

дировать высокоэнергетическим лазером с обработкой устья свища со стороны пищевода. Трём детям выполнено разобщение трахеи и пищевода с интерпозицией биологической ткани между швами. 1 ребёнку с реканализацией ТПС перед реторакотомией потребовалась лапароскопическая фундопликация по Ниссену в связи с тяжелой ГЭРБ.

Следует отметить, что проявления ГЭРБ не поддающиеся консервативному лечению, выявлены у 31 (26,5 %) ребёнка, которые перенесли радикальную коррекцию АП.

Умерло 6 детей, что составило летальность при радикальной коррекции АП 5,1 %. Все умершие были недоношенными и маловесными детьми с МВПР и их смерть была связана, прежде всего, с глубокой недоношенностью, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, бронхолегочной дисплазией и т. д.

Этапная коррекция АП с одномоментной эзофагоколонопластикой выполнена 24 детям. В 19 случаях трансплантат был проведен в переднем средостении. В 4 случаях выполнено вмешательство по Waterstone с торакоскопически ассистированным проведением кишечного трансплантата в левой плевральной полости. В одном случае «неопищевод» проведен в заднем средостении. Некроз трансплантата наступил в одном случае, что потребовало его удаления. В последующем этому ребёнку была выполнена повторная эзофагоколонопластика с хорошим исходом. Стенозирование пищеводно-кишечного анастомоза выявлено у 6 (25 %) детей, что потребовало проведения повторных баллонных дилатаций.

После эзофагоколонопластики умерло 2 (8,3 %) детей. Причинами летального исхода были смешанный грибково-бактериальный сепсис на фоне генерализованной цитомегаловирусной инфекции и тяжелая внутрибольничная пневмония.

В целом выживаемость больных в изучаемой группе составила 94,6 %.

Таким образом, можно отметить, что в Республике Беларусь создана и функционирует достаточно эффективная система оказания медицинской помощи новорожденным детям с таким тяжелым врожденным пороком развития, как атрезия пищевода, позволившая снизить летальность в этой группе детей до 5,4 %.

УДК 616.351/.352-08

### ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛО- И ЭНТЕРОСТОМИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ

*Дегтярев Ю. Г.<sup>1</sup>, Аверин В. И.<sup>1</sup>, Новицкая С. К.<sup>2</sup>, Баранов С. Ю.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,

г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

В настоящее время энтеро- и колостомия — этап лечения как при «высоких» формах атрезии в новорожденном периоде, так и перед коррекцией порока при «низких» свищевых формах вне периода новорожденности, а также перед выполнением повторных реконструктивных операций на прямой кишке. Выполнять данную операцию по национальным протоколам возможно лишь на уровне областной больницы, главное условие — наличие специализированного отделения детской анестезиологии и реанимации, имеющего опыт работы с новорожденными.

#### **Цель**

Установить частоту осложнений, провести анализ причин их возникновения, рекомендовать оптимальный метод колостомии.

### **Материал и методы исследования**

Для изучения причин осложнений выделена группа пациентов, имевших осложнения при коло- и энтеростомии 164 пациента.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По литературным данным количество «нежелательных событий» после коло- и энтеростомии значительно разнится: от 9 до 80 %. Это определяется объективной регистрацией этих осложнений, опытом работы клиники, частотой выполнения подобных операций. По данным А. Рейна при анализе данных детского колоректального центра в г. Цинцинати (США), имеющей самый богатый опыт лечения детей с ВПР АРО, количество общих осложнений составило 42 % от выполненных операций, что говорит об их высоком проценте даже в специализированном центре и документальной фиксации всех, даже минимальных нежелательных событий после операции.

При анализе оказания медицинской помощи 525 пациентам с врожденными аноректальными пороками, находившимися на лечении в ДХЦ с 1970 по 2014 гг. осложнения при коло- и энтеростомии отмечены у 164 пациентов, и проявлялись в раннем послеоперационном периоде у 131 (80 %) пациента, у 33 (20 %) — в позднем. В структуре внутрибрюшных послеоперационных осложнений кровотечение имело место у 7 (4,3 %), кишечная непроходимость — у 12 (7,3 %), перитонит — у 6 (3,7 %), гипертрофия приводящей кишки вследствие стеноза на уровне апоневроза передней брюшной стенки — у 7 (4,3 %) пациентов. Сепсис в исходе послеоперационного перитонита развился у 4 (2,4 %) детей. Осложнения со стороны операционной раны проявлялись мацерацией кожи — у 23 (14 %), пролапсом стомы — у 21 (12,8 %), некрозом выведенной кишки — у 7 (4,3 %) детей, раневой инфекцией — у 10 (6,1 %), кишечнокожным свищом — у 6 (3,7 %), парастомальной грыжей — у 2 (1,2 %), стенозом стомы — у 19 (11,6 %), ретракцией стомы — у 7 (4,3 %), эвентрацией — у 2 (1,2 %). К осложнениям, связанным с хирургической техникой, относили ошибочный выбор места выведения стомы — у 15 (9,2 %) пациентов, оставление короткой дистальной части прямой кишки, что потребовало его резекции при выполнении следующего этапа хирургической коррекции у 4 (2,4 %), гидростатическое повреждение стенки отводящей кишки — у 1 (0,6 %) ребенка, ошибочное закрытие приводящей петли при колостомии — у 2 (1,2 %), перфорацию кишки вблизи колостомы — у 5 (3 %) наблюдений. Летальный исход при возникновении осложнений имел место у 4 (2,4 %) детей. Различные виды осложнений требовали дифференцированного хирургического подхода. Срочное хирургическое лечение требовалось, если осложнения вызывали опасность для жизни пациента. К таким осложнениям относятся кровотечение, глубокий некроз стомы, эвентрация петель кишки и сальника, высокий свищ тонкой кишки, сопровождающийся выделением кишечного содержимого в подкожную клетчатку, острая кишечная непроходимость, вызванная выведенной стомой (перекрут приводящей стомы, заглушенный приводящий отрезок при одноконцевой стоме).

Осложнения, препятствующие нормальной функции кишки (стеноз, грыжа или пролапс) и уходу за стомой: дерматиты (ретракция, парастомальные грыжи, стеноз, пролапс), подлежат плановому хирургическому лечению. Показания к хирургическому лечению определяются сопутствующими заболеваниями и тактикой лечения основного заболевания.

Воспалительные изменения кожи: гиперемия, мацерация и изъязвление являются обусловлены неправильным уходом и вызваны раздражающим действием кишечного содержимого с инфицированием поврежденной кожи. Устраняется с помощью местного противовоспалительного лечения и подбором адекватных калоприемников.

При анализе причин установлено меньшее количество осложнений в специализированном республиканском научно-практическом центре (36,7 %), чем в областных учреждениях здравоохранения (63,3 %). Следует учесть, что в ДХЦ выполнялось большее количество операций (практически все проктопластики, закрытие коло и энтеростом). В областных центрах, как правило, проводилась лишь колостомия.

При формировании кишечной коло- или энтеростомы при аноректальном пороке в каждом конкретном случае необходимо: иметь представление об анатомии порока, провести тщательное дооперационное планирование и выбор последующей корригирующей операции; соблюдать скрупулезную хирургическую технику, т.е. учреждение должно иметь опыт вы-

полнения подобных операций у детей (особенно периода новорожденности). Принципиальное значение имеют как уровень, так и способ колостомии. На основании собственного опыта мы пришли к заключению, что у новорожденных по тактическим соображениям и с технической точки зрения наиболее выгодна сигмостомия. Сигмовидная кишка наиболее удобна для создания колостомы, выведение ее в рану не требует дополнительных манипуляций и наименее травматично. В дальнейшем для диагностики и решения вопроса о виде оперативного вмешательства, сигмостома позволяет путем контрастирования дистального отрезка кишки более точно установить уровень атрезии, наличие и локализацию свища. Это имеет большое практическое значение и дает возможность определить оптимальный объем предстоящей операции. В настоящее время в соответствии с признанными международными рекомендациями подвесные коло- и энтеростомы не используем.

Отдаем предпочтение двуконцевой раздельной сигмостома. Оба конца сигмостомы двумя разрезами выводят на брюшную стенку так, чтобы после выполнения завершающего этапа лечения (закрытия колостомы, восстановления непрерывности толстой кишки) образовался максимально приемлемый косметический дефект — один непрерывный рубец. Уход за такой стомой достаточно прост, т. к. возможно использование калоприемников. А. Рефа рекомендует использовать один разрез и фиксацию выведенных концов толстой кишки осуществлять по углам раны. Причем отводящий конец предварительно сужают, для предотвращения эвагинации.

В более старшем возрасте, как правило, у девочек, перед коррекцией порока при низких свищевых формах атрезии (промежностная эктопия или широкие ректовестибулярные свищи) выполнялась одноконцевая сигмостомия, так как дренирование дистальной части кишки осуществляется через широкий свищевой ход. Преимуществом данного «экономного» метода — уменьшение отрезка резецируемой кишки при закрытии сигмостомы.

В 3 случаях использовали лапароскопию при выполнении колостомии. Это были симультанные операции (при тонкокишечной непроходимости, диагностические) и т. к. в дальнейшем в плане лечения предусматривалась энтеростомия (необходимость проведения реконструктивных операций на промежности), она была выполнена с использованием лапароскопии.

#### **Выводы**

Коло- и энтеростомия может сопровождаться техническими и тактическими ошибками, приводящими к большому спектру осложнений.

Наиболее значимые факторы риска, приводящие к осложнениям — метод стомии ОШ 3,92 (95 % ДИ 2,08–7,36); операция в специализированном республиканском научно-практическом центре — ОШ 3,89 (95 % ДИ 1,25–12,07).

УДК 616.351/.352-07-08

### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ**

*Дегтярев Ю. Г.<sup>1</sup>, Баранов С. Ю.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Измерение лечебно-диагностического процесса с получением количественных характеристик является частью совершенствования медицинской помощи. В основе такого измерения лежит оценка промежуточных и конечных показателей лечения каждого конкретного больного, интегральных показателей качества лечения конкретной нозологии.