

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж.¹, Рахронов Д.Р.², Хамроев У.А.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

² Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. После первичной хирургической коррекции аноректальной мальформации (АРМ) на фоне ее осложнений возникает послеоперационная недостаточность анального сфинктера (ПНАС) у 10–60 % детей.

Цель: улучшение результатов повторной хирургической коррекции (ПХК) у больных ПНАС, путем изучения причин возникновения осложнений, оптимизации тактики, интра- и послеоперационных мер профилактики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 102 пациента за последние 17 лет с ПНАС, после первичной хирургической коррекции АРМ на базах кафедры детской хирургии ТашПМИ, СамГосМИ. ПХК произведена в виде: ППП — у 46,5 % пациентов; БППП — у 25,8 %; ПСПП — у 17,2 %; ЗСПП — у 10,3 %. Пациенты по поводу ПНАС оперированы: двукратно — 58,6 %; трехкратно — 29,3 %, и четырехкратно и более — 12 %. Всем больным проведены клиническо-лабораторные, специальные (пальцевое ректальное исследование, бужирование прямой кишки, проба Россолимо), рентгенологические (обзорная рентгенография костей таза, полипозиционная ирригография, фистулография, цистография, уретрацистография), дополнительные (МРТ, УЗИ органов малого таза и тазового дна) и функциональные (ЭМГ, ЭНМГ) методы исследования. Больные были распределены на 2 группы. Первая (основная) группа — 55 пациентов, получивших перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение. Вторая (контрольная) группа — 47 пациентов, перед повторной операцией не получивших реабилитационное лечение.

Результаты. При изучении медицинских документов было выявлено, что неудачная первичная хирургическая коррекция АРМ и ее осложнения развивались на почве диагностических (39 %), тактических и технических (61 %) ошибок. Диагностические ошибки — неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичная неточная идентификация пороков; тактические ошибки — неправильный выбор показания и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические — ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки.

При повторно-реконструктивных операциях (ПРО) придерживались следующих тактических и технических приемов: обходиться минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Результаты ПРО показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно проводить между операциями местное противовоспалительное и противовоспаечное реабилитационное лечение: электромиостимуляции анального жома и БОС терапии. Проводить электрофорез с лидазой на область промежности и бужирования с баллонодилатацией при стенозе заднего прохода. В результате реабилитационного лечения перед ПХК на 24,8 % улучшились результаты лечения.

Заключение. Предложенная тактика комплексного лечения ПНАС у детей позволила улучшить результаты на 85,5 % путем выявления причин осложнений первичных и повторных операций, оптимизации хирургической тактики и полноценного комплексного реабилитационного лечения и снижения количества ПРО — в 1,5 раза.

Ключевые слова: аноректальная мальформация; оперативное лечение; осложнения; дети.