Хамраев А.Ж., Набижонов А.З., Хамроев У.А.

КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕВОЧЕК

Ташкенский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Khamraev A.Zh., Nabijonov A.Z., Khamroev W.A.

CORRECTION ANTERIOR ECTOPIC ANUS IN GIRLS

Tashkensky Pediatric Medical Institute, The Republic of Uzbekistan

Резюме

В клинике на лечении находились 17 девочек в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет с передней эктопией ануса. Выполнены реимплантация ануса (операция Стоуна) – 4, разобщение влагалища и заднепроходного канала с леваторопластикой (операция Риццоли) – 6, при сочетании с агенезией копчика – операция Риццоли в нашей модификации (заднесагиттальная анопроктопластика) – 7. Получены хорошие отдаленные результаты.

При передней эктопии ануса у девочек хирургическая операция является абсолютным показанием, оптимальный срок операции – период раннего возраста. При передней эктопии ануса в сочетании с агенезией копчика обязательным является укрепление задних леваторов.

Ключевые слова: передняя эктопия ануса, хирургическое лечение, девочки

Abstract

There 17 girls between the ages of 6 months to 3 years from the anterior ectopic anus were treated in clinic, 8 of them have agenesis of the coccyx. Following surgical operations are fulfilled: reimplantation anus (Stone's operation) – 4, dissociation of a vagina and anus (operation Rizzoli) – 6, in cases with agenezia coccyx – operation Rizzoli in own modification (Posterior sagittal anoproctoplasty).

Surgery has an absolute indication in cases of anterior ectopic anus in girls, and the optimal time of the operation is the early age. The operation in the levator posterior is a necessity when combined anterior ectopic anus and coccyx agenesis. Long-term results of treatment are good.

Key words: anterior ectopic anus, surgery, girls

Эктопия ануса – это нормальное заднепроходное отверстие, располагающееся на необычном месте, близко к наружным половым органам. При этом анус нормально функционирует, сохраняются все анатомические структуры анального канала и наружного сфинктера. Эктопия ануса возникает на поздних стадиях развития эмбриогенеза при недостаточности уроректальной перегородки в сагиттальной плоскости, промежность остается недоразвитой, вследствие чего не происходит вторичной миграции анального отверстия на обычное место. Передняя эктопия ануса относительно часто встречается у девочек [1, 2, 4, 6].

Проблемы лечения передней эктопии ануса у девочек в детской хирургии заключаются в отсутствии клиники заболевания в грудном и раннем возрасте, поздней диагностике и отсутствии абсолютных показаний к операции в период детства. Поэтому у девочек часто отмечается опасность

развития воспалительных заболеваний (уретрит, цистит, вульвовагинит) мочеполовой системы, причем их основной причиной является передний эктопированный анус. Девочки оперируются поздно, когда они становятся постарше или даже взрослыми, в детородном возрасте. Неоперированные девочки в дальнейшем подвергаются большой опасности травмирования (разрывы или надрывы стенки прямой кишки) при родах в связи со слабостью передней промежности. Другим осложнением является инфицирование плода содержимым кишечника, которое в постнатальном периоде во всех случаях способствует развитию некротизирующего энтероколита. При этом у новорожденных при первичной колонизации микробного ценоза кишечника происходит инфицирование желудочно-кишечного тракта каловыми массами матери [2, 3, 5, 6].

В настоящее время хирургическая тактика лечения передней эктопии ануса у девочек в дет-

ском возрасте окончательно не решена. По данным К.Н. Саламова и Ю.В. Дульцева [4], имеют место случаи вестибулярной эктопии у женщин, которые не знали об этой аномалии, жили нормальной половой жизнью, рожали. Известны случаи, когда женщина не имела детей только потому, что половое сношение происходило через эктопированный в преддверие влагалища анус. Кроме того, непосредственная близость влагалища и заднего прохода способствует инфицированию половых органов. На этом основании некоторые авторы не рекомендуют раннюю хирургическую коррекцию в детском возрасте. Подобная точка зрения подкрепляется и тем, что функциональные нарушения отсутствуют, а хороший исход хирургического вмешательства можно гарантировать не всегда. Отказ от операции оправдан в случае промежностной эктопии ануса. Но вестибулярную эктопию необходимо корректировать только хирургическим путем. Надо учитывать, что в будущем девочку ждет немало испытаний в связи с наличием этого порока [1, 4, 5].

Цель исследования – выработать оптимальную тактику лечения передней эктопии ануса.

Материал и методы исследования

В 2003–2012 гг. у обратившихся 33-х больных проведены клинические исследования с эктопией ануса, из них у 17 девочек с врожденной передней эктопией ануса. Возраст больных составил до 6 месяцев – 3 случая; 6–12 месяцев – 8; 1–3 года – 5; 3–6 лет – 1. У этих больных после установления диагноза и определения абсолютного показания к радикальной операции проведено хирургическое вмешательство на базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в отделениях детской хирургии 2-ГКДХБ и 1-ГКДБ.

Среди оперированных детей с эктопией ануса у 8 больных данная патология сочеталась с агенезией копчика. При осмотре промежности по месту локализации анального отверстия диагностирована эктопия. Исследование анального рефлекса всегда выявляет сокращение наружного сфинктера, окружающего эктопированный анус. При пальцевом исследовании отмечаются хорошая проходимость, усиленный тонус замыкательного аппарата. Для точного определения места расположения ануса определяли анококцигеальный индекс (АКИ), который определяют следующим образом: расстояние между задней границей влагалища или мошонки

до центра анального отверстия (А) делят на расстояние между теми же структурами до вершины копчика (В), $A:B = АКИ$. Уменьшение индекса анальной позиции у девочек составило $0,46 \pm 0,08$. Если индекс не превышал 0,34, это свидетельствовало о переднем смещении ануса. У больных с агенезией проводили обзорную рентгенографию костей малого таза, УЗИ и ЯМРТ органов и дна малого таза.

Результаты исследования

При клиническом исследовании девочек с передней эктопией ануса выявлено, что позднее поступление больных связано с отсутствием функциональных нарушений акта дефекации. Поводами для обращения к врачу служили лишь ненормальное место выхода кишки и легкая форма запора. Поэтому больные поступили в основном до 3-х лет. У всех оперированных девочек с передней эктопией ануса кожный мостик между анусом и половой щелью был меньше 0,34 см. В 5 случаях кожный мостик отсутствовал вообще, и слизистая оболочка преддверия влагалища переходила в слизистую анального канала.

Обследование этих девочек показало, что функциональная способность дистального отдела прямой кишки у них компенсирована, некоторое ее снижение происходит вследствие атипичного расположения мышц леваторов по передней полуокружности заднепроходного канала. При этом больные жалуются на запоры. Считается, что передняя эктопия заднего прохода является показанием к хирургической коррекции в связи с тем, что разобщение влагалища и заднего прохода исключает опасность развития воспалительных заболеваний мочеполовой системы и помогает больной стать полноценной женщиной [2–4, 6].

Возраст всех оперированных детей не превышал 3-х лет. Несколько сложнее установить показания к хирургическому лечению больных девочек с передней эктопией заднего прохода. При хирургическом вмешательстве передней эктопии заднего прохода у девочек в 4-х случаях выполнялась реимплантация ануса (операция Стоуна), в 6 – разобщение влагалища и заднепроходного канала с леваторопластикой (операция Риццоли), в 7 случаях, когда отмечалось сочетание агенезии с копчиковой костью – операция Риццоли в нашей модификации, представляющая заднесагиттальную анопроктопластику.

Первоначально мы выполняли операцию Стоуна в той или иной модификации с сохранением кожного мостика. Суть операции заключалась в том, что через влагалище острым путем выделяли дистальный отдел прямой кишки вместе со сфинктером на протяжении 3–4 см. Затем снаружи в том месте, где в норме должен располагаться задний проход, производят циркулярный разрез кожи диаметром до 2 см, и через образовавшуюся рану формируют туннель, в который перемещают мобилизованный заднепроходный канал вместе со сфинктером, фиксируя последний к кожному краю раны. Рану во влагалище ушивают наглухо.

Недостатки операции Стоуна заключаются в том, что выделение дистального отдела прямой кишки вместе со сфинктером приводит к нарушению его кровоснабжения и иннервации. Мышца, поднимающая задний проход, остается в исходном латеральном положении от передней полуокружности заднепроходного канала и в послеоперационном периоде полноценно не выполняет свою функцию [1, 5]. При этом некоторое время больные страдают недержанием кала, которое требует реабилитационного лечения в течение 1 года. Поэтому в дальнейшем мы отказались от проведения операции Стоуна с передней эктопией ануса.

При операции Риццоли производят полулунный разрез по передней полуокружности эктопированного ануса, отступая на 2 см от его края. Острым путем выделяют переднюю полуокружность дистального отдела прямой кишки, не повреждая сфинктера. В латеральных отделах раны отыскивают и выделяют передние порции леваторных мышц, поднимающих задний проход, и сшивают их над передней полуокружностью дистального отдела прямой кишки. Раны в области промежности и влагалища ушивают в продольном направлении. В результате задний проход перемещается на место нормального расположения. Формируется задний проход дистально от преддверия влагалища [1, 5]. При этом в послеоперационном периоде больные зачастую страдали запором, за счет относительного сужения ануса при его смещении назад. Однако, когда передняя эктопия ануса у девочек сочетается с агенезией копчика (7 случаев) или с послеоперационной эктопией ануса, возникшей на почве низведения кишки (2 случая), операция Риццоли в классическом варианте не всегда эффективна и радикальна. При этом укрепление только передних порций сфинктеров

деформирует анальный канал, аноректальный угол заостряется, и больные часто страдают запором. Если при этом не создавать противовес путем укрепления задних леваторов, а только ограничиться восстановлением дефекта или укреплением прямокишечно-копчиковой мышцы, операция не принесет желаемого результата.

Поэтому при передней эктопии у девочек в сочетании с агенезией копчика мы рекомендуем дополнительно укреплять задний дефект леваторов прямокишечно-копчиковых мышц непрерывными П-образными швами. Конец нити подшивается в конец агенезированного копчика. При этом анус перемещается на естественное место. Потом проводится передняя леваторопластика. Видоизмененный метод операции выполнен в 5 случаях. У всех девочек после хирургической коррекции передней эктопии ануса его анатомичность восстановилась. У больных, перенесших оперативное лечение по поводу коррекции эктопии ануса, отмечаются функциональные расстройства акта дефекации, что в ряде случаев требует длительного реабилитационного лечения в течение 3–6 месяцев.

Основными условиями реабилитации спустя 1 месяц после радикальной операции по поводу передней эктопии ануса являются строгое соблюдение режима бужирования, электростимуляция анального жома, курсы тренировочных клизм у детей раннего возраста. Лечение больных с запорами включает назначение слабительных средств, клизм и физиотерапевтических процедур.

После адекватного реабилитационного лечения полностью восстановились нормальные функции перемещенного ануса в течение 6 месяцев. Для больных девочек с передней эктопией ануса в сочетании с агенезией копчика в послеоперационном периоде требовалось многократное адекватное реабилитационное лечение в течение 1–2-х лет с учетом клинико-функциональных отклонений анального жома.

Выводы

1. При передней эктопии ануса у девочек оперативная коррекция является абсолютным показанием, и оптимальным сроком операции считается период раннего возраста.

2. При передней эктопии ануса в сочетании с агенезией копчика обязательным является укрепление задних леваторов.

Список литературы

1. *Ашкраф К. У., Холдер Т. М.* Детская хирургия. – СПб.: Хорфорд, 1996. Т. II. – 382 с.
2. Детская оперативная хирургия: Практическое руководство/Под. ред. В. Д. Тихомировой. – М.: Издательско-информационное агентство, 2011. – 872 с.
3. Колоректальная хирургия/Под. ред. К. С. Робина, Филиписа; пер. под ред. Г. Н. Воробьева. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.
4. *Ленюшкин А. И., Комиссаров И. А.* Педиатрическая колопроктология: Руководство для врачей. – СПб.: СПбГПМА, 2008. – 448 с.
5. *Саламов К. Н., Дульцев В. Ю.* Аноректальные аномалии у взрослых. – М: Медицина, 1988. – 208 с.
6. *Raffensperger J. G.* Swenson's Pediatric Surgery (5th Edition). – East Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1989. – 978 p.

Авторы

КОНТАКТНОЕ лицо: ХАМРАЕВ Абдурашид Журакулович	Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института. E-mail: Abdurashid_56@rambler.ru, Haj2011@rambler.ru.
НАБИЖОНОВ А.З.	Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института. Республика Узбекистан, Ташкент, 100140, Юнусобад 3 кв., 1-ГКДБ.
ХАМРОЕВ У.А.	Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института. Республика Узбекистан, Ташкент, 100140, Юнусобад 3 кв., 1-ГКДБ.