

ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Концепция хирургического лечения ВПР АРО, базирующаяся на знаниях анатомии и физиологии неоднократно пересматривалась. Менялось представление о методике хирургического лечения, приводящей к лучшим анатомо-функциональным результатам, облегчающим социальную адаптацию пациентов и предотвращающие инвалидность. В XX веке был достигнут значительный прогресс в изучении анатомии и как следствие в хирургии пороков аноректальной области. Изучены результаты лечения 98 девочек с вестибулярными свищами, находившимися на лечении в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска с 1970 по 2014 гг. Учитывая частоту послеоперационных осложнений, полученные функциональные результаты, современные тенденции развития колопроктологии предпочтительно при лечении ректовестибулярных свищей выполнение заднесагитальной проктопластики с предварительно выполненной колостомией.

Ключевые слова: врожденные дефекты, аноректальные пороки, организация лечения, Детский хирургический центр.

Y. G. Dzehtsiarou

TREATMENT RECTOVESTIBULAR FISTULA IN CHILDREN

The concept of surgical treatment of anorectal malformations, based on knowledge of anatomy and physiology has repeatedly revised. It is changing the method of surgical treatment, leading to a better anatomical and functional results facilitate social adaptation of patients and prevent disability. In XX century, there has been significant progress in the study of anatomy and surgery. Results of the treatment 98 girls with vestibular fistula were treated at the DHC 1 Minsk City Clinical Hospital from 1970 to 2014. Given the frequency of postoperative complications, functional results obtained, modern trends coloproctology preferably for the treatment recto-vestibular fistula perform posterior sagittal anorectoplasty with preformed colostomy.

Key words: birth defects, anorectal malformation, the organization of treatment, Children's Surgical Centre.

В каждый период времени в соответствии с возможностями обследования и подходами к лечению существовали разные классификации. Традиционно считалось, что практическое значение имеет выделение двух видов аноректальных атрезий – без свищей и со свищами. Именно это подразделение определяло первоначальную хирургическую тактику. Во второй группе (со свищами), в свою очередь, выделяли аномалии с наружными и внутренними свищами. У девочек особым, наиболее часто диагностируемым видом мальформации с видимым анальным отверстием в области промежности является ректovesтибулярный свищ, который традиционно считается промежуточной аномалией.

Цель работы: Провести анализ методов диагностики, лечения, осложнений при лечении данной патологии, определить оптимальную операцию.

Материал и методы: изучены результаты лечения 98 девочек с вестибулярными свищами, находившимися на лечении в ДХЦ 1 ГKB г. Минска с 1970 по 2014 гг.

С вестибулярными свищами находились на лечении 84 девочки, которым выполнены 98 операций на промежности, что говорит о сложности порока и большом проценте повторных операций.

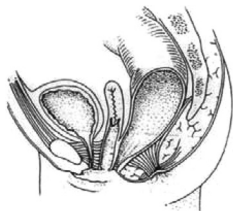


Рис. 1. Схема порока

На рисунке 1 представлена схема порока.

Анальное отверстие при этом варианте порока открывалось в задней уздечке преддверия, а уретра и влагалище имели нормальный вид. Свищевое отверстие в 15 (18%) трудно дифференцировалось, из-за небольших размеров. В первые дни жизни окрашивание вульвы меконием позволило поставить правильный диагноз в 16 (19%) случаях. Диагноз в данном типе аномалии подтверждался визуальным осмотром и зондированием анального отверстия. В 26 (30%) случаев эктопированный анус был почти того же размера, что и анус в норме. В литературе описаны случаи, когда девочки с вестибулярной эктопией благополучно выходили замуж, но потеря девственности не происходила, половая жизнь велась противоестественным образом, причем не осознанно обоими партнерами, и к гинекологу такие пары обращались с жалобой на бесплодие. Мы наблюдали в одном случае диагностику этого порока в возрасте 9 лет. Мама обратилась к гинекологу по поводу постоянных «плохих» анализов мочи. После осмотра гинеколога ребенок направлен в ДХЦ.

Ректovesтибулярный свищ является эктопированным анусом, в отличие от низких аномалий, поскольку дистальная часть анального канала не окружена мышцами наружного анального сфинктера. С другой стороны, проксимальная часть анального канала и дистальная часть прямой кишки имеют нормальное взаимоотношение с леваторами (т. е. мускулатурой анальных сфинктеров).

Ректovesтибулярные свищи, при которых терминальный конец кишки расположен полностью вне воронки сфинктера, можно относить к «промежуточным» аномалиям хотя многие детские хирурги рассматривают их как низкие пороки и соответственно колостомия не выполняется, выполняется одноэтапная операция. По мнению других авторов, данный порок целесообразнее оперировать «под прикрытием» колостомии [3]. По нашему мнению, учитывая, что кишка проходит вне сфинктера и леваторов, т. е. дистальная часть кишки находится полностью вне сфинктера, поэтому при этом варианте порока показана сигматомия.

В ДХЦ выполнялись различные типы операций: от в настоящее время кажущихся неоправданно объемных брюшнопромежностных проктопластик до простого рассечения и создания кожного лоскута, чтобы сделать анальное отверстие шириной достаточной для прохождения кала и разделить прямую кишку от мочеполювых путей. В табл. 1. представлены операции, которые выполнялись при лечении ректovesтибулярных свищей.

Таблица 1. Операции при вестибулярной эктопии

| | 1970–1985 | 1986–2000 | 2001–2014 |
|--|-----------|------------|------------|
| Сакробрюшнопромежностная проктопластика (СБПП) | 8 (36,4%) | 6 (20,7%) | – |
| Заднесагиттальная проктопластика (ЗСПП) | – | 3 (10,4%) | 15 (45,4%) |
| Операция Стоуна | – | 11 (37,9%) | 6 (18,2%) |
| Операция Соломона | 2 (9,1) | | |
| Пластика кожным лоскутом | 4 (18,2%) | 4 (13,8%) | 2 (6,1%) |
| Переднесагиттальная проктопластика (ПСПП) | | 5 (17,2%) | 10 (30,3%) |
| Формирование ануса из задней стенки анального канала | 8 (36,4%) | | |
| Итого | 22 (100%) | 29 (100%) | 33 (100%) |

Такое обилие различных способов хирургических вмешательств предложено из-за осознания того, что функциональные результаты были более важны, чем коррекция анатомических аномалий. Поэтому хирурги стремились во все времена получить максимальный функциональный результат при минимальном повреждении анатомии и иннервации кишки.

Одной из таких операций была операция по методу Соломона, выполненная у 2 пациентов. При ней производилось рассечение тканей кзади от свищевого хода до задней порции наружного сфинктера с подшиванием стенки кишки к кожной ране. (Современная cut-back операция). Эта методика имеет существенный недостаток – рассечение передней порции наружного сфинктера остается без его ушивания.

Вариантом лечения данного порока является передний сагиттальный доступ, предложенный P. Mollard et al. (1978), и в последующем модифицированный A. Okada et al. (1992, 1993), D. Sigalet et al. (1996) [1]. Он имеет ряд преимуществ: пуборектальная петля не пересекается, а растягивается; при этом не повреждается задняя иннервация кишки; не повреждается внутренний анальный сфинктер и все слои стенки терминального отдела прямой кишки. После операции анальный канал покрыт втянутой проктодермой и сохраняется нормальный вид промежности. Минимальное разделение тканей приводит к сохранению чувствительных волокон. Наряду с этим реимплантированный в мышцы наружного сфинктера анальный канал создает нормальный аноректальный угол. При этом виде операции сохраняются мышцы наружного сфинктера, в центре которых продельвается тоннель для низведения эктопированного анального канала, а также лобково-прямокишечная мышца. Но выделение дистальной части прямой кишки, открывающейся в преддверие влагалища сопровождается минимальной травматизацией, что так же сопровождается ее денервацией [5].

Результаты и обсуждение

В ДХЦ предложена и выполнена 8 пациенткам операция формирования ануса из задней стенки прямой кишки. Техника операции, следующая: положение ребенка для литотомии. В области наружного сфинктера производится Т-образный раз-

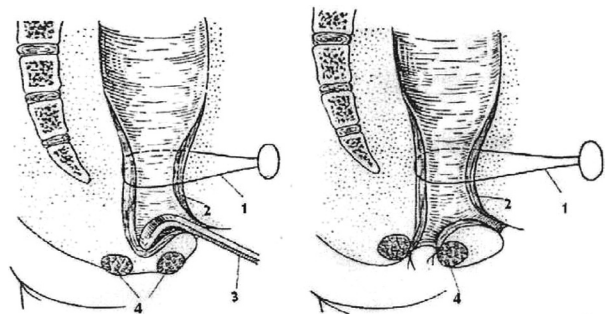


Рис. 2. Схема операции формирования ануса

□ В помощь практикующему врачу

рез. Сфинктер растягивался постепенно без разрыва мышц. Затем через свищевой ход в просвет кишки вводился изогнутый зажим Пеана, с помощью которого в область наружного сфинктера подавалась стенка прямой кишки и на нее накладывалась шелковая лигатура – держалка. Через вновь образованное анальное отверстие производится мобилизация стенки прямой кишки в основном за счет ее задней и боковых частей. Передняя часть стенки кишки, идущая к свищевому ходу, не мобилизуется. Мобилизованная часть прямой кишки выводится с помощью держалки за пределы наружного сфинктера, рассекается и подшивается к коже вновь образованного анального отверстия.

1. Уровень пуборектальной мышцы. 2. Стенка анального канала. 3. Зажим Пеана (изогнутый зонд) введенный через свищевое отверстие, с помощью которого стенка анального канала приближена к промежности. 4. Подкожная порция наружного анального сфинктера.

Операция выполнялась с предварительно выполненной колостомией в 2 случаях или без нее – в 6. После приживления стенки кишки в области анального канала производится постепенное бужирование его до нужного размера.

В этот период акт дефекации осуществлялся через вновь сформированное анальное отверстие. После достижения анального отверстия достаточного размера производилось закрытие свища. Операция выполнялась следующим образом: рассекались ткани вокруг свищевого хода и отделялась стенка прямой кишки от стенки преддверия влагалища (при ректовестибулярном свище). Первый ряд швов на стенку прямой кишки накладывался и завязывался со стороны кишки, второй и третий ряд – со стороны преддверия влагалища. Через анальное отверстие в просвет кишки вводилась трубка.

При данной операции сохраняются все анатомические структуры, ответственные за анальное удержание и акт дефекации: сохранялась интактная часть внутреннего сфинктера, пубо-ректальная петля. На много меньше нарушалась иннервация стенки прямой кишки, так как мобилизация кишки минимальная, а при проктопластике приходится ее выделять на глубину 3–4 см. Все эти элементы операции способствуют формированию близкого к норме удерживающего аппарата.

Основной проблемой были частые рецидивы свища, потребовалось от 2 до 8 повторных операций по поводу ушивания свищей, что не позволило широко внедрить ее в практику.

В 2 случаях было предпринята операция создания простого кожного лоскута. Выполнялся разрез между прямой кишкой и влагалищем. После разреза кожи осуществлялась диссекция тканей. Формировался кожный лоскут для того, чтобы обеспечить достаточное расстояние между прямой кишкой и влагалищем. Разрез сшивался вертикально по средней линии, которая отодвигает задний проход сзади. Создавалась «перегородка» между прямой кишкой и влагалищем. Косметический вид промежности после этого метода был неудовлетворительным, но функция отхождения и удержания каловых масс этот метод обеспечивал. Это происходило потому, что дистальный отдел кишки имел нормальную связь с проксимальным отделом наружного сфинктера из-за минимальных повреждений во время операции.

Наиболее частым способом формирования ануса, которая выполнялась девочкам с атрезией заднего прохода и наличием свища в преддверье влагалища в 2000–2012 годы являлась операция Стоуна. В ходе этой операции производили отделение прямой кишки от стенок влагалища. Затем на месте будущего ануса на промежности производили разрез и раздвигали тупым путем мышцы. После этого через образовавшийся туннель выводили стенки прямой кишки на поверхность и подшивали ее к коже промежности. Рану влагалища ушивали. Этот способ имеет ряд недостатков. Среди них невозможность выполнения леваторопластики, в результате чего не удается сформировать хороший запирающий механизм ануса. По мнению ряда авторов континенция у взрослых женщин, которые подверглись простой редуцированной операции, ухудшалась с возрастом и при беременности [2].

По мнению Ребайн при промежностном доступе произошло инараоперационное повреждение парасимпатических параректальных нервов. На основании чего выдвинул концепцию эндоректального низведения кишки. По его мнению, не смотря на большой объем операции – лапаротомия, низведение кишки происходит сохранение нервного аппарата прямой кишки. В ДХЦ при вестибулярной эктопии СБПП выполнена 8 пациенткам.

Пена (1985) изменил концепцию о мускулатуре промежности и установил, что вместо различных отдельных частей мышц (т. е. puborectalis), мышцы промежности являются непрерывными, а леваторы присоединены к волокнам наружного сфинктера с помощью поперечнополосатых мышц. Кроме того, он установил, что все эти мышцы могут быть рассечены в сагиттальной плоскости, не нарушая их иннервации. ЗСАРП обеспечивает отличную экспозицию структуры промежности, свищи могут быть визуализированы, и мобилизованная прямая кишка может быть размещена именно в центре мышечного комплекса с помощью электроидетификации мышц [2]. Причем по мнению Пена ЗСПП позволяет выполнить одноэтапную проктопластику во время раннего неонатального периода. Многие авторы предпочитают выполнять коррекцию данной аномалии без колостомии, но мы считаем колостому обязательной, т. к. дистальная часть кишки находится полностью вне сфинктера [4, 5].

Отдаленные результаты, выявленные при осмотре пациентов в возрасте 6–26 лет, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Отдаленные результаты после коррекции вестибулярных свищей

| | | | Операция Стоуна N = 5 | ПСПП N = 5 | ЗСПП N = 7 |
|-------------------|-------------------|--------------|-----------------------|------------|------------|
| Неоанус | Внешний вид | Круглое | 5 | 5 | 7 |
| | | овальное | | | |
| | Месторасположение | Правильное | 4 | 4 | 7 |
| | | неправильное | 1 | 1 | |
| Размер | Адекватный | 5 | 5 | 7 | |
| | стеноз | | | | |
| Запор | отсутствует | 5 | 5 | 5 | |
| | присутствует | | | 2 | |
| Недержание | отсутствует | 5 | 5 | 7 | |
| | присутствует | | | | |
| Реакция родителей | Удовлетворены | 4 | 4 | 7 | |
| | не удовлетворены | 1 | 1 | | |

В 2 случаях при ПСПП и 2 при операции Стоуна были отмечены дислокации низведенной прямой кишки, потребовавшие повторного оперативного вмешательства. По индексу качества жизни функциональные отдаленные результаты удовлетворительные не зависимо от проведенной операции.

Операции, которые выполнялись при лечении ректовестибулярных свищах представлены на рис. 3.

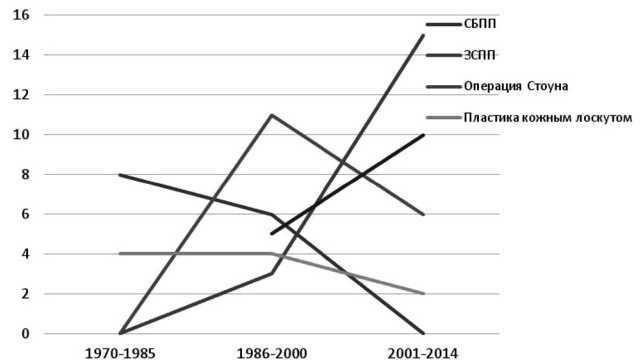


Рис. 3. Операции при ректовестибулярных свищах

При изучении динамики выполненных операций видна тенденция к увеличению выполнения ЗСПП при лечении данного варианта порока, что в настоящее время является «золотым стандартом» его коррекции.

При исследовании времени завершения хирургических этапов лечения выявлено достоверное сокращение сроков завершения оперативного лечения, в 2000 году – $15,6 \pm 3,5$ месяца, в 2014 – $9,7 \pm 3,7$ месяца.

Таким образом, учитывая частоту послеоперационных осложнений, полученные функциональные результаты, современные тенденции развития колопроктологии предпочтительно при лечении ректовестибулярных свищей выполнение заднесагиттальной проктопластики с предварительно выполненной колостомией.

В помощь практикующему врачу

Литература

1. Levitt, M. A., Peña A. Anorectal malformations. Orphanet J. Rare Dis. 2007; 2: 33.
2. Peña, A. Anorectal malformations. Semin Pediatr Surg. 1995; 4:35–47.
3. Peña, A. ed. Atlas of Surgical Management of Anorectal Malformations Springer. Verlag; 1990.
4. Peña, A., De Vries P. Posterior sagittal anorectoplasty: important technical considerations and new applications. J. Pediatr. Surg. 1982; 17:796–811.
5. Sarah, N., Bar-Maor J. A., Nissan S. Heredity in anal atresia. Z Kinderchir. 1983; 38:105–7.

Поступила 11.12.2015 г.