

Шамсиев А.М., Саидов М.С., Аипов Р.Р., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ КАЛА ПРИ СВИЩАХ В ПОЛОВУЮ СИСТЕМУ У ДЕВОЧЕК

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан;
Казахстанский национальный медицинский университет им. С.Д. Сфендиярова, Алматы, Казахстан

Shamsiev A.M., Saidov M.S., Aipov R.R., Atakulov D.O., Yusupov Sh.A.

SURGICAL CORRECTION OF FECAL INCONTINENCE IN GENITAL FISTULAS IN GIRLS

Samarkand State Medical University, Uzbekistan; Kazakhstan National Medical University named after S.D.Sfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

Резюме

Свищи в половую систему у девочек при нормально сформированном анусе (H-фистулы, трублярное или терминальное удвоение алиментарного тракта) на сегодняшний день представляют одну из сложных проблем из-за высокой частоты осложнений.

Начиная с 1994 г. в Самаркандском филиале детской хирургии под наблюдением находились 232 ребенка с недержанием кала различной этиологии. Из них 28 девочек с недержанием кала из-за наличия свищей в половую систему при нормально сформированном анусе были оперированы. Все дети прошли комплексное обследование, включающее рентгенографию (ирригография, синемадефекография, латеральная баллонная проктографистулография и др.), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, функциональные методы исследования сфинктерного аппарата (анальная манометрия, исследование ректоанального ингибиторного рефлекса), фиброколоноскопия с реографией, общеклинические анализы крови, мочи, кала, нейростохимические и гистоморфологические методы исследования.

Анализ полученных данных позволил предположить, что передняя аноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки наиболее патогенетически обоснованна, ее применение дает наилучшие клинические результаты.

Ключевые слова: аноректальные свищи, недержание кала, аноректопластика

Abstract

Genital fistulas in girls with a completely developed anus (H-type fistulas, tubular duplication, terminal duplication of the alimentary tract) is one of the most complicated problems today due to the high frequency of complications.

Since 1994 232 children with fecal incontinence of different etiology have been observed in Samarkand department of pediatric surgery. Out of them 28 girls with a completely developed anus and fecal incontinence due to genital fistulas were operated. All the children underwent a complex examination including X-ray examination (irrigography, cine defecography, lateral proctografistulography, etc.), abdominal and retroperitoneal ultrasound examination, functional methods of sphincter examination (anorectal manometry, rectoanal inhibitory reflex examination), fibrocolonoscopy and rheography, general blood, urine and feces analysis, neurohistochemical and histomorphological methods of examination.

Analysis of the obtained data showed that anterior anorectal plasty with fistular extirpation and pull-through of the anterior wall of the rectum is, in our opinion, the most pathogenetically substantiated intervention that can obtain the best clinical results.

Key words: anorectal fistulas, fecal incontinence, anorectal plasty

Свищи в половую систему у девочек при нормально сформированном анусе (Н-фистулы, трублярное или терминальное удвоение алиментарного тракта) представляют одно из малоизученных состояний детского возраста, приводящих к недержанию кала. Очень часто сложность этой патологии недооценивается. Следует отметить, что данное состояние редко наблюдается в западных странах, а в странах Азии оно встречается гораздо чаще [1–3].

Разнообразие различных методов операции – от экстирпации и инвагинации свища в прямую кишку [4] до формальной или лимитированной заднесагитальной аноректопластики [3] и полного рассечения передней промежности с экстирпацией свища [4] – при кажущейся их простоте не всегда удовлетворяет практических хирургов. В свою очередь, развитие осложнений в виде недержания кала, а также частота рецидивов в одних случаях и необходимость наложения превентивной колостомы в других заставляет искать иные пути решения данной проблемы.

Цель нашего исследования – улучшение результатов хирургической коррекции свищей в половую систему при нормально сформированном анусе у девочек.

Материал и методы исследования

Начиная с 1994 г. в Научном центре педиатрии и детской хирургии под наблюдением находились 232 ребенка с недержанием кала различной этиологии. Из них 28 девочек с недержанием кала из-за наличия свищей в половую систему при нормально сформированном анусе были оперированы. Возраст оперированных больных колебался от 3-х до 8 лет (средний возраст – 4 года). Диагноз устанавливали на основании клинической картины, рентгенографии, эндоскопического и гистологического исследований.

Все дети прошли комплексное обследование, включающее рентгенографию (ирригография, синемадефекография, латеральная баллонная проктопрофистулография и др.), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, функциональные методы исследования сфинктерного аппарата (анальная манометрия, исследование ректоанального ингибиторного рефлекса), фиброколоноскопию с реографией, общеклинические анализы крови, мочи, кала, нейрогистохимические и гистоморфологические методы исследования.

Рентгенологическое исследование проводили путем контрастирования дистальных отделов прямой кишки с использованием баллонной техники [2] – его применяли у 9 детей с ректovesтибулярным свищом. Это исследование позволяет установить длину и высоту расположения свища, хотя все ректovesтибулярные свищи располагались низко.

7 детей поступили с рецидивами свища. Из них 5 детям ранее была проведена экстирпация свища с инвагинацией его в полость прямой кишки. 2 детям с рецидивом ректovesтибулярного свища ранее было проведено чреспромежностное ушивание свища.

18 детям произведена передняя аноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки за пределы анального канала.

Операцию производили путем проведения окаймляющего разреза вокруг свища со стороны *vestibulum*. Свищ экстирпировали до передней стенки прямой кишки. Переднюю стенку прямой кишки мобилизовали вверх, отделяя ее от задней стенки влагаллица на 3–5 см, а также вниз до кожно-слизистого перехода анального канала. Со стороны анального канала производили разрез по передней полуокружности. Выделенный свищ с участком передней стенки прямой кишки выводили за пределы анального кольца на 1–1,5 см и иссекали. Рану ушивали послойно наглухо. Прямую кишку фиксировали к кожному краю.

Данная операция также была проведена 7 детям с рецидивами ректovesтибулярного (4 случая) и ректовагинального свищей (3 случая).

Результаты исследования

С 1994 по 2008 г. в отделении хирургии нашей клиники на обследовании и лечении находились 232 ребенка с недержанием кала различной этиологии.

У 28 (12%) девочек из этой группы недержание кала было обусловлено аноректальной мальформацией в виде наличия свища в половую систему. Возраст больных колебался от 3 до 8 лет.

Из 28 пациенток ректовагинальный свищ диагностирован у 3 (10,7%), ректovesтибулярный свищ – у 25 (89,3%) девочек.

Цилиндрическая форма свищевого хода выявлена у 11 (39,3%), конусовидная – у 17 (60,7%) девочек. По локализации ректovesтибулярного сви-

ща отверстие в преддверие влагалища слева было у 9 (36%), справа – у 4 (16%) и в центре – у 12 (48%) пациентов.

Сочетанная патология была обнаружена у 6 (21,4%) из 28 пациентов: *presacral teratoma* – 1, *vesicouretric reflux* – 2, *vertebral/sacral anomalies* – 2, *cardiac anomalies* – 1.

Все 28 пациенток подверглись хирургической коррекции Н-фистулы. Инвагинационная экстирпация свища проведена у 8 (28,6%) детей, из них 1 ребенку с ректовагинальным и 7 с ректovesибулярными свищами. 2 (7,1%) детей оперированы чрезпромежностным доступом, у обеих пациенток был ректовагинальный свищ.

18 (64,3%) детям с ректovesибулярным свищом произведена передняя аноректопластика канала с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки за пределы анального канала.

У 8 детей, которым произведена инвагинационная экстирпация свища, рецидив свища отмечали в 6 случаях, у 1 больной свищ закрылся вторичным заживлением раны с развитием грубых рубцов в преддверии влагалища и дивертикула прямой кишки. 5 детей с рецидивами оперировали повторно (проведена передняя реаноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки).

У 2-х девочек, которым был произведен чрезпромежностный доступ, отмечен рецидив свища, они повторно были оперированы (произведена передняя реаноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки) с удовлетворительным результатом. При этом 1 ребенку с рецидивом широкого ректовагинального свища превентивно была наложена колостома, которая была закрыта через 1 месяц после устранения свища.

18 девочкам с ректovesибулярными свищами была сразу произведена передняя реаноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки по вышеописанной методике, рецидивов свища не отмечалось, но у 1 пациентки на 7-е сутки было осложнение в виде кровотечения из операционной раны. Она была повторно оперирована с последующим удовлетворительным результатом.

Отдаленные результаты изучены у 24 пациентов от 6 месяцев до 6 лет после операции. Каломазание отмечено у 5-х детей и 3-е детей страдали

запорами, которые регулируются слабительными препаратами. Каломазание отмечалось у детей, подвергшихся повторной операции по поводу рецидива свища.

Обсуждение результатов исследования

Интерес к свищам в половую систему (Н-фистулам) при нормально сформированном анусе обусловлен неясностью патогенеза данной патологии и не всегда удовлетворительными результатами лечения. Как уже было сказано выше, данная патология чаще всего встречается в азиатских странах [1–3]. R. Rintala [5] описал 20 случаев Н-фистул у 629 пациентов с аноректальными мальформациями (3,2%). При этом нормально сформированный анус был у 12 девочек. Для азиатских стран приводятся цифры от 3,8 до 7,1% от числа всех аноректальных мальформаций. В наблюдаемой нами серии из 232 детей с недержанием кала, обусловленным аноректальной мальформацией, в виде свища в половую систему при нормально сформированном анусе, встретилось 28 девочек, что составило 12%. Несмотря на низкое расположение свища, данная патология сочеталась с другими в 21,4% случаев.

Необходимость хирургического лечения данной патологии не вызывает сомнения, однако, что касается методов, здесь возникают вопросы. А.И. Ленюшкин [2] экстирпировал свищ с инвагинацией его в просвет прямой кишки у 34 детей и получил удовлетворительные результаты, рецидивы заживали вторичным натяжением раны. Он же при ректовагинальных свищах рекомендует использовать чрезпромежностный доступ.

Однако в нашей серии при чрезпромежностном доступе ректовагинальный свищ рецидивировал во всех случаях (100%) – у 6 из 8 детей после экстирпации и инвагинации ректovesибулярного (4 случая) и ректовагинального свища (1 случай), в 1 случае свищ закрылся самостоятельно вторичным натяжением с образованием дивертикула прямой кишки на месте свища. R. Rintala [5] получил рецидив у 3-х из 10 больных, оперированных перинеальным доступом, причем у 1 больной была превентивная колостома. В серии из 7 детей, оперированных при помощи заднесагитальной аноректопластики (в 2-х случаях формальная, в 5 – лимитированная заднесагитальная аноректопластика) с превентивной колостомой, рецидив был в 1 случае.

Y. Tsushida в серии из 12 операций использовал перинеальный доступ у 3-х детей – у 2-х отмечен рецидив свища. 7 детей с ановестибулярными свищами были оперированы с иссечением участка анального канала ниже свища, в этой серии у 3-х детей операция проведена без превентивной колостомии. Рецидивов в этих 7 случаях не отмечено.

S. Kulshrestha [4] применил переднюю сагитальную аноректопластику с иссечением передней промежности и свища, он описывает удовлетворительные результаты во всех случаях без применения колостомы.

До настоящего времени идут споры об использовании терминологии. Так, некоторые авторы обозначают данное состояние как «терминальное или тубулярное удвоение алиментарного тракта» [1, 2], однако гистологическое исследование у 2-х детей Y. Tsushida и 9 детей в нашем исследовании показало, что строение не характерно для стенки прямой кишки. Мы во всех случаях обнаружили фиброзную ткань и сквамозный эпителий, что больше характерно для свища.

Передняя аноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки проведена 18 детям с ректовестибулярными свищами, а также 5 детям с рецидивами после операций (2 – после чрезпромежностного устранения ректовагинального свища, 1 – с рецидивом ректовагинального и 2 – после устранения ректовестибулярного свища после экстирпации и инвагинации). В 1 случае с рецидивом широкого ректовагинального свища была наложена превентивная колостома, которую закрыли через 1 месяц после операции. Ни у одного ребенка рецидива не было.

Анализ полученных данных позволил предположить, что результат зависит от особенностей

строения прямой кишки. При нормально сформированном анусе дистальный отдел прямой кишки представляет сферообразное замкнутое пространство, снизу отграниченное внутренним и наружным сфинктерами, которые после операции находятся в состоянии рефлекторного спазма в ответ на боль в этой области. Так как перистальтика не нарушена, поступающие каловые массы и газы оказывают возрастающее давление на стенки прямой кишки, растягивая их, причем давление оказывается во всех направлениях одинаково. Местом наименьшего сопротивления является рана прямой кишки (место ушивания), этому способствуют воспаление и инфильтрация тканей в этой зоне.

Инвагинационная экстирпация свища, равно как и чрезпромежностное устранение, оставляют рану в дистальном отделе прямой кишки, что приводит к частым рецидивам.

Заднесагитальная или переднесагитальная аноректопластики требуют наложения превентивной колостомии, к тому же они травматичны.

Y. Tsushida описал 4 случая иссечения передней стенки анального канала без колостомы с удовлетворительными результатами. Следует отметить, что во всех случаях речь идет о ановестибулярных свищах, тогда как в наших случаях свищ был ректовестибулярный или ректовагинальный.

Отдаленные результаты обнадеживающие. Каломазание отмечено у 5 детей, оно связано с излишней травмой сфинктерного аппарата прямой кишки в начале становления методики.

Таким образом, передняя аноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки, по нашему мнению, наиболее патогенетически обоснованна, ее применение дает наилучшие клинические результаты.

Список литературы

1. Армантаев К. С., Ахбаров Н. Н. Атлас анарктальных мальфармаций у детей. – Астана, 2011. С. 10–25.
2. Ленюшкин А. И. Хирургическая колопроктология детского возраста. – М.: Медицина, 1999. – 365с.
3. Chatterjee S.K., Talukder B.C. Double termination of the alimentary tract – a second look // J. Pediatr. Surg. 2006. Vol. 15. P. 623–627.
4. Kulshrestha S., Kulshrestha M. et al. Management of congenital and aquired H-type anorectal fistulae in girls by anterior sagittal anorectovaginoplasty // J. Pediatr. Surg. 2004. Vol. 33. P. 1224–1228.
5. Rintala R.J., Mildh L. H-type Anorectal Malformations: Incidence and Clinical Characteristics // J. Pediatr. Surg. 2009. Vol. 31. P. 559–562.

Авторы

Контактное лицо: ШАМСИЕВ Азамат Мухитдинович	Доктор медицинских наук, профессор, ректор Самаркандского государственного медицинского института. Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. М. Улугбека, д. 70а. E-mail: a-shamsiev@mail.ru.
САИДОВ М. С.	Ассистент кафедры госпитальной детской хирургии Самаркандского медицинского института. E-mail: saidvmurodillo@gmail.com. Тел.: +9 (989) 15-40-36-89.
АИПОВ Р. Р.	Доктор медицинских наук, заведующий отделения городской детской больницы Республики Казахстан, Астана. E-mail: rasuibek@hotmail.ru. Тел.: +7 (777) 23-99-00-50.
АТАКУЛОВ Д. О.	Доктор медицинских наук, профессор, завуч кафедры детской хирургии Самаркандского медицинского института. E-mail: gospitalbolaxir.km@mail.ru. Тел.: +9 (989) 02-50-11-91.
ЮСУПОВ Ш. А.	Заведующий кафедрой детской хирургии, проректор Самаркандского государственного медицинского института, доцент. E-mail: shuchrat_66@mail.ru. Тел.: +9 (989) 15-48-16-13.