

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Э.А. Семилов, В.Г. Цуман, В.И. Щербина
МОНИКИ

Развитие хирургической проктологии детского возраста поставило несколько основных задач: лечение врождённых пороков аноректальной области, предупреждение осложнений оперативных вмешательств и исправление полученных неудовлетворительных функциональных результатов. Частота аноректальных пороков в зависимости от их вида, по данным различных авторов, колеблется от 1 на 500 до 1 на 5000 живорождённых [1, 7].

Накопленный нами опыт и данные литературы свидетельствуют о том, что чем раньше и качественнее проведена коррекция аноректальной патологии, тем лучше результат лечения и меньше экономические затраты. В последние годы отмечается тенденция к снижению возраста проведения радикальных операций у детей с аноректальной патологией [4, 6, 14]. Этому способствует развитие анестезиологии, реанимации, оснащённость медицинских учреждений и усовершенствование способов оперативных вмешательств. Внедрение широких сагиттальных доступов на промежности с использованием раздражения мышц электростимуляторами дало возможность получить лучшие результаты коррекции порока и сократить количество осложнений [5, 13, 15].

Нередко к неутешительным результатам приводит отсутствие единой концепции лечения, особенно при оказании экстренной помощи в отсутствие специалиста, а также невозможность проведения длительных реабилитационных мероприятий [2, 3, 7, 12]. Высокая летальность (от 19 до 60%, по данным разных авторов [12]), растущая инвалидизация в этой группе больных заставляет постоянно пересматривать способы лечения и тактику ведения послеоперационного периода с учётом анализа ошибок и осложнений. При оценке результатов лечения с определением сфинктерной достаточности важно учитывать причины неудовлетворительных результатов, связанных или с врождённым отсутствием сфинктерного аппарата, или с его повреждением, нарушением иннервации, а также с рубцовой деформацией. Функциональные нарушения после радикальной коррекции аноректальных пороков отмечаются в 20 – 60% [8, 11]. Поэтому проблема недержания кала у детей всё ещё остаётся довольно актуальной, несмотря на прогресс хирургии.

За 10 лет (1991 – 2000 гг.) в отделении лечились 86 детей с врождённой аноректальной патологией, 69 из них – новорожденные, а 17 – более старшего возраста, из которых 7 поступили для реконструктивных операций по поводу недержания кала, а 10 – с наложенными колостомами для проведения радикальных операций по поводу различных форм аноректальной патологии. Сочетанные пороки отмечены у 32 больных: пороки развития мочеполовой системы – у 20, желудочно-кишечного тракта – у 8, костно-мышечной системы – у 4, сердечно-сосудистой системы – у 13, прочие – у 6. Часть больных имела несколько пороков одновременно.

С органической причиной недержания кала были дети, в основном, ранее оперированные по поводу аноректальных пороков или по поводу травматического повреждения таза. Повторные операции, направленные на коррекцию недержания, не всегда приносят успех, особенно после брюшно-промежностной проктопластики при высоких формах атрезии прямой кишки со свищами во влагалище или мочевую систему.

Срочное хирургическое вмешательство было проведено 40 новорожденным, поступившим в рассматриваемые 10 лет: 26 наложена колостома, 11 проведена промежностная проктопластика, 3 – анопластика с иссечением мембраны. По поводу сопутствующих заболеваний этим пациентам проведены следующие операции: дуоденоюноанастомоз – одному ребёнку, ушито перфорационное отверстие кишки двум детям, резекция сигмовидной кишки с кистой одному ребёнку и одному больному по поводу атрезии пищевода наложена гастростома по Кадеру и ему же разделён трахео-пищеводный свищ. В последующем радикально оперировать пришлось 37 детей, которым были проведены следующие операции: аноректопластика по Рена – 12, сфинктеропластика из больших ягодичных мышц – 6, из нежных мышц бедра – 1, проктопластика по Стоуну – Бенсену – 5, брюшно-промежностная проктопластика – 2, иссечение ректовестибулярного свища – 3, анопластика – 1, ликвидация колостомы – 8. Преобладали мальчики (53) и больные с высокой формой агенезии (23). Распределение больных по полу и виду аноректальной патологии представлено в таблице.

Распределение больных по полу и виду аноректальной патологии

Возраст	Число больных	Мальчиков	Девочек	Патология								
				Стеноз прямой кишки	Анальная мем- брана	Агенезии		Эктопия со свищами				
						Высокая	Низкая	1	2	3	4	5
Новорожденные	69	44	25	2	8	16	7	14	10	6	5	1
Старшие дети	17	9	8	—	—	7	—	—	6	3	1	—
Всего	86	53	33	2	8	23	7	14	16	9	6	1

Примечание: 1 – на промежность; 2 – в преддверие влагалища; 3 – в уретру; 4 – в мочевой пузырь; 5 – в клоаку.

Недержание кала в послеоперационном периоде отмечено у 15 больных, у 4 из них после промежностной и у 11 – после брюшно-промежностной проктопластики. Рубцовый стеноз анального канала был отмечен у 1 ребёнка после проктопластики по Стоуну-Бенсену и у 2 после промежностной проктопластики. Пропалс низведённой кишки наблюдался у 2 детей после аноректопластики по Рена. Выпадение слизистой выявлено у 5 больных. Некроз низведённой кишки отмечен у 3 детей после брюшно-промежностной проктопластики.

Умерли 20 новорожденных: от сопутствующих тяжёлых пороков – 13, тяжелой родовой травмы – 3, сепсиса – 2, аспирационной пневмонии в родах – 1 и мочевого перитонита – 1.

Оценив результаты оперативного лечения атрезий анального отверстия и прямой кишки, проведенного в экстренном порядке (часто по дежурству), мы отметили различного вида осложнения, связанные в большинстве случаев с неправильным выбором метода хирургической коррекции, что заставило нас отказаться от экстренного вмешательства. При полной анальной непроходимости стали чаще использовать паллиативные операции (наложение разведённых концевых колостом), а при свищевых формах проводили калибровку свищей с последующим их бужированием.

Всего нами сделано 6 сфинктеропластик из больших ягодичных мышц и у одной девочки в возрасте 6 лет проведена сфинктеропластика из нежных мышц бедра после операции, проведенной в период новорожденности по поводу атрезии сфинктера прямой кишки с вполне удовлетворительным результатом – ребёнок полностью удерживает кал.

Использование сфинктеропластики из больших ягодичных мышц (мы пользовались модификацией этой операции по Н.И. Махову [10]) является травматичной операцией, особенно в детском возрасте, в связи с чем проктологи рекомендуют делать её у более взрослых больных. Тем не менее, при разрушениях запирающего аппарата прямой кишки в результате травматических повреждений она, на наш взгляд, является более предпочтительной по сравнению с операцией сфинктеропластики из нежных мышц бедра.

После сфинктеропластики с использованием мышечных лоскутов из больших ягодичных мышц, проведенной в школьном возрасте у 6 детей, в 5 случаях результат можно оценить как удовлетворительный (дети удерживают плотный кал) и только в одном случае сохранилась сфинктерная недостаточность.

С 1994 года, с внедрением в практику ДХО МОНИКИ заднего сагиттального доступа и аноректопластики по Рена (за этот период проведено 15 операций), результаты значительно улучшились, но проблема недержания кала полностью не снята.

Учитывая полученные удовлетворительные результаты у детей после операции Рена, мы решили использовать эту операцию с целью создания запирающего аппарата у 3 детей в возрасте 8-10 лет с недержанием кала вследствие ранее проведенной брюшно-промежностной проктопластики. При этом получены удовлетворительные результаты. Предварительно складывается впечатление, что рациональнее проводить аноректопластику местными тканями по Рена, чем прибегать к различным модификациям сфинктеропластики.

Имевшиеся сочетанные пороки у большинства больных (32), чаще мочеполовой системы (20), и сопутствующие заболевания (17), значительно утяжелявшие течение послеоперационного периода, заставляют активно искать и проводить мероприятия по профилактике возможных осложнений.

Таким образом, наш небольшой опыт по использованию аноректопластики по Рена и полученные результаты дают нам право рекомендовать при коррекции аноректальных пороков у детей эту операцию, что позволит избежать недержания кала. Перед коррекцией порока следует наложить разведённую колостому при высоких формах на поперечноободочную, а при низких – на сигмовидную кишку.

Закрывать стому рекомендуем через 3-4 недели после аноректопластики по Рена при достижении возрастного номера бужа.

При отсутствии наружного сфинктера возможно сочетать операцию Рена с лейомиопластикой, что мы выполнили в одном случае.

Большое значение в улучшении результатов лечения детей с аноректальной патологией, по нашему мнению, имеет проведение реабилитационных мероприятий в течение не менее, чем 5-6 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. // Детская хирургия. – Т. 1-2. – СПб. – 1997.
2. Григович И.Н., Пятаев Ю.Г. // Новые технологии в педиатрии / Материалы конгресса педиатров России. – М., 1995. – С. 147-148
3. Дручкова С.Л., Попов А.А., Баиров В.Г., Любименко В.А. // Вестн. хирургии. – 1986. – № 3. – С. 103-107.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В., Кобзева Т.Н., Романова Л.А. // Хирургия. – 1986. – № 8. – С. 3-7.
5. Комиссаров И.А. // Вестн. хирургии. – 1996. – № 2. – С. 60-62.
6. Кравченя Д.Ю., Юрченко Н.И., Грегуль В.В., Сорока В.П. // Хирургия. – 1994. – № 8. – С. 29-31.
7. Красовская Т.В., Смирнов А.Н. // Вопр. охр. мат. – 1990. – № 3. – С. 28-31.
8. Лёнюшкин А.И. // Хирургическая колопроктология детского возраста / Руководство для врачей. – М., 1999.
9. Лёнюшкин А.И., Атагельдыев Т.А. // Повторные операции на толстой кишке и промежности у детей. – М., 1984.
10. Махов Н.И. // Хирургия. – 1976. – № 7. – С. 107-116.
11. Поддубный И.В. // Сакральная проктопластика в лечении аноректальных пороков развития у детей / Автореф. канд. дисс. – М., 1993. – 20 с.
12. Смирнов А.Н., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Новожилов В.Л. // Вестн. хирургии. – 1990. – № 2. – С. 78-81.
13. Шумов Н.Д., Смирнов А.Н., Костомарова Г.А., Ионов А.Л. и др. // Детская хир. – 1999. – № 6. – С. 4-7.
14. Щитинин В.Е., Хромова О.Н., Юсинов Р.В., Подмаренкова Л.Ф., Тупикова А.П. // Клин. хир. – 1986. – № 6. – С. 32-35.
15. Pena A., de Vries P.A. // J. Pediatr. Surg. – 1982. – V. 17. – № 6. – P. 796-811.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Н.В. Синенкова
МОНИКИ

Среди всех осложнений после операций по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости на долю воспалительных процессов приходится от 34 до 80%. Чаще других встречаются абсцессы различных локализаций, составляющие от 10 до 44%. Именно они на фоне перитонита и являются основной причиной летальных исходов.