

**А.Л. Ионов<sup>1</sup>, О.В. Щербакова<sup>1</sup>, В.А. Лука<sup>1</sup>, Я.П. Сулавко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Российская детская клиническая больница, Москва

<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

## Кишечные стомы в детской колопроктологии

В детской колопроктологии важным этапом коррекции пороков развития толстой кишки и промежности является адекватное наложение превентивной или разгрузочной кишечной стомы. Правильно сформированная стома должна выполнять свои функции и облегчать состояние больного ребенка. Однако наложение кишечной стомы может сопровождаться техническими и тактическими ошибками, приводящими к большому спектру осложнений, представленных авторами в своей статье. Важная задача – организация специализированных центров стоматерапии на базе профильных отделений детской хирургии для оказания квалифицированной помощи детям-инвалидам, обучения родителей и пациентов уходу за кишечной стомой.

**Ключевые слова:** *кишечная стома, перистомальные осложнения, уход за стомой, дети.*

**Контактная информация:** *Ионов Андрей Львович, РДКБ, канд. мед. наук. Тел.: (495) 936-91-19.*

© Коллектив авторов, 2011

**Н**аложение кишечной стомы – важный этап в хирургическом лечении пациентов с колопроктологической патологией [1, 2]. Детские хирурги решают проблемы стомирования у детей разного возраста – от новорожденных до подростков. Спектр показаний к наложению стомы у детей значительно шире и разнообразнее, чем у взрослых [3–7]. У большинства детей хирургическая коррекция врожденной и приобретенной патологии толстой кишки и аноректальной области без формирования кишечной стомы сопряжена с развитием различных осложнений.

Многие аспекты стомирования важны не только для оперирующего хирурга, но и для врачей-педиатров, среднего медицинского персонала, а также родителей пациентов. В ряде случаев нарушение техники наложения стомы, неправильный выбор методики формирования и локализации кишечной стомы, неосведомленность людей, ухаживающих за ребенком – носителем стомы, приводят к развитию перистомальных осложнений, значительно ухудшающих качество жизни больного, затрудняют дальнейшее лечение основного заболевания [8, 9]. Эти аспекты

**A.L. IONOV, O.V. SCHERBAKOVA, V.A. LUKA, YA.P. SULAVKO**

### Intestinal stomas in pediatric coloproctology

In pediatric coloproctology an important stage in correcting malfunctions in the development of large intestine and perineum is an adequate creation of preventive or protective stoma. A properly created stoma should perform its functions and alleviate the condition of a sick child. However, both technical and tactical errors may emerge while bringing out a portion of the large intestine on to the abdominal wall which may result in a wide range of complications as adduced by the authors in this paper. It is for this reason that it is deemed important to establish specialized somatotherapy centres built around field-specific units of pediatric surgery to provide qualified help to disabled children, as well as training parents and patients in methods of intestinal stoma care.

**Key words:** *intestinal stoma, peristomal complications, stoma care, children.*

определяют актуальность вопросов кишечного стомирования в детской колопроктологии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 25 лет работы в отделении хирургической колопроктологии РДКБ находились на лечении более 400 детей – носителей кишечных стом с патологией толстой кишки и промежности. Всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее изучение жалоб и анамнеза заболевания, клинический осмотр, лабораторную диагностику, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и малого таза, рентгенологическое исследование кишечника.

С болезнью Гиршпрунга и различными вариантами гипоганглиоза толстой кишки в РДКБ находились на лечении 488 детей, из них 115 (23,6%) больным накладывали разгрузочную стому, в том числе 42 (36,5%) пациентам – в других лечебных учреждениях. Реконструкция несостоятельной колостомы, наложенной в периоде новорожденности, проведена в 12 (10%) случаях.

Вторая многочисленная группа – больные с аноректальными пороками развития – 479 детей, среди них 199 (41,5%) были носителями кишечной стомы. У 82 пациентов этой группы стома была сформирована в лечебных учреждениях по месту жительства. Реконструкцию колостомы требовалось выполнить в 7 (3,5%) случаях, остальным пациентам проведена радикальная проктопластика с сохранением или ликвидацией ранее наложенной стомы.

У небольшой группы пациентов (41 ребенок) имелись травматические повреждения прямой кишки и сфинктерного аппарата; у 30 из них была сфор-

мирована кишечная стома – либо сразу после травматического разрыва промежности, либо превентивно, перед реконструктивно-восстановительной операцией (сфинктеропластикой или проктопластикой).

С воспалительными заболеваниями кишечника оперированы 45 детей. Среди 20 больных с неспецифическим язвенным колитом в 15 (75%) случаях оперативное вмешательство заканчивалось формированием терминальной илеостомы с последующей реконструктивной операцией через 3–6 мес. У пациентов с болезнью Крона оперативное лечение с наложением кишечной стомы было проведено более чем в половине случаев – в 15 из 27 (55,5%), в пяти из них – по срочным показаниям (кишечное кровотечение, перитонит, инфильтрат брюшной полости); у двух больных сформированы сигмостомы в связи с необратимыми перианальными поражениями; в остальных случаях кишечную стому накладывали планово – как этап хирургического лечения болезни Крона толстой и тонкой кишок.

Из 12 пациентов с диффузным полипозом толстой кишки двоим детям с семейным аденоматозом выполнена тотальная колэктомия с наложением терминальной илеостомы, учитывая выраженные нарушения гомеостаза и тяжесть состояния.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

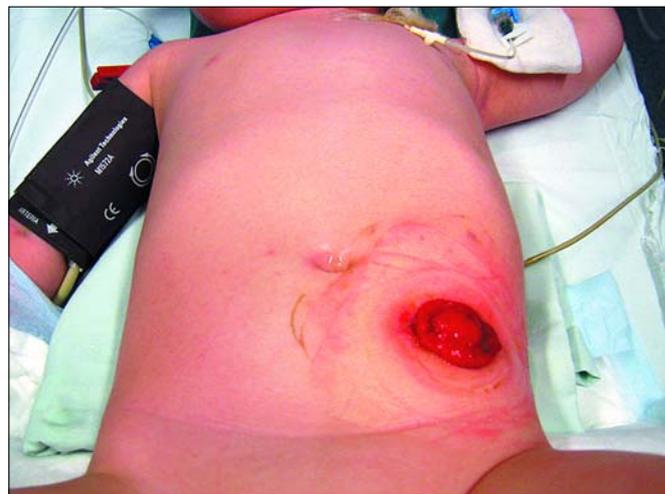
*Виды кишечных стом.* По результатам хирургического лечения пациентов со стомами мы провели анализ различных видов кишечных стом и перистомальных осложнений в детской колопроктологии.

Термин «стома» (*ostomy* – греч.) обозначает хирургически созданное отверстие, соединяющее просвет внутреннего органа с поверхностью тела.

Фото 1. Терминальная илеостома



Фото 2. Двустольная сигмостома со сформированной шпорой



Наиболее часто встречающиеся виды кишечных стом (так называемые *anus praeter-naturalis*) в колопроктологии: илеостома (соединяет просвет подвздошной кишки с поверхностью кожи) и колостома (соединяет толстую кишку с кожей). В зависимости от отдела толстой кишки, на который наложена стомы, выделяют сигмо- и трансверзостомы, асцендо- и десцендостомы, цекостомы и аппендикостомы.

По способу формирования кишечного свища стомы подразделяют на двустольные и одноствольные – Т-образные и терминальные (фото 1). В свою очередь двустольные стомы можно разделить на при-стеночные, стомы со «шпорой», если сохранен брыжеечный край выведенной кишки (фото 2), и отдельные стомы, когда сформирован кожный «мостик» между отводящим и приводящим отделами кишки (фото 3).

Кроме того, по отношению к уровню кожи различают плоские стомы, когда слизистая кишки находится на уровне кожи или утоплена ниже, и стомы «столбиком», возвышающиеся над уровнем кожи, тем самым обеспечивая хорошую герметичность пластины калоприемника.

Выбор локализации и способа наложения стомы определяются, во-первых, нозологией, подлежащей лечению, а во-вторых, запланированной тактикой коррекции этой патологии. Однозначного универсального решения при выборе способа формирования кишечной стомы не существует. Имеет значение множество факторов, среди которых немаловажную роль играют опыт и предпочтение оперирующего хирурга. В вопросе техники наложения стомы оптимально опираться прежде всего на цели и задачи стомирования с учетом последующих этапов оперативного лечения.

Фото 3. Раздельная сигмостома



Среди преимуществ формирования одноствольной стомы можно отметить полное исключение попадания кишечного содержимого в отводящий отдел кишки, что в ряде случаев является непременным условием эффективного лечения больного. Необходимость раннего восстановления естественного пассажа по кишечнику определяет целесообразность наложения именно двустольной колостомы, закрытие которой сопряжено с меньшими техническими трудностями, чем в случае одноствольной стомы. Следует также помнить, что в дистальном отделе кишки развивается так называемый «колит отключенной кишки» – *diversion colitis* (фото 4). Однако есть данные о том, что степень выраженности гистологических изменений у детей с диверсионным колитом не имеет прямой зависимости от длительности носительства и типа кишечной стомы, а больше зависит от крово-снабжения дистального отдела кишки, несущей стому, и выраженности антигенной стимуляции микрофлорой перистомальной кожи слизистой отключенной кишки.

Среди тактических ошибок следует выделить два момента: во-первых, наложение пристеночной колостомы, когда возникает заброс кишечного отделяемого в дистальный отдел кишки; во-вторых – неадекватно выбранный уровень наложения стомы. Так, например, при болезни Гиршпрунга в случае наложения стомы на переходную зону или зону аганглиоза (фото 5) у ребенка развивается хроническая частичная низкая кишечная непроходимость, что требует выполнения внепланового оперативного вмешательства либо проведения ежедневных очистительных клизм через стому. В случае наложения стомы у детей с аноректальными атрезиями следует учитывать целесообразность проведения в дальнейшем радикальной проктопластики с низведением

Фото 4. Низведенная кишка, «вывернутая» слизистой оболочкой наружу, с признаками диверсионного колита



отдела кишки дистальнее стомы – «под прикрытием» стомы [2, 3, 16].

**Показания к наложению стомы.** В детской колопроктологии наиболее частое показание к формированию стомы – аноректальные пороки развития и болезнь Гиршпрунга.

При атрезии ануса и прямой кишки в случае отсутствия опорожнения (бессвищевая форма аноректальной атрезии) либо неадекватного опорожнения кишечника (например, атрезия прямой кишки со свищом в мочевую систему) проводят наложение колостомы в первые дни жизни ребенка, если невозможна ранняя коррекция порока. При аноректальной атрезии с ректо-вестибулярным или промежностным свищом даже при достаточном опорожении кишечника через свищ часто требуется наложение превентивной колостомы – это первый этап реконструктивного вмешательства на промежности.

Вторая, достаточно частая патология кишечника, требующая наложения колостомы, – декомпенсация толстой кишки при болезни Гиршпрунга или различных вариантах гипоганглиоза (нейроинтестинальная дисплазия толстой кишки). Как правило, формирование колостомы – это первый этап лечения болезни Гиршпрунга (при невозможности проведения радикальной операции), и уровень выведения кишечного свища выбирают на расстоянии 1,5–2 см проксимальнее перехода зоны аганглиоза в супрастенотическое расширение (*фото 6*). При тотальном аганглиозе толстой кишки или синдроме Зульцера–Вильсона накладывают илеостому (*фото 7*).

Кроме того, значительная часть патологии, при которой показано наложение стомы, представлена

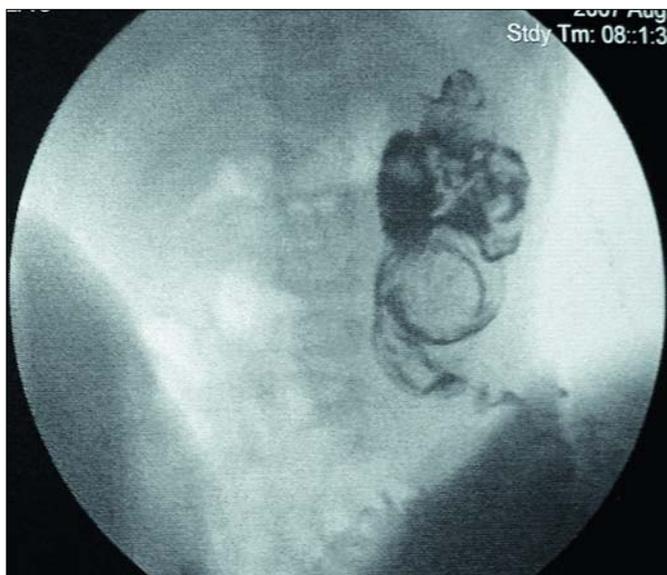
послеоперационными осложнениями, полученными в ходе лечения вышеуказанных пороков. Лидируют среди них стенозы ануса и прямой кишки – более 30% общего числа осложнений.

Кроме врожденных аномалий развития, формирование кишечной стомы бывает необходимо при тяжелом течении воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона), диффузном полипозе толстой кишки с развитием кишечной непроходимости, выраженных гнойно-воспалительных процессах в области промежности (флегмоны таза, параректальные свищи) и в брюшной полости (перфорация полого органа с перитонитом), а также при травмах промежности и кишечника. Кишечную стому в этих случаях накладывают превентивно с целью прекращения пассажа содержимого через дистальные отделы кишки, подвергшиеся резекции или реконструкции и несущие кишечные анастомозы.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев формирование кишечной стомы в детской практике носит временный характер и подразумевает последующее восстановление проходимости кишечника, что имеет решающее значение при выборе вида кишечной стомы и техники ее формирования.

**Перистомальные осложнения.** Правильно сформированная стома должна выполнять свои функции, не усугубляя, а облегчая состояние больного ребенка. Однако кажущаяся простой на первый взгляд операция – наложение кишечной стомы – может сопровождаться различными техническими погрешностями и ошибками, что приводит к широкому спектру осложнений – от минимальных до тяжелых, с угрозой жизни пациента [12–16].

**Фото 5.** На ирригограмме – контрастное вещество введено через стому, наложенную на зону аганглиоза



**Фото 6.** Уровень наложения стомы при болезни Гиршпрунга



Классифицировать перистомальные осложнения можно на ранние и поздние, связанные или не зависящие от методики наложения стомы, а также на осложнения, требующие хирургической коррекции, и те, которые могут быть купированы методами консервативной терапии. Рассмотрим подробнее осложнения, возникающие на разных сроках после формирования кишечной стомы.

### Ранние осложнения

**1. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде.** Незначительная кровоточивость из краев пересеченной и подшитой к коже кишки обычно останавливается самопроизвольно или требует наложения давящей повязки. Если это неэффективно, местно используют гемостатическую губку, повязку с раствором аминокaproновой кислоты или пластину Тахокомб, парентерально проводят гемостатическую терапию. Следует помнить, что локальное применение перекиси водорода может вызвать ожог слизистой выведенной кишки.

Более массивным может быть кровотечение из сосудов брыжейки. В этих случаях требуется лигирование сосудов или электрокоагуляция. У пациентов с гематологическими заболеваниями и различными видами коагулопатий необходимо проводить коррекцию гемокоагуляции с использованием всего арсенала терапии (трансфузии препаратов крови, факторов свертывания и т.п.), учитывая высокий риск развития ДВС-синдрома даже при небольшой кровопотере.

**2. Эвентрация кишечника.** Петли тонкой кишки могут выпадать через послеоперационную рану рядом с выведенной кишечной стомой. Данное

осложнение развивается при несостоятельности швов в области стомы либо если сформирован слишком широкий канал в брюшной стенке при наложении стомы и недостаточно тщательно подшита стенка кишки. В этой ситуации требуется экстренная операция с устранением эвентрации кишечника и реконструкцией стомы. Предрасполагающими факторами при этом служат повышение внутрибрюшного давления на фоне послеоперационного пареза кишечника, изменение регенеративных способностей тканей при перитоните или истощенном состоянии больного (с гипотрофией, гипопроотеинемией), а также на фоне высокодозной терапии глюкокортикоидными гормонами.

**3. Некроз выведенной кишки.** Это одно из самых тяжелых осложнений, связанное с рядом причин:

- ▶ выведение кишки с плохим кровоснабжением, без наличия хорошо пульсирующих брыжеечных сосудов;
- ▶ выведение кишки с натяжением ее брыжейки;
- ▶ сдавление кишки в слишком узком раневом канале;
- ▶ перекручивание кишки и брыжейки вокруг своей оси;
- ▶ тромбоз сосудов брыжейки (у детей встречается крайне редко).

Некроз может затрагивать терминальный отдел выведенной кишки, но бывает и протяженным. Чаще этот вид осложнений наблюдается при формировании одностольных стом.

При развитии некроза слизистая выведенной кишки становится темно-бордовой, тусклой, а затем

**Фото 7.** Ирригограмма отключенной толстой кишки у ребенка с тотальным аганглиозом



**Фото 8.** Некроз выведенной стомы



темнеет (фото 8). Если некроз непротяженный и жизнеспособная кишка находится несколько ниже уровня краев послеоперационной раны, это ведет к несостоятельности кожно-слизистых швов стомы с развитием гнойно-воспалительных процессов в перистомальных тканях, а в последующем – к ретракции, рубцеванию и стенозированию стомического отверстия. Если кишка некротизируется на большом протяжении, то возникает угроза перитонита, что требует срочного оперативного вмешательства с резекцией измененного участка и реконструкцией стомы.

4. *Ретракция стомы* с погружением слизистой кишки ниже уровня кожи происходит в следующих случаях:

- ▶ при натяжении кишки во время операции;
- ▶ при неправильной фиксации стенки кишки;
- ▶ при несформированной «шпоре» двуствольной стомы или преждевременно удаленном фиксаторе, проведенном через брыжейку кишки;
- ▶ вследствие нарушения заживления стомной раны.

Ретракция стомы может сопровождаться сужением стомического отверстия. При ретракции двуствольной стомы возможно попадание кишечного содержимого в отводящий отдел, то есть нарушается функция стомы. Часто ретракция стомы не позволяет хорошо фиксировать калоприемник, что способствует развитию перистомального дерматита.

5. *Эвагинация стомы*. Выпадение кишки через стому связано с оставлением в брюшной полости большого свободного престомального участка киш-

ки, который весьма подвижен и может «выворачиваться наизнанку» через колостомическое отверстие (фото 9). Предрасполагают к этому следующие причины: повышенное внутрибрюшное давление на фоне пареза кишечника, употребление продуктов, усиливающих перистальтику и способствующих вздутию живота.

Для профилактики данного осложнения необходимо при наложении стомы тщательно послойно фиксировать стенку кишки к мышцам и апоневрозу передней брюшной стенки, формировать стомную рану соответственно диаметру выводимой кишки. При наложении двуствольной стомы выполнение 2–3 серозных узловых швов по брыжеечному краю, сближающих приводящий и отводящий отделы стомы, позволяет создать «шпору», что препятствует эвагинации кишки.

При незначительных выпадениях возможны консервативные меры – коррекция питания и применение ватно-марлевой подушечки (пелот), придавливающей поверхность колостомы. При значительных выпадениях кишки, особенно с ее ущемлением в отверстии стомы, показано оперативное лечение – реконструкция стомы.

6. *Параколостомические воспалительные осложнения, гематомы, абсцессы и свищи*. Воспаление в области кожно-слизистого перехода кишечной стомы – частое осложнение в раннем послеоперационном периоде, обусловленное инфицированием краев послеоперационной раны кишечным отделяемым. Данное осложнение, как правило, купируют методами консервативной терапии (применение местных антисептиков, тщательный подбор калоприемников

Фото 9. Хроническая эвагинация сигмостомы



Фото 10. Стеноз сигмостомы



с использованием средств по уходу за стомой – паста, защитные кремы и пленки). Однако в дальнейшем перенесенное воспаление раны может стать причиной образования грубого рубца и стенозирования колостомического отверстия.

Причина гематом – недостаточно тщательный гемостаз в сочетании со слишком широким раневым каналом вокруг выведенной кишки. Если кровотечение остановлено, а кишка полностью заполняет канал в брюшной стенке, то гематома не сформируется.

Параколостомические абсцессы – достаточно частое следствие гематомы с последующим ее воспалением. Далее цепочка осложнений неизбежно приводит к формированию свищей, стенозов, грыж и др. Эти осложнения связаны с инфицированием параколостомического пространства и, что особенно важно, подшиванием стенки кишки в глубине раневого канала к апоневрозу сквозными швами из нерассасывающихся нитей. В этом случае возникают множественные микроабсцессы и свищи, которые, длительно существуя, приводят к стриктурам. Лечение этих осложнений сложное, лучше их предупредить, применяя правильную методику создания стомы.

### Поздние перистомальные осложнения

1. *Стеноз стомы.* Это наиболее частое осложнение неправильно сформированной колостомы (фото 10). Сужение может находиться в конечном отделе кишки, на уровне кожи или на глубине – на уровне рассеченного апоневроза. Причины формирования стеноза стомы:

- ▶ конечный отдел ободочной кишки выводится с натяжением, что приводит к его ретракции в раневой канал, рубцеванию краев кожной раны и возникновению стриктуры на уровне кожи;

- ▶ выводимый участок кишки имеет плохое кровоснабжение, что ведет к его некрозу, рубцеванию краев кожной раны и стенки кишки, при этом отсутствует манжетка из вывернутой слизистой кишки;

- ▶ создается слишком узкое отверстие в мышечно-апоневротическом слое и возникает сдавление кишки с последующим ее стенозированием, при этом на уровне кожи имеется с виду вполне нормальная колостома;

- ▶ формируется слишком широкий канал вокруг кишки в сочетании с недостаточным гемостазом; как сказано выше, это ведет к образованию гематом и абсцессов с дальнейшим рубцеванием заинтересованных тканей;

- ▶ производится фиксация стенки выведенной кишки в глубине раневого канала циркулярными швами из нерассасывающихся шовных материалов (шелк, капрон, лавсан) к краям апоневроза – это ведет к возникновению кольца из гранул с последующим

тяжелым рубцовым стенозом на указанном уровне;

- ▶ скручивание выводимого сегмента кишки по оси; если этот дефект техники не проявится в первые дни после операции кишечной непроходимостью, то в дальнейшем могут наступить нарушения пассажа кала;

- ▶ неправильный выбор места наложения колостомы – около пупка, рядом с гребнем подвздошной кости или в области «старого» послеоперационного рубца; выведенная кишка может быть деформирована плотными тканями в этих зонах.

При сужении просвета стомы нарушается опорожнение кишечника вплоть до развития клиники кишечной непроходимости. Стенозирование просвета кишки происходит постепенно, вначале лишь незначительно затрудняя выделение каловых масс. В случае образования ригидного сужения с нарушением функционирования стомы необходимо проведение реконструкции стомы. Длительно существующая стриктура приводит к супрастенотическому расширению вышележащих отделов с развитием необратимых процессов в стенке кишки, в дальнейшем это может осложнить проведение реконструктивно-восстановительных операций на кишечнике. Стеноз отводящего отдела кишки не является клинически значимым, но может затруднять проведение хирургических манипуляций.

Все перечисленные выше осложнения обусловлены в основном несоблюдением техники и методик наложения кишечных стом.

2. *Параколостомическая грыжа.* Нечастое осложнение у больных детского возраста, связанное с наличием грыжевого выпячивания при образовании кармана между кишкой и брюшной стенкой (фото 11). Причины этого осложнения:

- ▶ создается слишком широкий канал в мышечно-апоневротическом слое, рядом с выведенной толстой кишкой остается пространство;

- ▶ возникает атрофия мышц брюшной стенки вследствие пересечения нервов и травмы тканей;

- ▶ имеет место параколостомическое воспаление, подробно описанное выше.

При больших грыжах, сочетающихся с нарушением опорожнения кишечника, проводится оперативное лечение – пластика апоневроза или его укрепление специальными синтетическими сетками. Возможны и более объемные вмешательства – реконструкция с перемещением стомы на другой участок брюшной стенки.

3. *Воспалительные изменения кожи перистомальной области* (так называемые перистомальные дерматиты). 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 (фото 12). Только правильно сформированная кишечная стома позволяет правильно и легко использовать современные кало-приемники и средства по уходу, эффективно собирающие кишечное содержимое и защищающие кожу перистомальной области.

4. *Кровотечение из слизистой стомы.* Чаще всего оно вызвано травматизацией слизистой оболочки стомы и минимально по объему, поэтому останавливается самостоятельно или при наложении марлевой сухой салфетки.

**Уход за кишечной стомой.** Очень важен с точки зрения социальной адаптации пациентов – носителей

кишечной стомы, кроме предупреждения перистомальных осложнений, правильный уход за стомой. Важно использовать калоприемник с первого дня наложения стомы, особенно в случае большого количества жидкого кишечного отделяемого, что позволит не только облегчить уход за пациентом в раннем послеоперационном периоде, но избежать ряда осложнений.

Современные средства по уходу за стомой обеспечивают максимально комфортные условия для ребенка, позволяя ему вести привычный активный образ жизни. Фирмы-производители – «Колопласт» и «КонваТек» – выпускают педиатрические пластины и мешки различных размеров, поэтому калопри-

Фото 11. Параколостомическая грыжа



Фото 12. Перистомальный дерматит



Фото 13. Современные калоприемники для пациентов разного возраста



Фото 14. Педиатрические мешки калоприемников



емники можно использовать с периода новорожденности (фото 13, 14).

**Закрытие кишечных стом.** Сроки закрытия кишечной стомы индивидуальны и зависят от результатов лечения основного заболевания. При отсутствии осложнений после реконструктивной операции на кишечнике и промежности целесообразно закрывать стому через 2–3 месяца после заживления послеоперационных ран. Для профилактики колита отключенной кишки, особенно при наличии одностольной стомы, не рекомендуется оставлять ее дольше 6 мес после реконструктивно-восстановительной операции на кишечнике. Весь период от радикального вмешательства до закрытия стомы необходимо, кроме бужирования ректального или анального анастомоза, проводить профилактическое лечение диверсионного колита, включающее местную противовоспалительную терапию (лечебные клизмы с антисептиками, отварами трав – ромашки, череды) и уход за кожей вокруг стомы для предупреждения гнойно-воспалительных перистомальных осложнений.

## Выводы

Адекватное наложение превентивной или разгрузочной кишечной стомы – важный этап коррекции пороков развития толстой кишки и промежности. Практически около половины больных с колопроктологической патологией нуждаются в колостомии. К сожалению, часто мы имеем дело с больными, которым колостома наложена тактически и технически неправильно, сопровождается различными осложнениями, что впоследствии затрудняет проведение радикальной операции.

Многоэтапная коррекция патологии толстой кишки и промежности – серьезная хирургическая проблема, сопряженная с большими финансовыми затратами, длительным сроком реабилитации, что приводит к нарушению социальной адаптации и ухудшению качества жизни ребенка.

Важная задача – организация специализированных центров стоматерапии на базе профильных отделений детской хирургии для оказания квалифицированной помощи детям-инвалидам, обучения родителей и пациентов уходу за кишечной стомой. Кроме того, необходимо проводить тематическое усовершенствование врачей – детских хирургов в специализированных клиниках в целях улучшения работы учреждений в регионах. Это позволит избежать целого ряда осложнений, тактических и технических ошибок при наложении разгрузочных и превентивных кишечных свищей, своевременно социально адаптировать пациентов-носителей стом.

## Литература

1. Александров В.Б. Нестандартная колопроктология (Лекции). – М.: Медпрактика-М, 2007, 171 с.
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Кишечные стомы. – М.: МНПИ, 2001, 90 с.
3. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. – М.: Медицина, 1999, с. 205.
4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб., 1997, т. 2, 387 с.
5. Holschneider A.M., Puri P. Hirschsprung's disease and allied disorders. 3rd ed. Berlin: Springer-Verlag; 13, 2007.
6. Holschneider A.M., Hutson J.M. Anorectal malformations in children. Embryology, diagnosis, surgical treatment, follow-up. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2006.
7. Teich S., Caniano D.A. Reoperative pediatric surgery. Humana Press, a part of Springer Science+Business Media, LLC, 2008.
8. Калашникова И.А. Growth in Russian jstomy patients' rehabilitation services. – Helios, Danemark, 2006, №2 (13).
9. Лукьянова И.Е., Суханов В.Г., Сигида Е.А. Проблемы развития реабилитационных технологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, №1, с. 32–4.
10. Carli C.D., Bass J., Sweeney B. A mobile cecum predisposing to a major complication of laparoscopic assisted ileostomy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2009; 19 (Suppl 1): S153–4.
11. Duchesne J.C., Wang Y.Z., Weintraub S.L., Boyle M., Hunt J.P. Stoma complications: a multivariate analysis. Am Surg 2002; 68 (11): 961–6.
12. Millar A.J., Lakhoo K., Rode H., Ferreira M.W., Brown R.A., Cywes S. Bowel stomas in infants and children. A 5-year audit of 203 patients. S Afr J Surg 1993; 31 (3): 110–3.
13. Park J.J., Del Pino A., Orsay C.P., Nelson R.L., Pearl R.K., Cintron J.R., Abcarian H. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. Dis Colon Rectum 1999; 42 (12):1575–80.
14. Post S., Herfarth C., Schumacher H., Golling M., Schürmann G., Timmermanns G. Experience with ileostomy and colostomy in Crohn's disease. Br J Surg 1995; 82 (12): 1629–33.
15. Rokhsar S., Harrison E.A., Shaul D.B., Phillips J.D. Intestinal stoma complications in immunocompromised children. J Pediatr Surg 1999; 34 (12): 1757–61.
16. Singal A.K., Bhatnagar V. Colostomy prolapse and hernia following window colostomy in congenital pouch colon. Pediatr Surg Int 2006; 22 (5): 459–61.