

преподавателей по освоению комплекса разнообразных педагогических технологий формирования профессионального выбора врачебной специальности студентами в учебной, внеучебной и вос-

питательной деятельности; заинтересованности администрации образовательного учреждения в овладении преподавателями современными педагогическими технологиями.

Литература

1. Пчелина, И. В. Профессиональная ориентация в подготовке врачей: учеб.-метод. пособие / И. В. Пчелина, В. Г. Дьяченко. — Хабаровск: Издательский центр «ДВГМУ», 2004. — 151 с.
2. Ценностные ориентации студентов-медиков и их сравнительный анализ в контексте других профессий / С. Ю. Даукилас, А. Л. Думчене, А. А. Думчюс, И. Якушовайте // Социологические исследования. — 2005. — № 9. — С. 131–135.
3. Дьяченко, Е. В. Выбор хирургической специальности выпускниками медицинского вуза: что на него влияет? / Е. В. Дьяченко // Успенские чтения. Вып. 8.: мат. научно-практической конференции врачей России с международным участием, посвященной 60-летию кафедры общей хирургии Тверского государственного медицинского университета. — С. 139–140.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

УДК 616.35-007-089-053.2

Н.В. Винокурова, Н.А. Цап

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Аноректальные пороки относятся к тяжелой врожденной патологии и составляют основную долю колопроктологических проблем в детском возрасте. Лечение детей данной группы этапное, первое — хирургическая операция, направленная на создание неоануса. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от анатомического варианта порока и сопутствующей патологии. Второй этап заключается в проведении многократных курсов реабилитационных мероприятий. Только совокупность этих методов лечения позволяет достичь социальной адаптации ребенка.

Ключевые слова: аноректальные пороки, дети, проктопластика, энкопрез, реабилитация.

COMPREHENSIVE APPROACH TO TREATMENT OF ANORECTIVE MALFORMATIONS IN CHILDREN

N.V. Vinokurova, N.A. Tsap

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

Anorectal malformations are a serious disease pathology and constitute the major proportion of coloproctological diseases in childhood. Treatment of children of this group is a step-by-step, the first surgical operation aimed at creating neoanus. The choice of the method of surgical intervention depends on the anatomical version of the defect and the concomitant pathology. The second stage is to conduct multiple courses of rehabilitation activities. Only a combination of these methods of treatment allows to achieve social adaptation of the child.

Keywords: anorectal defects, children, proctoplasty, encopresis, rehabilitation.

Введение

Аноректальные аномалии у детей — одна из самых многочисленных групп колопроктологической патологии, составляет до 85% от всех заболеваний аноректальной области и встречается с частотой 1 на 4000–5000, преобладают мальчики.

Отсутствие заднепроходного отверстия было хорошо известно и распознавалось еще с древних времен, т.к. для постановки диагноза достаточно осмотра промежности новорожденного ребенка.

Лечение заключалось в создании отверстия на промежности, однако пациенты с так называемыми «высокими» формами после данного вмешательства погибали. Amussat впервые в 1835 году подшил стенку прямой кишки к кожным краям, соответственно именно эта операция может считаться первой истинной анопластикой.

На сегодняшний день в распоряжении хирургов имеется более 20 способов хирургической коррекции аноректальных пороков. Неудовлетворительные результаты лечения аноректальных

пороков по статистике составляют от 10 до 60%. Это обусловлено комплексом факторов: разнообразием анатомических вариантов порока, сочетанием с другими аномалиями развития, неполной предоперационной диагностикой, высокой травматичностью традиционных способов коррекции аноректальных пороков, что определяет наличие на фоне хорошей анатомической реконструкции неудовлетворительных функциональных результатов.

К наиболее тяжелым нарушениям функции относят недержание кишечного содержимого, что ведет к осознанию физической неполноценности и социальной изоляции больного, так как восстановить функцию наружного сфинктера в полном объеме часто не удается. В этих условиях необходимо проведение многократных курсов консервативной терапии, направленных на формирование рефлекторных механизмов дефекации с регулярным опорожнением кишечника. Реабилитационные мероприятия являются необходимым этапом дальнейшего лечения детей с аноректальными пороками.

Цель работы

Проанализировать частоту встречаемости анатомических вариантов аноректальных пороков, а также оценить анатомическое и функциональное состояние прямой кишки и ее сфинктерного аппарата после промежностной и брюшно-промежностной проктопластики.

Материалы и методы

В клинике детской хирургии за период с 2013-го по 2017 год находились на лечении 66 детей в возрасте от 1 до 17 лет, из них 27 (40,9%) — девочки и 39 (59,1%) — мальчики. При этом 26 (39,4%) детей госпитализировались для проведения оперативного вмешательства и 40 (60,6%) детей — для обследования курса реабилитационного консервативного лечения.

Преобладали свищевые формы у 50 (75,8%) больных (ректопромежностный свищ — 26,9%, ректовезикальный и ректоуретральный свищи обнаружены у 23,1% мальчиков, ректовестибулярный свищ — у 42,3% и ректовлагалищный свищ — у 7,7% девочек). Рецидив ректоуретрального свища у двух мальчиков 9 (3%). В структуре сочетанных пороков развития ведущее место занимает МПС (41%), пороки развития ЖКТ (18%) и ВПС (16%), также выявлены аномалии развития скелета у 13% детей. Группа прочих аномалий составила 13% (пороки развития ЦНС, диафрагмальная грыжа, синдром Дауна). У 6 детей выявлено сочетание 3 и более пороков развития. В половине случаев атрезия ануса и прямой кишки были изолированными пороками.

При выполнении радикального этапа оперативного вмешательства использованы следующие виды проктопластик: промежностная — 19 (28,8%), открытая брюшно-промежностная — 26 (39,4%), и переднесагитальная — 18 (27,3%), лапароскопическая брюшно-промежностная — 3 (4,5%). Повторные оперативные вмешательства выполнены 9 (13,6%) детям, из них 2 детям были проведены повторные промежностные проктопластики с иссечением свища и пластикой уретры, и 7 пациентам иссечен избыток слизистой прямой кишки.

Ближайшие результаты оперативного лечения благоприятные. Все больные в дальнейшем находились на диспансерном наблюдении у хирурга. Для оценки анатомического и функционального состояния прямой кишки и ее сфинктерного аппарата у детей после проктопластики комплекс обследования включал: сбор анамнеза, осмотр промежности, ректальное исследование, ультразвуковую диагностику дистальных отделов толстой кишки, ректороманоскопию и ирригографию.

Операция является этапом в комплексном лечении этих детей, так как после реплантации анального канала в наружный сфинктер имеют место не только анатомические отклонения от нормы, но и рефлекторно-функциональные. В этих условиях надо «научить» прямую кишку нормально функционировать, необходимо сформировать рефлекторные механизмы дефекации с регулярным опорожнением кишечника, поэтому такие дети должны концентрироваться в специализированных детских хирургических отделениях, в которых производится их обследование, выбор метода хирургического лечения, лечение в послеоперационном периоде, диспансерное наблюдение, назначение и проведение повторных курсов реабилитационных мероприятий (эндотон с анальным электродом, массаж и аппликации парафина на пояснично-крестцовый отдел позвоночника и переднюю брюшную стенку, лечебная гимнастика на мышцы тазового дна).

Результаты и обсуждение

Выбор срока и способа оперативного лечения зависит от варианта самой аноректальной аномалии и сочетания с другими пороками развития. Отсутствие свищевого хода и узкие свищи потребовали проведения неотложного оперативного вмешательства в первые сутки жизни после непродолжительной предоперационной подготовки. При низкой форме атрезии у 12 детей (18,1%) удалось выполнить одномоментную проктопластику с ликвидацией свища.

Наличие широкого ректопромежностного свища, ректовестibuлярного свища, диаметр которого был достаточным для опорожнения толстой кишки, позволило отложить проведение оперативного вмешательства до возраста 6—8 месяцев у 25 детей (37,9%). При высокой форме атрезии ануса 29 (44%) детям выполнялась этапная хирургическая коррекция. Первым этапом формировали сигмо- или десцендостому. Через 8—12 недель выполнялся радикальный этап коррекции — брюшно-промежностная проктопластика (открытая и с лапароскопической поддержкой) с последующим закрытием колостомы. Сочетание с доминирующими и конкурирующими пороками развития требовало первоначального или одномоментного устранения жизнеугрожающих пороков.

Результаты лечения детей с аноректальными аномалиями напрямую зависели от «высоты» порока и проведения реабилитационных мероприятий. У большинства детей имелся самостоятельный стул — 35 (87,5%) детей. Наиболее часто пациенты жаловались на каломазание — 25 (62,5%) детей; периодические запоры отмечали 8 (20%) пациентов, у такого же количества неэффективный самостоятельный стул; затруднение акта дефекации у 6 (15%) детей; снижение позыва на дефекацию у 1 (2,5%) ребенка. При ректальном обследовании определяется циркулярный рубец у 9 (22,5%) пациентов. У 3 (7,5%) с трудом пропускает, у остальных детей (28) исследующий палец свободно проходит. Тонус сфинктера снижен у 17 (42,5%) пациентов и не определяется у 5 (12,5%) больных. Расширение ампулы прямой кишки наблюдалось у 8 (20%) детей.

По данным УЗИ дистального отдела кишечника выявлены анатомические и функциональные изменения: рубцовая недостаточность анального сфинктера — у 11 (27,5%) больных; рубцовый стеноз анального сфинктера — у 4 (10%) детей; дисфункция анального сфинктера — у 6 (15%); вторичный мегаколон I—II степени —

у 17 (42,5%) пациентов; рубцовые изменения — у 2 (5%) детей.

При эндоскопическом исследовании дистального отдела толстой кишки (ректороманоскопия) определяется неполная корреляция с сонографическими результатами: рубцовая недостаточность анального сфинктера — у 7 (17,5%) больных; рубцовый стеноз анального сфинктера — у 4 (10%) детей; вторичный мегаколон I—III степени — у 21 (52,5%) пациентов; проктосигмоидит — у 8 (20%) детей. Ирригграфия установила мегаколон у большинства детей — 15 (60%) случаев.

Все детям проводилось плановое обследование и курсы реабилитационной терапии, направленной на восстановление нервно-мышечной проводимости сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна. При проведении курсов терапии у детей постепенно отмечалось улучшение в состоянии, нормализовались позывы на дефекацию, отмечалась нормализация регулярности самостоятельного стула, уменьшалось каломазание вплоть до его полного исчезновения.

Выводы

1. В структуре аномалий ануса и прямой кишки преобладают свищевые атрезии.
2. Все дети подлежат оперативной коррекции с выбором оптимальных сроков и способов хирургического лечения.
3. Анатомически удовлетворительная коррекция высокой атрезии прямой кишки требует комплексной реабилитационной терапии для достижения полноценного стойкого функционального результата.
4. Дети с аноректальными пороками развития должны концентрироваться в специализированных детских хирургических отделениях, в которых производится их обследование, выбор метода хирургического лечения, лечение в послеоперационном периоде, диспансерное наблюдение, назначение и проведение повторных курсов реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Ашкрафт, К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — Т. 2. — СПб., 1997.
2. Организационные принципы лечения детей с аноректальной патологией / Ю. Г. Дектерев, В. И., Аврин, О. В. Прибушня, С. К. Новицкая // Здоровоохранение. — 2016. — № 5. — С. 25—32.
3. Этапное лечение аноректальных пороков у детей / П. В. Иванов, И. В. Киргизов, К. Н. Баранов, И. А. Шишкин // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2010. — № 3. — С. 88—89.
4. Структура послеоперационных осложнений у детей с пороками развития толстой кишки и аноректальной области / А. Л. Ионов, О. В. Шербакова, В. А. Лука и др. // Детская больница. — 2010. — № 2. — С. 19—27.