

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ДЛИНЕ ОТКЛЮЧЕННОГО ОТДЕЛА У СТОМИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Сулавко Я.П.^{1,2}, Щербакова О.В.^{1,2}

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

² Российская детская клиническая больница, Москва, Россия

Обоснование. Одной из операций при атрезии ануса с ректовезикальным/уретральным свищем, реже при других аноректальных мальформациях является брюшно-промежностная проктопластика, чаще лапароскопическим доступом. Низведение отключенного отдела кишки проходит обычно без технических трудностей. При неправильном выборе отдела ободочной кишки для формирования колостомы выполнение стандартной операции затруднительно.

Методы. За последние 20 лет работы колопроктологического отделения РДКБ оперировано 394 пациента с аноректальными мальформациями. На этапах коррекции стома сформирована 286 пациентам.

Результаты. При анализе результатов колостографии у 33 пациентов отмечен короткий отдел отключенной кишки. При ретроспективном анализе пациентов с недостаточной длиной отключенного отдела для проведения стандартной операции определены 2 подхода к коррекции. 1-й вариант (28 пациентов) — резекция отключенного отдела с разобщением, при наличии, свища, низведения приводящего отдела с формированием анастомоза с кожей перианальной области с оставлением избытка кишки. Через 10–14 дней проводился второй этап — отсечение избытка кишки с формированием неануса. У 2 пациентов использован дополнительно заднесагиттальный доступ (1 пациент с клоакой с целью разделения урогенитального синуса и вагинопластики, 1 пациент с промежностным свищем — безуспешные попытки низвести прямую кишку из заднесагиттального доступа). У 2 больных недостаточная длина для проведения проктопластики была обусловлена необходимостью использования отключенного отдела для формирования неовагины. В послеоперационном периоде отмечался некроз низведенной кишки у 2 пациентов, что потребовало повторной брюшно-промежностной проктопластики с избытком. У 1 пациента отмечалась ретракция кишки, наложены вторичные швы в области неануса. У 6 пациентов выявлен пролапс слизистой оболочки в области ануса, проводилось иссечение избыточной слизистой оболочки. У 5 пациентов сформировался стеноз ануса, потребовавший иссечения. У пациентки с ретракцией кишки с последующей стриктурой проведена брюшно-промежностная проктопластика. Недостатки данной методики: длительность и травматичность, необходимость резекции отделов кишки, которые могли бы быть функционально полезными. 2-й способ коррекции (2 пациента) заключается в мобилизации только отводящего отдела стома, за счет чего появляется возможность низвести данный отдел с формированием неануса, отключенный отдел заглушается. Сохраняется терминальная кишечная стома (приводящий отдел). Это позволяет уменьшить длительность операции и сохранить отделы кишки, которые подвергались бы резекции. Вторым этапом проводилось закрытие колостомы.

Заключение. Таким образом, целесообразно использование лапароскопии на этапе формирования колостомы для оценки атрезированного отдела и выбора оптимального уровня наложения колостомы. По нашему опыту, пациенты с нерациональным выбором уровня колостомы составляют 11 % стомированных больных с аноректальными мальформациями. При недостаточной длине методом выбора становится брюшно-промежностная проктопластика (с лапароскопической ассистенцией). Оценить возможность низведения с сохранением двуствольной стома, а также выбрать оптимальный вариант коррекции в случае трудностей при стандартной операции можно только интраоперационно.

Ключевые слова: колопроктология; аноректальная мальформация; стома; дети.