

ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Калинина Ю.А., Арестова С.В., Мельцин И.И.

Оренбургский государственный медицинский университет

Неудовлетворенность первичными и отдаленными результатами хирургического лечения аноректальных аномалий явилась поводом для широкого обсуждения и принятия новых алгоритмов лечения. Итогом этого явились клинические рекомендации по лечению аноректальных мальформаций, составленные ведущими колопроктологами России.

Цель работы: оценить результаты как первичные, так и отдаленные (3–5 лет) лечения атрезии прямой кишки.

Материалы и методы. Проанализированы материалы лечения 54 детей за последние 5 лет, у которых в 42 случаях имелась атрезия прямой кишки без свищей, а у 12 новорожденных были выявлены свищи: у 4-х детей — вестибулярные свищи, а 8 новорожденных — промежностные.

Наиболее распространенными методами обследования у наших детей были ультразвуковое исследование (промежности, брюшной полости, забрюшинного пространства), инструментальное исследование (зондирование свищей и при необходимости, в последующем бужирование вестибулярных свищей). В 4-х случаях детям была проведена экскреторная урография. Все дети были оперированы в три этапа. 50 детям была выполнена превентивная раздельная сигмостома на нижнее колено кишки в первые два дня жизни. 4 детям, имеющим вестибулярные свищи, сигмостома выполнялась отсрочено (в среднем в 3–4-х месячном возрасте) и предшествовало радикальной операции. Радикальная операция была выполнена в возрасте 3–4 мес. у 50 детей, при этом заднесагитальным доступом была низведена кишка у 47 детей, а у 3 детей помимо промежностного доступа потребовался и брюшной этап. Двум девочкам с вестибулярным свищем наложение колостомы, произведено в 3-х месячном возрасте, а у 2-х — колостома была наложена в 4-х месячном возрасте. Радикальная операция по низведению прямой кишки и ликвидации вестибулярного свища им были выполнены в шестимесячном возрасте. Третий этап лечения заключался в закрытии колостомы и реабилитационных мероприятиях и был выполнен всем детям через 2–3 месяца после радикальной операции.

Результаты. летальных исходов не было. Имелись осложнения в виде частичного расхождения кожноанального анастомоза у 3х детей, в раннем периоде у 8 детей путем бужирования удалось предотвратить стенозирование ануса. В двух случаях имелась ранняя спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая лапаротомии и ликвидации спаек.

Функциональные результаты хорошими были у 46 детей, удовлетворительными у 8 детей, неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. Трехэтапная тактика хирургического лечения в сочетании с заднесагитальным доступом является условием улучшения результатов лечения.