Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

УДК [617.55/616.341]:616.34-053.31

І.В. Ксьонз, Є.М. Гриценко, М.І. Гриценко

Ентеростомія у комплексі хірургічного лікування новонароджених із захворюваннями та вадами розвитку кишечника

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.2(59):81-84; DOI 10.15574/PS.2018.59.81

Мета дослідження – удосконалення методів хірургічного лікування новонароджених з ентеростомами.

Матеріали та методи. В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 14 новонароджених з захворюваннями та вадами розвитку кишечнику, яким була виконана ентеростомія.

Результати. Тривале позбавлення функції дистальних відділів кишечника приводить до розвитку в них гіпотрофії та глибокого пригнічення моторної функції, що призводить до затримки кишкового вмісту на рівні анастомозу з небезпекою неспроможності його швів. Запропоновано новий спосіб підготовки відключеної кишки та об'єктивізації її готовності до реконструктивної операції. Спосіб передбачає, що в післяопераційному періоді у дитини з подвійною кишковою стомою збирають кишковий вміст з проксимального сегмента кишки. Кишковий вміст за допомогою шприцу та зонду порціями вводять в дистальний сегмент через стому. Початковий об'єм кишкового вмісту, що вводиться через стому, 1-2 мл з поступовим його збільшенням до повного об'єму, що отримується з проксимального сегменту кишки. Паралельно проводиться ретроградне гідротренування відключеної кишки за допомогою очисних клізм. Готовність відключеної кишки оцінюють за появою випорожнень природнім шляхом після очисних клізм та самостійно.

Висновки. Використання запропонованого способу в передопераційній підготовці дітей з ентеростомами дозволяє підготувати виключену кишку та оцінити її готовність до проведення реконструктивної операції з урахуванням інших критеріїв.

Ключові слова: ентеростомія, підготовка відключеної кишки, діти.

Enterostomy in the complex of surgical treatment of newborn with diseases and malformations of the intestine

I.V. Ksonz, Ie.M. Grytsenko, M.I. Grytsenko
HSEI «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine
City Clinical Hospital, Poltava, Ukraine

Material and methods. An analysis of the treatment outcomes in 14 ostomy newborns with diseases and malformations of the intestine forms the basis of the paper.

Results. Long-term defunctionalisation of the distal segments of intestine leads to their hypotrophy and deep suppression of motor functions resulting in retention of intestinal contents at the level of anastomosis with the risk of suture failure. A new method of preparing the defunctioned bowel and objectification its readiness for reconstructive surgery is proposed. The method provides that in postoperative period the intestinal contents from the proximal segment of the intestine are collected from a child with a loop (double-barrelled) enterostomy. Intestinal contents are inserted into the distal segment through the stoma using a syringe and a probe in portions. The initial volume of intestinal contents, introduced through the stoma, is 1-2 ml, with a gradual its increase to the total volume obtained from the proximal segment of the intestine. Simultaneously retrograde hydrotraining of the defunctioned intestine is carried out with the help of cleansing enemas. Readiness of the defunctioned bowel is evaluated by the natural emergence of faeces after clearing enemas or spontaneous without it.

Conclusions. The use of the suggested method in the preoperative management of ostomy children allows preparing the defunctioned intestine and assesses its readiness for a reconstructive operation taking into account other criteria.

Key words: enterostomy, preparation of defunctioned bowel, children.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

Энтеростомия в комплексе хирургического лечения новорожденных с заболеваниями и пороками развития кишечника

И.В. Ксёнз, Е.Н. Гриценко , Н.И. Гриценко

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», м. Полтава.

Детская городская клиническая больница, м. Полтава

Цель исследования – совершенствование методов хирургического лечения новорожденных с энтеростомами.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 14 новорожденных с заболеваниями и пороками развития кишечника, которым была выполнена энтеростомия.

Результаты. Длительное лишение функции дистальных отделов кишечника приводит к развитию в них гипотрофии и глубокому угнетению моторной функции, что приводит к задержке кишечного содержимого на уровне анастомоза с опасностью несостоятельности его швов. Предложен новый способ подготовки отключенной кишки и объективизации ее готовности к реконструктивной операции. Способ предусматривает, что в послеоперационном периоде у ребенка с двойной кишечной стомой собирают кишечное содержимое из проксимального сегмента кишки. Кишечное содержимое с помощью шприца и зонда порциями вводят в дистальный сегмент через стому. Начальный объем кишечного содержимого, который вводится через стому, 1-2 мл с постепенным его увеличением до полного объема, получаемого из проксимального сегмента кишки. Параллельно проводится ретроградная гидротренировка отключенной кишки с помощью очистительных клизм. Готовность отключенной кишки оценивают по появлению стула естественным путем после очистительных клизм и самостоятельно.

Выводы. Использование предлагаемого способа в предоперационной подготовке детей с энтеростомами позволяет подготовить отключенную кишку и оценить ее готовность к проведению реконструктивной операции с учетом других критериев.

Ключевые слова: энтеростомия, подготовка отключенной кишки, дети.

Вступ

У дитячій хірургічній практиці ентеростомія є вимушеною операцією. У новонароджених вона виконується як перший етап хірургічного лікування при некротичному ентероколіті з перфорацією чи некрозом стінки кишки, меконіальному ілеусі, атрезії тонкої кишки, хворобі Гіршпрунга, тотальних аганглiозах кишечника та деяких інших захворюваннях [3].

При накладанні первинного анастомозу у випадку атрезії кишечника, у зв'язку із значним розширенням проксимального сегмента та різким недорозвиненням та звуженням дистального сегмента, в зоні кишкового анастомозу виникають несприятливі гідродинамічні умови з явищами функціональної неповноцінності, що призводить до незадовільних результатів лікування та вимагає створення ентеростом [8].

Але тривале позбавлення функції дистальних відділів кишечника призводить через 2–3 тижні до розвитку в них гіпотрофії та глибокого пригнічення моторної функції [5]. Морфологічний аналіз показав, що найбільш характерною особливістю у відключеній кишці є розвиток гіпорегенераторної атрофії слизової оболонки. Виникає пригнічення або навіть повне припинення функції клітин слизової, розвиваються запальні і склеротичні процеси у стінці відключеної кишки, які прямо пропорційні терміну відключення. Тривалий термін існування кишкової стоми вкрай небажаний, у відключеній понад 12 місяців товстій кишці спостерігають хронічний атрофічний коліт. Найменші зміни у стінці відключеної кишки визначалися в терміни до 4-х місяців (дистрофічні зміни епітелію, його вогнищева десквамація, склероз підслизового шару, редукція лімфоїдних фолікулів, перебудова мікроциркуляторного русла, різке зниження слизоутворення), що і обґрунтовує доцільність проведення відновлювальних операцій у ці терміни [7]. Гіпотонічні м'язи стінки відключеної кишки при довгостроковому вимиканні не в змозі забезпечити пропульсивну перистальтику на тлі відновлення пасажу, що призводить до затримки кишкового вмісту на рівні анастомозу з небезпекою неспроможності його швів [6].

Терміни закриття кишкових стом теж є предметом дискусій, наводяться протилежні дані про вплив термінів закриття стоми на вибір оперативного втручання та кількість післяопераційних ускладнень. На терміни закриття ентеростом впливає ряд факторів: клінічний стан дитини, маса тіла, рівень стоми, об'єм втрат по ентеростомі, швидкість відновлення функції кишечника та характер перебігу перитоніту [2].

Важливою вважається підготовка відключеної кишки до реконструктивної операції. Для цього застосовують гідротренування відключеної кишки шляхом промивання 2% розчином натрію хлориду на передопераційному етапі [4]. Також не менш ніж протягом п'яти днів до закриття стоми рекомендують проводити підготовку відключеного сегмента кишки шляхом безперервного краплинного введення в нього фізіологічного розчину або болюсного введення кишкового вмісту, отриманого з привідної петлі [1]. Різноманітність підходів до термінів та умов закриття ентеростом свідчить про актуальність даного питання.

Матеріал і методи дослідження

Ентеростома як вимушений захід створена у 14 новонароджених із захворюваннями та вадами розвитку кишечника, що знаходилися на лікуванні у дитячій міській клінічній лікарні м. Полтави.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

У 6 (42,8%) випадках ентеростомія виконувалася при атрезії тонкої кишки, причому у 3-х з них спостерігалися атрезія з внутрішньоутробною перфорацією, атрезія тонкої кишки у поєднанні з множинними атрезіями товстої кишки та атрезія у поєднанні з гастрошизисом. У 3(21,4%) випадках ентеростома використана при виразково-некротичному ентероколіті з перфорацією виразок та перитонітом, у 2(14,2%) – при меконіальному ілеусі, у 2(14,2%) – при ізольованому завороті тонкої кишки з некрозом та перфорацією. В усіх цих випадках створено подвійну ентеростому. Лише в 1 (7,1%) випадку створено кінцеву ентеростому у хворого з тотальним аганглiозом товстої кишки.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) всіх зазначених у роботі установ. На проведення втручання було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів).

Результати дослідження та їх обговорення

У подальшому 12 хворим виконані реконструктивні операції з відновлення анатомічної цілісності шлунково-кишкового тракту. Одна дитина з внутрішньоутробним заворотом тонкої кишки з некрозом та перфорацією померла на шосту добу після первинного оперативного втручання. Хворий з тотальним аганглiозом товстої кишки був скерований для подальшого лікування до спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Реконструктивні операції із закриття стом та відновлення анатомічної цілісності шлунково-кишкового тракту були виконані в терміни від 8 до 90 діб. Оперативне втручання переважно виконувалося протягом 30 діб після першої операції (9(75%) випадків).

При вирішенні питання про закриття ентеростоми враховувалися клінічний стан дитини, наявність супутніх вад розвитку та захворювань, що обтяжують стан, динаміка маси тіла, рівень стоми, об'єм втрат по ній, швидкість відновлення функції кишечника, динаміка клініко-біохімічних показників.

З метою покращення якості підготовки відключеної кишки та об'єктивізації її готовності до реконструктивної операції був створений власний спосіб (Пат. України на корисну модель № 111555, МПК (2016.01) A61B 17/00 Спосіб підготовки та оцінки готовності відключеної кишки до реконструктивної операції / Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко; заявник і патентовласник: ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (UA). – № a201605842; заявл. 30.05.2016; опубл. 10.11.2016, Бюл. №21), що полягає у наступному. У післяопераційному періоді у дитини з подвійною кишковою стомою за допомогою зонда з обтюратором збирають кишковий вміст з проксимального сегмента кишки. Кишковий вміст за допомогою шприца та зонда порціями вводять у дистальний сегмент через стому, за необхідності розводячи його фізіологічним розчином. Початковий об'єм кишкового вмісту, який вводиться через стому, становить 1–2 мл з поступовим його збільшенням до повного об'єму, що отримується з проксимального сегмента кишки. Паралельно проводиться ретроградне гідротренування відключеної кишки за допомогою очисних клізм. Готовність відключеної кишки оцінюють за появою випорожнень природним шляхом після очисних клізм та самостійно.

Наводимо **клінічне спостереження**. *Дитина П.*, новонароджений, історія хвороби №2468, госпіталізована до відділення інтенсивної терапії з клінікою вродженої низької кишкової непрохідності, викликаною атрезією здухвинної кишки. Під час оперативного втручання виконано подвійну ентеростому. У післяопераційному періоді з початку функціонування проксимальної стоми кишковий вміст збирався за допомогою зонда з обтюратором. Починаючи з об'єму 1 мл, кишковий вміст порціями вводився у дистальну стому з поступовим розширенням об'єму.

Паралельно проводилося гідротренування відключеної кишки за допомогою очисних клізм 2% розчином натрію хлориду. На восьму добу після операції отримано випорожнення природним шляхом. Підготовка відключеної кишки проводилася до введення в дистальну стому повного об'єму кишкового вмісту з проксимальної стоми та отримання самостійного випорожнення природним шляхом. На 19-у добу після первинної операції виконано планову релапаротомію, під час якої сформовано ентероанастомоз «кінець у кінець». Дитина виписана з одужанням через 15 діб.

З використанням запропонованого способу було проліковано шістьох дітей. У всіх дітей після підготовки сформовані кишкові анастомози. Виписані з одужанням.

Висновки

Використання запропонованого способу у передопераційній підготовці дітей з ентеростомами дозволяє підготувати виключену кишку та оцінити її готовність до проведення реконструктивної операції з урахуванням інших критеріїв.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

Література

1. Гассан ТА. (2003). Превентивные кишечные стомы у детей периода новорожденности. Москва.
2. Иванов ВВ, Аксельров МА, Аксельров ВМ и др. (2006). Энтеро- и колостома в этапном лечении низкой кишечной непроходимости у новорожденных. Детская хирургия.6:14-17.
3. Муратов ИД. (1994). Осложнения у новорожденных с кишечной стомой (обзор литературы). Российский вестник перинатологии и педиатрии.39.2:25-28.
4. Пащенко КЮ, Пащенко ЮВ. (2014). Спосіб хірургічної реабілітації довгостроково відключених дистальних відділів кишечника у дітей. Пат. Україна. МПК (2014.01) A61B 17/00. Заявник і патентовласник: Харківський національний медичний університет (UA). №a201308944. Заявл. 16.07.2013. Опубл. 12.05.2014. Бюл. №9.
5. Пащенко ЮВ, Давиденко ВБ, Циганенко АЯ та ін. (2006). Превентивні кишкові стоми при резекції кишки в умовах інфікованої черевної порожнини у дітей і терміни їх закриття. Харківська хірургічна школа. 1.20:62-64.
6. Попов ФБ, Немилова ТК, Караваева СА и др. (2004). Критерии для определения сроков закрытия энтеростом у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Детская хирургия.6:10-13.
7. Попов ФБ. (2004). О технике энтеростомии у новорожденных. Детская хирургия.3:46-47.
8. Цап НА. (1995). Послеоперационное восстановление непрерывности кишечника при энтеро- и колостомах у детей. Москва.

Відомості про авторів:

Ксьонз Ігор Володимирович *– д.мед.н., проф. кафедри дитячої хірургії з травматологією та ортопедією ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 23.*

Гриценко Євген Миколайович *– к.мед.н., доц. кафедри дитячої хірургії з травматологією та ортопедією ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія. Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 23.*

Гриценко Микола Іванович *– зав. дитячого хірургічного відділення Дитячої міської клінічної лікарні, м. Полтава. Адреса: м. Полтава, вул. Олександра Бідного, 2.*

Стаття надійшла до редакції 12.01.2018 р.

2nd HYPOSPADIAS WORLD CONGRESS

Offenbach, Frankfurt, Germany
03.10 – 05.10.2018
hypospadias-society.org
HIS Congress 2018, Frankfurt

Welcome to the 2nd Hypospadias World Congress, due on October 3 -5, 2018 in Offenbach, Frankfurt, Germany. We cordially invite you to attend the congress and meet the leading hypospadias experts of our time. You will have the possibility to exchange scientific information, technological and scientific know-how. The key-note lectures are carefully chosen to cover the whole field of Hypospadias. A major highlight is the Live Surgery on Friday, October 5th, 2018 that covers the whole spectrum. The Hypospadias International Society (HIS) and Sana Klinikum Offenbach, the sponsors of the Congress, provide the international forum for all disciplines and persons interested in the field of Hypospadias. The first world Congress was held in Moscow 2017 and the third will be held in Philadelphia in 2019.

Hypospadias is a common congenital anomaly affecting about 1% of male live birth. It has become a true specialty that invol¬ves several different disciplines. There is a lot that is still unknown about this common and interesting field of medicine. There is a need to promote research and to set a high standard of patient care and ethics and to exchange and promo¬te knowledge and experience.

We would like to welcome you whether you are a, Pediatric Surgeon, Pediatric Urologist, Adult Urologist, Plastic Surgeon, Andrologist, Endocrinologist, Psychiatrist, Pediatrician or a Basic Scientist to actively participate in this unique congress.

It will take place from October 3 to 5, 2018 in Sheraton Offenbach Hotel and Sana Klinikum Offenbach, Germany.

Please complete the following form carefully. You will be required to complete all boxes marked with an asterisk (*). All other boxes may be completed to provide additional details.

The Offenbach Hypospadias Center is the leading Hypospadias referral Center in Germany with more than 1000 hypospadias operations performed every year (www.weisse-liste.de)

The Main Topics of the Congress include «Embryology, Pathology, Pathogenesis, Genetics & Hormonal factors of Hypospadias», «Modern Techniques for Hypospadias Repair», «Management of Hypospadias Complications», «Long Term Follow Up of Hypospadias», and «Hypospadias Surgery in Adults».

Web-site: https://hypospadias-society.org/2nd-hypospadias-world-congress/