

Пиелозктазии новорожденных детей. // Материалы конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва 19-22 октября 2010 г., с. 261.

2. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б. и др. Реализация антенатального гидронефроза // Материалы конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва 21-23 октября 2008 г., с. 441-442.

3. Педиатрия (под редакцией Р.Е Бергмана, В.К.Вогана) книга 5. Москва, «Медицина», 1988, 511 с.

4. Хлебовец Н.И., Парамонова Н.С. Клиника и диагностика заболеваний мочевой системы у детей. Гродно. ГрГМУ, 2009, 128 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАДНЕЙ САГИТТАЛЬНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ (ЗСПП) В ХИРУРГИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И. – д.м.н., зав. каф. детской хирургии

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь*

Abstract. In article are submitted the results of treatment 19 children with anorectal disorders with use a new method of operative correction posterior sagittal anorectoplasty (operation Penia).

Key words: anorectal disorders, children, posterior sagittal anorectoplasty.

Введение. Пороки развития дистального отдела толстой кишки включают в себя ректальную форму болезни Гиршспрунга и различные варианты ано-ректальных атрезий. Некоторые из этих форм несовместимы с жизнью без экстренной операции [2]. Лечение данной патологии является одной из сложнейших проблем, стоящих перед детскими хирургами. Неудовлетворительные функциональные результаты после хирургического лечения аноректальных пороков у детей достигают 50% [1, 4]. Наиболее тяжелыми нарушениями функции прямой кишки и запирающего аппарата является недержание кала.

В 1982 году de Vries и Penia [3] предложили задний сагиттальный доступ для хирургического лечения аноректальных пороков развития у детей, позволяющий значительно улучшить результаты лечения. Данный доступ позволяет оптимально визуализировать структуры тазового дна, выполнить оперативное вмешательство без вскрытия брюшной полости и корригировать любую форму аноректальных пороков.

Материалы и методы исследований. За период последних 10 лет в клинике детской хирургии ГГМУ г. Гродно проведено хирургическое лечение 31 ребенка с врожденными пороками развития дистального отдела толстой кишки, используя задний сагиттальный доступ. Из них 11 детей составили группу с ректальной и ректо-сигмоидной формой болезни Гиршспрунга и 20 детей – с различными вариантами атрезии анального отверстия и прямой кишки.

В 1-й группе – 7 больных с атрезией заднего прохода и прямой кишки (без свищевая форма) и во 2-й - 4 больных (свищевая форма) в периоде новорожденности выполнена отдельная колостомия на нисходящий отдел толстой кишки. Второй этап операции осуществлен в возрасте от 6 мес. до 2, 5 лет.

В 3-й группе – 8 больных с болезнью Гиршспрунга (ректальная форма) предварительно разгрузочная колостомия не выполнялась, благодаря разработанной и внедренной в клинике методике предоперационной подготовки кишки. Операция выполнялась в возрасте от 3 до 12 лет.

Всем больным выполнена аноректопластика, ректомиосфинктеротомия и резекция дистального отдела толстой кишки из заднего сагиттального доступа по Пену. Оценка результатов лечения производилась по балльной шкале Kelly'ego [5], в которой учитывались три критерия: частота стула, каломазание и тонус наружного сфинктера при пальцевом исследовании. Результаты диагностики расценивались как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

Результаты исследования и их обсуждение. В 1-й группе больных (без свищевая форма) у одного ребенка имелось сочетание порока со спинномозговой грыжей и гидроцефалией. Во 2-й группе больных с атрезией заднего прохода и прямой кишки (свищевая форма) встречались следующие виды порока: с ректовестибулярным свищем – 8; с ректовагинальным – 1; с ректовезикальным – 2. В эту группу включен 1 больной с ректопромежностным свищем и 1 больная, которой выполнялась операция Пена в возрасте 2 месяцев по поводу атрезии заднего прохода с ректовестибулярным свищем.

У 9 больных с атрезией заднего прохода и прямой кишки и у 8 больных с болезнью Гиршспрунга, колостомия не производилась, а применялась ускоренная подготовка кишечника к операции. Сущность методики заключалась в интрагастральном капельном введении солевых растворов (ацесоль, трисоль), которые в течение 3-4 часов приводили к очистке кишечника до "чистых вод". Одновременно проводилась инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов. Объемы вводимых жидкостей (интрагастрально и внутривенно) определялись по специальной таблице. У детей старшего возраста энтерально назначался препарат "Фортранс".

Результат лечения в 1-й и во 2-й группах расценен как удовлетворительный у одной больной, у которой наблюдалось нагноение после-

операционной раны и развитие рубцовой стриктуры заднего прохода с каломазанием. Неудовлетворительный результат наблюдался у больной, оперированной в возрасте 2 месяцев по поводу атрезии заднего прохода с ректовестибулярным свищем и после реоперации в возрасте 6 лет.

У 8 больных с болезнью Гиршспрунга (ректальная форма) с использованием заднего сагиттального доступа выполнялась ректомиосфинктеротомия и у 3-х больных –резекция дистального отдела толстой кишки.. Оперативное лечение проведено после установления диагноза 10 больным. У 1 мальчика после операции Соаве-Балея-Кривчени сохранялись запоры, через 1 год выполнена заднесагиттальная ректомиосфинктеротомия. В послеоперационном периоде у 1 больного образовалась подкопчиковая гематома, и у 1 больного – расхождение краев анастомоза. Осложнения устранены консервативным путем. Результат лечения в этой группе: хороший – 8 больных, удовлетворительный – 3 больных.

Выводы. Задний сагиттальный доступ позволяет визуализировать этап низведения кишки, имеющегося соустья между прямой кишкой и мочеполовой системой, избежать «слепого» этапа низведения прямой кишки и формирования заднего прохода. Благодаря внедрению заднего сагиттального доступа стало возможным выполнение ректомиосфинктеротомии и резекции дистального отдела толстой кишки у больных с болезнью Гиршспрунга и аноректопластики при атрезии анального отверстия и прямой кишки с хорошими результатами.

Список литературы:

1. Ковальчук В.И., Шейбак В.М. Задний сагиттальный доступ в лечении пороков развития дистального отдела толстой кишки у детей // Проблемы детской хирургии нового века. Материалы Международной научно-практической конференции (18-20 октября 2001г.).- Гродно, 2001.- С.102-104.
2. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология. – М.: Медицина, 1990. – 254 с.
3. de Vries P., Penia A.: Posterior Sagittal Anorectoplasty. // J. Pediatr. Surg., 1982, 5, 638.
4. J. Niedzielski. Wyniki leczenia chirurgicznego wad wrodzonych odbytu i odbytnicy z dostępu tylnego strzalkowego // IX zjazd PTChD Krakow 18-21 wrzesien 1996 .- Warszawa, 1996. – P. 392 – 394.
5. Kelly J.: The clinical and radiological assessment of anal continence in childhood. Aust N J Surg, 1972. 42. 62