

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.351/352-007-055.25-089:616.348-089.15-089.86-089.168

Н. Ш. Эргашев, Ф. А. Отамуродов, Ф. М. Дусалиев, Э. А. Якубов, А. Я. Маркаев

ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОСТОМИИ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ У ДЕВОЧЕК

Кафедра госпитальной детской хирургии (зав. — проф. Н. Ш. Эргашев), Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Ключевые слова: колостомия, аноректальная аномалия, результаты

Введение. Аноректальные аномалии (АА) были и остаются одной из актуальных и сложных проблем детской хирургии из-за высокой частоты встречаемости и нередких неудовлетворительных косметических и функциональных результатов, обусловленных их сложными анатомическими формами, недоношенностью, сочетанными пороками развития и соматическими заболеваниями, выявляемыми в период новорожденности или в последующие годы жизни ребенка. Именно перечисленные обстоятельства диктуют необходимость отказа от одномоментной радикальной хирургической коррекции и выбора поэтапного лечения с наложением колостомы. Алгоритмы диагностики и тактики лечения приведены в руководствах по детской хирургии и отдельных публикациях авторов [1].

В литературе до настоящего времени широко обсуждается вопрос о существующих разногласиях по установлению оптимального уровня и способа наложения колостомы. Одни авторы предпочитают формирование сигмостомы, другие — используют для этого восходящую или поперечную ободочную кишку [4]. Наилучшим способом, по мнению А.Рена и соавт. [8], является раздельное выведение концевых стом в области нисходящей кишки, что обеспечивает безопасность проведения в дальнейшем основного этапа корригирующей операции. Имеются сторонники проведения оперативного вмешательства без наложения колостомы [7]. В то же время в работах отдельных авторов показано, что колостомия

при аноректальных аномалиях была выполнена у 83% больных [3]. Однако колостома может явиться и причиной различных послеоперационных осложнений, обусловленных техническими погрешностями во время наложения или ликвидация стомы, а также неправильным выбором места наложения толстокишечного свища [2]. F. Caroline и соавт. [5] утверждают, что наложения колостомы можно избежать, используя мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования промежностной раны.

В последние годы многие авторы [8] подчеркивают, что вопрос о методе и месте формирования колостомы должен решаться индивидуально, в соответствии с программой последующего лечения.

Цель работы — улучшить результаты многоэтапного лечения аноректальных аномалий у девочек на основе выбора показания, оптимального способа и уровня формирования колостомы, а также провести анализ ошибок и осложнений на различных этапах наложения толстокишечного свища.

Материал и методы. С 2004 по 2011 г. на клинических базах нашей кафедры находились на лечении 122 девочки с аноректальными пороками развития. Возраст пациенток при проведении оперативного вмешательства колебался от 1 дня до 14 лет: новорожденных — 9 (7,4%), 1–3 мес — 23 (18,8%), 4–6 мес — 26 (21,3%), 7–12 мес — 30 (24,6%), 1–3 года — 19 (15,6%), 4–6 лет — 7 (5,7%), 7–14 лет — 8 (6,6%). Из 122 больных 64 (52,4%) наблюдались нами с момента рождения, и первичную комплексную оценку у них проводили в неонатальном периоде. Всем больным выполняли комплексное обследование, включавшее сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр ребенка и области промежности, лабораторную диагностику, рент-

генологическое исследование (инвертограмма, контрастная фистулоирригография, компьютерная томография), УЗИ внутренних органов и головного мозга, морфологическое исследование резецированных отделов толстой кишки.

При определении анатомической формы аноректальной мальформации мы придерживались Международной классификации, принятой в Крикенбеке (Германия), с участием ведущих детских колопроктологов мира [6].

Среди 102 (83,6%) первично поступивших больных с промежностным свищом было 11 (9,0%); с ректовестибулярным свищом — 72 (59,0%); с клоакальной формой — 13 (10,6%), с бессвищевой формой: высокая — у 6 (4,9%), низкая — у 4 (3,3%), редкие варианты: ректовагинальный свищ — у 10 (8,2%), ректовестибулярный свищ при нормально сформированном анусе (Н-форма) — у 10 (8,2%). 20 (16,4%) детей поступили после первичной оперативной коррекции, проведенной в других стационарах с различными осложнениями: недержанием кала из поврежденного сфинктера прямой кишки — у 9 (7,4%), внесфинктерного низведения прямой кишки — у 1 (0,8%), недержанием кала — у 10 (8,2%); стенозом неануса с хроническим запором — у 9 (7,4%), рецидивом свища — у 1 (0,8%).

Результаты и обсуждение. При аноректальных мальформациях их анатомические варианты отличаются многоликостью, обусловленной видом нарушения прямой кишки или формой урогенитального синуса, а также местом локализации и протяженностью патологических сообщений. При сложных формах аноректальных аномалий, учитывая возможность повторных, даже многократных промежностных или комбинированных брюшно-промежностных операций, следует выбрать оптимальный вариант на этапе выполнения паллиативного вмешательства — наложение колостомы.

При обследовании у 31 (25,4%) больного обнаружены сопутствующие пороки развития, из них у 11 (9,0%) — множественные пороки развития. Пороки развития почек и мочевыводящих путей диагностированы у 13 (10,6%) пациентов: агенезия почки — у 5, уретерогидронефроз — у 5 (в том числе у 3 — с пузырно-мочеточниковым рефлюксом), неполное удвоение почки с эктопией мочеточника — у 1, гидронефроз — у 1; мультикистоз почки — у 1. Компенсированные пороки сердца были у 11 (9%) больных: открытое овальное окно — у 7 (из них у 3 — оно сочеталось с открытым артериальным протоком и дефектом межжелудочковой перегородки), дефект межжелудочковой перегородки — у 4. Пороки развития крестца и копчика имелись у 4 пациенток, причем у 2 — в сочетании с уретерогидронефрозом, а со стороны опорно-двигательного аппарата (в виде полупозвонка) — у 3 (2,4%) (из них у 1 — в сочетании с атрезией пищевода и у 1 — с пороком развития верхней конечности и агенезией

правой почки). Ассоциированные пороки развития желудочно-кишечного тракта выявлены у 1: высокая бессвищевая форма аноректальной атрезии сочеталась с атрезией пищевода. В единичных случаях встречались спинномозговая грыжа, омфалоцеле, незаращение верхней губы со сходящимся косоглазием. Частота выявленных пороков в период новорожденности составила 6,5% (у 8 пациентов), при последующих обследованиях, в возрасте детей 6–12 мес — 18,8% (у 23).

Представленные данные показывают, что больные с аноректальными пороками развития должны детально обследоваться для выявления сопутствующих аномалий. Анализ выявленных ассоциированных аномалий показал, что многие из них не требуют существенного изменения тактики лечения с точки зрения срока и этапности операции и не являются противопоказанием для ранней коррекции АА. Оперативное лечение большинства сопутствующих пороков возможно в плановом порядке в более поздние сроки.

При комплексном обследовании больных, наряду с выявленными другими сочетанными аномалиями и оценкой соматического фона ребенка, немаловажным в плане установления показаний к различным видам операций, используемым при АА, является проведение рентгеноконтрастных исследований толстой кишки. Проведение контрастной ирригограммы следует считать обязательной диагностической процедурой, позволяющей оценить необходимую длину низводимой кишки, фактический размер и степень расширения толстой кишки. Получаемые при этом данные являются основополагающими для того, чтобы точно наметить план операции, стремясь к максимальной органосберегающей тактике при недоразвитии прямой кишки, высоких свищевых формах. Это же позволяет определить оптимальный уровень наложения колостомы с планированием объема резекции при чрезмерных удлинениях толстой кишки по ходу брюшно-промежностной проктопластики с ликвидацией стомы, поскольку при АА у части больных сопутствующее чрезмерное патологическое удлинение толстой кишки в условиях неполноценной иннервации является причиной упорного колостазы в отдаленном послеоперационном периоде.

У 19 (15,6%) из 114 больных с АА оперативное вмешательство было начато с колостомии для поэтапной коррекции порока, а у 3 (2,4%) — после неудачной попытки радикальных операций, выполненных в других стационарах, для уменьшения опасности возникновения ослож-

нений в ходе предстоящей повторной сложной, реконструктивно-пластической операции.

Показанием к выполнению колостомии в экстренном порядке в период новорожденности у 2 пациентов были высокие бессвищевые формы атрезии прямой кишки и у 3 — выполнение радикальной корригирующей операции было невозможным из-за тяжести состояния ребенка, обусловленной неблагоприятным соматическим фоном или возникшими осложнениями основного или сопутствующих пороков развития. Колостомия в плановом порядке выполнена при персистирующей клоаке у 7 больных, ректовагинальном свище — у 8 (36,4%), у 1 — при рецидиве Н-формы свища.

В наших наблюдениях колостома была наложена 16 больным, из них у 8 — формировали петлевую сигмостому с использованием апоневротической «шпоры», у 7 — одноствольную терминальную колостому и у 1 — двуствольную сигмостому. 6 больных поступили из других лечебных учреждений с уже наложенной колостомой, из них 3 — с цекастомой, 1 — с асцендостомой, 1 — с трансверзостомой и 1 — с терминальной сигмостомой.

При выборе уровня наложения колостомы мы отдаем предпочтение сигмостоме. Большая мобильность сигмовидной кишки в определенной степени упрощает как технику наложения, так и этап ликвидации стомы. В зависимости от характера предстоящей радикальной операции (промежностная проктопластика, брюшно-промежностная проктопластика) наложение свища осуществляли на проксимальном или дистальном отрезке сигмовидной кишки либо в её промежуточной зоне. При сигмостоме водно-электролитные потери являются минимальными и создаётся возможность выполнения одномоментной брюшно-промежностной проктопластики с низведением зоны свища, тем самым исключался этап закрытия колостомы.

В последние годы при АА мы предпочитаем накладывать одноствольную терминальную сигмостому минилапаротомным доступом с заглушением дистальной части толстой кишки. Данный вид оперативного вмешательства проведен у 7 больных.

Способ включает наложение одноствольной сигмостомы минилапаротомным доступом. При этом по кожной складке передней брюшной стенки, соответствующей горизонтальной линии, соединяющей передние верхние ости правой и левой подвздошных костей, примерно на 1,5–2 см ниже её, проводили поперечный разрез кожи от латерального края прямой мышцы живота длиной до 2 см. Апоневроз

наружной косой мышцы живота пересекается также в поперечном направлении соответственно длине кожной раны. Край прямой мышцы живота отодвигали медиально. Пучки наружной, внутренней косой и поперечной мышц раздвигали туло по их ходу. При этом проведенный разрез брюшины соответствует типичной локализации ректосигмоидального сегмента толстой кишки. Анатомическим пинцетом в рану выводили петлю сигмовидной кишки, оценивали тип кровоснабжения её дистальных отделов и намечали зону наложения стомы. Определяли место отхождения верхней прямокишечной артерии от левой толстокишечной артерии. Далее пересекали и заглушали дистальный ректосигмоидальный отдел (на 2 см выше от места отхождения верхней прямокишечной артерии) и погружали его в брюшную полость. Проксимальный отдел выводили в рану в виде одноствольной концевой стомы, фиксируя кишку узловыми швами на брюшину, апоневроз наружной косой мышцы живота и кожу.

Данный способ уменьшает вероятность возникновения послеоперационных осложнений и косметическое восстановление передней брюшной стенки при ликвидации стомы. При этом полностью исключается попадание каловых масс в отводящую петлю толстой кишки, создается функциональный покой и обеспечивается сохранение кровоснабжения в прямой кишке. Способ отличается малой травматичностью, простотой выполнения и возможностью проведения гидравлических тренировочных клизм для укрепления функции аноректального сфинктера, путем повышения внутриректального давления и постепенного его увеличения после наложения стомы до ликвидации ее на последующих этапах операции. Важным условием является сохранение более адекватного кровоснабжения в низводимой кишке и определение оптимальной её длины для нормального низведения в промежность, а также восстановления непрерывности и целостности толстой кишки при закрытии стомы. Предлагаемая тактика отвечает основным требованиям, предъявляемым к наложению толстокишечного свища, отличается минимальной травматичностью, простотой выполнения, сведением до минимума вероятности послеоперационных осложнений, а также предусматривает создание удобства и хорошего косметического результата при выполнении радикального этапа операции с ликвидацией стомы. Оптимальным сроком длительности функционирования противоестественного заднего прохода считаем 1–2 мес.

19 из 22 больных были выписаны из стационара с рекомендацией явиться на плановую радикальную операцию с закрытием стомы. 2 больным брюшно-промежностная проктопластика выполнена одномоментно с закрытием стомы. При передне- или заднесагиттальной промежностной проктопластике 10 больным закрытие

колостомы проведено отдельным этапом, через 1–1,5 мес после радикальной операции. 7 больных с наложенной колостомой находятся под контролем и ожидают проведения следующего этапа операции. 2 детей умерли в раннем послеоперационном периоде из-за осложнений, связанных с множественными пороками развития.

Анализ результатов гистологических исследований участков стенки толстой кишки, резецированных во время операций при закрытии стомы у больных, показал изменения стенки кишечника в виде участков атрофии слизистой оболочки, неравномерного утолщения подслизистого слоя, фиброзирование или склерозирования, мышечного слоя с явлениями гипертрофии. У части больных выявлены дефицит и хаотичное расположение подслизистого и межмышечного нервных сплетений.

Осложнения после колостомии наблюдались у 3 из 21 больного (1 ребенок был оперирован в нашей клинике, 2 — поступили из других стационаров). Возникновение воспалительных изменений вокруг стомы и прилегающих участков передней брюшной стенки является обычным при колостомии и обусловлено раздражением кожи кишечным содержимым. У 2 больных, поступивших с наложенной колостомой из других медицинских учреждений, наблюдались изменения, характерные для ранних и поздних осложнений в виде обширной эвагинации (у 1) и эвентрации кишечника (у 1). Возникновение этих осложнений, по-видимому, связано с техническими погрешностями, допущенными при наложении стомы. Следует подчеркнуть, что этап ликвидации толстокишечного свища у этих больных также сопровождался техническими трудностями.

При благоприятном соматическом фоне новорожденного и детей грудного возраста низкие и промежуточные свищевые формы АА являются показанием к проведению одномоментной радикальной операции (переднесагиттальной или заднесагиттальной аноректопластики), поскольку при этих вариантах удается низведение прямой кишки без натяжения или с умеренным натяжением, не отражающемся отрицательно на васкуляризации прямой кишки. Для уменьшения возможных местных гнойно-септических осложнений со стороны промежности мы проводили после операции ежедневные санации прямой кишки через вставленные в его просвет трубки соответствующего диаметра, ограничивали объем энтерального кормления с восполнением энергетических потребностей ребенка парентеральным возмещением в течение 3–4 дней, обеспечивали

активный уход за операционной раной с проведением местного лазерного облучения.

Таким образом, абсолютными показаниями к наложению колостомы при АА являются: высокие бессвищевые формы атрезии прямой кишки, персистирующая клоака, ректовагинальный свищ, сочетанные пороки развития, не позволяющие проводить радикальную хирургическую коррекцию, а также возникшие тяжелые послеоперационные осложнения, требующие повторных реконструктивно-пластических операций. В остальных случаях целесообразна одномоментная радикальная оперативная коррекция. При выборе уровня наложения колостомы и её способа мы предпочитали накладывать одностольную сигмостому минилапаротомным доступом с заглушением дистальной части толстой кишки. При этом полностью исключается попадание каловых масс в отводящую петлю толстой кишки, создается функциональный покой и обеспечивается сохранение кровоснабжения в прямой кишке. Этот способ отличается малой травматичностью, простотой выполнения и возможностью проведения гидравлических тренировочных клизм для укрепления функции аноректального сфинктера путем повышения внутриректального давления и постепенного его увеличения после наложения стомы до её ликвидации.

Выводы. 1. Многоэтапная коррекция АА с наложением колостомы является лучшей тактикой при наличии абсолютных показаний.

2. Операцию следует проводить с соблюдением всех правил техники наложения колостомы, учетом данных дооперационных исследований, включая контрастную фистулоирригографию, а также с планом последующих действий.

3. Оправданным является избегать наложения колостомы при наличии относительных показаний к ней.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. — СПб.: Пит-Тал., 1997. — Т. 2. — С. 44–61.
2. Гассан Т. А. О проблеме кишечных стом у детей периода новорожденности // Детская хир. — 2002. — № 4. — С. 41–43.
3. Иванов В. В. и др. Колостомия как первый этап хирургической коррекции пороков развития аноректальной области у новорожденных // Детская хир. — 2007. — № 2. — С. 6–8.
4. Орловский В. В. Способ формирования трансверзостомы для лечения высоких форм атрезии прямой кишки // Детская хир. — 2006. — № 1. — С. 7–9.
5. Caroline F. et al. Anterior or posterior sagittal anorectoplasty without colostomy for low type anorectal malformations: how get a better outcome // J. Pediatr. Surg. — 2010. — Vol. 45. — P. 1505–1508.

6. Holschneider A., Hutsonb J., Peñac A. et al. Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations // J. Pediatr. Surg.—2005.—Vol. 40.—P. 1521–1526.
7. Menon P., Rao K. L. Primary anorectoplasty in females with common anorectal malformations without colostomy // J. Pediatr. Surg.—2007.—Vol. 42.—P. 1103–1106.
8. Pena A., Migotto-Krieger M., Levitt M. A. Colostomy in anorectal malformations: a procedure with serious but preventable complications // J. Pediatr. Surg.—2006.—Vol. 41.—P. 748–756.

Поступила в редакцию 21.04.2012 г.

N. Sh. Ergashev, F. A. Otamurodov, F. M. Dusaliev,
E. A. Yakubov, A. Ya. Markaev

INDICATIONS AND RESULTS OF COLOSTOMY FOR ANORECTAL MALFORMATIONS IN GIRLS

On the basis of an analysis of 122 cases the authors present options on the strategy and methods of operations depending on the anatomical patterns, the degree of anorectal malformations and the type of coexisting pathology, the technique of placing unnatural anus. Preference is given to a one-stage surgical method, the indications to the graded treatment with the formation of colostomy are described in detail.