

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Койнов Ю.Ю.¹, Грамзин А.В.^{1,2}, Кривошеенко Н.В.¹, Павлушин П.М.^{1,2}, Цыганок В.Н.¹,
Охотина А.А.¹, Тратонин А.А.^{1,2}

¹ Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Актуальность. Аноректальные мальформации (АРМ) включают в себя большой спектр пороков, затрагивающих анальный канал, прямую кишку и мочеполовую систему, встречаясь 1:2000–5000 новорожденных. Ассоциация АРМ с пороками развития других органов и систем составляет, по данным различных авторов, 4–66 %. Ключевое значение в исходе оперативной коррекции имеет функциональный результат аноректальной области.

Цель: анализ функциональной способности аноректальной области после оперативной коррекции аноректальных мальформаций.

Материалы и методы. С 2016 по 2022 г. в детском хирургическом отделении Новосибирской областной клинической больницы на лечении находилось 75 детей с различными формами АРМ (мальчики — 37; девочки — 38). Сопутствующие пороки развития наблюдались у 35,1 % детей, среди которых врожденные пороки развития мочеполовой системы — 19,3 %, ВПС — 8,7 %, желудочно-кишечного тракта — 5,3 %, опорно-двигательного аппарата — 5,7 %, хромосомные аномалии — 5 % и др. (спинальные, зрительные аномалии развития) — 10,5 %. Варианты наблюдаемых аноректальных мальформаций: ректопромежностная фистула — 29, ректовестибулярная — 15, ректоуретральная — 15, ректовезикальная — 5, атрезия ануса без свища — 9, персистирующая клоака 1-го типа — 1 ребенок. Одноэтапная аноректопластика выполнена 35 пациентам с промежностными, вестибулярными свищами и бессвищевыми формами. Задний сагиттальный доступ был применен в 30 (84 %) случаях, в остальных 5 случаях (16 %) — передний сагиттальный доступ. Этапная оперативная коррекция применялась у 40 детей. Данная тактика не осуществлялась у пациентов с ректопромежностными фистулами у 5 детей (55 %) с бессвищевыми формами, и у 9 детей (45 %) с ректовестибулярными фистулами. Аноректопластика как 2-й этап оперативного лечения выполнялась из заднего сагиттального доступа — 14 (35 %), из переднего — 11 (28 %). Брюшно-промежностная аноректопластика выполнена в 6 (15 %) случаях, видеоассистированная аноректопластика — в 9 (22 %) случаях.

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались у 11 детей (14,6 %). Оценка послеоперационных результатов проводилась у детей старше 3 лет согласно Крикенбергской шкале. Хорошие результаты получены у 57 пациентов (76 %), удовлетворительные — у 14 (18 %), плохие — у 5 (6 %).

Заключение. Одномоментная коррекция низких форм аноректальных пороков оказалась эффективной у всех пациентов с минимальным количеством послеоперационных осложнений. Этапное оперативное лечение у детей с высокими формами АРМ оправдано и целесообразно. Плохие результаты лечения часто связаны с сопутствующими аномалиями развития крестца и спинного мозга.

Ключевые слова: аноректальные мальформации; промежностный свищ; вестибулярный свищ; одноэтапная коррекция; задний сагиттальный доступ; дети.