

Николаев В.В.

ОПЕРАЦИЯ МАЛОНА В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НЕДЕРЖАНИЯ КАЛА

Российская детская клиническая больница, Москва

Nikolaev V.V.

THE MALONE IN SOCIAL ADAPTATION OF CHILDREN WITH SEVERE FECAL INCONTINENCE

Russian Children's Clinical Hospital of Moscow

Резюме

Цели – проанализировать собственные результаты проведения операции Малона и привлечь внимание хирургов, занимающихся колопроктологией, к этому методу лечения.

С 1998 по 2013 г. в отделениях урологии и колопроктологии Российской детской клинической больницы операция Малона выполнена 23 больным – 17 мальчикам и 6 девочкам в возрасте 5–10 лет, из них 20 детей с миелодисплазией, ранее оперированных по поводу спинномозговых грыж, и 3 больных с аноректальными пороками после неоднократных проктопластик с упорными запорами и недержанием кала от переполнения.

В большинстве случаев послеоперационный период протекал гладко. Серьезных осложнений не отмечалось. Подтекания кала из толстой кишки через стому не наблюдалось. Ближайшие осложнения в виде поверхностного воспаления вокруг кожного отдела стомы возникли у 5 больных. Отдаленные результаты от 1 года до 13 лет оценены у 20 детей. Удовлетворенность родителей и детей результатами антеградных клизм была весьма высокой. Дети стали чувствовать себя намного свободнее, настроение в семьях улучшилось во всех наблюдениях. Отмечены единичные эпизоды неполного контроля удержания кала при расстройствах пищеварения и жидком стуле.

Операция Малона – ценный метод социальной адаптации детей с тяжелыми формами недержания кала, который может с успехом применяться в отечественной практике.

Ключевые слова: синдром миелодисплазии, недержание мочи и кала, кишечная цистопластика, аппендикостомия

Abstract

Objective: analysis of self-reported results of the Malone procedure and drawing attention of colorectal surgeons to this method of treatment

23 patients i.e. 17 boys and 6 girls aged 5 to 10 years were treated with a Malone procedure in the department of urology and coloproctology of the Russian Children's Clinical Hospital from 1998 to 2013. They included 20 children with myelodysplasia who had been operated on for cerebrospinal hernias and 3 patients with anorectal malformations following recurrent proctoplasty with intractable constipation and fecal overflow incontinence.

Most patients got a smooth postoperative period. No serious complications were observed. There had been no stool passage from the stoma. 5 patients experienced early complications in the form of swelling of the skin around the stoma. Remote results were assessed in 20 children aged 1–13. Satisfaction of parents and children with Malone antegrade continence enema was rather high. The children felt much more comfortable and mood in the families improved in all observations. Only single episodes of incomplete control of stool passage were reported in patients with digestive disorders and loose stool.

Malone procedure is a valuable option of social adaptation in children with severe fecal incontinence which can be successfully used in domestic medical practice.

Key words: myelodysplastic syndrome, incontinence, intestinal cystoplasty, appendikostomiya

Введение

Социальная адаптация детей с тяжелыми формами недержания кала, не поддающимися консервативному лечению, при миелодисплазии и после коррекции аноректальных пороков развития представляет важную медицинскую задачу. Интересный способ ее решения был предложен английским хирургом Патриком Малонем (P.S. Malone) в 1989 г., который использовал тотальный антеградный лаваж толстой кишки через удерживающую аппендицеостомию у больных с миелодисплазией для опорожнения толстой кишки, что позволило большинству пациентов оставаться чистыми в течение 1–3-х суток. Удерживающую стомию формируют по аналогии с операцией Митрофанова (P. Mitrofanoff), который впервые в 1980 г. ввел в хирургическую практику удерживающую цистоаппендицеостомию для периодической катетеризации мочевого пузыря [1].

В течение 20 лет операция Малона широко использовалась во многих клиниках при не поддающихся консервативному лечению формах недержания кала и упорных запорах у детей с аноректальными пороками развития, болезнью Гиршпрунга, миелодисплазией чаще как ACE- (Antegrade Colonic Enema) принцип. Появились различные варианты аппендицеостомии, в том числе без формирования удерживающего клапана. В некоторых клиниках для оценки эффективности предстоящей операции перед выполнением операции накладывают пункционную цекостомию. Известны также трубчатые стомы, создаваемые на левой половине толстой кишки, используемые у детей, негативно реагирующих на обычные клизмы, и с целью сокращения времени процедуры [2–5]. В отечественной литературе до настоящего времени нет сообщений о применении операции Малона, или ACE-принципа.

Цели настоящей статьи – анализ собственных результатов операции Малона и привлечение внимания хирургов, занимающихся колопроктологией, к этому методу лечения.

Материал и методы исследования

С 1998 по 2013 г. в отделениях урологии и колопроктологии Российской детской клинической больницы операция Малона выполнена у 23 больных – у 17 мальчиков и 6 девочек в возрасте 5–10 лет; из них 20 детей с миелодисплазией, ранее оперированных по поводу спинномозговых грыж, и 3 больных с аноректальными пороками после не-

однократных проктопластик с упорными запорами и недержанием кала от переполнения, не поддающихся консервативному лечению.

Среди детей со спинномозговыми грыжами отбирали детей, способных самостоятельно передвигаться, планировавших посещать или посещавших школу и отмечавших неконтролируемое выделение кала, несмотря на все попытки добиться полного опорожнения толстой кишки с использованием клизм, слабительных или ручной эвакуации твердых каловых масс.

Подготовка к операции включала опорожнение кишечника клизмами, разгрузочную диету и назначение гентамицина orally в течение 2-х дней по 40 мг 3 раза в сутки. В премедикации использовали антибиотики широкого спектра.

Техника операции. Удерживающую аппендицеостомию формировали в правой подвздошной области. Разрезом по Волковичу–Дьяконову выделяли купол слепой кишки с червеобразным отростком. Проксимальный участок аппендикса на протяжении 2,5 см освобождали от брыжеечных сосудов. Свободную тенью слепой кишки рассекали продольно на протяжении 3 см, затем отслаивали по краям разреза подслизистый слой от мышечного, формируя ложе для проксимального конца отростка длиной 2,5–3,0 см. Основание отростка отсекали от слепой кишки у 20 больных. Ушивали культю аппендикса, верхушку отростка вскрывали, его просвет промывали водным раствором хлоргексидина и интубировали катетером Нелатона №8–10 Ch. Между основанием отростка и куполом слепой кишки формировали антирефлюксный (удерживающий) анастомоз полидиоксаноном 5/0. Затем укладывали проксимальный конец аппендикса в созданное под тенейю ложе. Тенью над отростком сшивали.

Второй вариант операции без отсечения основания отростка от слепой кишки и анастомоза выполнили у 3-х детей. Так же как и в первом случае, червеобразный отросток интубировали катетером, а удерживающий антирефлюксный механизм формировали как при эзофагогастрофундопликации по Ниссену.

Слепую кишку фиксировали викрилом 4/0 вокруг созданного антирефлюксного механизма к брюшине, после чего рану послойно ушивали. Дистальный конец аппендикса рассекали продольно и подшивали к коже, вшивая в разрез отростка

треугольный кожный лоскут на питающем основании из наружного края кожной раны для предотвращения стенозирования.

В 3-х случаях операцию Малона проводили одновременно с увеличивающей кишечной пластикой мочевого пузыря.

В послеоперационном периоде в течение 5–7 дней дети получали антибиотики широкого спектра. По режиму и диете ведение пациентов не отличалось от обычной аппендэктомии. Рану и слизистую обрабатывали антисептиками 3–4 раза в сутки. На 14-й день проводили пробную антеградную клизму, промывая толстую кишку 0,9%-ным раствором поваренной соли температурой 37–38 °С до чистой воды. На эту процедуру требовалось 4–7 л раствора. С 17-го дня удаляли катетер из аппендикостомы и начинали плановые ирригации толстой кишки. Катетер рекомендовали вводить в аппендикостому ежедневно в течение 2-х месяцев. Последующие антеградные клизмы выполняли один раз в 1, 2 или 3 дня в зависимости от продолжительности «чистого» промежутка.

Результаты исследования

В большинстве случаев послеоперационный период протекал гладко. Серьезных осложнений не отмечено. Подтекания кала из толстой кишки через стому не наблюдалось. Ближайшие осложнения в виде поверхностного воспаления вокруг кожного отдела стомы возникли у 5 больных, в начале применения методики, когда обработке швов в этой области еще не уделяли пристального внимания. При тщательном туалете слизистой вокруг интубирующего катетера подобных явлений не отмечалось. Тенденция к стенозированию наружного отдела стомы в отдаленном периоде отмечена у 4-х больных, из них 3 перенесли воспаление. Проведены 1 иссечение рубца и реанастомоз с треугольным кожным лоскутом, в 3-х наблюдениях выполнены успешные дилатации стомы катетерами возрастающего калибра.

Отдаленные результаты от 1 года до 13 лет оценены у 20 детей. Удовлетворенность родителей и детей результатами антеградных клизм была весьма высокой. Дети стали чувствовать себя намного свободнее, настроение в семьях улучшилось во всех наблюдениях. Отмечены единичные эпизоды неполного контроля удержания кала при расстройствах пищеварения и жидком стуле. Приме-

чательно, что через 7 и 10 лет после формирования аппендикостомы 2 пациентов отказались от использования антеградных ирригаций толстой кишки, что было связано с освоением более эффективной самостоятельной дефекации при натуживании. При этом никаких жалоб не отмечалось. Наружное отверстие аппендикостомы сомкнулось, и ее закрытия не потребовалось.

Обсуждение результатов исследования

Тяжелые органические и нейрогенные формы недержания кала, не корригируемые консервативными и хирургическими методами, нередко встречаются при спинномозговых грыжах и после хирургической коррекции аноректальных пороков развития [2, 6–9]. До появления операции Малона в таких случаях часто проводили колостомию, без которой достичь социальной адаптации пациентов было невозможно. Применение антеградных ирригаций первоначально хорошо зарекомендовало себя при миелодисплазии, затем методика стала с успехом использоваться при недержании кала и стойких запорах, не поддающихся консервативному лечению, у детей с аноректальными пороками после безуспешных реконструкций [2, 4, 5]. В настоящее время часто говорят не об операции Малона, а об АСЕ-принципе – антеградном промывании толстой кишки или антеградной клизме. Уже тысячи больных по всему миру прооперированы с использованием этого метода. Эффективность его составила 70–90%.

Полученные нами результаты убеждают в целесообразности проведения операции Малона при миелодисплазии начиная с 5–6 лет. Мы не видели явных недостатков метода, а отмеченная высокая степень социальной адаптации пациентов и удовлетворенность их родителей показали ценность данной методики. У пациентов не отмечено серьезных осложнений. Воспалительные изменения вокруг стомы, наблюдавшиеся у части больных, купировались при активном обеззараживании и не влекли за собой серьезных последствий. Профилактика такого воспаления достигается тщательным туалетом аппендикостомы с антисептиками, выполняемым несколько раз в день. Выбор группы пациентов среди детей со спинномозговыми грыжами, на наш взгляд, должен опираться на 2 правила: во-первых, это острота проблемы недержания кала с точки зрения родителей и, во-вторых,

способность детей самостоятельно передвигаться и посещать школу. Для больных-колясочников эта проблема не так остра, так как при наличии плотного стула, характерного для миелодисплазии, недержания в положении сидя, как правило, не возникает.

Первые результаты аппендицеэктомии у больных после повторных проктопластик с недержанием кала также оказались благоприятными. Этот небольшой опыт, полученный у 3-х больных, свидетельствует о возможности существенного улучшения качества жизни, хорошей переносимости антеградных клизм и, что немаловажно, о весьма позитивной оценке результатов проведенного лечения как родителями, так и пациентами. Анальная инконтиненция, возникающая после коррекции аноректальных пороков в 10–85% случаев, является основной причиной, препятствующей социальной адаптации и полноценной жизни этих пациентов [7].

Подбор пациентов на операцию Малона в этой группе целесообразно проводить в первую очередь среди больных, находящихся в периоде ожидания сфинктеропластики, а также при некурабельных формах анальной инконтиненции. Метод может использоваться также при запорах и недержании кала от переполнения у детей с ректальными стенозами, когда повторные операции не принесли эффекта, или как альтернатива наложению колостомы.

Таким образом, можно заключить, что достигаемая с использованием операции Малона степень социальной адаптации в группе детей с тяжелыми формами органического и нейрогенного недержания кала ранее была недостижима. Метод сравнительно прост и малотравматичен, что наряду с невысокой частотой осложнений следует отнести к его достоинствам. Все это позволяет предложить АСЕ-принцип для более широкого применения в отечественной практике.

Список литературы

1. *Malone P.S.* Preliminary report: the antegrade continence // *Lancet*. 1990. Vol. 336, №8725. P. 1217–1218.
2. *Imai K., Shiroyanagi Y., Kim W.J., Ichiroku T., Yamazaki Y.* Satisfaction after the Malone antegrade continence enema procedure in patients with spina bifida // *Spinal Cord*. 2014. Vol. 52. P. 54–57.
3. *Franc-Guimond J., González R.* Simplified technique to create a concealed catheterizable stoma: the VR flap // *Urol*. 2006. Vol. 175. P. 1088–1091.
4. *Curry J.I., Osborne A., Malone P.S.* How to achieve a successful Malone antegrade continence enema // *J. Pediatr. Surg*. 1998. Vol. 33. P. 138–141.
5. *Yerkes E.B., Cain M.P., King S., Brei T., Kaefer M., Casale A.J. et al.* The Malone antegrade continence enema procedure: quality of life and family perspective // *Urol*. 2003. Vol. 169. P. 320–323.
6. *Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Иудин А.А.* Коррекция послеоперационного недержания кала у детей // *Хирургия*. 1991. №6. С. 49–53.
7. *Комиссаров И.А.* Диагностика и лечение анальной инконтиненции у детей: Автореф. ... дисс. д-ра мед. наук. – СПб., 1996.
8. *Комиссаров И.А.* К вопросу о классификации и выборе метода лечения недержания кала у детей // *Вестник хирургии*. 1997. №2. С. 85–87.
9. *Смирнов А.Н.* Недержание кала у детей: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1990.

Авторы

Контактное лицо:
НИКОЛАЕВ
Василий Викторович

Доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии
Российской детской клинической больницы. Тел.: 8 (495) 434-76-00.
E-mail: vasnik@yandex.ru.