

# ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ Н-ТИП ФОРМ СВИЩЕЙ С НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННЫМ АНАЛЬНЫМ КАНАЛОМ У ДЕТЕЙ

Варда И.Ф.- к.м.н., доцент, Никуленков А.В.- врач-хирург

*Кафедра детской хирургии БелМАПО. МОДКБ, Минск. Беларусь,  
warda2004@mail.ru*

The H-type fistula between the anorectum and genital or urinary tract with a normal anus is a rare entity of anorectal pathology in children. Treatment of this pathology often becomes complicated because of recanalization and recurrence of the fistula. The author describes his experience in the treatment of this pathology by using artificial material (Gortex) or fascia lata.

Key words: Anorectal malformation, congenital H-type fistula

**Введение.** Ректовагинальные и ректоуретральные свищи при нормально сформированном анальном канале у детей (Н-формы свищей) являются редкой формой патологии аноректальной области. Она может иметь как врожденное, так и приобретенное происхождение. По данным некоторых авторов, врожденная патология из них составляет около 7% всех аномалий развития аноректальной области у детей [1, 2, 3].

**Актуальность.** Трудность и частые рецидивы при лечении Н-формы свищей обуславливают актуальность этой проблемы.

**Материалы.** Под нашим наблюдением за период 1999 – 2010 гг. находилось на лечении 12 больных в возрасте 4 – 15 лет с Н-формой свищами различной локализации и происхождения. Среди них 7 детей с врожденной патологией и 5 детей – с приобретенной. Дети с врожденной патологией были: 2 девочки с ректовестибулярными, 3 девочки с ректовагинальными и 2 мальчика с ректоуретральными свищами и нормально сформированными анальными каналами. У этих детей часть жидких каловых масс выделялась через влагалище или уретру, и у них имели место хронический вульвит или цистит. У 5 детей с приобретенной патологией свищи образовались в результате различных травм. У одной девочки ректовагинальный свищ образовался после выполнения реконструктивных операций по поводу разрыва промежности из-за изнасилования, у другой – из-за введения инородного тела в прямую кишку. У 3-х мальчиков ректоуретральные свищи образовались после выполнения радикальных операций по поводу высокой формы атрезии прямой кишки с ректоуретральным свищом. У этих детей, как правило, свищи проходили через сформированный цилиндр и открывались на промежность в области созданного анального отверстия.

Одна девочка с врожденным свищом была дважды оперирована по поводу рецидива свища. Одной больной с посттравматическим свищом с выраженной деформацией промежности были выполнены три реконст-

руктивных операции по ликвидации свища. Один мальчик с рецидивом свища после операции Рамуальди был оперирован четырежды.

**Методы и обсуждение.** Диагностика Н-формы свищей у мальчиков и у девочек несложна. В зависимости от размера и локализации свища, симптоматика этого заболевания может быть разной: от минимальных проявлений до выраженных.

При широких свищах частым проявлением является выделение газов и кишечного содержимого через анальный канал и выходное отверстие свища на промежности, во влагалище или через мочеиспускательный канал. У детей с врожденными формами отмечается самостоятельное отхождение мекония или каловых масс из анальной области и области влагалища или с мочой у мальчиков [2, 3].

Наличие кишечного содержимого при поиске выходного отверстия свища в преддверии влагалища указывает на Н-тип формы заболевания со свищом в вестибулярном отделе влагалища. Отсутствие выходного отверстия в преддверии влагалища с продолжением поступления каловых масс или газов из влагалища указывает на более сложную форму заболевания. Выходное отверстие свища при этом будет расположено выше девственной плевы.

Узкие свищи у девочек (врожденные или приобретенные) характеризуются, кроме выделения газов из влагалища, постоянной инфекцией в области влагалища с гнойными выделениями, частыми обострениями гнойного процесса со стороны половых органов и мочевыводящих путей и образованием абсцессов в области промежности. После вскрытия этих абсцессов раны, как правило, долго не заживают, и при этом формируется активный свищевой канал.

Узкие свищи у мальчиков, кроме выделения газов из уретры, характеризуются хроническим рецидивирующим воспалительным процессом мочевыводящих путей, иногда возникает пиелонефрит. Симптоматика этих свищей к тому же вызывает физический дискомфорт у ребенка и часто сопровождается эмоциональным стрессом [2, 3].

Всем больным производилось оперативное лечение. Оно выполнялось многоэтапно. Первый этап был формированием сигмостомы. Второй – ликвидацией свища. Третий – закрытием сигмостомы. Ликвидация свища выполнялась путем разделения стенок влагалища и прямой кишки у девочек, а у мальчиков разделения стенок уретры и прямой кишки с ушиванием свищевого отверстия в стенке влагалища или уретры и прямой кишки по отдельности. С целью профилактики реканализации свища подшивали заплату из гортекса или широкой фасции бедра между стенкой прямой кишки и влагалища или уретры. Детям с посттравматическими свищами дополнительно выполнялась реконструкция элементов средней порции наружного сфинктера местными тканями.

У всех больных раны заживали первичным натяжением. Рецидива свищей не было.

**Выводы:** В клинической практике для лечения данного заболева-

ния применяются различные хирургические методы. Однако главным осложнением в послеоперационном периоде является реканализация и рецидив свища. Мобилизация и разделение стенок прямой кишки и влагалища или уретры с ушиванием свищевых отверстий по отдельности и пластикой заплатой из гортекса или широкой фасцией бедра позволяет избежать этого осложнения и сохранить анатомическое соотношение структур данной области. Сфинктеропластика при травмах промежности является важным элементом реконструктивных операций на этой зоне. Это необходимо для нормального функционирования запирающего аппарата прямой кишки. Кроме того, превентивная колостомия является принципиальным тактическим лечебным элементом при выполнении сложных операций на органах малого таза и промежности.

#### **Список литературы:**

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. – 2-е изд., – М.: Мед. информ. агенство, 2006. – 432 с.
2. Rintala R.J., Mildh L. H-type anorectal malformations: incidence and clinical characteristics // J Pediatric Surg. – 1996. vol. 31. – p. 559 – 562.
3. Yazici M., Etensel B. Congenital H-type anovestibular fistula // World J Gastroenterol. – 2003. vol. 9. N 4 – p. 881 – 882.

## **ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Верин В.М. – заведующий хирургическим отделением для детей,  
Зайцев Д.В. – главный врач УЗ «МОДКБ», Воронцовская О.Р. –  
заведующий ОЛД**

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск,  
Беларусь, modkb@inbox.ru*

**Введение.** Функциональная и морфологическая незрелость лимфатического аппарата ребенка обуславливает частоту лимфаденитов у детей в возрасте от 1 года до 3 лет с поражением преимущественно верхнечелюстной и подчелюстной областей. Различают последовательное развитие острого воспалительного процесса в лимфоузлах: серозное, гнойное и абсцедирование. Два последних требуют оперативного лечения. Необходимо помнить, что наибольшую группу после серозного лимфаденита составляет гиперплазия лимфоузла. Это состояние возникает, когда при попадании инфекции в лимфоузел в нем происходит увеличение количества зрелых клеток лимфоидного ряда, а не его воспаление. То есть, развивается рабочая гипертрофия лимфоузла, что обеспечивает выполнение им барьерной функции. При воспалении лимфоузел не только увеличивается, пальпация становится болезненной, появляется