

Ю. В. Путик, А. Д. Ачинович
СРАВНЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ ЗАДНЕСАГИТТАЛЬНОЙ И
САКРОБРЮШНОПРОМЕЖНОСТНОЙ ПРОКТОПЛАСТИК ПРИ
ВЫСОКОЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ю. Г. Дегтярёв

Кафедра детской хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

РНПЦ «Детской хирургии», г. Минск

Резюме. В статье приведены результаты сравнения лечения детей с высокими аноректальными мальформациями методами задней сагиттальной аноректопластики по Pena и сакробрюшнопромежностной проктопластики.

Ключевые слова: атрезия прямой кишки, заднесагиттальная проктопластика, сакробрюшнопромежностная проктопластика.

Resume. The results of the comparison of treatment of children with high anorectal malformations methods posterior sagittal anorektoplastik of Pena and sakro-abdomino-perineoproctoplastyk.

Keywords: rectal atresia, posterior sagittal anorektoplastik, sakro-abdomino-perineoproctoplastyk

Актуальность. Атрезия прямой кишки – наиболее часто встречаемый врождённый порок развития прямой кишки. Частота встречаемости – 1:5000 новорождённых. Соотношение М:Ж – 2:1. Без оказания хирургической помощи новорожденные с полной формой атрезии заднего прохода и прямой кишки погибают в течение 4-6 дней. До настоящего времени сохраняется высокий процент летальности (от 11% до 60%) при хирургическом лечении атрезии прямой кишки.

Цель: сравнить результаты лечения детей с высокими аноректальными атрезиями методами заднесагиттальной и сакробрюшнопромежностной проктопластик.

Задачи:

1. Изучить результаты лечения детей с высокими аноректальными атрезиями

методами заднесагиттальной и сакробрюшнопромежностной проктопластик.

2. Провести количественное и качественное сравнение результатов лечения детей с высокими аноректальными атрезиями методами заднесагиттальной и сакробрюшнопромежностной проктопластик.

Материал и методы. Для сравнения были исследованы 15 случаев высоких аноректальных атрезий. Всем в неонатальном периоде была проведена колостомия. Среди пациентов было 9 мальчиков с ректопростатическим уретральным свищом, 5 с ректобульбарным уретральным свищом, 1 с ректовезикальным свищом. 10 пациентам была выполнена сакробрюшнопромежностная проктопластика и 5 – заднесагиттальная проктопластика.

Результаты и их обсуждение. Чтобы сравнить операций заднесагиттальной и сакробрюшнопромежностной проктопластик, были исследованы 15 случаев высоких аноректальных атрезий. Всем в неонатальном периоде была проведена колостомия. Среди пациентов было 9 мальчиков с ректопростатическим уретральным свищом, 5 с ректобульбарным уретральным свищом, 1 с ректовезикальным свищом. 10 пациентам была выполнена сакробрюшнопромежностная проктопластика и 5 – заднесагиттальная проктопластика.

В разный период времени преобладали определённые операции проктопластик при ректоуретральных свищах(таблица 1).

Таблица 1. Оперативные вмешательства при ректоуретральных свищах

	1970-1985 гг.	1986-2000 гг.	2000-2014 гг.
СБПП	23	19	9
ЗСПП	-	-	24
БППП	12	8	4
ЛАПП	-	-	3

Тем самым наблюдается тенденция к увеличению количества заднесагиттальных проктопластик в течение 2000-2014 гг.

После анализа историй болезни было проведено сравнение результатов лечения детей с высокими аноректальными мальформациями методами задней сагиттальной аноректопластики по Рена и сакробрюшнопромежностной проктопластики (таблица 2).

Таблица 2. Сравнение СБПП и ЗСПП

		СБПП	ЗСПП
Осложнения	урологические	70 %	5 %
Назначение АБ		12-14 дней	5-7 дней
Возраст на момент операции (лет)		1,9	1,2
Время операции		4,5	2,0
Время послеоперационного пребывания в ОИТиР и стационаре		5,5	1,8

Отдаленные результаты	запор	-	20 %
	недержание	80%	-

Таким образом, существенно заметно преимущество заднесагиттальной проктопластики над сакробрюшнопромежностной проктопластикой: меньшее количество осложнений в послеоперационном периоде и лучшее восстановление анатомии в отдаленном периоде, а также отсутствие длительной терапии после операции и меньшее время пребывания в стационаре. В 20 % случаях после заднесагиттальных проктопластик возникают запоры, что будет преимуществом над недержанием в 80 % случаев после проведения сакробрюшнопромежностных проктопластик.

Также был сделан анализ ранних и поздних осложнений (таблица 3).

Таблица 3. Ранние и поздние осложнения

	СБПП	ЗСПП
Непроходимость	5	-
Перитонит	2	-
Параректальные свищи	5	-
Избыток слизистой	6	7
Стеноз	3	-

При проведении заднесагиттальной аноректопластики единственным осложнением будет избыток слизистой, в то время, как при применении сакробрюшнопромежностной проктопластики, будет наблюдаться ряд других осложнений, в том числе и избыток слизистой.

Выводы:

1. Наблюдается тенденция к увеличению количества заднесагиттальных проктопластик в течение 2000-2014 гг.
2. Меньшее количество осложнений в послеоперационном периоде и лучшее восстановление анатомии в отдалённом периоде при проведении заднесагиттальной проктопластики.
3. Меньшая длительность антибиотикотерапии после проведения заднесагиттальной проктопластики.
4. Заднесагиттальную аноректоктопластику можно проводить в более раннем возрасте.
5. В 2 раза меньше времени на проведение операции, а также послеоперационного пребывания в ОИТиР и стационаре после заднесагиттальной проктопластики.

Y. V. Putik, A. D. Achinovich

COMPARING OPERATIONS METHODS POSTERIOR SAGITTAL ANOREKTOPLASTIK OF PENA AND SAKRO-ABDOMINO-

PERINEOPROCTOPLASTYK AT HIGH ANORECTAL ATRESIA

Tutor Associate professor Y. G. Degtiarev

*Department of Pediatric Surgery,
Belarusian State Medical University, Minsk
RSPC " Pediatric Surgery", Minsk*

Репозиторий БГМУ

69-я научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

Литература

1. Bischoff A, Levitt MA, Pena A. Update on the management of anorectal malformations // *Pediatr Surg Int* . –2013; Vol. 29: 899-9042.
2. Bliss D. P., Tapper D., Anderson J. M. et al. Does posterosagittal anorectoplasty in patients with high imperforate anus provide superior fecal continence // *J. Pediatr. Surg.* – 1996. – Vol. 31. – P. 26-32
3. Davies MC, Creighton SM, Wilcox DT. Long-term outcomes of anorectal malformations. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 567-57210.