

ЭТАПНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ

Цап Н.А.¹, Шнайдер И.С.¹, Тимошинов М.Ю.², Смирнова С.Е.², Гайдышева Е.В.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Актуальность. При хирургическом лечении аноректальных мальформаций и его последствий закономерен возрастной аспект — это группа новорожденных и детей раннего возраста. Проблема дожития ребенка с атрезией прямой кишки и ректо-промежностным свищом или с послеоперационным стенозом неоректум до подросткового возраста сопряжена с необратимыми вторичными изменениями в толстой кишке, и, следовательно, такой подросток становится нестандартным «трудным» колопроктологическим пациентом. Выбранная лечебная тактика у 2 подростков представляется к профессиональному обсуждению.

Описание наблюдений. В отделении плановой хирургии в течение 2021–2022 гг. пролечено 2 подростка женского и мужского пола в возрасте 15–16 лет: п. 1 — неоперированная атрезия прямой кишки с ректо-промежностным свищом; п. 2 — протяженный стеноз неоректум в результате многократных оперативных вмешательств, начиная с периода новорожденности, по поводу атрезии прямой кишки с ректо-мошоночным свищом. Особенностью анамнеза и клинической картины у этих детей явилась декомпенсация многолетнего хронического колостазы в виде развития обтурационной кишечной непроходимости. При осмотре живот больших размеров, при пальпации петли кишечника переполнены плотными каловыми массами. Ректальное исследование невозможно в связи с резким сужением «ануса и анального канала». После максимальной декомпрессии толстой кишки выполнено обследование: ирригография, КТ брюшной полости и малого таза.

У обоих детей при стенозе «прямой кишки» 5 мм (п. 1) и 3,5 мм (п. 2) имелась критическая вторичная дилатация дистальных отделов толстой кишки. Концепция лечения обоснована в многоэтапности оперативных вмешательств с целью снижения риска послеоперационных осложнений. При первичной ревизии брюшной полости у п. 1 атрезированная прямая, сигмовидная кишка диаметром до 12 см с резко утолщенными склерозированными стенками. У обоих подростков первым этапом отключен дистальный отдел толстой кишки путем формирования колостомы. Второй этап радикального вмешательства — экстирпация прямой кишки с ректо-промежностным свищом, брюшно-промежностная проктопластика (п. 1); иссечение протяженного стеноза неоректум, промежностная проктопластика (п. 2). Хирургия третьего этапа состояла в восстановлении проходимости толстой кишки путем закрытия колостомы. Ближайший и отдаленный послеоперационные периоды протекали без осложнений. Дети восстановили ежедневный акт дефекации, находятся на длительном динамическом наблюдении у детского хирурга.

Заключение. При анализе данных клинических случаев необходимо отметить важность своевременной и достоверной оценки локального статуса аноректальной зоны для ликвидации порока развития в раннем возрасте, до развития патологической вторичной дилатации толстой кишки, что повышает риск осложненного послеоперационного течения. Наиболее трудным этапом оперативного вмешательства явилась экстирпация ригидной диаметром до 12 см прямой кишки, тщательная ее диссекция от структур тазового дна.

Ключевые слова: атрезия прямой кишки; ректопромежностный свищ; стеноз прямой кишки; оперативное лечение; подростки.