

ЗАКРЫТИЕ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С МЕКОНИЕВЫМ ИЛЕУСОМ

Пилюян Ф.С., Баязитов Р.Р., Карнута И.В.

Научный руководитель:

доктор мед наук Е.Ю. Дьяконова

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; мекониевый илеус; муковисцидоз; закрытие энтеростомы

Актуальность. Выведение кишечной стомы у новорождённых и детей грудного возраста является одним из частых оперативных вмешательств в детской хирургии. При закрытии кишечной стомы у детей, перенёсших мекониевый илеус (МИ) в периоде новорождённости, имеется высокий риск развития обтурационной кишечной непроходимости. Зачастую выполнение только восстановления непрерывности кишечной трубки не позволяет добиться выздоровления больного, что требует разработки оптимального периоперационного протокола лечения у детей с МИ. **Цель:** улучшение результатов хирургического лечения больных с МИ при закрытии энтеростомы.

Материалы и методы. За 2018–2024 гг. в хирургическом отделении новорождённых и детей грудного возраста было пролечено 18 больных-носителей энтеростомы с генетически подтверждённым диагнозом «муковисцидоз» (МВ). Энтеростомы были выведены в стационарах по месту жительства детей по поводу перенесённого МИ. У 4 больных ранее предпринимались безуспешные попытки закрытия кишечной стомы. Всем больным выполнено оперативное лечение по закрытию энтеростомы с применением разработанного нами периоперационного протокола лечения, который включает отмену заместительной ферментной терапии МВ до операции, интраоперационное промывание кишки раствором ацетилцистеина. После операции проводилось внутривенное, пероральное и трансректальное введение ацетилцистеина, медикаментозная стимуляция кишечника в декретированные сроки. По показаниям применялся йодсодержащий водорастворимый рентгенконтрастный препарат. По достижении половины объёма разового кормления возобновлялась заместительная ферментная терапия МВ.

Результаты. Средний срок закрытия энтеростомы составил 5 мес. У 5 больных детей отмечались патологические потери по стоме (более 30 мл/кг/сут), что являлось показанием к срочному оперативному вмешательству. Пассаж по пищеварительному тракту восстанавливался в среднем на 7-е послеоперационные сутки. Энтеральное питание начинали на 8-е сутки после операции. Осложнений не отмечалось.

Выводы. Рутинное закрытие энтеростомы у больных, перенёсших в анамнезе МИ, может быть сопряжено с хирургическими осложнениями и необходимостью повторного выведения кишечной стомы. Применение разработанного периоперационного протокола лечения этих больных позволяет исключить развитие рецидива МИ в послеоперационном периоде.

* * *