

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

П.В. Иванов, И.В. Киргизов, К.Н. Баранов, И.А. Шишкин
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Реабилитация детей с высокими и интермедиарными атрезиями прямой кишки является одной из трудных задач современной колопроктологии. Благодаря использованию новых методик и высокотехнологичного оборудования косметические результаты после проведенных радикальных операций оцениваются как удовлетворительные, а функциональные результаты в большинстве случаев оставляют желать лучшего [1, 3]. Несмотря на применение лапароскопической и микрохирургической техники, количество детей, страдающих тяжелыми формами недержания кала, не имеет тенденции к снижению.

Целью нашего исследования явилось изучение причин неудовлетворительных результатов после выполнения радикальных операций и разработка системы реабилитации детей, позволяющая достоверно уменьшить степень каломазанья.

Материал и методы. Проведена сравнительная оценка степени недостаточности неоануса у детей с высокими формами атрезии прямой кишки через 3-4 года после радикальной операции. Выполнено ретроспективное исследование в группах детей, оперированных в начале 80-х годов прошлого века на базе хирургического отделения НЦЗД РАМН, и в 2003-2005 годах. Как показало исследование, около 65-70% пациентов имеют тяжелую (II-III степени) анальной недостаточности, которая не зависит от выбора хирургической методики и возраста пациента на момент проведения радикальной операции – проктопластики. То есть решающим фактором, определяющим отдаленные результаты хирургической коррекции, является степень недоразвития мышц тазового дна (в первую очередь, внутреннего сфинктера) и высота атрезии [2, 5]. Полученные данные ставят под сомнение эффективность успешной реабилитации детей с недержанием кала при использовании только консервативных методов лечения [4].

Результаты и обсуждение. Нами разработана и успешно апробирована схема этапной комплексной реабилитации детей с тяжелыми аноректальными пороками. Она представляет собой многосторонний подход, включающий: 1) создание мышечного «субстрата» замыкающего аппарата прямой кишки и восстановление правильной анатомической синтопии заднепроходного отверстия и мышечных структур; 2) укрепление мышц тазового дна путем регулярной тренировки по специальной методике; 3) создание эффективных кортико-висцеральных связей, обеспечивающих своевременное восприятие позыва на опорожнение, нормальный процесс дефекации и закрепление естественного стремления оставаться «чистым»; 4) соблюдение диетотерапии и подбор режима питания.

Стержневым моментом этой схемы является успешная хирургическая реабилитация. Мы выделили 4 основных хирургических этапа коррекции клоакальных пороков и высоких форм атрезии прямой кишки: 1) отключение кишечника путем наложения стомы на восходящие отделы кишки; 2) радикальная операция – брюшно-поемужностная проктопластика; 3) аносфинктерелеваторопластика в возрасте 4-6 лет; 4) сфинктероглютеопластика.

Первые 2 этапа, как правило, выполняются хирургами краевых, республиканских и областных больниц.

Аносфинктероплевропластика выполняется в возрасте 4-6-ти лет, но не ранее чем через 1-1,5 года после радикальной операции. Целью этой операции является укрепление мышц тазового дна и увеличение аноректального угла у детей младшей возрастной группы. Как правило, в этом возрасте достаточно хорошо дифференцируются мышечные компоненты, и у большинства удается получить значимый положительный результат. Нами отмечено, что у 78% увеличивается аноректальный угол, у 90-95 % детей уменьшается степень анальной недостаточности.

Спустя 3 месяца после этой операции начинается консервативное лечение согласно описанной выше схеме.

Около 40% детей требуют выполнения IV этапа хирургической коррекции недержания кала. Показанием к сфинктероглютеопластике является II-III степени недостаточности ануса у детей подросткового возраста. Перед выполнением этой операции проводится тренировка ягодичных мышц систематическими занятиями в течение 4-6 месяцев по специальной методике, а также электромиография мышц тазового дна. Мышечный лоскут выкраивается на контралатеральной стороне от той полукружности неонануса, где сокращения и электромиографические показатели более слабые. В 7% случаев требуется проведение двухсторонней глютеопластики.

Предложенная схема этапного лечения аноректальных пороков у детей позволяет у всех пациентов добиться положительных функциональных результатов. В 89% случаев результат оценивается как удовлетворительный (недержание кала I степени или ребенок остается чистым в течение 1 суток без использования очистительных клизм).

Заключение. Реабилитация детей с высокими атрезиями ануса и прямой кишки является длительным процессом и может быть успешной только с использованием комплексного подхода. Предложенная схема этапного лечения показала свою эффективность и может найти успешное применение в других лечебно-профилактических учреждениях.

Литература

1. Миланов, Н.О. Систематизация свободных реваскуляризуемых аутоотрансплантатов / Н.О. Миланов, Е.И. Трофимов, Р.Т. Адамян // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2003. – №2. – С. 55-62.

Иванов Павел Викторович, детский хирург
хирургического отделения НЦЗД РАМН.
Тел.: 8 9629732802, 8 (499) 134-02-08;
e-mail: altruiat@front.ru.

2. Столярж, А.Б. Транспозиция мышечных комплексов при обширных огнестрельных ранениях прямой кишки / А.Б. Столярж, А.В. Китаев, В.П. Петров, А.И. Куленков [и др.] // Сб.: Новое в реконструктивной хирургии. – М. – 2004. – С. 189.
3. Hashimoto, I. First cutaneous branch of the internal pudendal artery: an anatomical basis for the so-called gluteal fold flap / I. Hashimoto, G. Murakami, H. Nakanishi [et al.] // Okajimas Folia Anat. J. – 2001. – Vol. 78(1). P. 23-30.
4. Lestor, B. Possibilities in the preservation and restoration of anal continence / B. Lestor, I. Asztalos, S. Loszly [et al.] // Magy Seb. – 2001. – Vol. 54(3). – P. 168-173.
5. Sharma, R.K. Split gluteus maximus island flaps for concomitant closure of ischial and sacral pressure sores / R.K. Sharma // Ann. Plast. Surg. – 2001. – Vol. 46(1). – P. 52-54.

Ключевые слова: аноректальные пороки, атрезия ануса и прямой кишки, повторные операции, этапные операции, недержание кала у детей

STAGING TREATMENT OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

IVANOV A.A., KIRGIZOV I.V., BARANOV K.N., SCHISHKIN I.A.

Key words: anorectal malformations, anal and rectal atresia, reintervention, staging operations, encopresis

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616-001.3

АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Т.Д. Измайлова, Р.Ш. Закиров, С.В. Петричук, О.В. Карасёва
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Травматизм является серьезной проблемой для здравоохранения, оказывающей наибольшее воздействие на молодую и потенциально трудоспособную часть населения. В возрастной группе от 1 года до 34 лет травма является основной причиной смерти, а среди подростков и юношей этот показатель достигает 80% [1].

До последнего времени при анализе влияния механической травмы на организм пострадавших особое внимание уделялось выбору и обоснованию тех или иных способов лечения конкретных анатомических повреждений. Однако вопросы выбора метода оперативного вмешательства и адекватного определения анатомических границ повреждения нередко заслоняют собой задачу лечения целостного организма путем воздействия на его защитные способности и механизмы их мобилизации.

Цель работы: выявить изменения активности внутриклеточных дегидрогеназ (сукцинатдегидрогеназы ЕС 1.3.5.1, НАДН-дегидрогеназы ЕС 1.6.5.1) в различные периоды травматической болезни у детей с тяжелой механической травмой (ТМТ).

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 19 детей (15 мальчиков и 4 девочек) с тяжелой механической травмой. Возраст детей колебался от 8 месяцев до 17 лет. Лабораторное обследование проводилось в динамике травматической болезни от 1 до 5 раз (в зависимости от длительности пребывания ребёнка в отделении интенсивной терапии). В качестве декретированных сроков лабораторного обследования были выбраны 1-3, 5-6, 7-8, 9-16 сутки с мо-

мента получения травмы, конец 3-й недели, 1 месяца. Для объективной оценки тяжести повреждения в работе использовалась шкала ISS (Injury severity score) [3]. У всех пациентов оценивались клиничко-лабораторные показатели, свидетельствующие о развитии синдрома системного воспалительного ответа.

Активность митохондриальных дегидрогеназ определяли методом количественного цитохимического анализа с использованием компьютерной цитоморфоденситометрии [2] (комплекс аппаратно-программной визуализации морфологических препаратов, анализа и регистрации оптических и морфологических показателей «ВидеоТест»).

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование выявило, что на первые сутки после травмы у всех обследованных детей вне зависимости от характера повреждения и его тяжести наблюдалось увеличение активности СДГ, а изменение активности НАДН-Д имело индивидуальный характер.

Анализ клиничко-лабораторных параллелей в различные периоды травматической болезни позволил сформулировать гипотезу о характере динамики активности митохондриальных ферментов в посттравматическом периоде у детей с благоприятным и неблагоприятным течением болезни. Так, снижение активности СДГ совпадало с ухудшением клинической картины. Динамика активности НАДН-Д характеризовалась постепенным нарастанием с 3-х суток болезни. В случае значительного повышения активности НАДН-Д наряду с СДГ, отмечалось благоприятное течение травматической болезни. Если активность НАДН-Д повышалась незначительно, то можно было ожидать неблагоприятного (осложнённого) течения травматической болезни.

Заключение. У детей с тяжелой механической травмой высокий уровень регенераторных процессов возможен только на высоких показателях активности СДГ и НАДН-Д.

Карасёва Ольга Витальевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по науке НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, тел.: 8 (495) 959 51 20.