

Ионов А.Л., Щербакова О.В., Сулавко Я.П., Макаров С.П.

ПЕРИСТОМАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ У ДЕТЕЙ

ГУ «Российская детская клиническая больница МЗ РФ», г. Москва;
ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова»,
кафедра детской хирургии, г. Москва

Ionov A.L., Shcherbakova O.V., Sulavko J.P., Makarov S.P.

FISTULOUS COMPLICATIONS AND PRINCIPLES OF CARE OF INTESTINAL FISTULA IN CHILDREN

Резюме

В статье рассматриваются современные показания к наложению кишечных стом, варианты осложнений при стомировании детей, а также способы лечения осложнений. Приведена современная классификация кишечных стом. Отдельно рассматриваются особенности ухода за кишечными стомами, механизмы подбора средств ухода за стомами, вопросы психологической подготовки и информирования родителей.

Ключевые слова: кишечная стома, противорестественный задний проход, новорожденные, эвагинация кишечника.

Abstract

The article reviews current indications for the imposition of intestinal stoma, options complications from intestinal stoma in children, as well as methods of treating complications. The modern classification of intestinal stoma. Separately, the features of intestinal stoma care, the mechanisms of selection of stoma care, issues of psychological training and informing parents.

Key words: intestinal stoma, preternatural anus, newborns, evagination of the intestine.

Введение

Колостомия как один из этапов хирургического лечения занимает важное место в лечении детей с пороками развития и заболеваниями толстой кишки в перианальной области. Наложение кишечной стомы (*anus praeternaturalis*) позволяет осуществить декомпрессию толстой кишки, прекратить пассаж кишечного содержимого по дистальному отделу кишечника и избежать гнойно-воспалительных осложнений после реконструктивных операций на промежности. Показаниями для наложения *anus praeternaturalis* являются аноректальные пороки развития, болезнь Гиршпрунга, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, тотальный полипоз толстой кишки, травматические повреждения промежности, воспалительные заболевания параректальной и перианальной области [1–3].

Немаловажный аспект, который нужно учитывать при выборе метода стомирования, – удобство ухода за кишечной стомой [4, 5]. Правильно сформированная стома должна выполнять свои функции и не усугублять, а облегчать страдания больного ребенка. При нарушении техники наложения стомы и неоптимальном выборе методики формирования и места расположения кишечной стомы

могут возникать осложнения, требующие хирургического вмешательства либо затрудняющие впоследствии проведение плановых реконструктивных вмешательств [6–9]. Кроме того, скудные знания о принципах ухода за стомой родителей и персонала, ухаживающих за ребенком – носителем стомы, приводят к развитию перистомального дерматита, значительно ухудшающего качество жизни маленького пациента.

Проблемы ухода за стомой

По способу формирования кишечной стомы выделяют двустольные и одностольные стомы (Т-образные и терминальные). В свою очередь двустольные стомы подразделяют на пристеночные, стомы со «шпорой» и отдельные стомы. Уход за отдельной стомой, когда имеется кожный «мостик» между отводящим и приводящим отделами кишки (рис. 1), значительно затруднен, так как практически невозможно сформировать два отверстия на пластине калоприемника и герметично перекрыть адгезивом кожную перемычку.

По отношению к уровню кожи различают плоские стомы – когда слизистая кишки находится на уровне кожи (рис. 2) или утоплена ниже, что значи-



Рис. 1. Двуствольная раздельная коло-стома с кожным «мостиком»



Рис. 2. «Плоская» стома, сформированная на уровне кожи



Рис. 3. Двуствольная стома, возвышающаяся над уровнем кожи



Рис. 4. Эвагинация стомы, полиповидные разрастания на слизистой кишки



Рис. 5. Эвагинация стомы с изъязвлениями и перистомальным дерматитом



Рис. 6. Аллергическая реакция на клеевую основу одноразовых калоприемников



Рис. 7. Перистомальный дерматит до лечения



Рис. 8. Состояние перистомальной кожи после лечения дерматита



Рис. 9. Комбинированное местное лечение перистомального дерматита

тельно затрудняет уход за стомой, даже при использовании современных калоприемников, и стомы «столбиком» – возвышающиеся над уровнем кожи и тем самым обеспечивающие хорошую герметичность адгезива калоприемника (рис. 3).

Формирование кишечной стомы имеет большой спектр осложнений – от минимальных до тяжелых, с угрозой жизни пациента. Разделить перистомальные осложнения можно на несколько групп: связанные с погрешностями во время операции (кровотечение в раннем послеоперационном периоде, эвентрация кишечника, некроз выведен-

ной кишки), зависящие от методики наложения стомы (параколостомическая грыжа, ретракция и эвагинация стомы, стеноз стомального отверстия) и обусловленные недостаточным качеством ухода и развитием гнойно-воспалительного процесса (перистомальные дерматиты, абсцессы и свищи, кровотечение из слизистой кишечной стомы).

Выпадение (эвагинация) кишки через стому приводит к затруднению ухода за стомой (рис. 4). У таких пациентов предпочтительнее использовать двухкомпонентные калоприемники. Перед наклеиванием калоприемника эвагинат следует, по воз-

возможности, вправить, но без значительных усилий, так как это может привести к травматизации кишки.

При хронической эвагинации участок кишки отекает, в стенке кишки часто развиваются микроциркуляторные нарушения, слизистая изъязвляется, легко кровоточит, что затрудняет использование калоприемников и приводит к перистомальному дерматиту (рис. 5).

Воспаление в области кожно-слизистого перехода кишечной стомы, как правило, купируется консервативной терапией – применением местных антисептиков и использованием средств по уходу за стомой (паста, защитные кремы и пленки), а также тщательным подбором калоприемников. При незначительных гиперемии и мацерации кожи вокруг стомы калоприемники рекомендуется использовать постоянно, что позволяет предотвратить дальнейшее прогрессирование воспалительного процесса.

Аллергические реакции на компоненты калоприемников (рис. 6), используемых в настоящее время, встречаются редко, в такой ситуации использование пластин и калоприемников другого производителя помогает решить данную проблему.

Гиперемия, мацерация перистомальной области и эрозивно-язвенные поражения кожи вокруг стомы в большинстве случаев обусловлены неправильным уходом и вызваны раздражающим действием кишечного содержимого с инфицированием поврежденной кожи (рис. 7).

В результате присоединения вторичной инфекции могут возникать перистомальные дерматиты смешанной этиологии (стафило- и стрептодермии, грибковые поражения, микст-инфекции и т.п.), лечение которых проводится с использованием противомикробных и противогрибковых препаратов местного и общего действия (рис. 8).

В случае перистомального дерматита с эрозивно-язвенными изменениями кожи требуется длительное комбинированное местное лечение с использованием специальных средств по уходу за стомой: а) ранозаживляющая пудра на область эрозий; б) защитная паста на неизменные участки кожи; в) паста-герметик на глубокие дефекты кожи с последующим приклеиванием калоприемника (рис. 9). Смену калоприемника нужно проводить сразу же после его разгерметизации и подтекания кишечного содержимого на кожу. Для лечения дерматита в зоне, не покрытой калоприемником, применяются защитные кремы.

Только правильно сформированная кишечная стома позволяет правильно и легко использовать современные калоприемники и средства по уходу, эффективно собирающие кишечное содержимое и защищающие кожу перистомальной области.

Психологическая подготовка и информирование родителей

Очень важно до момента наложения стомы проинформировать родителей о том, что при надлежащем, правильном уходе, риск появления осложнений будет сведен к минимуму и это позволит сделать период реабилитации безболезненным и для ребенка, и для родителя, что впоследствии позволит закрыть стому быстрее.

До момента проведения операции родителям ребенка следует объяснить необходимость данной операции, определить возможные сроки существования стомы и дать исчерпывающую информацию по возможным подходящим средствам ухода за стомой именно для этого ребенка. Многие родители боятся дотрагиваться или совершать какие-либо действия по отношению к стоме, что можно устранить путем проведения разъяснительной беседы, где следует акцентировать внимание на том, что стома абсолютно безболезненна и не причиняет ребенку боли, если выполнять надлежащий уход, своевременно производить замену калоприемников, придерживаться определенного режима и рациона питания.

На сегодняшний день на российском рынке существует большой выбор средств ухода за стомой от разных производителей, например, специально разработанные педиатрические калоприемники «Little ones», производство компании «Convatec». Они способствуют эффективной защите перистомальной кожи вокруг стомы. Удобство использования данной системы обусловлено отсутствием жестких колец в области пластины, что позволяет надежно приклеить ее в области стомы и не требует дополнительного давления на переднюю брюшную стенку. Небольшая пластина, соответствующая размеру передней брюшной стенки маленького пациента, удобно фиксируется не только с помощью адгезива, но и дополнительным внешним кольцом гипоаллергенного пластыря, что, с одной стороны, не мешает больному, с другой – гарантирует длительный защитный барьер для перистомальной кожи. Однако следует избегать наклеивания пластырной

Таблица 1. Оценка состояния стомы

1. Вид стомы	1. Колостома 2. Илеостома 3. Уростома
2. Уровень стомы по отношению к коже	1. Стома «столбиком» 2. Плоская
3. Возможные осложнения	1. Эвагинация 2. Ретракция 3. Параколостомическая грыжа 4. Стеноз стомального отверстия 5. Отсутствие осложнений
4. Оценка состояния кожи вокруг стомы	1. Гиперемия 2. Мацерация 3. Перистомальный дерматит 4. Здоровая кожа
5. Определение рельефа кожи вблизи стомы	1. Рубцы, шрамы, складки 2. Костные выступы 3. Гладкая площадка

части в области уже сформировавшихся эрозий и участков дерматита.

Также стоит отметить удобство сборных мешков «Little ones». Прозрачная стенка мешка дает возможность проконтролировать его правильное расположение относительно стомы, оценить состояние слизистой стомы, кишечного отделяемого, что в ряде случаев необходимо, например, в раннем послеоперационном периоде. Учитывая вышеописанные преимущества калоприемников «Little ones», подобные средства ухода за стомой можно рекомендовать для применения в детской практике.

Механизм подбора средств ухода за стомой

Важным моментом, влияющим на качество жизни ребенка, является своевременный и правильный выбор современных средств индивидуальной реабилитации по уходу за стомой. Использование качественных изделий (сборных мешков), в том числе аксессуаров по уходу за стомой, позволит сделать жизнь маленького стомированного пациента более комфортной и удобной как для него, так и для ухаживающих за ним родственников. При выборе средств по уходу за стомой предварительно необходимо оценить состояние стомы, руководствуясь характеристиками из таблицы 1.

Следующий шаг после оценки состояния стомы – выбор и рекомендация подходящего изделия для стомированного ребенка. Характеристики средств индивидуальной реабилитации, представленные ниже, помогут вам правильно подобрать нужный калоприемник, учитывая особенности той или иной стомы (см. таблицу 2). При всем многообразии существующих конструктивных решений в области ухода за стомированными маленькими пациентами традиционно применяются простейшие однокомпонентные системы. Но опыт работы опытных специалистов РДКБ позволяет существенно расширить спектр рекомендаций, в частности в области применения двухкомпонентных бесфланцевых систем. Кроме того, грамотное и корректное применение аксессуаров позволяет свести к минимуму появление возможных осложнений.

Подытоживая наши наблюдения, мы можем рекомендовать следующее:

1. Использовать двухкомпонентные бесфланцевые системы. Как все двухкомпонентные системы, они дольше держатся на теле ребенка без замены пластины, но они не мешают и не сковывают движения ребенка. Стыковка пластины и мешка не затрудняет родителей – это простая, быстрая и беспроблемная процедура.

2. Использовать сборные мешки с прозрачной передней стенкой, которые позволяют ухаживающему контролировать уровень заполнения мешка для его своевременной замены.
3. Выбирать дренируемые или недренируемые мешки в зависимости от вида стомы и характера кишечного содержимого.
4. Делать выбор в пользу систем с встроенным фильтром. Это важное преимущество – мешок не раздувается, а система не отклеивается; вызывает меньше волнений, беспокойства, затруднений при уходе.
5. Использовать пасту-герметик, способствующую выравниванию площадки под пластину или адгезивное основание мешка. Благодаря пасте-герметик пластина (мешок) дольше и надежнее удерживается на теле маленького пациента.
6. Применять заживляющую пасту, которая оказывает лечебное воздействие на кожу вокруг сто-

мы. Перед прикреплении пластины или мешка необходимо очистить кожу от остатков пасты.

7. Экономно использовать пудру-порошок. Пудра также оказывает лечебное воздействие и способствует лучшей фиксации пластины. Излишек пудры необходимо аккуратно встряхнуть или сдуть.

Дополнительные рекомендации по уходу и корректному применению реабилитационных систем:

- обязательно тщательно очищать перистомальную кожу. При необходимости для удаления остатков адгезива и пасты использовать специальные салфетки, мыльный раствор или теплую воду;
- предварительно подготовить трафарет для стомы, размер вырезаемого отверстия должен быть на 1–2 мм больше диаметра стомы в месте кожно-слизистого перехода;

Таблица 2. Характеристики средств индивидуальной реабилитации

1. Однокомпонентные или двухкомпонентные системы?	Однокомпонентная система: • одно изделие, состоящее из адгезива, соединенного с сборным мешком; • хорошо адаптируется к различным местам, где может быть выведена стома, в том числе в брюшной складке. Двухкомпонентная система: • 2 изделия: пластина и сборный мешок; • можно менять мешки, не отклеивая пластину; • редкая смена пластин, что создает щадящий режим для перистомальной кожи.
2. Фланцевые или бесфланцевые двухкомпонентные системы?	Фланцевые двухкомпонентные системы: • надежность стыковки благодаря наличию фланцевого кольца. Бесфланцевые двухкомпонентные системы: • гибкость системы; • отсутствие дополнительного давления на переднюю брюшную стенку во время крепления; • свобода движений.
3. Дренируемые или недренируемые мешки?	• Дренируемые (опорожняемые) мешки – вариант для стомированных детей с илеостомой. • Недренируемые (неопорожняемые) мешки – вариант для стомированных детей с колостомой.

- использовать специальные средства для защиты кожи в области вокруг стомы (паста-герметик, пудра-порошок);
- тщательно прикреплять предварительно разогретый между ладонями адгезив;
- своевременно менять и опорожнять калоприемник. Менять калоприемник надо сразу же при выявлении подтекания кишечного содержимого под адгезивное основание на кожу.

Заключение

Обучение и практическая демонстрация применения современных систем для родителей стомированного ребенка позволит организовать уход за ребенком без осложнений со стороны перистомальной кожи. Самое главное, это поможет родителям и стомированному маленькому пациенту прожить период с наложенной стомой более легко и комфортно.

На сегодняшний день существует дефицит информации по обучению основам ухода и вопросам обеспечения стомированных больных средствами

индивидуальной реабилитации. Причины этого – отсутствие специализированных центров, неполная информированность родителей, а зачастую и хирургического персонала в регионах о круге проблем, возникающих при уходе за стомированным ребенком.

На данном этапе идет активное развитие специальной образовательной платформы для стомированных больных, специалистов, сотрудников государственных организаций, занимающихся вопросами обеспечения и закупки средств индивидуальной реабилитации. Важный момент – организация специализированных центров стоматерапии на базе профильных отделений детской хирургии для оказания квалифицированной помощи детям-инвалидам с обучением родителей и пациентов уходу за кишечной стомой. Своевременная реабилитация и социальная адаптация пациентов – носителей стом является начальным этапом и залогом успеха в сложной и длительной хирургической коррекции пороков развития и заболеваний толстой кишки и промежности.

Список литературы

1. *Детская хирургия: Национальное руководство* / Под ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009.
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. *Кишечные стомы*. – М.: МНП, 2001.
3. Александров В.Б. *Нестандартная колопроктология: Лекции*. – М.: Медпрактика-М, 2007.
4. Лукьянова И.Е., Суханов В.Г., Сигида Е.А. *Проблемы развития реабилитационных технологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2007. № 1. С. 32–34.
5. Калашикова И.А. *Growth in Russian jstomy patients' rehabilitation services // Helios*. Дания. 2006. Vol. 2, № 13.
6. Duchesne J.C., Wang Y.Z., Weintraub S.L. et al. *Stoma complications: a multivariate analysis // Am. Surg*. 2002. Vol. 68, № 11. P. 961–966.
7. Millar A.J., Lakhoo K., Rode H. et al. *Bowel stomas in infants and children. A 5-year audit of 203 patients // S. Afr. J. Surg*. 1993. Vol. 31, № 3. P. 110–113.
8. Park J.J., Del Pino A., Orsay C.P. et al. *Stoma complications: the Cook County Hospital experience // Dis. Colon. Rectum*. 1999. Vol. 42, № 12. P. 1575–1580.
9. Rokhsar S., Harrison E.A., Shaul D.B. et al. *Intestinal stoma complications in immunocompromised children // J. Pediatr. Surg*. 1999. Vol. 34, № 12. P. 1757–1761.