

МЕГАРЕКТУМ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Федотов Л.С.¹, Смирнов А.Н.^{1,2}, Холостова В.В.^{1,2}, Залихин Д.В.¹, Маннанов А.Г.^{1,2}

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Функциональные нарушения моторики толстой и прямой кишки после хирургического лечения аноректальных мальформаций (АРМ) встречается с частотой от 30 до 90%. Наиболее часто моторно-эвакуаторная дисфункция кишечника проявляется запорами и вторичным энкопрозом и не имеет четкой зависимости от вида АРМ.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ лечения 12 пациентов в возрасте от 9 мес. до 16 лет (средний возраст 4,5 + 1,3 года), оперированных в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова по поводу вторичного мегаректума в период с 2010 по 2020 г. Пациенты имели следующие формы АРМ: атрезия ануса с ректо-уретральным свищом — 2 (16,6%), атрезия ануса с ректо-вестибулярным свищом — 9 (75%), атрезия ануса без свища — 1 (8,3%). В исследовании использованы данные УЗИ, ирригоскопии, биопсии толстой кишки, посевок кала и сфинктерометрии. Основными критериями диагностики являлись расширение прямой кишки (в 3 и более раз) и ганглионарные нарушения. Всем пациентам проводилось консервативное лечение не менее 1–2 лет, показания к оперативной коррекции устанавливались только при неэффективности терапии. Лишь 1 пациент оперирован в раннем возрасте в связи с эктопией неоануса кзади. У всех пациентов был исключен стеноз неоануса. Всем детям выполнена резекция дистального отдела толстой кишки, в 7 (58,3%) случаях — операция Соавэ в 2 этапа, в 5 (41,6%) — резекция с наложением одномоментного коло-ректального анастомоза. Лапароскопическим способом оперировано 6 (50%), открытым — 6 детей (50%).

Результаты. Наиболее частыми клиническими проявлениями у детей были: запоры 12 (100%), недержание кала 9 (75%), боли в животе 5 (41,6%), вздутие живота 8 (66,7%), гипотрофия 7 (58,3%). Длительность лечения в стационаре составила 18,3 + 3,2 сут у детей при двух этапном лечении и 12,2 + 2,8 сут при одноэтапном. По данным гистологического исследования удаленных участков прямой кишки аганглиоз диагностирован у 1 (8,3%) пациента, гипоганглиоз — 3 детей (25%), фиброзные изменения — у 10 (83,3%) пациентов. Все пациенты обследованы повторно в сроки от 6 мес. до 3 лет. Восстановление пассажа достигнуто в 9 (75%) случаях, частота недержания кала — снизилась до 33,3%, потребность в клизмах — до 41,6%. Явления вздутия живота, болевой синдром, явления гипотрофии купированы в 100% случаев.

Заключение. Основными моторно-эвакуаторными нарушениями у пациентов с АРМ в отдаленные сроки после хирургической коррекции являются запоры и недержание кала. При отсутствии стенозирования неоануса выраженные явления мегаректума, как правило, необратимы, что требует хирургической коррекции и позволяет значительно улучшить функциональное состояние толстой кишки.