

А.М. Шамсиев, М.С. Саидов, Д.О. Атакулов, Ш.А. Юсупов, Ж.А. Шамсиев,
У.Т. Суванкулов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии (зав. — проф. А.М. Шамсиев) Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Ключевые слова: аноректальные пороки, дети, лечение, результаты.

Введение. В детской хирургии в последние годы достигнуты значительные успехи в решении проблем лечения детей с аноректальными пороками развития (АПР), благодаря внедрению новых методов хирургического лечения. Несмотря на это, проблема АПР не потеряла своего значения из-за неудовлетворенности детских хирургов результатами лечения, о чем свидетельствует высокая частота (10–60%) послеоперационных осложнений [1–4], таких как рецидивные свищи, стенозы, функциональная недостаточность аноректальной зоны. Поэтому необходимость дальнейшего поиска адекватных методов хирургической коррекции аноректальных пороков продолжает оставаться важной проблемой.

Цель исследования — изучение и сравнение результатов различных способов хирургического лечения детей с аноректальными пороками развития.

Материал и методы. В Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦ педиатрии с 1990 по 2007 г. находились на стационарном лечении 224 детей с аноректальными пороками, из них умерли 35. Причиной смерти были не собственно АПР, а множественные и сочетанные некорригируемые аномалии, поэтому данные пациенты не включены в наш материал анализа результатов лечения. Остальные 189 пациентов в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы. 1-ю (контрольную) группу составили 79 (41,8%) больных, получавших традиционное хирургическое лечение, включающее разновидности промежностной и брюшно-промежностной проктопластики (1990–1998 гг.). Во 2-ю (основную) группу вошли 110 (58,3%) детей, у которых проводили заднесагиттальную или брюшно-заднесагиттальную аноректопластику, а при низких формах АПР — промежностную проктопластику (1999–2008 гг.). В обеих группах преобладали дети от первых дней до 6 мес жизни — 46,8% в контрольной и 49,1% — в основной группе (табл. 1). Количество больных старше 3 лет в основной группе было значительно меньше (3,7%), чем в контрольной (21,6%).

В обеих группах преобладали дети с низкими формами заболевания (согласно Мельбурнской классификации) — 51 (64,6%) в контрольной группе и 56 (50,9%) — в основной. Детей со средней формой порока в контрольной группе было 20 (25,3%), в основной — 42 (38,2%). Высокая форма АПР в контрольной группе отмечена у 8 (10,1%) больных, а в основной — у 12 (10,9%) (табл. 2).

Таблица 1

Распределение детей в группах по возрасту и полу

Возраст	Группы пациентов							
	контрольная				основная			
	мальчики		девочки		мальчики		девочки	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 6 мес	37	46,8	—	—	33	30	21	19,1
6 мес–1 год	12	15,2	3	3,8	10	9,1	28	25,5
1–3 года	3	3,8	7	8,9	5	4,5	9	8,2
Старше 3 лет	1	1,3	16	20,2	3	2,7	1	0,9
Всего	79 (100%)				110 (100%)			

Таблица 2

Распределение детей по формам АРП

Форма порока		Группы			
		контрольная		основная	
		Абс. число	%	Абс. число	%
Высокая	атрезия ануса и прямой кишки без свища	2	2,5	2	1,8
	с ректоуретральным свищом	5	6,3	2	1,8
	с ректовагинальным свищом	1	1,3	7	6,4
	с ректовезикальным свищом	—		1	0,9
	Итого	8	10,1	12	10,9
Средняя	врожденный стеноз ануса и прямой кишки	2	2,5	1	0,9
	врожденный стеноз прямой кишки	—		2	1,8
	атрезия ануса с ректовестибулярным свищом	14	17,7	36	32,7
	эктопия ануса (промежностная)	4	5,1	3	2,7
	Итого	20	25,3	42	38,2
Низкая	атрезия ануса	3	3,8	8	7,3
	врожденный стеноз ануса	18	22,8	9	8,2
	атрезия ануса с промежностным свищом	30	38	39	35,5
	Итого	51	64,6	56	50,9
	Всего	79	100	110	100

В обеих группах при высоких и средних формах заболевания были дети с синдромом каудальной регрессии, характеризующимся недоразвитием мышечно-запирательного аппарата и крестцово-копчикового отдела позвоночника. Больных с указанным синдромом в контрольной группе было 9 (32,1%), в основной — 19 (35,1%).

Результаты и обсуждение. Начиная с 1999 г., при высоких и средних формах АРП мы предпочитали заднесагиттальную и брюшно-заднесагиттальную аноректопластику (основная группа). По сравнению с традиционными вмешательствами эти операции имеют неоспоримые преимущества, которые заключаются в сравнительно меньшей травматичности и хорошем обзоре аноректальной зоны, что снижает вероятность ятрогенного повреждения половых органов у девочек и мочевыводящих путей у мальчиков и позволяет проводить радикальную коррекцию АРП у детей раннего возраста без предварительных паллиативных операций.

При высоких формах порока в контрольной группе 6 (7,6%) больным проведена промежностная, 2 (2,5%) — брюшно-промежностная проктопластика. В основной группе при этом варианте АРП 11 (10%) больным сделана заднесагиттальная, 1 ребенку — брюшно-заднесагиттальная проктопластика.

Пациентам со средней формой АРП в контрольной группе промежностная проктопластика проведена у 16 (20,2%), брюшно-промежностная — у 2 (2,5%), ликвидация стеноза — у 2. В основной

группе при этой форме порока 39 (35,5%) больным осуществлена проктопластика из сагиттального доступа, у 3 (2,7%) — ликвидация стеноза.

При низких формах аноректальных пороков всем больным в обеих группах коррекцию порока проводили традиционным способом путём промежностной проктопластики, поэтому в данную работу результаты лечения этих форм патологии не были включены.

При анализе результатов лечения 28 больных контрольной группы с высокими и средними формами порока в 32,1% наблюдений (9 пациентов) отмечены различные осложнения: у 3 (10,7%) детей, оперированных по поводу атрезии ануса с ректовестибулярным свищом, — стеноз ануса, еще у 3 — рецидив заболевания и по 1 (3,6%) ребенку — недостаточность сфинктера и выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Рецидив заболевания наблюдался также у 1 больной, оперированной по поводу атрезии ануса с ректовагинальным свищом.

Повторные корригирующие операции 4 (14,3%) больным контрольной группы с рецидивными свищами (1 — ректовагинальный, 3 — ректовестибулярных) проводились из заднесагиттального доступа с хорошим результатом.

У 54 детей основной группы с высокими и средними формами АРП, которым коррекцию порока проводили из заднесагиттального доступа (в том числе брюшно-заднесагиттальная аноректопластика), осложнения (стеноз ануса) отмечались значительно реже (5 детей — 9,3%): у 1 (1,9%)

Таблица 3

Шкала для оценки функции сфинктера прямой кишки у детей

Признаки	Клинические проявления признака	Баллы
Число дефекаций	1–2 раза в сутки или 1 раз в 2 дня	2
	3–5 раз в сутки или 1 раз в 3–4 дня	1
	Более 5 раз в сутки или только после клизмы	0
Консистенция кала	Плотный (оформленный)	2
	Кашицеобразный (полуоформленный)	1
	Жидкий	0
Чувство позыва к дефекации	Есть	2
	Частичное	1
	Отсутствует	0
Анальный рефлекс	Выражен	2
	Слабый	1
	Отсутствует	0
Анатомо-топографическая оценка ануса	Анус сомкнут, без рубцовой деформации	2
	Умеренная деформация	1
	Атипичное расположение, выраженная деформация	0
Степень развития дистального отдела позвоночника	Нормальное развитие	2
	Частичная агенезия (гипогенезия) копчика	1
	Агенезия копчика (и крестца)	0
Волевой тонус сфинктера	Ниже нормы не более чем на 25%	2
	Ниже нормы на 25–50%	1
	Ниже нормы более чем на 50%	0

ребенка, оперированного по поводу атрезии ануса с ректоуретральным свищом, и у 4 (7,4%) больных — с атрезией ануса с ректовестибулярным свищом. В 2 (3,7%) из этих случаев потребовалась хирургическая коррекция, у 3 (5,6%) больных стеноз ануса удалось ликвидировать путем бужирования.

Отдаленные результаты лечения высоких и средних форм АПР изучены у всех больных контрольной группы и у 53 (98,1%) — основной в сроки от 6 мес до 10 лет.

В зависимости от наличия осложнений и функционального состояния аноректальной зоны результаты лечения оценивались нами как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные». С этой целью мы использовали 7 основных клинических признаков (число дефекаций, консистенция кала, чувство позыва к дефекации, анальный рефлекс, анатомо-топографическая оценка ануса, степень развития дистального отдела позвоночника и волевой тонус сфинктера). Указанные клинические признаки оценивали в баллах (от 0 до 2) по 14-балльной шкале (табл. 3).

Балльная шкала удобна для клинического применения и оценки степени нарушения функ-

ции сфинктерного аппарата. Максимальная общая сумма баллов по шкале составляет 14, что соответствует норме. Оценка в 10–12 баллов соответствовала недостаточности анального жома I степени (хороший результат), 6–9 баллов — II степени (удовлетворительный), меньше 5 баллов — III степени (неудовлетворительный). Для измерения силы активного волевого сокращения сфинктера прямой кишки мы использовали оригинальное «устройство для сфинктерометрии». В контрольной группе (28 больных) у 19 (67,9%) получен хороший результат, у 4 (5%) — удовлетворительный, у 5 (27,1%) — неудовлетворительный. Из 53 детей в основной группе хороший результат получен у 48 (90,1%), удовлетворительный — у 3 (5,3%), неудовлетворительный — у 2 (3,7%). У детей с удовлетворительным и неудовлетворительным результатом отмечен синдром каудальной регрессии.

Выводы. 1. Применение заднесагиттальной и брюшно-заднесагиттальной аноректопластики при хирургическом лечении высоких и средних форм АПР у детей позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 32,1 до 9,3%, а

количество повторных операций в наших наблюдениях — с 14,3 до 3,7%.

2. Отдаленные результаты лечения высоких и средних форм АПР показали, что при коррекции порока заднесагиттальным и брюшно-заднесагиттальным способами процент хороших результатов повысился с 67,9 до 90,1%, а количество неудовлетворительных результатов сократилось с 27,1 до 3,7%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия.—СПб., 1997.—С. 44–61.
2. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология.—М.: Медицина, 1990.—С. 85–136.
3. Петровский М.Ф. Переднесагиттальная промежностная проктоаносфинктеропластика в хирургии аноректальных аномалий у детей: Дис. ... канд. мед. наук.—М., 2002.—120 с.

4. Собиров Р.Р. Оценка функционального состояния анального жома у детей с недостаточностью наружного сфинктера: Дис. ... канд. мед. наук.—Ташкент, 2001.—97 с.

Поступила в редакцию 19.05.2010 г.

A.M.Shamsiev, M.S.Saidov, D.O.Atakulov,
Sh.A.Yusupov, Zh.A.Shamsiev, U.T.Suvankulov

SURGICAL TREATMENT OF ANORECTAL DISEASES IN CHILDREN

The authors have analyzed results of treatment of 189 children aged from 6 months to 3 years and older, using different variants of operations. It was shown that positive immediate and long-term results in patients with high and mean forms of anorectal diseases were obtained after posteriorsagittal and abdomino-posteriorsagittal anoplasty.