

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Сварич В.Г.^{1,3}, Сварич В.А.^{2,3}

¹ Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар, Россия;

² Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Сыктывкар, Россия;

³ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар, Россия;

Актуальность. Одним из важных критериев оценки лечения любой патологии являются их отдаленные результаты. В полной мере это относится и к аноректальным порокам развития.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 58 детей с аноректальными пороками развития. В соответствии с Крикенбекской согласительной классификацией (2005) у 4 пациентов имелся ректоуретральный свищ; у 22 — ректостембюлярный свищ; у 10 пациентов диагностирован промежностный свищ и у 22 детей имелась аноректальная мальформация без свища. Все первичные оперативные вмешательства выполнены в первые шесть месяцев жизни. В качестве первого этапа колостомы на первую петлю сигмовидной кишки наложена у всех детей с ректоуретральным свищем, у 15 пациентов с ректостембюлярным свищем и у всех детей с аноректальной мальформацией без свища. У 2 пациентов с ректоуретральным свищем выполнена брюшно-промежностная проктопластика с заднесагитальным доступом по Пенья. У 2 детей выполнена лапароскопическая брюшно-промежностная проктопластика. Семнадцать пациентов с ректостембюлярным свищем прооперированы с помощью переднесагитальной проктопластики по Риццоли; у 5 выполнена заднесагитальная проктопластика по Пенья. У 10 пациентов с промежностным свищем выполнена промежностная проктопластика по Диффебаху. При безсвищевой аноректальной мальформации у 14 детей выполнена брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди. Пять детей оперированы с использованием заднесагитального доступа по Пенья и у 3 пациентов выполнена лапароскопическая брюшно-промежностная проктопластика.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам проведена многолетняя реабилитационная терапия. У 78 % пациентов в отдаленном послеоперационном периоде стул получали только после запрограммированных ежедневных очистительных клизм. В 22 % дети ощущали позыв на акт дефекации и имели самостоятельный стул. При этом в отдаленном послеоперационном периоде у 14 (24,2 %) детей имелась I степень недостаточности сфинктера, у 26 (44,8 %) — II степень и у 6 (10,3 %) — III степень. Всем пациентам с III степенью недостаточности анального сфинктера проведена задняя анопластика по Парксу. У всех детей удалось повысить степень удержания до I степени недостаточности анального сфинктера.

Выводы. После проведенного оперативного лечения по поводу аноректальных пороков развития у 79,3 % пациентов имелась недостаточность анального сфинктера различной степени. Задняя анопластика по Парксу является эффективным методом коррекции недостаточности анального сфинктера.

Ключевые слова: аноректальный порок развития; повторная операция; недостаточность сфинктера.