

У.Ш. Каримов¹, А.И. Лёнюшкин²¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан² Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Послеоперационные нарушения функции кишечника и возможности их коррекции у детей при аноректальных аномалиях

В СТАТЬЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА 114 ДЕТЬМИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 14 ЛЕТ, ПРОХОДИВШИМИ ЛЕЧЕНИЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 ЛЕТ. ВСЕ ОНИ РАНЕЕ ОПЕРИРОВАНЫ ПО ПОВОДУ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ, СТРАДАЛИ ДИСФУНКЦИЕЙ КОНЕЧНОГО ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА И БЕЗУСПЕШНО ЛЕЧИЛИСЬ У ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ. АВТОРЫ РАЗРАБОТАЛИ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ И ВИДА ДИСФУНКЦИИ, ЧТО ЗАМЕТНО УЛУЧШИЛО РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПОРОК РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ, НАРУШЕНИЕ МОТОРИКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ДЕТИ.

48

Контактная информация:

Лёнюшкин Алексей Иванович,
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель наук РФ,
главный научный сотрудник
Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 134-13-17
Статья поступила 05.10.2006 г.,
принята к печати 10.03.2007 г.

Несмотря на достигнутые к настоящему времени успехи в лечении детей с аноректальными аномалиями, эта проблема остается еще далеко нерешенной, о чем свидетельствует процент так называемой «вторичной патологии», а главное не прекращающиеся обращения в специализированные лечебные учреждения больных, перенёсших первичные корригирующие вмешательства (разные варианты проктопластики) [1–10].

Поводом для подобных обращений служат стойкие функциональные нарушения, обуславливающие инвалидизацию. В этой связи усилия, направленные на улучшение результатов лечения аноректальных пороков развития, весьма актуальны.

В лечебном процессе заметная роль принадлежит консервативной терапии под руководством педиатра. Требуется тщательное изучение и анализ причин неудачных исходов первичных вмешательств и совершенствование дифференцированного подхода к выбору и определению оптимальных методов их коррекции, что и явилось целью нашей работы.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Основу работы составил разносторонний анализ наблюдений за 114 детьми в возрасте от 1 до 14 лет, проходившими обследование и лечение в отделениях плановой хирургии 14 детской городской больницы Ташкента и НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН за период 1990–2005 гг. В их числе было 59 мальчиков и 55 девочек. У всех наблюдавшихся больных имела место врождённая патология — пороки развития аноректальной зоны, преимущественно разные виды анальной атрезии, и все они в периоде новорожденности или младенчества были оперированы по радикальному варианту. Применялись наиболее распространённые и признанные способы проктопластики.

U.SH. Karimov¹, A.I. Lenushkin²¹ Tashkent Pediatrics Medical Institute, Uzbekistan² Scientific center of children health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Postoperative abnormalities of intestine and facilities of it's correction in children with anorectal malformation

IN ABSTRACT THE AUTHORS REPRESENT THE OBSERVATION AFTER 114 PATIENTS IN AGE FROM 1 TILL 14 YEARS PASSING THE TREATMENT LAST 15 YEARS. ALL OF THEM WERE BEEN OPERATED IN CAUSE OF ANORECTAL ABNORMALITY AND SUFFERING BY DYSFUNCTION OF TERMINAL PART OF INTESTINE AND UNSUCCESSFUL TREATMENT OF MEDICS OF DIFFERENT SPECIFICATION. AUTHORS DEVELOPED THE PRINCIPLES OF TREATMENT ACCOUNTING PECULIARITY AND TYPE OF DYSFUNCTION, WHICH NOTICEABLY IMPROVE THE RESULTS OF TREATMENT.

KEY WORDS: CONGENITAL ABNORMALITY OF ANORECTAL ZONE, MOTILITY DISTURBANCES OF LARGE INTESTINE, CHILDREN.

В процессе наблюдения и обследования пациентов тщательно изучался локальный статус и состояние дистального отдела толстой кишки. Проводили, при возможности, непрерывную профилометрию ректоанального давления, исследовали ректоанальный рефлекс, моторику прямой кишки и её сфинктерного аппарата на приборе DISA (Дания). В качестве нормативных использовали данные, разработанные в НИИ педиатрии РАМН [1]. У всех больных выполнялись рентгеноконтрастные исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с поставленными задачами в работе главное внимание уделено клинической дифференциации функциональных нарушений у обследуемых больных. С учётом манифестирующих клинических проявлений патологии и данных параклинических исследований, выделены 3 группы пациентов (рис. 1).

Недержание кала (недостаточность сфинктеров, отсутствие или снижение анального контроля) — наиболее многочисленная группа (57 пациентов). Клинические проявления имели разную степень выраженности — от умеренного снижения анального контроля до полной его утраты, что обычно принято трактовать как недостаточность сфинктера I, II, III степеней.

Пациенты с недостаточностью I степени (38 детей) чувствовали позыв на дефекацию, она происходила практически регулярно, но также регулярно отмечалось самопроизвольное выделение небольших порций фекалий при разжижении их или физической нагрузке. При этом дети посещали детские учреждения — ясли, сад, школу.

При недостаточности II степени (9 детей) чувство позыва сохранялось, как и осознанный акт дефекации, но контроль за стулом был нарушен, наблюдалось постоянное «каломазание» при незначительной физической нагрузке и даже в покое, особенно к концу дня. Пребывание в коллективе нередко осложнялось конфликтом со сверстниками.

Недостаточность III степени (10 детей) характеризовалась полной утратой анального контроля, у больных отсутствовало чувство позыва и осознанный акт дефекации, от них постоянно исходил неприятный запах, что делало невозможным их пребывание в коллективе.

Локальный статус при недержании кала variabelен. У наблюдавшихся больных мы констатировали, по меньшей мере, 3 варианта. При одном из них неоанус расположен на соответствующем месте, иногда сомкнут; вызывается, хотя и в ослабленном виде, анальный рефлекс (сокращение сфинктера в ответ на раздражение околоанальной области). Такая картина соответствует I степени недержания. При другом варианте неоанус асимметричен по отношению к сфинктеру, сокращения последнего заметны лишь с одной стороны, при этом часто слизистая оболочка выступает из ануса. Подобная картина более характерна для II, иногда III степени недержания. Наконец, у части больных анус зияет и явно смещен (дистопирован), обычно по ходу срединного шва промежности. Анальный рефлекс отсутствует, лишь иногда можно наблюдать хаотичные сокращения отдельных волокон.

Специальные методы исследования выполнимы лишь у пациентов I и частично II степени недержания. При этом выявлено снижение давления и длины анального канала по данным профилометрии, а также увеличение пороговых параметров при исследовании анального рефлекса. **Хронические запоры** в «чистом виде» диагностированы у 14 детей. В эту группу мы отнесли тех больных, у которых систематическая и длительная задержка стула на 2–4 дня продолжалась в течение 5 и более лет. При этом

Рис. 1. Виды аноректальной дисфункции у наблюдавшихся больных



общее состояние детей не страдало, некоторые начали посещать школу, нормально развивались физически и считались здоровыми. Они хорошо адаптировались в детских коллективах. Для опорожнения кишечника от фекалий родители пользовались очистительными клизмами. При этом у части (9) детей с запорами удавалось справиться сравнительно легко (компенсированная форма), у другой части (5) дисфункция отличалась стойкостью (субкомпенсированная форма). Именно последнее обстоятельство побуждало обращаться к специалистам.

Локальный статус расценивался как вполне удачный результат первичной проктопластики: анус сомкнут, расположен в центре наружного сфинктера, свободно пропускает палец, хорошо выражен анальный рефлекс. Надо отметить, что пациентами данной группы преимущественно были девочки, первично оперированные по поводу анальной атрезии с ректовестибулярным свищем. Специальные исследования моторной функции прямой кишки показали у большинства из них аритмию сократительных волн по гипокинетическому типу, а определение ректоанального рефлекса — увеличение пороговых параметров, неполное расслабление или сокращение внутреннего сфинктера.

К особенностям рассматриваемой группы больных следует отнести, помимо благополучного (в сравнении с предыдущей группой) общесоматического и локального статуса, картину рентгеноконтрастного исследования дистального отдела толстой кишки (рис. 2). Функциональная неполноценность обнаруживаемого расширения (мега-ректум) и лежит в основе хронических запоров, причём указанная неполноценность не является вторичной, приобретенной, но существует уже при рождении пациента.

Сочетание запоров с недержанием кала (43 ребёнка) — наиболее проблематичная клиническая ситуация, при которой разнообразные проявления местного статуса сохраняют два постоянных компонента: стеноз неоануса и выраженные рубцовые изменения ткани в его окружности, порою резко деформирующие промежность. На общем фоне непроизвольного постоянного выделения жидких фекалий наступают периоды задержки. Позывы к дефекации отсутствуют вообще, скапливающиеся каловые массы образуют так называемые каловые камни, которые можно определить пальпаторно. Со временем происходит постепенное вздутие живота. Анальное отверстие иногда с трудом пропускает кончик мизинца. В описанной ситуации исключается всякая возможность использования функциональных методов исследования. Ретроградное заполнение толстой кишки бариевой взвесью показывает разную степень расширения дистального отдела, которая носит вторичный, компенсаторный характер, в отличие от выше охарактеризованной группы.

Касаясь причин функциональных нарушений во всех трёх группах, отметим их прямую связь с тактическими и тех-

Рис. 2. Контрастная рентгенограмма. Врождённое расширение дистального отдела толстой кишки



ническими просчётами. Первые чаще всего заключаются в неправильном или неудачном выборе сроков или метода первичной проктопластики, а также неполноценностью последующих реабилитационных мероприятий. Типичным примером тактической ошибки, например, можно считать промежностную проктопластику в случаях высокой атрезии, и наоборот. Варианты технических просчётов многообразны, но в сути своей они сводятся к травматическим повреждениям сфинктерного аппарата и/или атопичному низведению кишки и расположению неоануса.

Лечение и его результаты. Нами применялись как консервативные, так и оперативные методы лечения. Консервативно пролечено 46 (40%) больных. В основном это были пациенты с I степенью недостаточности сфинктера, а также компенсированной формой запора. В первом случае

комплекс лечебных мероприятий был направлен на тренировку, укрепление удерживающего аппарата прямой кишки по разработанной методике (очистительно-тренировочные клизмы, электростимуляция сфинктерного аппарата, его механотренировка на резиновой трубке, электрофорез с КJ на переднюю брюшную стенку, витаминотерапия и др.). Во втором случае центральное место отводилось диетотерапии, индивидуальному подбору режима питания. У всех больных получен стойкий благоприятный результат. В случаях стойких (субкомпенсированных) запоров ставили показания к резекции расширенного отдела толстой кишки по Соаве–Лёнюшкину. Получены вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные функциональные результаты.

У больных с недержанием II–III степени и комбинации недержания с запорами консервативным реабилитационным мероприятиям предшествовали реоперации в соответствии с разработанной программой (Авторское свидетельство DGU 01059, DGU 20050154, 29.12.2005, главное патентное ведомство РУз). У подавляющего большинства пациентов данной группы требовалось устранение рубцового стеноза ануса с последующей аносфинктеротомией или ано-прокто-леваторо-сфинктеропластикой (одномоментно или раздельно), причем в 1/3 случаев осуществлялась реимплантация заднего прохода, иссечение избытка выстоящей слизистой оболочки. Результаты лечения в сроки от 1 до 5 лет прослежены у всех больных. Хорошими и удовлетворительными они признаны у 56 (88%) пациентов, неудовлетворительными у 7 (12%).

Суммарно у всех наблюдавшихся нами больных хорошие и удовлетворительные результаты лечения составили 94%, без существенных улучшений — 6%. В числе причин неудачных исходов главная роль принадлежит факторам врождённого генеза. Так, у всех подобных пациентов первоначально оказывалась недоразвитой, атрофичной промежность, отсутствовал наружный сфинктер, была нарушена иннервация мышц тазового дна.

Проведённые нами наблюдения показали, что в случаях неудач и осложнений первичных операций у детей с пороками развития аноректальной зоны больные наблюдают-ся и лечатся у разных специалистов, в том числе хирургов, педиатров общего профиля, психоневрологов и др. Наибольший эффект наблюдается лишь при согласованных действиях всех принимавших участие в лечебном процессе. При этом организующая роль принадлежит педиатру, особенно в случаях, не требующих реоперации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анам Н. Функциональное состояние ректоанальной зоны в норме и при хронических расстройствах дефекации у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1985. — 26 с.
2. Бекмуратов Н. Реабилитация детей после операций при аноректальных аномалиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1986. — 16 с.
3. Каплан В.М., Ситковский Н.Б. Комплексная оценка отдалённых результатов хирургического лечения и принципы послеоперационной реабилитации детей с аноректальной атрезией // Клин. хир. — 1992. — № 6. — С. 29–32.
4. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. — М.: Медицина, 1999. — 365 с.
5. Новожилов В.А. Хирургическая тактика при аноректальных пороках развития у детей периода новорождённости и раннего грудного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — 16 с.
6. Паршиков В.В. Хирургическая коррекция врождённых аномалий дистального отдела толстой кишки и промежности у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — 38 с.
7. Таиров Н.Т. Клинико-функциональная оценка дистального отдела толстой кишки при атрезии заднего прохода у детей: дис. ... канд. мед. наук. — Л. 1990.
8. Ayham A., Tuncer Z.S., Dogan A. Results of treatment in 182 consecutive patients with genital fistulas // Int. J. Gynecol. Obstet. — 1995. — V. 48, № 1. — P. 43–47.
9. Bai Y., Yuan Z., Wang W. Quality of life for children with fecal incontinence after surgically corrected anorectal malformation // J. Pediatr. Surg. — 2000. — V. 35, № 3. — P. 462–464.
10. Endo M., Yfeashi A., Ishia V. Analysis of 1,992 patients with anorectal malformations over the past two decades in Japan // J. Pediatr. Surg. — 1999. — V. 34, № 3. — P. 435–441.