельной. Правильно сформированная шпора предохраняет заброс кала в дистальное отверстие.

Пристеночная колостома

Пристеночная колостома — это тип кишечного свища, при котором на переднюю брюшную стенку выводится только противобрыжеечный край кишки. При этом пассаж кишечного содержимого в дистальный отдел кишки сохраняется и лишь небольшая часть содержимого выделяется через сформированное отверстие. Чаще всего пристеночную колостому формируют на слепой кишке (цекостома).

Илеостома

Илеостомія — это операция, при которой на переднюю брюшную стенку выводятся один или два конца или петля подвздошной кишки с целью исключить всю толстую кишку из пищеварения.

Не стоит забывать об ушивании пространства между брыжейкой подвздошной кишки и правым боковым каналом, так как в него могут внедриться петли тонкой кишки, что приводит к кишечной непроходимости, ущемлению и некрозу петель кишок.

Петлевая илеостома по Горнболлу. Выбирают петлю подвздошной кишки, минимальное расстояние до слепой кишки — 15—20 см, проводят марлевую держалку через брыжейку и с ее помо-

■ Таблица 1

Распределение по полу, возрасту и нозологиям

Возраст	Пол	ВПР при болезни Гиршпрунга	ВПР при аноректальных аномалиях	ЯНЭК	Кишечная непроходимость, инвагинация	Пери- тонит	Травма	Атрезия желчных ходов	Всего	%
0—1 год	М	7	4	3	3	—	—	—	17	29
	Д	1	2	2	—	—	—	1	6	
1—3 года	М	14	3	1	1	—	1	—	20	29
	Д	2	1	—	—	—	—	—	3	
3—7 лет	М	14	—	—	—	—	—	1	15	22
	Д	1	—	—	—	—	—	1	2	
7—15 лет	М	10	—	—	—	—	—	—	11	20
	Д	3	—	—	—	—	—	—	4	

■ Таблица 2

Наложение илео-, колостом при различных заболеваниях

	Всего	%	Илеостома			Колостома		
			Одно- ствольная	Дву- ствольная	Петлевая	Одно- ствольная	Дву- ствольная	Петлевая
ВПР при болезни Гиршпрунга	52	66	10	—	—	38	3	1
ВПР при аноректальных аномалиях	10	13	1	—	—	7	1	1
ЯНЭК	6	8	2	2	—	2	—	—
Кишечная непроходимость, инвагинация	6	8	1	3	1	1	—	—
Травма	2	2,5	—	—	—	2	—	—
Перитонит	1	1,25	—	1	—	—	—	—
Атрезия желчных ходов	1	1,25	1	—	—	—	—	—
Всего	78	—	15	6	1	50	4	2
%	100	—	19	7,7	1,2	64	5	3,1

щью выводят петлю на переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы приводящий конец был сверху, а отводящий снизу. Затем, после ушивания брюшной полости, по окружности подшивают кишку кетгутowymi швами к коже. Поперечным разрезом рассекают кишку на 1/2 окружности ближе к отводящему концу петли, потом оставленными нитями прошивают края разреза через все слои, стремясь при этом приводящую часть вывернуть в виде столбика. Возможно также формирование раздельной двуствольной илеостомы.

За последние 7 лет в ОДКБ находилось 78 детей, которым понадобилось при различных нозологических формах наложение илео-, колостом (табл. 1).

Возрастной состав распределяется примерно одинаково с небольшим преобладанием детей от 1 до 3 лет. Что касается пола, то соотношение мальчиков и девочек 4:1.

Распределение по нозологиям выглядит таким образом (табл. 2).

На первом месте были врожденные пороки развития (ВПР) при болезни Гиршпрунга — 66 % случаев, при аноректальных аномалиях — 13 % больных, язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) — 8 %, кишечная непроходимость — 8 %, травма — 2,5 %, по одному случаю — перитонит и атрезия желчных ходов после операции Kasai — по 1,25 %. Чаще всего накладывались одностволь-

ная колостома — 64 % (включая цекостому и аппендикостому), двуствольная — 5 % и петлевая — 3,1 %.

Илеостома одноствольная использовалась у 19 (19 %) детей, двуствольная — у 6 (7,7 %), петлевая — у 1 (1,2 %). Мальчиков было 63 (81 %), девочек — 15 (19 %). По возрасту дети распределились таким образом: до 1 года — 29 % детей, от 1 года до 3 лет — 29 %, что в общей сложности составило 58 %, а с 3 до 15 лет — 42 % детей. Это говорит о возрастных особенностях тонкого и толстого кишечника у детей первых 3 лет жизни: быстрее наступает нарушение кровообращения, увеличивается диаметр кишки, что приводит к несоответствию приводящего и отводящего отрезков и требует декомпрессионной разгрузки, так как наложить прямой анастомоз невозможно. Нозологические формы в этом возрасте, представленные в таблице (ВПР, ЯНЭК, кишечная непроходимость), тоже требуют паллиативной операции. На более старший возраст приходится запущенные случаи кишечной непроходимости и травмы.

Следует отметить, что случаи резекции кишечника (до 20 см) у 19 (20,5 %) детей приходится на возраст до 3 лет и только 6 (7,7 %) детей старшего возраста.

Необходимо учитывать осложнения кишечных стом. Используем классификацию, разработанную Ю.В. Пашенко [5].

I. Ранні ускладнення:

- отечність стомы;
- кровотечення;
- нагноєння рани;
- абсцеси брюшної порожнини в зоні наложення стомы;
- некроз виведеної кишки (с перитонітом і без нього);
- ретракція стомы (с перитонітом і без нього);
- парастомічна евістрація;
- ексудативна ентеропатія;
- кишечна непрохідність;
- перфорація приводячої петлі кишки.

II. Поздні ускладнення:

- перистомальний дерматит;
- звагінація (свободна або фіксована);
- стеноз (суб- і декомпенсований);
- грижі (пери- і парастомальні);
- ретракція стомы, парастомальні свищі;
- внутрішні свищі в зоні наложення стомы;
- престомичний ілеїт;
- престомичний коліт;
- метаплазія слизової оболонки;
- синдром довготривалої відключеної кишки.

III. Общі ускладнення:

- сепсис;
- інфікування сечовивідних шляхів у дітей со свищами в органи сечовидельної системи;
- дисбактеріоз;
- истощення;
- синдром короткої кишки.

Ранні ускладнення стом

К наиболее частым осложнениям стом относится отек выведенной кишки. Он бывает практически у каждого пациента со стомой, но постепенно исчезает через 2—3 дня. Многие хирурги вообще не относят отек к осложнениям, считая это процессом «созревания» стомы [2, 3]. Острый послеоперационный отек не требует хирургического вмешательства и исчезает в результате проводимых консервативных местных мероприятий (противоотечная терапия, мазевые повязки). Когда же отек кишки перерастает в хроническую форму, причина которой — нарушенное венозное кровообращение вследствие несоответствия диаметра выведенной кишки и размеров кожно-апоневротического разреза, необходимо хирургическое вмешательство, которое заключается в увеличении диаметра отверстия в брюшной стенке.

Нагноение в области колостомы также нередкое осложнение. Способствовать возникновению гнойного процесса могут такие факторы: проколы кишечной стенки при подшивании ее к коже, некроз и ретракция края кишки ниже уровня кожи, натяжение и нарушение кровоснабжения выведенной кишки. Это означает, что нагноение может быть самостоятельным осложнением стомы или сопровождать другие осложнения.

Некроз стомы — не частое, но тяжелое по своим последствиям осложнение, особенно если некроз распространяется на внутрибрюшную часть выведенной кишки, что почти всегда ведет к развитию перитонита. Причинами некроза могут быть технические погрешности при перевязке сосудов, тромбоз сосудов брыжейки, механическое сдавливание сосудов при чрезмерном подтягивании кишки в рану, перекручивание выведенной кишки. Граница распространения некроза определяется по виду слизистой оболочки выведенной кишки. Признаки нарушения кровоснабжения: потеря блеска слизистой, синюшный или даже черный цвет.

Некроз стомы требует оперативного лечения. Достаточно иссечь омертвевший участок стенки кишки под местной анестезией и подшить края слизистой к коже. Операция значительно усложняется, если выявляется некроз кишки ниже уровня кожи, тем более если некроз распространяется на внутрибрюшную часть кишки. В обоих случаях необходима срочная лапаротомия.

После операции ежедневно следует менять мазевую повязку на стоме, оценивая при этом цвет кишки, изменения парастомических тканей.

Ретракция выведенной кишки — это перемещение сформированной стомы ниже уровня кожи. Профилактика ретракции кишечной стомы заключается в адекватной мобилизации кишки, в выведении ее без натяжения, правильном выборе метода формирования колостомы, удалении поддерживающей трубки при петлевых стомах на 10—12 сутки.

Перфорация выведенной кишки встречается нечасто. Непосредственные причины перфорации кишки: 1) травма стенки кишки при формировании стомы, приводящая в раннем послеоперационном периоде к ее перфорации; 2) трофические расстройства в стенке кишки, обусловленные нарушением ее кровоснабжения, пролежнем калового камня, инородным телом (магнитное запирающее устройство); 3) повреждение стенки стомы при выполнении медицинских манипуляций.

Перфорации в области колостомы могут возникать при выполнении очистительных клизм, реже во время колоноскопии.

При диагностированных перфорациях показана срочная операция — лапаротомия, в ходе которой производят мобилизацию и резекцию поврежденной части кишки, затем формируется новая стома, выполняется тщательная санация брюшной полости, ее дренирование.

Кишечная непроходимость возникает чаще всего при неушитом дефекте париетальной брюшины левого бокового канала. Лечение кишечной непроходимости всегда оперативное.

Поздні ускладнення стом

Рубцовая стриктура кишечных стом — это заболевание, которое клинически проявляется в виде деформации и сужения выведенной кишки [4, 7, 8].

Основная причина развития рубцовой стриктуры — особая реакция соединительной ткани на воспалительный процесс в стенке выведенной кишки и в подкожной клетчатке вокруг стомы.

По выраженности сужения выделяем 3 степени рубцовой стриктуры стомы:

I степень сужения — незначительно выраженный рубцовый процесс, диаметр стомы — не менее 2 см. Опорожнение не нарушено, болей нет. Ткани вокруг стомы эластичны, легко поддаются бужированию. Таким пациентам показано наблюдение детского хирурга в поликлинике и периодическое пальцевое бужирование.

II степень сужения — умеренно выраженный рубцовый процесс, диаметр стомы — 1—2 см. Возникают периодические боли в области выведенной кишки, функция опорожнения нарушена — плотные каловые массы не проходят через суженное с ригидными стенками отверстие колостомы. Больные вынуждены прибегать к приему слабительных или методу ирригации. Функция илеостомы также нарушена, хотя в меньшей мере. Попытка бужирования болезненна, ткани вокруг стомы плотные, с трудом поддаются растяжению.

III степень сужения — выраженный процесс рубцевания, диаметр стомы — менее 1 см, вокруг плотные грубые деформирующие рубцы. В кишку удается провести только кончик мизинца, при этом возникают резкие боли. Появляется кровь. Резко болезненный акт дефекации. Опорожнение возможно только при помощи клизм.

При I степени сужения проводится консервативная терапия, заключающаяся в основном в бужировании суженного отверстия стомы. Бужирование выполняется при помощи пальца врача или самого больного. Осторожно растягивая рубцовые края, постепенно вводят палец в выведенную кишку, при этом эластичные края стомы легко растягиваются с незначительными болевыми ощущениями. Бужирование следует проводить 1—2 раза в неделю в зависимости от активности рубцового процесса. При неэффективности бужирования, т.е. при прогрессировании рубцовых изменений, необходимо решить вопрос о хирургической реконструкции стомы.

Реконструктивные операции по поводу рубцовой стриктуры стомы выполняются под эндотрахеальным наркозом. Объем этих операций зависит от вида сужения.

При II степени сужения хирургическое вмешательство заключается в иссечении рубцово-измененных тканей и формировании новой стомы.

Чаще при этой степени сужения кишка не вовлечена в рубцовый процесс и не требуется ее резекция. Если же в рубцовый процесс вовлечена стенка кишки, то после ее мобилизации пораженная часть кишки отсекается. При умеренно выраженном рубцовом процессе, охватывающим небольшой участок кишки, есть возможность оставить кишечную стому на прежнем месте.

При выраженном рубцовом процессе III степени сужения, как правило, требуется лапаротомия, при которой выполняется мобилизация кишки, на которой расположена стома. Рубцово-измененные ткани передней брюшной стенки иссекаются, резецируется кишка в пределах здоровых тканей. При недостаточной длине выводимой кишки приходится мобилизовать проксимальные отделы. На передней брюшной стенке выполняется новый разрез, через который выводится неизменная часть кишки и формируется новая стома.

Выпадение кишки через колостому может проявляться в таких вариантах:

1. Выпадение слизистой оболочки толстой кишки, при этом длина выпадающей части составляет 3—4 см. Такую картину можно наблюдать практически у каждого второго пациента, это, как правило, не сопровождается нарушениями состояния больного и функции колостомы.

2. Полное выпадение всех слоев кишечной стенки с выворачиванием кишки из колостомы. Размер эвагината — 5 см и более. При этом нарушается функция опорожнения, затруднен уход за колостомой (иногда выпавшая кишка настолько велика, что практически невозможно использовать современные калоприемники).

Показания к консервативному лечению при выпадении кишки через стомическое отверстие: 1) выпадение только слизистой оболочки выведенной кишки (до 5 см); 2) невозможность выполнения реконструктивной операции на стоме (возраст и тяжелое состояние больного, сопутствующая патология). Лечение в перечисленных случаях симптоматическое и состоит из ограничения физической нагрузки, тщательного ухода за парастомической кожей. Показание к оперативному лечению выпадения кишки через кишечную стому — выпадение участка кишки более 5 см.

Наиболее частым и простым хирургическим вмешательством при выпадении кишки считается ее мобилизация, выделение из брюшной полости, отсечение избытка и формирование новой стомы.

«Идеальной» есть стома в стадии компенсированного стеноза, степень которого определяется диспропорцией между диаметром стомы на уровне передней брюшной стенки и соответствующим диаметром интраабдоминальной части кишечника. Этот коэффициент при компенсируемом стенозе равен 1. Уменьшение коэффициента до 0,5—0,25 (Δ стомы = 3 см, Δ кишечника = 6 см, $3 : 6 = 0,5$) характерно для прогрессирующего стеноза, увеличение — для эвагинации кишечника (табл. 3).

По нашим данным, осложнения возникли у 8 (10 %) больных:

- стеноз, реконструкция стомы — 3 случая;
- нагноение раны — 1;
- эвагинация — 1;
- ранняя отсроченная спаечная кишечная непроходимость — 1;

■ Таблиця 3

Виды стенозов

Стеноз	Диаметр стомы, см	Диаметр кишки, см	Коэффициент
Компенсированный	3	3	1,0
Субкомпенсированный	3	6	0,5
Декомпенсированный	2	8	0,25
Эвагинация	4	2	2,0

— несостоятельность кишечного шва, перитонит — 1;

— некроз стомы, разлитой перитонит — 1.

Летальных исходов было 3 (3,8 %).

Выводы

Нужно обращать внимание во время операции на соответствие диаметра выводимой кишки и размеров кожно-апоневротического разреза, ведь несоответствие часто приводит к нарушению кровообращения, а затем и к стенозу стомы, а в после-

дующем — к кишечной непроходимости, некрозу и перитониту.

Избегать проколов кишечной стенки при подшивании к коже, которые способствуют нагноению.

Бережно относиться к выводимому кишечнику и дефектам между париетальной брюшиной во избежание кишечной непроходимости.

По протоколам МЗ Украины стома должна закрываться через 3 месяца, если нет показаний для дальнейшего ее существования.

Литература

- Александров В.Б. Нестандартная колопроктология (лекции).— М.: Медпрактика-М, 2007.— 171 с.
- Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом.— М.: ЗАО «Стольныйград», 2002.— 160 с.
- Ионов А.Л., Щербакова О.В., Лука В.А., Сулавко Я.П. Кишечные стомы в детской колопроктологии // Детская больница.— 2011.— № 4.— С. 3—11.
- Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М. Поздние осложнения кишечных стом и их хирургическая коррекция // Казанский медицинский журнал.— 2012.— № 4.— С. 602—606.
- Пашченко Ю.В. Порушення адаптаційно-компенсаторних механізмів при кишкових стомах у дітей і їх хірургічна корекція (експериментально-клінічне дослідження): Дис... д. мед. н.— Х., 2007.— 394 с.
- Bell C., Asolati M., Hamilton E. et al. A comparison of complications associated with colostomy reversal versus ileostomy reversal // Am. J. Surg.— 2005.— Vol. 190, N 5.— P. 717—720.
- Gervaz P., Bucher P., Scheiwiler A. et al. The duration of postoperative ileus after elective colectomy is correlated to surgical specialization // Int. J. Colorectal Dis.— 2006.— Vol. 21, N 6.— P. 542—546.
- Hyman P.E. Defecation disorders after surgery for Hirschsprung's disease // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.— 2005.— Vol. 41, Suppl. 1.— P. 62—63.
- Hunt J.P. Stoma complications: a multivariate analysis // Am. Surg.— 2002.— Vol. 68 (11).— P. 6—961.

Колоілеостома як метод лікування вад розвитку та хірургічних захворювань у дітей

В.І. Сушко¹, В.А. Дігтяр¹, А.В. Сушко², О.П. Гладкий², М.О. Камінська¹

¹Дніпропетровська медична академія МОЗ України

²Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

У статті здійснено історичний огляд виконання різноманітних колостом, наведено єдину класифікацію колоілеостом, методику їх виконання, перелік вад розвитку та хірургічних захворювань, при яких найчастіше необхідне накладання ілеоколом, віковий склад дітей. Наведено особливості виконання оперативних втручань при одностовбуровій колостомі, двостовбуровій, пристінковій, а також ілеостомі звичайній та петльовій. Описано можливі ускладнення кишкових стом, які розподіляються на ранні (нагноєння рани, евагнація, рання відтермінована спайкова кишкова непрохідність, неспроможність кишкового шва, перитоніт, некроз стоми, розлитий перитоніт) і пізні (стеноз стоми). Виокремлено 3 ступені рубцевої стриктури стом.

Необхідно звертати увагу на відповідність діаметрів вивідної кишки та розмірів шкірно-апоневротичного розтину, уникаючи проколів кишкової стінки під час підшивання її до шкіри, швидко ставитися до вивідного кишечника та до дефектів у парієтальній очеревині.

Ключові слова: колостома, ілеостома, показання у дітей, ускладнення.

Colo-ileostomy as treatment method in children with malformations and surgical diseases

V.I. Sushko¹, V.A. Digtyar¹, A.V. Sushko², A.P. Gladki², M.O. Kaminska¹

¹Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Healthcare of Ukraine

²Dnipropetrovsk Regional Children's Clinical Hospital

The historical review of different colostomy methods, unified colo-ileostomy classification, surgical techniques, childrens' age and list of malformations and surgical diseases which often required colo-ileostomy were described in this article. Surgical techniques for terminal double-barreled, parietal colostomy, usual and loop ileostomy were also observed. The possible complications of intestinal stoma were described: early (the wound suppuration, evagination, early adhesive intestinal obstruction, intestinal suture failure, peritonitis, stoma necrosis, diffuse peritonitis) and late (stoma stenosis). 3 degrees of scar stoma stricture were observed.

Distal loop compliance and skin-aponeurotic section should be considered. The intestine wall puncture during suturing to skin must be avoided. Distal bowel loop and parietal peritoneum defects require careful treatment.

Key words: colostomy, ileostomy, indications in children, complications.