

О.М. Горбатюк

## Стомальні ускладнення у дітей

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.2016.3-4(52-53):68-73; doi 10.15574/PS.2016.52-53.68

Виведення кишкових стом у дітей часто супроводжується виникненням ускладнень.

**Мета** – покращення результатів лікування дітей з ускладненнями кишкових стом.

**Пацієнти і методи.** Проаналізовані результати лікування 49 дітей із кишковими стомами. Стомальні ускладнення мали місце у 15 (30,61%) пацієнтів. Спостерігали такі ранні ускладнення кишкових стом (5 клінічних спостережень), як кровотеча, евентрація кишки, некроз стоми, ретракція стоми, парастомальний абсцес. Пізніх стомальних ускладнень було 10 – стеноз стоми (4 випадки), стеноз міжкишкового анастомозу (1), параколомічна грижа (1), грануляції і виразки виведеної кишки (1), парастомальні дерматити (3).

**Результати.** Основними причинами виникнення стомальних ускладнень у дітей є тактичні і технічні помилки формування стом, серед яких найбільш значущими є неадекватна мобілізація кишки, розлади кровопостачання кишкової стінки, неправильне визначення діаметра отвору на передній черевній стінці, порушення правил фіксації виведеного сегмента кишки до шарів черевної стінки. У більшості дітей стомальні ускладнення були усунені хірургічними методами.

**Висновки.** У кожній третій дитини виведення кишкових стом супроводжується виникненням ускладнень. Основним профілактичним заходом з попередження можливих парастомальних ускладнень у дітей є дотримання правил і методик формування кишкових стом. Постійне диспансерне спостереження за дітьми – носіями кишкових стом сприяє своєчасній діагностиці і лікуванню виявлених ускладнень.

**Ключові слова:** кишкова стома, стомальні ускладнення, діти.

### Вступ

На сьогодні в Україні нараховується біля 40 тис. стомованих хворих. На державному рівні потребує вирішення проблема надання їм медичної, психологічної та соціальної допомоги, забезпечення калоприймачами, предметами догляду за стомами і лікувальними засобами тощо [2]. Виведення кишкових стом у дітей – досить часте хірургічне втручання і важливий розділ сучасної дитячої хірургії. Так, у дитячій колопроктології більше половини дітей потребують виведення кишкових стом як одного з етапів хірургічного лікування [4]. Найчастіше носіями кишкових стом у дитячій колопроктології є діти з хворобою Гіршпрунга і різними варіантами гіпогангліоза товстої кишки [6], аноректальними вадами розвитку [5], травматичними ушкодженнями прямої кишки і сфінктерного апарату. Хірургічне лікування даного контингенту хворих без виведення кишкових стом супроводжується розвитком різноманітних ускладнень і утруднює проведення планових реконструктивних втручань [1,3].

До меншої групи пацієнтів, які потребують накладання кишкових стом, належать діти із запальними захворюваннями кишечника (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона) та поліпозом кишечника [8,9].

Нерідко стомування шлунково-кишкового тракту (ШКТ) здійснюється в ургентній абдомінальній хірургії при резекції кишки в умовах важких перитонітів і перфорацій ШКТ. Формування кишкових стом за ургентними показаннями – це найчастіше не тільки перший етап хірургічного лікування, але й профілактика можливих серйозних ускладнень та збереження життя пацієнта [7].

Порушення техніки накладання стом, неправильний вибір виду стоми, місця її локалізації, недостатній і невірний догляд за дитиною – носієм стоми призводять до розвитку стомальних ускладнень, які утруднюють лікування основного захворювання і погіршують якість життя пацієнта. Сьогодні питання профілактики і лікування можливих усклад-

нень стом у дітей залишається складним та остаточно не вирішеним. Правильно сформована кишкова стома має не посилювати, а полегшувати страждання хворої дитини.

Проблемні питання стомування дітей з природженою і набутою кишковою патологією (показання і протипоказання до виведення стоми, її вид, методика формування, діагностика і лікування ускладнень, принципи медико-соціальної реабілітації стомованих пацієнтів тощо) визначають актуальність даної проблеми.

**Метою** роботи було покращення результатів лікування дітей з ускладненнями кишкових стом.

### Матеріал і методи дослідження

Кишкові стоми у дітей мають ряд особливостей:

- значна вікова варіабельність пацієнтів – від 0 до 17 років;
- широкий спектр ургентних і планових нозологій, що потребують етапного хірургічного лікування, першим етапом якого є накладання стоми;
- велика кількість варіантів стом (одноствольна, двоствольна роздільна, двоствольна зі шкіряним «мостиком», «хоботкова», подвійна стома тощо);
- проблеми догляду за дітьми – носіями стом.

За останні 10 років у клініці дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика стомування різних відділів кишечника було виконано у 38 дітей віком від 3 місяців до 17 років із різноманітною хірургічною патологією.

Причинами стомування у дітей раннього віку (всього 14 стом) були:

- кишкова інвагінація – 3 випадки;
- тотальний фібринозно-гнійний перитоніт – 1 випадок;
- защемлена пахово-каліткова грижа з некрозом кишкової петлі – 1 випадок;
- заворот тонкої кишки навкруги дивертикулу Меккеля – 1 випадок;
- некротичний ентероколіт – 2 випадки;
- декомпенсована стадія хвороби Гіршпрунга – 5 випадків;
- атрезія товстої кишки – 1 випадок.

У групі стомованих дітей старше трьох років (усього 24 стоми) була наступна патологія:

- злукова кишкова непрохідність – 3 випадки;
- розлитий каловий перитоніт – 2 випадки;
- декомпенсована стадія хвороби Гіршпрунга – 9 випадків;
- травматичні uszkodження прямої кишки, аноректальної ділянки і промежини – 4 випадки;

- лімфосаркома кишечника – 1 випадок;
- травматичні ураження промежини – 2 випадки;
- нетримання калу – 3 випадки.

11 дітей госпіталізовані у хірургічне відділення ДКЛ №1 м. Києва з кишковими стомами, що були виведені у дитячих обласних лікарнях за місцем проживання з приводу:

- хвороби Гіршпрунга – 4 випадки;
- аноректальних вад розвитку – 4 випадки;
- атрезії тонкої і товстої кишки – 1 випадок;
- хвороби Крона – 2 випадки.

Таким чином, вивчення причин стомування дітей, його мети, анатомічного розташування стом, їх виду, ефективності, та аналіз ускладнень проведені у 49 пацієнтів, виведення стом у яких було здійснено в нашій клініці (38 клінічних випадків або 77,55%) та в інших регіонах (11 випадків, 22,45%).

Усім пацієнтам проводили комплексне обстеження, що включало вивчення скарг та анамнезу захворювання, клініко-лабораторне дослідження, УЗД парастомальної ділянки, органів черевної порожнини, нирок і малого тазу, рентгенологічне дослідження кишечника (іригографія, фістулографія). При огляді стоми оцінюють діаметр кишки, стан її стінки, визначають наявність запальних змін шкіри, стінки кишки, наявність або відсутність дефекту апоневрозу, інфільтратів і нориць.

### Результати дослідження та їх обговорення

Метою накладання стом у досліджуваної групи дітей була:

- 1) підготовка кишки до радикальної корекції вади та дотримання оптимальних термінів хірургічного втручання – превентивна стома;
- 2) декомпресія кишки при декомпенсованих стадіях основної патології – розвантажувальна стома;
- 3) відключення компрометованої ділянки кишки і припинення пасажу через нього – відвідна стома;
- 4) збереження кишечника при поширених ураженнях – множинні стоми.

Передопераційна підготовка дитини до виведення стоми передбачає психологічну підготовку дитини та батьків щодо необхідності формування стоми, поінформованість пацієнта і його найближчого оточення щодо виду стоми, місця її локалізації та тривалості функціонування, терміну та об'єму наступного хірургічного втручання, профілактики можливих ускладнень, ознайомлення з існуючими зразками калоприймачів, предметів та засобів догляду за стомами.

Критеріями якості виведеної кишкової стоми у дитини є: стабільне функціонування стоми, герме-

## Колопроктологія

тичність стоми, відсутність ускладнень, відсутність перешкод для виконання вторинних реконструктивно-відновних операцій.

Кишкові стоми виводились в ургентному порядку – 21 (42,86%) випадок та планово – 28 (57,14%) випадків.

Видами кишкових стом у досліджуваних пацієнтів були: термінальна ілеостома (14 випадків, 28,57%), У-подібна ентеростома привідної петлі (1 випадок, 2,04%), подвійна ентеростома (2 випадки, 4,08%), ентеростома з міжкишковим анастомозом (1 випадок, 2,04%), кінцева колостома (27 випадків, 55,10%), подвійна колостома (4 випадки, 8,16%).

Стомальні ускладнення склали 30,61% (15 випадків). Ми їх розділили на ранні і пізні. Ранніх ускладнень було 5, пізніх – 10. Виникнення ускладнень пов'язане з тактичними помилками і технічними недоліками накладання стом та недостатньою якістю догляду за ними.

### Ранні стомальні ускладнення

До ранніх ускладнень виведення кишкових стом належать кровотечі, евентрації кишечника, некрози виведеної кишки, ретракція стоми, евагінація стоми та параколостомічні запальні ускладнення (гематоми, абсцеси, нориці тощо) (рис. 1).

*Кровотечі* зазвичай відбуваються з країв пересіченої кишки і зупиняються самостійно при стисканні або використанні гемостатичних матеріалів. Кровотеча із судин брижі потребує застосування електрокоагуляції. Не рекомендується місцеве застосування розчину перекису водню, який може викликати опік слизової оболонки кишки. У однієї дитини з кишковою інвагінацією та гематологічною патологією мала місце кровотеча з країв пересіченої кишки, що потребувала консультації та призначень гематолога і корекції гемокоагуляції з використанням факторів згортання крові та корекції дефіциту заліза.

*Евентрація кишки* – це випадіння петлі тонкої кишки через операційну рану поряд з кишковою стомою. Спостерігали один випадок евентрації кишки через неспроможність швів у ділянці стоми. Ми вважаємо, що це ускладнення спричинив виснажливий стан дитини з гіпотрофією і гіпопротеїнемією та зниження регенеративних можливостей тканин. Була здійснена реоперація за ургентними показаннями із формуванням нової стоми після корекції білкових розладів.

*Некроз одноствольної колостоми* мав місце у однієї дитини з аноректальною вадою розвитку, стома була сформована дитячими хірургами обласної лікарні за місцем проживання дитини. Нами було

здійснено невідкладне хірургічне втручання з резекцією некротизованої ділянки кишки і повторним формуванням стоми. Це ускладнення, ймовірно, було пов'язане з кількома причинами – виведенням кишки з поганим кровопостачанням, виведенням кишки з натягненням її брижі, стисненням кишки у вузькому каналі передньої черевної стінки, перекручуванням кишки і брижі навколо своєї осі.

*Ретракція одноствольної колостоми* із зануренням слизової оболонки нижче рівня шкіри була у однієї дитини з хворобою Гіршпрунга. Це ускладнення супроводжувалось звуженням стомального отвору. Швидше за все причиною даного ускладнення було натягнення кишки через недостатню довжину кишкового сегмента або неадекватна фіксація кишки до шкіри, або погане зрощення стінки кишки з прилеглими тканинами. Нами було здійснено повторне підшивання кишки до шарів передньої черевної стінки.

*Евагінація стоми* – це випадіння кишки через колостомічний отвір внаслідок того, що у черевній порожнині була залишена велика вільна і рухома ділянка кишки, що вивернулася назовні. Даного ускладнення у наших пацієнтів ми не спостерігали. Але для профілактики цього ускладнення рекомендуємо ретельно пошарово фіксувати стінку кишки до м'язів і апоневрозу передньої черевної стінки та формувати стобальну рану відповідно до діаметра кишки, що виводиться. При формуванні 2-ствольної стоми рекомендується накладання 2–3 швів по брижовому краю, що зближують привідний і відвідний відділи стоми і запобігають евагінації кишки.

Парастомальне запальне ускладнення у вигляді парастомального абсцесу було в однієї дитини з ілеостомою, що викликано частковою неспроможністю шкірно-кишкових швів або інфікуванням гематоми внаслідок недостатньо ретельного гемостазу. Дане ускладнення потребувало розкриття та дренивання гнійника.

### Пізні стомальні ускладнення

Серед пізніх стомальних ускладнень у досліджуваній групі дітей мали місце стеноз стоми (4 випадки), стеноз міжкишкового анастомозу (1 випадок), параколостомічна грижа (1 випадок), грануляції і виразки виведеної ентеростоми при хворобі Крона (1 випадок), перистомальний дерматит (3 випадки).

*Стеноз стоми* – найчастіше ускладнення кишкової стоми у дітей. При звуженні просвіту стоми розвивається клініка кишкової непрохідності. Лікуванням цього ускладнення може бути бужування стоми розширювачами Гегара з поступовим розширенням її



Рис. 1. Ранні стомальні ускладнення



Рис. 1. Пізні стомальні ускладнення

просвіту і відновленням функції, або реконструкція стоми за наявності ригідного звуження. Серед досліджуваних нами пацієнтів стеноз стоми спостерігався у 4 випадках. У 2 випадках причиною цього ускладнення був вузький отвір у м'язово-апоневротичному шарі, в якому відбулось стиснення виведеної кишки з наступним її стенозуванням, в 1 випадку – занурення стоми нижче рівня шкіри з наступним її стенозуванням, ще в 1 випадку – неправильний вибір місця накладання стоми (біля гребня здухвинної кістки), де вона деформувалась щільними тканинами цієї зони.

Стеноз міжкишкового анастомозу спостерігався у однієї дитини, якій з приводу НЕК був сформований міжкишковий анастомоз з виведенням термінальної ентеростоми. З метою усунення цього ускладнення була здійснена резекція зони анастомозу з реанастомозуванням і залишенням ентеростоми.



Рис. 3. Нераціональне місце виведення стоми

*Параколомостомічна грижа* (одне клінічне спостереження) виникла у маленької дитини з нейроінтестинальною дисплазією товстої кишки, найімовірніше через атрофію м'язів черевної стінки внаслідок

## Колопроктологія

травми оточуючих тканин або наявності простору (кишені) між кишкою і черевною стінкою, в якому утворилося грижове вип'ячування. У даному випадку грижа була ліквідована шляхом здійснення пластики апоневрозу.

*Грануляції і виразкові ураження* стомованої кишки ми спостерігали у однієї дитини, у якої була виведена ентеростома з приводу хвороби Крона. Причина цього ускладнення – накладання стоми на уражену ділянку кишки. Дитині була виконана реконструкція кишкової нориці.

*Перистомальні дерматити* були зумовлені неправильним доглядом і викликані подразнюючою дією кишкового вмісту з інфікуванням ураженої шкіри. Дерматити, на відміну від мацерації шкіри, супроводжувались ерозивно-виразковим ураженням шкіри навколо стоми. Вони потребували тривалого комбінованого місцевого лікування з використанням спеціальних лікувальних засобів місцевої і загальної дії. Для профілактики цього ускладнення необхідно навчити медичний персонал і батьків основним правилам догляду за стомованою дитиною та рекомендувати сучасні калоприймачі з перших днів накладання стоми та засоби догляду за стомою, які забезпечують максимально комфортні умови для дитини. Заміну калоприймача необхідно проводити відразу після його розгерметизації і підтікання кишкового вмісту на шкіру.

### Висновки

За даними проведеного дослідження виведення кишкових стом у кожного третього пацієнта (30,61% клінічних спостережень) супроводжується ускладненнями внаслідок допущених тактичних і технічних прорахунків, що в подальшому утруднюють проведення радикальної операції і погіршують якість життя дитини, та неякісним доглядом за стомою.

### Стомальные осложнения у детей

**О.М. Горбатюк**

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина*

Наложение кишечных стом у детей нередко сопровождается развитием осложнений.

**Цель** – улучшение результатов лечения детей с осложнениями кишечных стом.

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты лечения 49 детей с кишечными стомами. Стомальные осложнения имелись у 15 (30,61%) пациентов. Наблюдали такие ранние осложнения кишечных стом 5 (клинических наблюдений), как кровотечение, эвентрация кишки, некроз стоми, ретракция стоми, парастомальный абсцесс. Поздних стомальных осложнений было 10 – стеноз стоми (4 случая), стеноз межкишечного анастомоза (1), параколостомическая грыжа (1), грануляции и язвы выведенной кишки (1), парастомальные дерматиты (3).

**Результаты.** Основными причинами возникновения стомальных осложнений у детей являются тактические и технические ошибки формирования стом, среди которых наиболее значимыми являются неадекватная мобилизация кишки, нарушения кровоснабжения кишечной стенки, неверное определение диаметра отверстия на передней брюшной стенке, нарушение правил фиксации выведенного сегмента кишки к слоям брюшной стенки. У большинства детей стомальные осложнения были устранены хирургическими методами.

Основними профілактичними заходами відносно стомальних ускладнень у дитячій хірургічній практиці є: вірний вибір місця накладання стоми, достатня мобілізація сегментів кишки, добре кровопостачання ділянок кишки, що виводяться у вигляді стом, правильна фіксація кишкових стом до шарів передньої черевної стінки, усунення технічних помилок накладання стоми шляхом професійного удосконалення хірургів (рис. 3).

Постійне диспансерне спостереження за стомованими пацієнтами забезпечує своєчасну діагностику та лікування виявлених стомальних ускладнень, більшість з яких були усунені хірургічними методами.

### Література

1. Воробьев Г. И. Кишечные стомы / Г. И. Воробьев, П. В. Царьков. – Москва: МНПИ, 2001. – 90 с.
2. Захараш М. П. Кишечні стоми: види стом, методики їх формування; медико-соціальна реабілітація стомованих хворих. Ускладнення кишкової стоми, їх лікування: методичні рекомендації / М. П. Захараш, Ю. М. Захараш. – Київ, 2015. – 43 с.
3. Калашникова И. А. Алгоритм диагностики и лечения осложненной кишечной стоми / И. А. Калашникова, С.И. Ачкасов // Колопроктология. – 2009. – № 3 (29). – С. 8–14.
4. Bowel stomas in infants and children. A 5-year audit of 203 patients / Millar A. J., Lakhoo K., Rode H. [et al.] // S. Afr. J. Surg. – 1993. – Vol. 3, № 3. – P. 110–113.
5. Holschneider A. M. Anorectal malformations in children. Embryology, diagnosis, surgical treatment, follow-up / A.M. Holschneider, J. M. Hutson. – Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2006. – 153 p.
6. Holschneider A. M. Hirschsprung's disease and allied disorders / A. M. Holschneider, P. Puri. – 3rd ed. – Berlin: Springer-Verlag, 2007. – 177 p.
7. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation / Lo S. F., Wang Y. T., Wu L. Y. [et al.] // J. Adv Nurs. – 2011. – № 67 (1). – P. 68–76.
8. Stoma complications: a multivariate analysis / Duchesne J. C., Wang Y. Z., Weintraub S. L. [et al.] // Am. Surg. – 2002. – Vol. 68, № 11. – P. 961–966.
9. Stoma complications: the Cook County Hospital experience / Park J. J., Del Pino A., Orsay C. P. [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 1999. – № 42 (12). – P. 1575–1580.

**Выводы.** У каждого третьего ребенка выведение кишечных стом сопровождается возникновением осложнений. Основным профилактическим мероприятием по предупреждению возможных стомальных осложнений у детей является соблюдение правил и методик формирования кишечных стом. Постоянное диспансерное наблюдение за детьми – носителями кишечных стом способствует своевременной диагностике и лечению выявленных осложнений.

**Ключевые слова:** кишечная стома, стомальные осложнения, дети.

## Stomal complications in children

**О.М. Gorbatyuk**

*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine*

**Aim of the study.** Creation of intestinal stomas in children may accompanied by a wide range of stomal complications. The aim of this study is improvement the treatment results of intestinal stomas complications.

**Material and methods.** Results of treatment of 49 patients with intestinal stomas. 15 children (30.61%) had stomal complications. Such early complications as a bleeding, intestinal eventration, necrosis of stoma, retraction of stoma, parastomal abscessus have been observed in 5 patients. Such late complications as stomal stenosis (4 cases), stenosis of interintestinal anastomosis (1), paracolostomal hernia (1), intestinal granulations and ulcers (1), parastomal dermatitis (3) have been observed in 10 patients.

**Results.** Tactic and technical mistakes of creation of intestinal stomas are main reasons of stomal complications in children. Non adequate intestinal mobilization, disturbance blood circulation of intestinal wall, incorrect diameter of opening in abdominal wall, disturbance of fixation of intestinal segment to layers of abdominal wall are the most important from them. In majority of patients stomal complications were removed with surgical methods.

**Conclusions.** In every third patients creation of intestinal stoma accompanied by development of complications. Following of rules and methods of creation of intestinal stomas is the main preventative measure of stomal complications in children. The permanent specialized observation for patients with intestinal stomas help of timely diagnostics and treatment of possible stomal complications. A properly created stoma should perform its functions and to make easier the condition of a patient.

**Key words:** intestinal stoma, stomal complications, children.

### Відомості про авторів

*Горбатюк Ольга Михайлівна – д.мед.н., проф. каф. дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.*

Стаття надійшла до редакції 2.11.2016 р.

## НОВИНИ

### Дівчина ожила після дев'яти хвилин клінічної смерті

Якщо людина, з яких-небудь причин, виявляється не в змозі дихати більше чотирьох хвилин, зазвичай це закінчується трагедією. Але 23-річна мешканка Пермі (Росія) довела протилежне. Через дев'ять хвилин після настання клінічної смерті дівчина знову повернулася до життя.

Після несподіваної і досить тривалої за традиційними медичними мірками клінічної смерті, роботу серця вдалося заново запустити. Пацієнтка кілька тижнів пробула в глибокій комі, і лікарі не подавали ніяких надій. Але через деякий час їм все ж вдалося вивести дівчину з цього стану і почати процес реабілітації. Це виявилось досить складним завданням ...

Спочатку потерпіла не могла обходитися без апарату штучного дихання, їй знадобилося відновлювати зір, повертати здатність засвоювати їжу і самостійно ходити.

Після комплексного курсу реабілітації пацієнтці за допомогою професіоналів все ж вдалося відстояти право на нормальне життя.

Цей випадок вважається унікальним, оскільки відновлення пацієнтів після такого тривалого перебування в комі вдається нечасто. В даний час процес адаптації триває. На жаль, у дівчини амнезія, вона зовсім нічого не пам'ятає за останні п'ять років. Але є також безліч приводів для радості: навіть лікарі називають історію її «повернення» дивом. Нагадаємо, що три роки тому ще одну пацієнтку вдалося повернути до життя після клінічної смерті: австралійка Ванеса Танаса перебувала на межі смерті 42 хвилини.

Джерело: <http://virgo.org.ua/index.php/novini/>