

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАРАПРАКТИТА ВСЛЕДСТВИЕ МУКОЗИТА У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ

Щапов Н.Ф.¹, Пыхтеев Д.А.², Филюшкин Ю.Н.²,
Гацуцын В.В.², Елин Л.М.²

¹ Ильинская больница, Московская область, г.о. Красногорск, д. Глухово, Россия;

² Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Обоснование. По данным литературы, применение специфической терапии при онкологических заболеваниях в 90 % случаях приводит к поражению слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — «мукозит ЖКТ». Это возникает в результате нарушения процесса непрерывного деления эпителиальных клеток. Выделяют IV степени тяжести мукозита, при IV степени отмечается некроз тканей с развитием жизнеугрожающих кровотечений.

Описание наблюдения. В клинику поступила девочка 10 лет, в течение последних двух месяцев у которой отмечались боли в параанальной области, локальная гиперемия, недержание кала, фебрильная лихорадка. В 9 лет у ребенка был выявлен острый миелобластный лейкоз. На фоне проведения химиотерапии отмечался эрозивный проктит. По данным обследования выявлен хронический парапроктит с параректальным и ректо-вагинальным свищами. В экстренном порядке была выполнена колостомия с дренированием абсцессов. Через год ребенок вновь был госпитализирован в клинику для проведения реконструктивного этапа. При обследовании был выявлен стеноз дистального отдела прямой кишки и рубцовая деформация задней стенки влагалища. Ребенку выполнена заднесагиттальная перинеотомия, выявлено, что прямая кишка на всем протяжении с переходом на абдоминальную часть представлена рубцовыми тканями, просвет кишки облитерирован, выраженная рубцовая деформация мышц промежности вокруг ректального канала, задняя стенка влагалища представлена гипотрофическим рубцом. Выполнена резекция рубца влагалища, реконструкция задней стенки за счет боковых стенок. Для низведения толстой кишки выполнена лапароскопическая мобилизация сигмовидной кишки. После иссечения рубцовых тканей промежности удалось восстановить целостность наружного анального сфинктера, послойно ушить промежность. Завершающим этапом выполнено формирование неоануса. Через два месяца ребенок вновь был госпитализирован для проведения завершающего этапа хирургической коррекции. Учитывая тяжелый воспалительный процесс промежности, выраженную слабость мышечного сокращения при электромиографии закрытие кишечной стомы решено было выполнить одновременно с наложением аппендикостомы. В настоящий момент ребенок находится на этапе реабилитации. На фоне проведения ежедневного антеградного промывания кишки у ребенка отсутствует каломазание. В динамике пальпаторно определяется сокращение в проекции пуборектальной петли, восстанавливается циркулярное сокращение наружного анального сфинктера.

Заключение. Гнойный парапроктит при мукозите является показанием к наложению кишечной стомы. Проведение реконструктивных операций возможно при ремиссии онкологического заболевания. Реконструктивная операция на промежности может и должна включать в себя восстановление всех поврежденных органов. Наличие рубцовых изменений мышечного комплекса тазового дна с неадекватным сокращением при электромиографии является прогностическим признаком недержания кала в послеоперационном периоде. Проведение симультанной операции Малона при закрытии кишечной стомы является безопасным и эффективным методом реабилитации таких пациентов.

Ключевые слова: миелобластный лейкоз; стеноз прямой кишки; гнойный парапроктит; ректо-вагинальный свищ; реконструкция влагалища; ренизведение толстой кишки; операция Малона; дети.