

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТУ КОЛОСТОМІЇ НА ЕТАПАХ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ АНОРЕКТАЛЬНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

О.О. Курташ

Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА КОЛОСТОМИИ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

О.О. Курташ

Івано-Франковський національний медичинський університет
Національний медичинський університет імени А.А. Богомольця

CHOOSING THE BEST OPTION FOR THE COLOSTOMY ON THE STAGES OF SURGICAL CORRECTION OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

O.O. Kurtash

Ivano-Frankivsk National Medical University
O.O. Bohomolets National Medical University

Резюме. Проведено аналіз результатів діагностики та лікування 205 дітей з аноректальними вадами розвитку. Доведено, що захисна колостомія є необхідним етапом при хірургічній корекції всіх (за виключенням анальної мембрани) форм аноректальних вад розвитку у дітей. При анальному стенозі, ректо-промежинній та вестибулярній норицях доцільним є накладання кінцевої одноствольної колостомії. При всіх інших формах аноректальних вад розвитку оптимальним є формування роздільної двоствольної колостомії. Розроблено показання до виду та рівня накладання колостомії при цій патології у дітей. Розроблено та впроваджено в практику нові способи формування колостом у дітей грудного віку, в тому числі із застосуванням лапароскопії.

Ключові слова: аноректальні вади розвитку, діагностика, лікування, колостомія, результати, діти.

Резюме. Произведен анализ результатов диагностики и лечения 205 детей с аноректальными пороками развития. Доказано, что защитная колостомия является необходимым этапом при хирургической коррекции всех (за исключением анальной мембраны) форм аноректальных пороков развития у детей. При анальном стенозе, ректо-промежностном и вестибулярном свище целесообразно наложение конечной одноствольной колостомы. При всех формах аноректальных пороков развития оптимальным является формирование разделительной двуствольной колостомы. Разработаны показания к виду и уровню наложения колостомы при этой патологии у детей. Разработаны и внедрены в практику новые способы формирования колостом у детей грудного возраста, в том числе с применением лапароскопии.

Ключевые слова: аноректальные пороки развития, диагностика, лечение, колостомия, результаты, дети.

Abstract. The analysis of diagnosis and treatment of 205 children with anorectal malformations was performed. It was proved that protective colostomy is a necessary stage in the surgical correction of all (except the anal membrane) forms of anorectal malformations in children. Under the anal stenosis, rectum-perineal and vestibular fistulas the imposition of terminal single-barreled colostomy is suggested. For all other forms of anorectal malformations the optimal is formation of separate double-barreled colostomy. The indications to the selection of the type and level of colostomy imposition under this pathology in children were elaborated. The new ways of colostomy in infants were developed and introduced, including using laparoscopy.

Keywords: anorectal malformation, diagnostics, treatment, colostomy, results, children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Немає єдиної точки зору відносно доцільності колостомії на етапах корекції аноректальних вад розвитку (АРВР) у дітей [2, 4]. Розходяться думки щодо виду та рівня формування колостомії. Остаточо не визначені терміни етапних втручань у колостомованих пацієнтів [1, 3]. Необхідними є вивчення особливостей накладання колостомії при різних видах АРВР у дівчаток і хлопчиків.

Мета роботи – покращення результатів хірургічної корекції дітей з аноректальними вадами розвитку.

Матеріали і методи

Проведено аналіз діагностики та лікування 205 дітей з АРВР, які були обстежені в клініці хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» з початку 1995 до кінця 2012 року. Серед 205 дітей було 115 (56,10%) дівчат та 90 (43,90%) хлопчиків. Наші пацієнти були рандомізовані на 2 групи: основну (ті, яким колостома була сформована в нашій клініці) - 104 (50,73%) дитини і контрольну (оперовані в інших клініках) - 101 (49,27%) пацієнт.

Результати та їх обговорення

Колостомія є втручанням, яка має багато принципівих

моментів. Захисна колостома має сприяти безпечному проведенню радикальної операції з відновлення близької до нормальної анатомії аноректальної зони, що у недалекому минулому призводило до значної летальності та великої кількості післяопераційних ускладнень (нагноєння рани, неспроможності швів, рубцювання сфінктера). Останні в свою чергу супроводжувались незадовільними функціональними результатами. Колостома повинна забезпечити практично стерильні умови при анопроктопластиці.

На нашу думку, захисна колостома має створювати абсолютну ізоляцію дистального відділу товстої кишки від пасажу калових мас; створювати ідеальні умови для підготовки дистального відділу кишечника для анопроктопластики; давати можливість для проведення діагностичних досліджень через колостоми; бути зручною для догляду; повинна накладатись так, щоб можна було легко (малотравматично) виділити привідну та відвідну петлі кишки під час радикальної операції.

Таким вимогагам найбільше відповідають колостомії роздільного типу: одноствольна (кінцева) та роздільна двоствольна (кінцева). До переваг кінцевих колостом відносили те, що після таких втручань легко санується проксимальна частина ободової кишки та повністю ізолюються дистальні відділи ободової кишки від потрапляння кишкового вмісту. Така колостома попереджає виникнення коліту у виклю-

чених відділах кишки. Одноствольна кінцева колостома є зручніша для використання калоприймачів, що спрощує догляд за стомою. Простішим є виділення такої колостоми при її закритті.

Тактико-технічні вимоги до накладених колостом передбачають обов'язкове формування двоствольних колостом при високих та середніх формах, а при безноричних формах АРВР - на будь-якому рівні атрезії прямої кишки. В інших випадках доцільним є накладання кінцевої одноствольної колостоми.

Для кращого уявлення та простішого аналізу проведеної роботи щодо прийняття рішення про накладання того чи іншого виду колостом у пацієнтів з АРВР в основній (оперовані в нашій клініці) і контрольній (оперовані в інших клініках) групах, ми склали таблицю, яка відображала фактичність виконаних колостом – за традиційними методиками, за запропонованими розробленими власними методиками відкритим способом, та з допомогою лапароскопічної асистенції (табл. 1). Оригінальні запропоновані нами способи колостомії, які були зроблені в інших клініках, виконувались після наших рекомендацій та впроваджень в практику роботи цих лікувальних установ.

Існують численні модифікації кінцевих колостом, проте вони не завжди відповідають всім вимогам при АРВР. Враховуючи всі необхідні технічні і тактичні особливості при накладанні кінцевих колостом, ми розробили власні методики таких операцій, які впроваджені у 93 (94,90%) із 98 пацієнтів, оперованих в нашій клініці та у 25 (24,75%) із 101 дитини, які були прооперовані в інших клініках.

З місцевого (локального) доступу в лівій здухвинній ділянці мінімальним розтином розкривали черевну порожнину, в рану виводили петлю сигмовидної кишки.

При низьких норичних формах через просвіт нориці проводили трубку-ідентифікатор у напрямку вище розташованих відділів сигмовидної кишки.

За допомогою введеної трубки-ідентифікатора відзначали привідний і відвідний кінець цієї кишки. Потім формували очеревинно-апоневротичне колостомічне кільце діаметром до 2/3 відповідного розміру введеної петлі кишки, пересікали петлю кишки, дистальну куку зашивали наглухо, підшивали до краю брижі, а проксимальну куку кишки фіксували до колостомічного кільця на відстані 4-6 см від її краю, останню вивертали і додатково підшивали слизову вивернутої кишки до шкіри. Таких колостомії виконано у 48 пацієнтів.

При необхідності формування двоствольних кінцевих колостом черевну порожнину розкривали із ширшого локального доступу, із якого формували два відповідні очеревинно-апоневротичні колостомічні кільця, через які виво-

дили привідну та відвідну куки пересіченої ободової кишки із фіксацією їх, як і при попередньому втручанні (n=21).

При безноричних або при норичних високих формах АРВР, для ревізії дистальних відділів товстої кишки та візуалізації привідної та відвідної частини сигмовидної кишки в нашій клініці використовували лапароскопічну асистенцію.

Після ідентифікації та уточнення анатомічного варіанту аномалії місцевим (локальним) розтином розкривали передню черевну стінку в правій здухвинній ділянці зі всіма наступними етапами, що стосуються формування очеревинно-апоневротичного колостомічного кільця та фіксації петлі кишки, які описані вище. Лапароскопічна асистенція зменшувала травматичність втручання та дозволяла якісно візуалізувати дистальні відділи ободової кишки.

Петлева колостома, на наш погляд, дещо поступається технічним і тактичним перевагам кінцевих колостом. До позитивних сторін петлевих колостом слід відзначити те, що вона технічно простіша при необхідності виведення двоствольних колостом, доцільніша при повторних операціях на тлі вираженого злукового процесу, простіше виділення колостоми при її закритті в плані пошуку відвідної куки, а при відсутності параколоностомічних ускладнень, можливе зняття такої колостоми без резекції ободової кишки.

Недоліками при виведенні такої стоми вважаємо, що через петлеву колостому гірше санується проксимальна частина ободової кишки, не повністю ізолюються дистальні відділи її від попадання кишкового вмісту (при низькій «шпорі»). Петлева колостома недостатньо попереджає виникнення коліту у виключених відділах кишки, складніша для використання калоприймачів, гірший догляд за такою стомою, ніж при кінцевій і складніше виділення колостоми при її закритті, через можливе ушкодження брижі кишки з резекцією петлі.

Відомо багато модифікацій петлевих колостом, але не всі вони відповідають технічно-тактичним вимогам при хірургічній корекції АРВР. Тому ми розробили власні методики формування петлевих колостом (n=37). Доступ, ревізія та ідентифікація петлі сигмовидної кишки, формування очеревинно-апоневротичного колостомічного кільця були аналогічними, як і при кінцевій одноствольній колостомі. Після виведення петлі кишки через рану, формували «шпору» із широкою основою, зводячи привідну та відвідну петлі, максимально зшиваючи брижу кишки між ними кількома лігатурами на висоті 3-5 см від передбачуваної «шпори» (в залежності від віку).

Потім фіксували петлю кишки в колостомічному отворі на цьому ж рівні окремою лігатурою із розрахунку 2/3 отвору кільця для привідної петлі, а решта – для відвідної

Таблиця 1. Характеристика сформованих колостом в основній і контрольній групах

Види колостом	Групи				Всього
	Основна - оперовані в нашій клініці		Контрольна - оперовані в інших клініках		
двоствольні	кінцева	традиційним способом	2	традиційним способом	24
		запропонованим відкритим способом	11	запропонованим відкритим способом	10
		з лапароскопічною асистенцією	3	з лапароскопічною асистенцією	-
	петлева	разом:	16	разом:	34
		традиційним способом	2	традиційним способом	8
		запропонованим відкритим способом	33	запропонованим відкритим способом	4
		з лапароскопічною асистенцією	5	з лапароскопічною асистенцією	-
		разом:	40	разом:	12
одноствольна		традиційним способом	1	традиційним способом	41
		запропонованим відкритим способом	37	запропонованим відкритим способом	11
		з лапароскопічною асистенцією	4	з лапароскопічною асистенцією	-
		разом:	42	разом:	52
підвісна		-		3	3
без стоми		6		-	6
Всього:		104		101	205

петлі, що додатково сприяло добрій евакуації з кишки та попереджало закидання вмісту в дистальні відділи ободової кишки. Розсікши просвіт кишки на висоті перегину сформованої петлі, останню вивертати і додатково підшивали слизову вивернутої кишки до шкіри.

Для ідентифікації та уточнення анатомічного варіанту аномалії у 5-ти випадках в нашій клініці використовували лапароскопічну асистенцію при петлевій колостомії, а всі інші етапи виконували як і при попередній методиці.

Таким чином, найкращою вважаємо колостому, що забезпечує повне непопадання калу у дистальні відділи атрезованої кишки. Тобто колостома повинна бути роздільною. При цьому на черевну стінку виводять як привідну, так і при необхідності - відвідну кишки. Це забезпечує добру евакуацію калу, а дистальна стома може бути використана з діагностичною метою – для проведення колостографії та виявлення ректо-уретральної чи ректо-везикальної нориці. Крім того вона слугує завданням підготовки кишки до анопроктопластики (промивання, введення антисептиків, протимікробних препаратів). В тих випадках, коли вестибулярна нориця забезпечує задовільну евакуацію кишкового вмісту, можна створити одноствольну колостому.

Щодо використання підвісних колостом при АРВР, то ми впевнені, що вони є технічно і тактично непридатними на етапах хірургічної корекції цих аномалій і не повинні використовуватись взагалі.

У 199 (97,07%) дітей з АРВР накладено захисну колостому як перший етап хірургічної корекції. В основній масі колостоми були сформовані на лівих відділах ободової кишки. Правобічні колостоми виводили в інших клініках. При анальній мембрані у 6 (2,93%) пацієнтів лікування було одноетапним.

Як у хлопчиків, так і у дівчаток були виведені колостоми на ліві відділи ободової кишки – 96,59%.

Найоптимальнішим рівнем при високих і проміжних формах АРВР у 59 (28,78%) пацієнтів було формування колостоми в сегментах від верхньої третини сигмовидної кишки до нижньої третини низхідної кишки.

У 109 (53,17%) дітей з низькими формами АРВР виводили сигмостому на рівні середньої-верхньої третини кишки. Зазвичай довжина та мобільність сигмовидної кишки були достатніми для накладання сигмостоми. Якщо за якихось умов важко було вивести сигмовидну кишку для колостомії, то у 9 (4,39%) випадках колостому виводили на нижню третину низхідної ободової кишки.

Виведення колостоми в нижній третині сигмовидної кишки в усіх випадках (n=5) та в середній її третині – при ректо-везикальній (n=1) та ректо-уретральній (n=2) норицях, при норицях в матку (n=1), у піхву (n=1), і при аноректальній агенезії без нориці (n=1), що було зроблено в інших клініках, вважаємо грубою тактичною помилкою. Надто короткий відвідний сегмент кишки створює технічні труднощі при мобілізації та зведенні його під час анопроктопластики, що змушує видаляти цей відділ кишки, з переходом на лапаротомію, зняття колостоми, реколостомію та зведення необхідного сегмента в бік промежини.

Також тактичною помилкою вважаємо виведення колостом в інших клініках на праві відділи ободової кишки (n=4), що створює умови для розвитку коліту у відключеній ділянці кишечника. При надто довгій відвідній куксі кишки

остання погано санується, що також сприяє затяжному перебігу коліту в цій ділянці. Крім того, в такій ситуації порушується асептичність після анопроктопластики.

Тактичною помилкою вважали накладання підвісних колостом в усіх випадках (n=3), формування одноствольної колостоми при ректо-везикальній нориці в одного хлопчика та недоцільним було виведення роздільної двоствольної (кінцевої) колостоми при ректо-промежинній нориці (n=1).

Виведення підвісної колостоми призводить в обов'язковому порядку до неадекватного випорожнення товстої кишки, попадання кишкового вмісту у відвідну куксу кишки, поганій її санації, затяжного перебігу коліту в цій ділянці та порушення асептичності після анопроктопластики.

При виведення кінцевої одноствольної колостоми при високих формах АРВР залишається сліпий кінець відвідної кукси кишки, що створює умови для постійного інфікування тих органів, з яким існує норичне сполучення та до сепсису.

Виведення петлевої колостоми з низькою «шпорою» стає причиною попадання кишкового вмісту у відвідну куксу кишки, поганій її санації, затяжного перебігу коліту в цій ділянці та порушення асептичності після анопроктопластики.

Висновки

Колостомія є необхідним етапом при хірургічній корекції всіх (за винятком анальної мембрани) форм аноректальних вад розвитку у дітей. При анальному стенозі, ректо-промежинній та вестибулярній норицях доцільним є накладання кінцевої одноствольної колостоми. При всіх інших формах аноректальних вад розвитку оптимальним є формування роздільної двоствольної колостоми.

Розроблені та впроваджені способи формування кінцевої та петлевої колостом з місцевого (локального) доступу з використанням трансректально введеної трубки-ідентифікатора (або під лапароскопічною асистенцією), відповідають всім необхідним вимогам до колостом при аноректальних вадах розвитку і запобігають появі типових ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем в лікуванні дітей з АРВР. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів хірургічного лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

Література

1. Pena A. Imperforate anus and cloacal malformations / A Pena, M. Levitt // In: Ashcraft KW, Holcomb GW, Murphy JP, eds. Pediatric surgery. Philadelphia, PA: Saunders, 2005. – P.496–517.
2. Rectovestibular fistula - rarely recognises associated gynaecologic anomalies / M.A. Levitt, A. Bischoff, L. Breech, A. Pena // J. Pediatr. Surg. – 2009. – Vol. 44. – P.1261-1267.
3. Rintala R.J. Congenital anorectal malformations: anything new? / R.J. Rintala // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2009. – Vol. 48, Suppl. 2. – S.79-82.
4. The spectrum of anorectal malformations in Africa / S.W. Moore, A. Alexander, D. Sidler et al. // Pediatr. Surg. Int. - 2008. – Vol. 24. – P.677-783.

Надійшла 01.07.2014 року.