

А. В. Писклаков, В. И. Пономарев

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАДНЕСАГИТТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ СЛОЖНОГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России (ректор – проф. А. И. Новиков), кафедра детской хирургии с курсом урологии-андрологии (зав. – проф. А. В. Писклаков), БУЗ Омская областная детская клиническая больница (гл. врач – канд. мед. наук М. Ш. Адырбаев)

Андрей Валерьевич Писклаков, д-р мед. наук, проф., pisklakovomsk@mail.ru

Оперативная коррекция экстрасфинктерных параректальных свищей является одной из серьезных проблем колопроктологии как у взрослых, так и у детей [3, 5]. Причина этого кроется в тесном топографоанатомическом расположении тазовых органов в достаточно компактной области малого таза, наличии большого количества сосудов и нервов, а также в сложном строении и часто большой протяженности свища. Кроме того, свищ достаточно жестко фиксирован в окружающих тканях за счет перенесенных воспалительных процессов. Успех оперативного лечения этого состояния заключается, прежде всего, в радикальности удаления всех структур свищевого хода при сведении к минимуму опасности повреждения расположенных рядом органов [2, 4].

В детской колопроктологии с 80-х годов XX века для коррекции аноректальных атрезий широко используется заднесагиттальный промежностный доступ по А. Рена [6]. Он позволяет достаточно хорошо визуализировать все анатомические структуры тазового дна. На наш взгляд, он вполне подходит для иссечения сложных параректальных свищей. Приводим клинический пример.

Больной И., 2 года, поступил в отделение гнойноторакальной хирургии ОДКБ Омска 08.10.09. Из анамнеза известно, что ребенок болен с раннего возраста, в период новорожденности впервые был прооперирован по поводу

острого подкожного гнойного парапроктита. Свищ выявлен не был. В течение 1 года ребенку трижды проводилось лечение обострений парапроктита. В возрасте 9 мес появился свищ в центральной области правой ягодицы (рис. 1). При этом также имелось гнойное отделяемое из прямой кишки. В возрасте 1,5 лет в городском детском хирургическом центре произведена неудачная попытка устранения свища в области ягодицы (при выделении хода последний оборвался на расстоянии 6 см от уровня кожи). После операции в пределах 4 мес возник рецидив свища.

В апреле 2009 г. ребенок проконсультирован на кафедре детской хирургии ОмГМА проф. А. В. Писклаковым по поводу обильного гнойного отделяемого из свища в области правой ягодицы и из анального канала. При осмотре обнаружено, что в центральной части правой ягодицы имеется послеоперационный рубец в косом направлении длиной около 3 см. В латеральной его части находится губовидный свищ диаметром около 2 мм с гнойным отделяемым (см. рис. 1). При зондировании направление хода – снаружи внутрь и снизу вверх (по направлению к крестцу). Ректальный осмотр показал, что в крипте на 10 ч условного циферблата имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. Определяется инфильтрация в параректальной области справа. При зондировании свищевой ход направляется вверх латерально и кзади.

Проведено дообследование. При колоноскопии в области ампулы прямой кишки обнаружена отечность и гиперемия правой стенки от верхней границы анального канала размером 3х5 см. Фистулография (рис. 2, см. на вклейке) при встречном контрастировании продемонстрировала Л-образный свищ, причем коленообразный изгиб локализовался в области правой латеральной поверхности крестца. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) таза выполнена по стандартной методике без внутривенного контрастирования, но с контрастированием свищевых ходов. Деструктивные изменения со стороны костей таза и тазобедренных суставов не выявлены. Контрастированный свищевой ход визуализируется от области правых ягодичных мышц, проходит позади тела правой подвздошной кости (вне запирающего отверстия) и заканчивается в области параректальной клетчатки у правой стенки прямой кишки. В этой области имеются фиброзные и грануляционные изменения. В прямой и частично в сигмовидной кишке определяется контрастное вещество (рис. 3).

Таким образом, у ребенка имел место экстрасфинктерный параректальный свищ III степени сложности.

Ввиду сложного топографоанатомического расположения свища решено провести оперативное лечение с использованием заднесагиттального промежностного доступа. 16.10.09 выполнена операция иссечения экстрасфинктерного параректального свища. Произведен разрез, окаймляющий наружное отверстие ягодичного отдела свища. Острым путем выделена часть свища, прорывающая большую ягодичную мышцу, до надгрушевидного отверстия по верхнему краю *m. piriformis* в области нижнего отдела крестцово-подвздошного сустава справа. Здесь свищ был фиксирован спайками хрящевой



Рис. 1. Внешний вид ягодичной области у ребенка И. с рецидивирующим параректальным свищом.

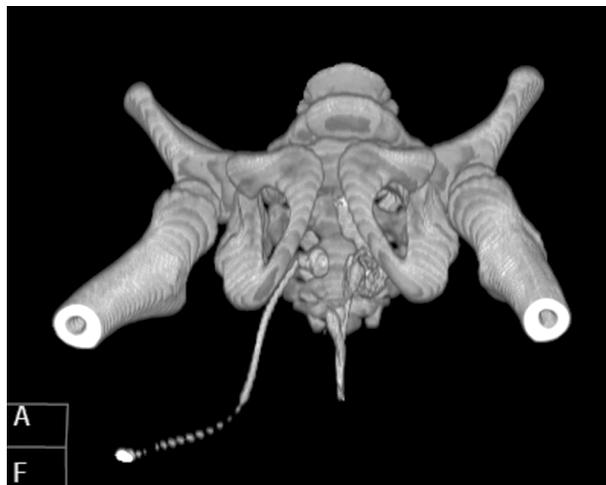


Рис. 3. МСКТ таза с контрастированием параректального свища.

плотности к подвздошной кости. Произведен разрез по средней линии промежности от заднего края наружного сфинктера до IV крестцового позвонка. Разделены мышцы тазового дна, резецирован копчик. Свищ от крестцово-подвздошного сустава был направлен вдоль ампулы прямой кишки книзу и кпереди по спирали. Дистальная его часть на протяжении 3–4 см тесно прилежала к стенке кишки. Свищ иссечен вместе с криптой с частичным рассечением сфинктера. Произведено ушивание сфинктера, мышц тазового дна, наложены послойные швы на рану. Параректально справа установлен дренаж Редона.

Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. Большой выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции. В дальнейшем неоднократно осматривался в стационаре (последний раз в мае 2011 г.) (рис. 4). Признаков рецидива свища нет. Стул ежедневный, самостоятельный, каломазания нет.

Использование заднесагиттального промежностного доступа создает хорошие условия для оперирования при расположении свища сзади и по боковым стенкам прямой кишки. При классическом выполнении технологии доступа



Рис. 4. Внешний вид ягодичной области у ребенка И. через 1,5 года после оперативной коррекции.

опасность повреждения анатомических образований малого таза минимальна, но использовать его может только хирург, имеющий достаточный опыт проктологических операций по Pena [1].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Григович И. Н., Хохлов А. А. // Дет. хир. – 1998. – № 2. – С. 50–53.
2. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Параректит. – М.: Медицина, 1981.
3. Ленишкин А. И. Детская колопроктология. – М.: Медицина, 1990.
4. Ривкин В. Л., Файн С. Н., Лукин В. В. Справочник проктолога. – М.: Медпрактика, 2007.
5. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. – М.: Медицина, 1984.
6. Pena A., de Vries P. A. – 1982. – Vol. 17, N 6. – P. 796–811.

Поступила 09.12.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.682-007.5-089

А. Е. Машков, В. М. Чекмарев, А. В. Бобылев, М. Х. Лузина

## ПЕРЕКРУТ АПОПЛЕКСИРОВАННОЙ ГИДАТИДЫ ПРИДАТКА ЯИЧКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

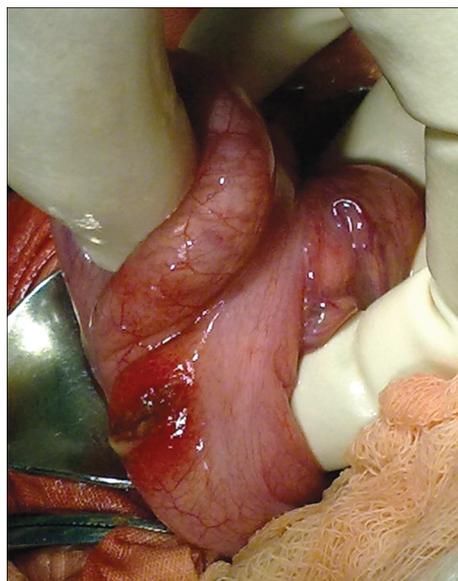
МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского (дир. – член-корр. РАМН Г. А. Оноприенко), МУЗ ВРКБ (главный врач В. Г. Соколенко), Видное

Александр Евгеньевич Машков, д-р мед. наук, проф., руководитель клиники детской хирургии МОНИКИ,

По зарубежным источникам, перекрут апоплексированной гидатиды придатка яичка больших размеров в основном наблюдается у детей 6–13 лет [4, 10, 12–16, 23]. Средний возраст прооперированных  $9,0 \pm 1,9$  года [5, 11, 16, 17, 19]. Длина гидатид, по разным источникам, варьируется в пределах 1–17 мм [6, 8, 9, 20, 22, 25], причем размер перекрученных гидатид в несколько раз превышает неперекрытых [24]. Средняя длина большинства гидатид, выявленных на операциях,  $4,5 \pm 2,5$  мм [9, 18].

Наличие симптомов отечной (острой) мошонки, признаков перекрута гидатиды обуславливают активную хирургическую тактику – удаление гидатиды [1–3, 7]. Имеются единичные сообщения о кровоизлиянии перекрученной гидатиды, что приводит к значительному увеличению ее размеров и трудностям в диагностике [24]. Также вместо предполагаемого перекрута “мегагидатиды” у детей и подростков существует вероятность обнаружения опухоли [21].

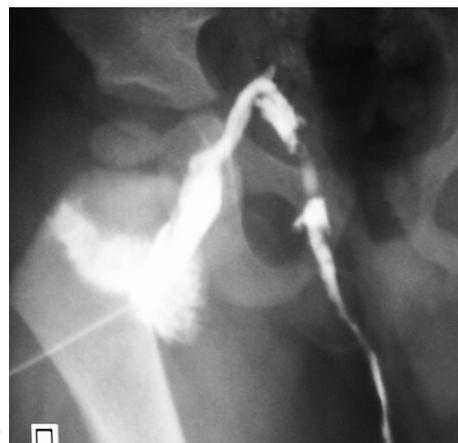
К ст. В. М. Чекмарева и соавт.



Место перфорации купола слепой кишки инородным телом (металлическая пластина от батарейки).

Рис. 2. Фистулограмма ребенка И.

К ст. А. В. Пискалова и соавт.



К ст. С. Н. Зоркина и соавт.



К ст. Маикова и соавт.

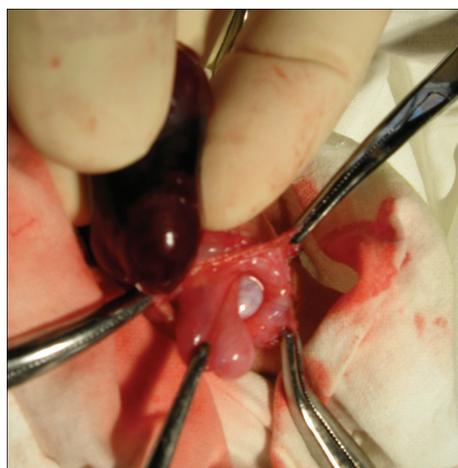


Рис. 1. Вид перекрученной, некротизированной гигагиды во время операции.

Рис. 1. Экскреторная урография (стрелкой обозначен дефект наполнения лоханки справа).

К ст. Ю. Н. Козлова и соавт.

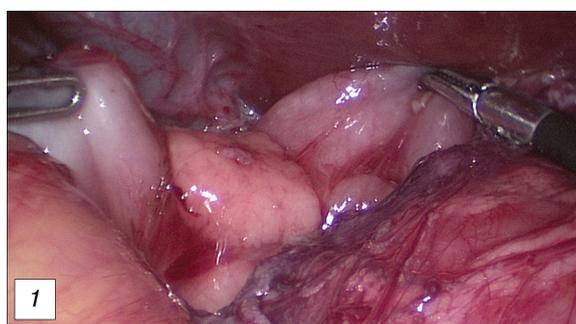


Рис. 1. Эндоскопический вид дуоденальной атрезии в сочетании с кольцевидной поджелудочной железой (зажим справа фиксирует приводящую порцию двенадцатиперстной кишки, зажим слева – отводящий сегмент, между ними – ткань поджелудочной железы).

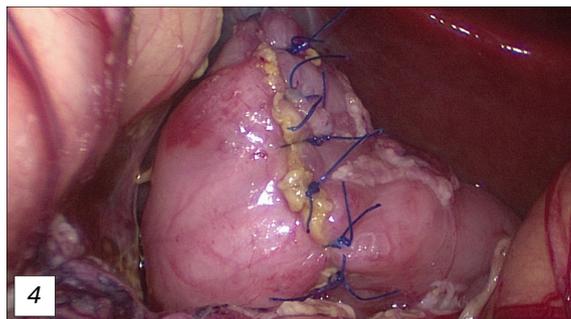
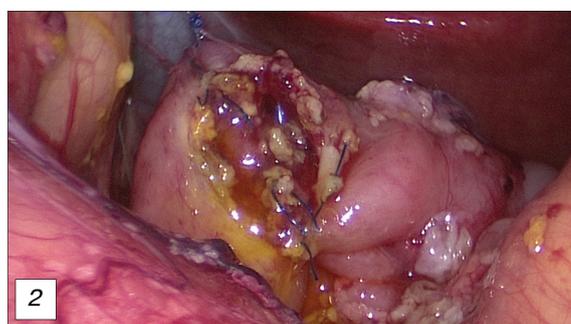


Рис. 2. Формирование задней стенки дуоденального анастомоза.

Рис. 3. Начало конструкции передней линии дуоденодуоденостомии.

Рис. 4. Окончательный вид лапароскопического анастомоза Кимура.