



КОРОБОВА А.А., ХВОРОСТОВ И.Н., АНДРЕЕВ Д.А., ВЕРБИН О.И., ШРАМКО В.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Комплексная оценка состояния запирающего аппарата неоректум и структур тазового дна у детей с аноректальными пороками развития

УДК 616.33/.34-009.1:616.748.1:616-007-053.2

Аноректальные пороки развития сочетаются с врожденными дефектами и нарушениями моторной и соматической иннервации мышц тазового дна, сопутствующими аномалиями мочевыводящей системы, патологией позвоночника. Одной из главных задач послеоперационного периода является оценка анатомической структуры вновь созданного запирающего аппарата и функциональной полноценности структур анального жома. Методики обследования, широко применяемые у взрослых (рентгенологические, функциональные), имеют невысокую диагностическую ценность в детском возрасте, в силу субъективных сложностей их проведения. Целью исследования явилась комплексная оценка структурно-функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки у детей в послеоперационном периоде для оптимизации тактики лечения.

В разные сроки после оперативного лечения обследовано 15 детей в возрасте от 4 до 15 лет (7 — с высокими формами мальформации, 8 — с низкими). Первичные операции при высоких формах выполнены в объеме брюшно-промежностной проктопластики, при низких — промежностной проктопластики. Оценка функции аноректального держания проводилась по шкале Rinitala R.J. (1995). Анатомическую структуру анального жома оценивали на магнитно-резонансном томографе Magnetom Vision (Siemens Medical Systems, Германия) по протоколу Pelvis male and female в 3 проекциях с получением T_2 протон-взвешенных изображений. Проводилась качественная и количественная оценка сканограмм. Вычисляли величины относительной ширины пуборектальной мышцы (ОШПМ) и наружного анального сфинктера (ОШНАС) как показатели индекса мышечного развития (ИМР). Манометрию анального канала и оценку ЭМГ-активности наружного анального сфинктера выполняли на аппарате Urostym (Laborie).

При качественной оценке сканограмм у 5 больных выявлены пороки развития крестца и позвоночника в сочетании с пресакральной липомой у 2 больных, дивертикулум уретры в одном случае, интерпозицией жировой клетчатки низведенной кишки у 3 пациентов. Дефекты наружного сфинктера

выявлены у 3 больных, смещение неоректум в сагиттальной и фронтальной проекциях в 4 случаях. В 2 случаях удалось визуализировать ветви нижнего гипогастрального сплетения.

Величина шкалы функции анального держания ($N=19,0\pm 1,5$) достоверно ($p<0,05$) снижалась у больных с высокими мальформациями — до $13,0\pm 1,7$ и до $15,0\pm 1,1$ при низких формах, что соответствует удовлетворительному результату лечения. Аноректальный угол у всех больных в покое составил в среднем $100,0\pm 16,4$, а при натуживании увеличивался до $140\pm 15,5$. У больных с высокими мальформациями давление в анальном канале снижалось как в покое ($43,0\pm 2,0$ см. H_2O), так и при напряжении ($76\pm 10,0$ см. H_2O) в сравнении с таковыми показателями у больных с низкими формами (соответственно, $56,0\pm 21,3$ см. H_2O и 89 ± 26 см. H_2O). ЭМГ-активность наружного анального сфинктера при высоких формах составила 91 ± 62 мВ, при низких — 178 ± 135 мВ. Обнаружена достоверная корреляция между показателями давления в анальном канале при высоких и низких мальформациях и величинами шкалы функции анального держания ($p=0,07$). Величины ОШПМ ($0,46\pm 0,04$ и $0,28\pm 0,05$, $q=13,31$) и ОШНАС ($0,42\pm 0,03$ и $0,24\pm 0,04$, $q=11,787$) при низких и высоких формах порока достоверно ($P<0,01$) различались. Выявлены значимые различия между величинами ОШПМ и ОШНАС при хорошем ($0,46\pm 0,03$ и $0,41\pm 0,02$; $P<0,01$) и слабом ($0,14\pm 0,03$ и $1,12\pm 0,02$; $P<0,01$) развитии мышц тазового дна. Установлено, что при значениях ОШПМ $<0,18$ показатели ректальной манометрии в покое и напряжении снижались ($23\pm 2,0$ и $66\pm 10,0$ соответственно), величина аноректального угла увеличивалась до $126\pm 21,4^0$.

Таким образом, МРТ является высокоточным методом оценки состояния мышц тазового дна и выявления сопутствующих аномалий. Полученные результаты позволили дифференцированно подойти к вопросу выбора метода лечения и оптимизировать послеоперационную реабилитацию пациентов с аноректальными пороками развития. Качественная и количественная оценка сканограмм позволяет объективно оценить состояние мышц тазового дна, что позволяет выбрать оптимальную тактику лечения.