

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ АНОКОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Фофанов В.А., Фофанов А.Д., Дидух И.Н.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Ивано-Франковск, Украина

ofofanov@ukr.net

Работа посвящена изучению осложнений и функциональных результатов при лечении врожденной аноколоректальной патологии у детей (болезни Гиршпрунга и аноректальных мальформаций). Установлены две наиболее распространенных группы осложнений: первая - осложнения, проявляющиеся симптомами обструкции аноректальной зоны (стеноз колоректального анастомоза, нарушение моторики толстой кишки, рецидив болезни Гиршпрунга); вторая - нарушение замыкательного аппарата прямой кишки (анальная инконтиненция).

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга, аноректальные мальформации, осложнения, функциональные результаты, дети.

COMPLICATIONS OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL ANOCOLORECTAL PATHOLOGY IN CHILDREN

Fofanov V.A., Fofanov A.D., Didukh I.N.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Ivano-Frankivsk, Ukraine

The work is devoted to the study of complications and functional results in the treatment of congenital anocolorectal pathology in children (Hirschsprung's disease and anorectal malformations). The two most common groups of complications have been established: first, complications manifested by symptoms of obstruction of the anorectal zone (stenosis of the colorectal anastomosis, impaired motility of the colon, relapse of Hirschsprung's disease); the second is a violation of the closure apparatus of the rectum (anal incontinence).

Key words: Hirschsprung's disease, anorectal malformations, complications, functional results, children.

Одними из самых распространенных врожденных пороков, которые сопровождаются обструкцией дистальных отделов пищеварительного тракта у детей, являются болезнь Гиршпрунга (БГ) и аноректальные мальформации (АРМ). Хирургическое лечение данной патологии достаточно сложное, во многих случаях является многоэтапным, сопровождается большим количеством ранних и поздних осложнений. Летальность при этой патологии удалось существенно снизить, в специализированных клиниках выживаемость приближается к 100%. Однако, несмотря на развитие малоинвазивной хирургии и совершенствование хирургического лечения за последние десятилетия, функциональные результаты операций не всегда удовлетворяют хирургов. У 5-35% больных наблюдаются осложнения, которые требуют длительного лечения, повторных реконструктивных операций, приводят к существенному снижению качества жизни пациентов [1, 2, 3]. Многие авторы указывают на то, что наиболее распространенными проблемами после операций при обеих

патологиях остаются послеоперационные запоры и недержание кала, которые в различной степени наблюдаются у большинства детей [4, 5].

Целью работы было установление причин осложнений реконструктивных операций при БГ и АРМ у детей и определение оптимальной диагностической и лечебной тактики.

Проведено обследование и анализ медицинской документации 60 детей в возрасте от 1 суток до 14 лет, оперированных в клинике детской хирургии Ивано-Франковского национального медицинского университета по поводу БГ и АРМ в течение последних 10 лет. Все дети выжили. Среди них 38 детей прооперированы по поводу БГ (соотношение девочек и мальчиков 1: 4,4) и 22 ребенка по поводу АРМ (соотношение девочек и мальчиков 1: 1). Среди детей с БГ наиболее часто наблюдали ректосигмоидную форму (52,6% детей), у 8 больных (21,05%) - ректальную, у 8 - субтотальную, у двоих детей (5,3%) - тотальную форму.

Среди детей с АРМ наиболее часто наблюдали аноректальную агенезию (20 детей, 90,9%). У 4 из них была высокая (надлеваторная) агенезия, у 16 – интра- или сублеваторная. У 15 больных (75,0%) были свищевые формы агенезии, у 5 - безсвищевые. У двоих детей были врожденные изолированные свищи (ректовагинальный и ректовестибулярный).

Характер хирургического вмешательства зависел от вида порока и наличия дооперационных осложнений. Детям с низкими формами АРМ (6 больных) проведена первичная реконструктивная операция - задняя сагиттальная аноректопластика (ЗСАРП), детям с высокими и средними формами проведены 3-этапные хирургические вмешательства: первым этапом была колостомия, вторым - ЗСАРП, третьим - закрытие колостомы.

У 23 детей (60,5%) с БГ выполнены первичные радикальные операции - резекция аганглионарной зоны с колоанальным анастомозом, у 15 детей (39,5%) первым этапом хирургической коррекции была колостомия. Показаниями к наложению стомы были дооперационные осложнения: obturационная кишечная непроходимость, перитонит, Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит (ГАЭК), а также тяжелые метаболические нарушения у детей и тяжелое общее состояние. 18 больным (47,4%) проведена операция трансанального низведения (ТЕРТ) без лапароскопической ассистенции, из них у 5 детей операция проведена вместе с закрытием стомы. 20 больных (52,6%) были оперированы по методу Soave с первичным колоанальным анастомозом.

Осложнения после хирургического лечения БГ возникли у 8 больных (21,05%): спаечная кишечная непроходимость (СКН) у 4 детей, рубцовый стеноз колоректального анастомоза у 3 детей (у 2 детей он был обусловлен недостаточной резекцией при первичной операции), послеоперационный ГАЭК у 2 больных, недостаточность анальных сфинктеров у одного больного и у одного ребенка – тазовый абсцесс (у некоторых детей наблюдались более одного осложнения). Послеоперационные осложнения наблюдали у 5 детей с АРМ (22,7%) на разных этапах хирургической коррекции: пролапс прямой кишки у 2 детей, по одному случаю - недостаточность анального сфинктера, рецидив ректовагинального свища, недостаточность межкишечного анастомоза,

СКН, расхождение швов промежности. У некоторых детей наблюдали несколько осложнений.

Отдаленные функциональные результаты лечения изучены у 52 оперированных детей (86,7%) за период от 6 месяцев до 9 лет. Установлено, что у большинства детей функции толстокишечного транзита и удержания кала и газов были удовлетворительные. Однако у 15 детей с БГ выявлены послеоперационные запоры разной степени тяжести, у 7 детей – анальная инконтиненция (АИ) I-III степени. Среди детей, оперированных по поводу АРМ, АИ разной степени наблюдалась у 10 больных, запоры – у 6 больных. Следует отметить, что у 8 больных с БГ и АРМ наблюдалась псевдоинконтиненция, недержание кала у этих детей было на фоне запоров.

Для лечения послеоперационной АИ в клинике применяли программу управления кишечником (Bowel Management Program) [6], которая включала специальную диету с высоким содержанием волокон и клетчатки, программу клизм (ретроградных либо антеградных через апендикостому по Malone), медикаментозное лечение (противопоносные либо поносные стимуляторные препараты), физиотерапию. 10 больным для лечения АИ применяли малоинвазивное вмешательство – подслизистую имплантацию объемообразующего геля в анальный канал по собственной методике. Положительный результат отмечен у 8 больных.

У больных с умеренно выраженным стенозом в ранние сроки после операции эффективным лечением было бужирование, при этом местно применяли кортикостероиды, Митомицин С. При выраженных и протяженных стенозах, а также при сроках больше 6 месяцев после операции консервативное лечение было неэффективным, выполняли хирургическое лечение.

Повторные реконструктивные операции были проведены 5 больным (8,3%), из них 2 детей с БГ и 3 - с АРМ. Показаниями к реоперации у двух больных с БГ был рубцовый стеноз анастомоза в связи с неэффективностью консервативного лечения. У обоих детей было проведено повторное низведение толстой кишки из заднесагиттального доступа, дополненного лапаротомией. Показаниями к реоперации у детей с АРМ были пролапс прямой кишки с недостаточностью сфинктеров (2 ребенка) и расхождение швов промежности (один больной). У двоих детей с АРМ было проведено иссечение избытка прямой кишки с повторной анопластикой, у одного ребенка проведена пластика промежности.

Выводы. Помимо общехирургических осложнений (нагноение раны, перитонит, спаечная кишечная непроходимость) установлены две наиболее распространенных группы осложнений реконструктивных операций при врожденной аноколоректальной патологии у детей: первая - осложнения, проявляющиеся симптомами обструкции аноректальной зоны (стеноз колоректального анастомоза, нарушение моторики толстой кишки, рецидив БГ); вторая - нарушение замыкательного аппарата прямой кишки (анальная инконтиненция). Анализируя отдаленные результаты лечения, отмечено, что при БГ преобладали осложнения, связанные с послеоперационной обструкцией толстой кишки. При АРМ преобладали осложнения, которые проявлялись анальной инконтиненцией. Установлено, что наиболее значимыми факторами

риска развития послеоперационных осложнений при БГ являются наличие дооперационного ГАЭК, большая длина аганглионарной зоны, поздняя диагностика и хирургическое вмешательство. Наиболее высокая частота осложнений у детей с АРМ наблюдалась при высоких формах пороков и у детей с сопутствующими пороками развития (особенно - с пороками мочевых путей). Большинство осложнений обусловлены техническими и тактическими ошибками во время первичного хирургического вмешательства. Спектр осложнений в значительной степени зависит от способа хирургической коррекции.

Список литературы

1. Long-term follow-up of anorectal malformation – how long is long term? / Bhojwani R., Ojha S., Gupta R., Doshi D. *Annals of Pediatric Surgery*. - 2018. - Vol. 14, Is. 3. - P. 111-115.
 2. Quality of life outcomes in children with Hirschsprung disease / L. Collins et al. *J. of Pediatric Surgery*. - 2017. - Vol. 52, Is. 10. - P. 1616-1620.
 3. Віддалені результати мініінвазивних методів лікування хвороби Гіршпрунга у дітей / Притула В. П., Сільченко М. І., Курташ О. О., Хуссейні С. Ф. *Хірургія дитячого віку*. - 2019. - № 1, т. 62. - С. 37-42.
 4. Guidelines for the management of postoperative soiling in children with Hirschsprung disease / P. Saadai et al. *Pediatric Surgery International*. - 2019. - Vol. 35, Is. 8. - P. 829-834.
 5. Guidelines for the management of postoperative obstructive symptoms in children with Hirschsprung disease / J. C. Langer et al. *Pediatric Surgery International*. - 2017. - Vol. 33, Is. 5. - P. 523–526.
- Bowel management program in patients with spina bifida / J. Schletker et al. *Pediatric Surgery International*. 2019. Vol. 35, Is. 2, P. 243–245.