

PSARP — УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ

Новожилов В.А.¹⁻³, Степанова Н.М.^{1,3}, Звонков Д.А.³, Черемнов В.С.³, Фомина Е.С.¹

¹ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

³ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

Цель: демонстрация возможностей использования заднего сагиттального доступа в коррекции различных форм аноректальных мальформаций у детей.

Материалы и методы. За период с 1988 г. по настоящее время проведен анализ 493 историй болезней детей с различными формами аноректальных пороков развития, находившихся на лечении в отделениях хирургического профиля Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска. Все пациенты распределены по клиническим формам АПР в соответствии с международной классификацией (Крикенбек/2005). Из общего количества пациентов в соответствии с формой порока с использованием PSARP оперировано 117 (23,7 %) пациентов. Всем детям в дооперационном периоде с целью уточнения формы аномалии выполнялся комплекс диагностических исследований, включающий клинический осмотр промежности с целью верификации наружных фистул, УЗИ-скрининг для определения сопутствующих аномалий, фистулографию, антеградную колонографию при наличии стомы, компьютерную томографию с 3D-реконструкцией, МРТ. Мальчиков — 76 (64,9 %), девочек — 41 (36,6 %). Распределение по формам аномалий: ректоуретральная (бульбарная фистула) — 41 (36,6 %), персистирующая клоака 26 (23,2 %), ректопростатическая фистула — 20 (17,8 %), ректовезикальная — 8 (7,1 %), ректовагинальная фистула — 6 (5,3 %), задняя клоака — 5 (4,4 %), ректовестибулярная фистула — 5 (4,4 %), синдром Курарино — 3 (2,6 %), ректальная атрезия — 3 (2,6 %).

Результаты. Всем детям первым этапом выполнялось стомирование, преимущественно на сигмовидную кишку. Спустя 3–6 месяца, выполняли радикальный этап — заднюю сагиттальную аноректопластику с низведением кишки на промежность. Все пациентам в послеоперационном периоде выполнялся комплекс реабилитационных мероприятий включая бужирование, тренировочные клизмы, физиопроцедуры. После окончания формирования промежности через 2,5–3 месяца производили закрытие колостомы, не прерывая курс бужирования. Отдаленные результаты оценивали у 62 (52,9 %) пациентов через 3–15 лет после операции путем клинического обследования и опроса. Проведение повторных реконструктивных вмешательств потребовалось у 9 пациентов, которые выполнены с помощью PSARP. 5 детям произведена операция Малона: 3 вследствие утраты сфинктерного аппарата, в 2 случаях — вследствие тяжелых сопутствующих пороков, вызывающих инконтиненцию.

Выводы. Задняя сагиттальная аноректопластика является универсальным методом коррекции аноректальных пороков развития, позволяющая с высокой долей точности реконструировать анатомические взаимоотношения структур малого таза. В подавляющем большинстве представленных наблюдений PSARP является единственным вариантом решения сложной тактической и технической задачи — коррекции аноректальной мальформации.

Ключевые слова: задний сагиттальный доступ; аноректальные мальформации; ректоуретральная (бульбарная) фистула; персистирующая клоака; ректопростатическая фистула; задняя клоака; дети.