

ПЕРВИЧНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

*Кандратьева О.В., Заполянский А.В., Аверин В.И., Коростелев О.Ю.
Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск,
Беларусь*

Введение. В связи с высокой частотой встречаемости аноректальных пороков развития (АПР) и неудовлетворительных результатах в послеоперационном периоде, проблема лечения данного порока остается весьма актуальной. АПР встречаются с частотой 1 на 4000 - 5000 новорожденных, чаще у мальчиков. Несмотря на то, что впервые порок развития ануса описан еще в VII веке, до сих пор нет единой тактики в методах обследования, оптимальных сроках и видах оперативного лечения, тактики послеоперационного ведения и реабилитации.

Задачей оперативного лечения является низведение прямой кишки в центр мышечного комплекса для обеспечения нормальной функции прямой кишки. Многие авторы вне зависимости от формы порока выполняют лечение в три этапа. Однако предложенный Alberto Pena заднесагиттальный доступ революционным образом поменял взгляды на хирургические принципы коррекции: он позволяет четко визуализировать анатомию промежности, а диссекция в строго сагиттальной плоскости минимально травматична в отношении повреждения нервных сплетений прямой кишки и органов малого таза. Преимущества доступа предоставляют уникальную возможность выполнять одноэтапную коррекцию некоторых форм АПР в период новорожденности. Это и явилось предметом нашего исследования.

Цель исследования – определить эффективность, преимущества и показания к первичной минимальной заднесагиттальной проктопластике у детей с АПР.

Материал и методы.

За период с 2015 по 2022 гг. в РНПЦ детской хирургии оперировано 43 пациента детского возраста (13 мальчиков и 30 девочек) с низкими формами АПР: 39 пациентов с промежностным свищом и 4 с атрезией ануса без свища. Масса тела на момент операции составила 3579 ± 90 г (минимальная 1980 г, максимальная 7090 г). Минимальный возраст на момент операции составил 1 сутки, максимальный - 6 месяцев.

Первичная проктопластика выполнялась после комплексного диагностического скрининга (общеклинические анализы, УЗИ, рентгенография, эхокардиография, ирригоскопия), исключения сопутствующей патологии и тщательной подготовки толстой кишки при наличии свища. Оценивались ранние и отдаленные (до 1 года) результаты лечения с акцентом на косметический и функциональный результаты.

Результаты и обсуждение.

При УЗИ исследовании плода признаки АПР можно обнаружить лишь у 10-20% плодов в третьем триместре беременности, а основным методом диагностики АПР у новорожденных являлся осмотр промежности.

При наличии промежностной фистулы прямая кишка практически полностью расположена в пределах сфинктерного аппарата, за исключением самой дистальной части, которая смещена кпереди и находится вне его центра. Все пациенты с ректо-промежностным свищом обследованы с применением электростимулятора. Патогномичным симптомом промежностной фистулы является симптом «ведерной ручки» (отмечался у 18 пациентов), а у мальчиков свищ может открываться не только на промежности, но и идти подкожно вдоль срединного шва мошонки и полового члена.

Ключевым методом диагностики атрезии без свища являлось рентгенологическое исследование в положении на животе с приподнятым тазом (prone-position). Диагноз подтверждался при расстоянии от слепо заканчивающегося баллона прямой кишки до кожи менее 10 мм. Необходимо отметить, что инвертограмму проводили не ранее, чем через 18-24 часов после рождения ребенка (снимки, выполненные в более ранние сроки, могут создать ложное впечатление о высокой атрезии прямой кишки и диктовать необходимость колостомии).

Таким образом, показаниями к выполнению первичной минимальной заднесагиттальной проктопластики явились: промежностный свищ и атрезия ануса без свища с расстоянием от слепого мешка прямой кишки до кожной метки менее 10 мм, стабильное общее состояние ребенка, отсутствие сопутствующих тяжелых пороков развития.

Важным этапом перед операцией при наличии промежностной фистулы является тщательная подготовка толстой кишки, которая заключается в выполнении сифонных клизм, чтобы исключить самостоятельный стул в течение 5-7 дней после хирургического вмешательства для создания оптимальных условий для первичного заживления раны.

Техника операции. Пациент находится в положении на животе с приподнятым тазом. Использование электростимулятора позволяет точно определить расположение центра наружного сфинктера. Выполняют заднесагиттальный доступ протяженностью 2-3 см, который включает кожу, подкожную клетчатку, парасагиттальные мышечные волокна и мышечный комплекс. Заднюю стенку прямой кишки определяют по характерному белесоватому цвету. Следующим важным этапом операции является диссекция прямой кишки от уретры и влагалища, что представляет собой наиболее деликатную, прецизионную часть вмешательства.

После мобилизации прямой кишки при помощи электростимулятора определяются точные границы наружного сфинктера, мышечного комплекса и парасагиттальных мышц. Это позволяет четко позиционировать кишку в центре мышечного аппарата и восстановить правильные анатомические

взаимоотношения элементов промежности. Заключительным этапом операции является выполнение анопластики по методике А. Pena с наложением множественных узловых швов (монофиламентная нить, 5/0) и тщательной адаптацией кожно-слизистого перехода. У 20 пациентов на линию швов промежности дополнительно наносился медицинский клей Indermil для защиты послеоперационной раны и уменьшения необходимости в частых перевязках.

По нашим данным, средняя длительность операции составила 110 ± 8 мин (минимальное 65 мин, максимальное 180 мин). Интраоперационных осложнений не было. Объем кровопотери составил не более 5 мл. В послеоперационном периоде пациенты находились на полном парентеральном питании в течение 5-7 дней, получали антибиотики широкого спектра действия, мочевого катетер сохраняли в течение 5-7 дней. Всем детям выполнялось плановое бужирование анального канала через 2 недели после проктопластики.

Осложнения. Раневая инфекция с несостоятельностью раны промежности возникла у 4/43 (9,3%) пациентов, что потребовало наложения защитной колостомы. Несмотря на вторичное заживление раны, наблюдался хороший косметический и функциональный результат лечения. Операцию по закрытию колостомы выполняли после окончания бужирования ануса.

Контрольные осмотры пациентов проводились через 3, 6 и 12 месяцев после операции с оценкой функциональных и косметических результатов. В 95,4% (41 пациент) родители жалоб не предъявляли и были полностью удовлетворены результатом лечения – частота дефекаций у оперированных детей соответствовала возрастной норме, каломазание отсутствовало. У двух пациентов (4,5%) отмечались жалобы на наличие запоров и необходимость выполнения очистительных клизм. При осмотре промежности и стимуляции наружного сфинктера в 100% отмечено точное расположение прямой кишки в центре сфинктерного аппарата. Особенности строения мягких тканей новорожденных и заживление раны первичным натяжением делало практически невозможным различить послеоперационный рубец на коже промежности.

Выводы.

1. Минимальная заднесагиттальная проктопластика у детей с низкими формами АПР является операцией выбора: позволяет четко визуализировать элементы сфинктерного аппарата и выполнить анатомическую реконструкцию промежности.

2. Одномоментная радикальная коррекция АПР сокращает сроки лечения и реабилитации пациентов за счет отсутствия периода носительства колостомы и связанных с этим коморбидностью и экономическими затратами.

3. Первичная проктопластика позволяет в максимально ранние сроки восстановить пассаж по прямой кишке, что представляет собой неоспоримые преимущества в достижении приобретенной локальной чувствительности аноректальной зоны и улучшении функциональных результатов лечения.