

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.341+616.348]-007.271-089.86

В.Г. Баиров¹, С.А. Амидхорова², Н.А. Щеголева¹, А.А. Сухоцкая², А.Ф. Хидиров², Т.П. Данилова¹**ХАРАКТЕРИСТИКА АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМ ПРИ АТРЕЗИЯХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ**¹Специализированный перинатальный центр ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, 197341, Санкт-Петербург;²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, Санкт-Петербург

Баиров Владимир Гиреевич (Bairov Vladimir Gireevich), e-mail: v-bairov@mail.ru

Актуальность. Атрезия тонкой и толстой кишки является наиболее часто встречающейся патологией среди всех случаев врожденной кишечной непроходимости. При перитоните, сочетанных пороках развития целесообразно выведение энтеро-стом в зависимости от уровня непроходимости.

Цель исследования. Предложить варианты создания кишечного анастомоза у новорожденных с атрезией тонкой и толстой кишки на основании сравнительной оценки результатов применения различных видов анастомозов.

Представлен анализ результатов лечения 24 (44%) новорожденных с атрезией тонкой и толстой кишки, которым выполнено этапное оперативное лечение (энтеро- и/или колостомия) с созданием отсроченного анастомоза, за период с 2000 по 2012 г. в детской городской больнице № 1 и Федеральном специализированном перинатальном центре Санкт-Петербурга.

В зависимости от уровня атрезии выполнены следующие виды стом: двойная еюностома — у 4 (17%) новорожденных, двойная илеостома — у 13 (54%), двойная колостома — у 7 (29%) больных с последующим восстановлением непрерывности кишечной трубки через 3—8 нед.

После закрытия двойной еюностомы анастомоз конец в конец был создан у 2 из 4 детей, оба новорожденных были недоношенными. Т-образный анастомоз выполнен у 2 пациентов. Послеоперационных осложнений не было. После закрытия двойной илеостомы анастомоз конец в конец произведен 8 новорожденным, при резекции илеоцекального угла анастомоз конец в бок осуществлен у 5 пациентов. Среди этих больных доношенных было 11, недоношенных — 2. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

После закрытия двойной колостомы всем новорожденным был создан анастомоз конец в конец. Доношенными были 6 детей, недоношенным 1 ребенок. Осложнений и летальных исходов не зарегистрировано.

Заключение. Выжили 88% новорожденных, летальность составила 12% — умерли 3 ребенка. Все умершие дети были с атрезией тощей кишки, также у них определены сочетанные пороки развития, сопутствующие заболевания, недоношенность ($p < 0,01$).

Ключевые слова: атрезия, стома, сочетанные пороки развития, анастомозы

V.G. Bairov, S.A. Amidkhorova, N.A. Shchegoleva, A.A. Sukhotskaya, A.F. Khidirov, T.P. Danilova

CHARACTERISTIC OF ANASTOMOSES AFTER THE CLOSURE OF ENTERO- AND COLOSTOMAS IN PATIENTS WITH SMALL AND LARGE INTESTINAL ATRESIA

V.A. Almazov Specialized Perinatal Centre

I.I. Mechnikov North-West State Medical University, 191015 Sankt-Peterburg

Small and large intestinal atresia is a common condition in congenital bowel obstruction. In case of peritonitis and combined malformations, enterostomas are constructed depending on the degree of obstruction.

Aim. To propose variants of intestinal anastomoses in newborn infants with small and large intestinal atresia based on the results of comparison of their different types.

Materials and methods. The study included 24 (44%) newborns who underwent step by step surgical treatment (entero- and/or colostomy) with a delayed anastomosis during 2000—2012.

Results. The following types of stomas were formed with subsequent (in 3—8 weeks) restoration of continuity of the intestinal tube depending on the level of atresia: double jejunostoma in 4 (17%), double ileostoma in 13 (54%), double colostoma in 7 (29%) newborns. End to end anastomosis was placed after the closure of double jejunostoma in 2 of the four babies (both premature). T-shaped anastomosis was made in 2 patients. End to end anastomosis was placed after the closure of double ileostoma in 8 newborns and end to side anastomosis in 5 patients after resection of the ileocecal angle. These infants included 11 full-term and 2 preterm ones. Neither complications nor deaths were documented. End to end anastomosis was placed in all patients (6 full-term and 1 preterm ones) after the closure of double colostoma. Complications and fatal outcomes were absent.

Conclusion. 88% of the patients survived while 3 premature ones with jejunal atresia, combined malformations, and concomitant diseases died (12% lethality)

Key words: atresia, stoma, combined malformations, anastomoses

Врожденная кишечная непроходимость является одной из наиболее частых причин экстренной хирургической коррекции у детей периода новорожденности. Характерными особенностями врожденной кишечной непроходимости являются резкое расширение и функциональная недостаточность приводящего отдела кишечника, сужение отводящего отдела кишечника при атрезии [1]. Атрезия тонкой и толстой кишки является наиболее часто встречающейся па-

тологией среди случаев врожденной кишечной непроходимости [2—4]. Техника хирургической коррекции разнообразна. При наличии сопоставимых по диаметру кишечных петель предпочтение отдается созданию прямых или адаптированных анастомозов, в остальных случаях выполняют Т-образный разгрузочный анастомоз [5]. При резекции терминального отдела подвздошной и слепой кишки способом выбора соединения тонкой и толстой кишки является

илеотрансверзоанастомоз или илеотрансверзостомия, однако некоторые авторы указывают на наличие синдрома «слепого мешка», но должного подтверждения данному наблюдению нет [6]. При перфорации приводящей петли с развитием тяжелого разлитого (внутриутробного) перитонита, наличии сочетанных пороков развития, а также при лапаротомиях по поводу спаечной непроходимости целесообразным является выведение энтеростом в зависимости от уровня непроходимости [7—9]. Сочетанная патология встречается в среднем у 30—70% детей с кишечной непроходимостью. Частота хирургических осложнений при лечении врожденной кишечной непроходимости составляет 5—10%, смертность обусловлена сопутствующей патологией и не превышает 10% в развитых странах [10, 11].

Многообразие патоморфологических вариантов пороков кишечной трубки, отсутствие единого подхода обуславливают сложность выбора хирургической тактики лечения данной врожденной патологии.

Целью исследования было улучшение результатов хирургического лечения новорожденных детей с атрезией тонкой и толстой кишки, у которых потребовалась этапная хирургическая коррекция с созданием отсроченного анастомоза.

Материалы и методы

Проведен ретропроспективный анализ историй болезни 54 новорожденных, находившихся на лечении в детской городской больнице №1 и Федеральном специализированном перинатальном центре Санкт-Петербурга в период с 2000 по 2012 г. В изучаемую группу вошли новорожденные с атрезией тонкой и толстой кишки. В зависимости от типа атрезии и наличия сочетанных пороков пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу были включены новорожденные, которым созданы первичные межкишечные анастомозы — 30 (56%), во 2-ю — дети, которым выполнено этапное оперативное лечение (энтеро- и/или колостомия) с созданием отсроченного анастомоза — 24 (44%). В данной статье рассматривается лечение только новорожденных 2-й группы.

Статистическую обработку проводили на персональном компьютере с помощью статистического пакета SPSS 18.0 и MedCalc 11.2 for Windows. Сравнительный анализ проведен за 2000—2012 гг. Для описательного анализа рассчитывали пропорциональное соотношение анализируемых параметров. При нормальном распределении величин рассчитывали среднее (M) и его стандартное отклонение (CO), в других случаях рассчитывали медиану (Me) и интерквартильный размах (IP). Для оценки межгрупповых различий применяли различные методы непараметрической статистики. Для анализа связи признаков использована ранговая корреляция по Спирмену. Критической границей достоверности нами была принята величина α , равная 0,05.

Результаты и обсуждение

По уровню атрезии кишки больные распределены следующим образом: у 17 (71%) новорожденных наблюдалась атрезия тонкой кишки, из них у 4 (17%) атрезия тощей кишки, у 13 (54%) атрезия подвздошной кишки; у 7 (29%) пациентов диагностирована атрезия толстой кишки. У 1 новорожденного наблюдалось сочетание атрезии тощей кишки с гастрошизисом.

Мальчиков было 13 (54%), девочек — 11 (46%). У 5 (21%) больных изучаемой группы отмечались признаки недоношенности и незрелости. Маловесных

детей было больше с атрезией тощей кишки, чем с атрезией подвздошной кишки ($p < 0,01$). Так, средняя масса тела при поступлении у детей с атрезией тощей кишки составила 2017 ± 505 г, с атрезией подвздошной кишки — 3083 ± 737 г, с атрезией толстой кишки — 3519 ± 508 г. Меньший гестационный возраст чаще отмечался у новорожденных с атрезией тощей кишки, чем у пациентов с атрезией подвздошной и толстой кишки ($33 \pm 2,6$ нед против $38 \pm 2,1$ и $38 \pm 1,1$ нед соответственно; $p < 0,001$). В 1-е сутки после рождения были госпитализированы 17 (71%) детей, во 2-е сутки — 4 (17%) ребенка, на 3—4-е сутки — 3 (12%) пациента. Сопутствующая патология (анемия, пневмония, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, внутриутробная инфекция) выявлена у 1 (4%) новорожденного с атрезией тощей кишки и у 6 (25%) с атрезией подвздошной кишки. Сопутствующей патологии у детей с атрезией толстой кишки не зарегистрировано ($p < 0,01$).

В зависимости от уровня атрезии выполняли следующие виды стом: двойную еюностому у 4 (17%) пациентов, двойную илеостому у 13 (54%), двойную колостому у 7 (29%) больных с последующим восстановлением непрерывности кишечной трубки через 3—8 ($3 \pm 1,5$) нед. Варианты созданных анастомозов представлены в таблице.

После закрытия двойной еюностомы анастомоз конец в конец выполнен у 2 из 4 детей, оба новорожденных были недоношенными. Т-образный анастомоз создан у 2 недоношенных пациентов. Послеоперационных осложнений не было.

После закрытия двойной илеостомы анастомоз конец в конец произведен 8 новорожденным, у 5 пациентов при резекции илеоцекального угла выполнен анастомоз конец в бок. Доношенных среди этих детей было 11, недоношенных — 2. Осложнений и летальных исходов не отмечалось.

После закрытия двойной колостомы всем новорожденным создавали анастомоз конец в конец. Среди этих детей доношенных было 6, недоношенный был 1. Осложнений и летальных исходов не зарегистрировано.

Наиболее тяжелое течение послеоперационного периода наблюдалось у детей, которым выполняли отсроченный анастомоз после двойной еюностомии. Данная группа новорожденных требует отдельного рассмотрения.

Варианты анастомозов у детей со стомами ($n = 24$)

Наложная стома	Вид анастомоза			Итого
	конец в конец	конец в бок	Т-образный	
Двойная еюностома	2	—	2	4/3
Двойная илеостома	8	—	—	8/0
Двойная илеоколоостома	—	5	—	5/0
Двойная колостома	7	—	—	7/0
Всего...	17/2	5/0	2/1	24/3

Примечание. В числителе — общее число детей, которым создан анастомоз, в знаменателе — число умерших.

У всех пациентов с двойной еюностомой определялся IV тип атрезии. После создания отсроченного анастомоза умерли 3 из 4 больных с двойной еюностомой. У этих детей, поступивших повторно спустя 2 мес, возникла поздняя спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая повторного хирургического вмешательства, которое имело неблагоприятный исход. Основная причина летального исхода у новорожденных данной группы — наличие сопутствующей и сочетанной патологии, отягощающей прогноз; также отмечалась генерализация инфекционного процесса, на фоне которого произошло развитие полиорганной недостаточности.

При секционном исследовании у 2 пациентов зарегистрированы массивный продуктивный перитонит, развитие геморрагического синдрома, генерализация инфекции, у 1 ребенка тяжелое состояние было обусловлено развитием синдрома короткой кишки (общая длина кишки 62 см) с последующим присоединением вирусно-бактериальной пневмонии, что ускорило наступление летального исхода.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-4, 8-11 см. в References)

1. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р. и др. Врожденная кишечная непроходимость: Выбор хирургической тактики и техники кишечного шва. Дальневосточный медицинский журнал. 2012; 2: 37—40.
5. Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И. Опыт лечения пациентов с врожденной кишечной непроходимостью в условиях перинатального центра. Детская хирургия. 2009; 5: 11—6.
6. Рухляда Н.В., Гайворонский И.В., Лукьяненко А.Д. Илеоасцендоанастомоз. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004; 6: 35—8.

7. Иванов В.В., Аксельров М.А., Аксельров В.М. и др. Энтеро- и колостомы в этапном лечении низкой кишечной непроходимости у новорожденных. Детская хирургия. 2006; 6: 14—7.

REFERENCES

1. Savina V.A., Varfolomeev A.R. et al. Congenital Intestinal Obstruction: The choice of the surgical tactics and techniques of intestinal suture. Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal. 2012; 2: 37—40 (in Russian).
2. Ekwunife O.H., Oguejiofor I.C., Modekwe V.I., Osuigwe A.N. Jejunoileal atresia: A 2-year preliminary study on presentation and outcome. Nigerian J. Clin. Pract. 2013; 15: 354—7.
3. Osifo O.D., Okolo C.J. Management of intestinal atresia: Challenges and outcomes in a resource-scarce region. Surg. Pract. 2009; 13: 36—41.
4. Ozturk H., Ozturk H., Gedik S., Duran H., Onen A. A comprehensive analysis of 51 neonates with congenital intestinal atresia. Saudi Med. J. 2007; 38: 1050—4.
5. Kucherov Yu.I., Dorofeeva E.I. The experience in the treatment of patients with congenital intestinal obstruction in a perinatal center. Detskaya Khirurgiya, Moskva. 2009; 5: 11—6 (in Russian).
6. Rukhlyada N.V., Gaivoronskiy I.V., Luk'yanenko A.D. Ileo-ascendoanastomosis. Vestnik Khirurgii of I.I. Grekova. 2004; 6: 35—8 (in Russian).
7. Ivanov V.V., Akselrov M.A. et al. Entero-colostomy in the staged treatment of low intestinal obstruction in newborns. Detskaya Khirurgiya. 2006; 6: 14—7 (in Russian).
8. Stollman T.H., de Blaauw I., Wijnen M.H. Decreased mortality but increased morbidity in neonates with jejunoileal atresia; a study of 114 cases over a 34-year period. J. Pediatr. Surg. 2009; 44: 217—21.
9. Al-Salem A.H., Oquaiish M. Adhesive Intestinal obstruction in infants and children: The place of conservative treatment. ISRN Surg. 2011; 10: 1—4.
10. Eds M. Ziegler et al. Operative Pediatric Surgery. 2003. P. 1339.
11. Eds D. Burge M. et al. Pediatric surgery. 2005.

Поступила 15.05.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.37-002.1-002.4-089

А.Е. Машков, А.В. Сигачев, В.И. Щербина, Д.А. Пыхтеев, А.Е. Наливкин, Ю.Н. Филлюшкин

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

Отделение детской хирургии ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, 129110, Москва

Машков Александр Евгеньевич (Mashkov Alexandr Evgen'evich), e-mail: malexe@yandex.ru

Цель работы — продемонстрировать результаты хирургического лечения детей с деструктивными формами панкреатита. Материалы и методы. В статье приведены результаты ретроспективного анализа историй болезни детей с острым панкреатитом (ОП), находившихся на стационарном лечении в клинике детской хирургии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского с 1991 по 2011 г. Из 129 детей с ОП отечная форма наблюдалась у 88, деструктивные формы были у 41 ребенка.

Результаты. У 16 (39%) детей с деструктивным панкреатитом (ДП) заболевание было осложнено: у 8 больных — формированием кист поджелудочной железы различной локализации, еще у 8 — наличием наружных панкреатических свищей. Общая летальность составила 2,3%, летальность при деструктивных формах — 6,8%, послеоперационная летальность — 10,7%. Заключение. Наиболее частыми причинами (57% случаев), приводившими к ДП, были травмы и заболевания желчевыводящих путей. Для больных с ДП обоснована необходимость дифференцированного подхода к выбору оперативного вмешательства (лапаротомия, лапароскопическая санация, пункция под ультразвуковым контролем), описан комплекс консервативных мероприятий. После стационарного лечения детям, перенесшим ДП, необходимо назначение комплекса реабилитационных мероприятий под контролем педиатра и гастроэнтеролога и динамическое наблюдение детского хирурга.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, острый панкреатит, лечение, дети, поджелудочная железа

A.E. Mashkov, A.V. Sigachev, V.I. Shcherbina, D.A. Pykhteev, A.E. Nalivkin, Yu.N. Filyushkin

TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS IN CHILDREN

M.F.Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. 129110 Moscow