

УДК 616.351-007-053.2

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

М.Т. Аубакиров

Государственный медицинский университет г.Семей

Наиболее тяжелую группу больных с врожденными пороками развития составляют дети с патологией аноректальной области, как в плане рациональной хирургической коррекции, так и их социальной реабилитации. Частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения аноректальных пороков развития остается высокой, составляя при высоких формах от 40% до 70% (1,2,3,4,5). Все это свидетельствует о необходимости усовершенствования способов коррекции аноректальной патологии в детском возрасте.

Целью исследования: является улучшение результатов лечения пороков развития аноректальной области, также проведение сравнительного анализа способов лечения данных тяжелых пороков у детей.

Материалы и методы исследования.

Нами, в детском хирургическом отделении медицинского центра ГМУ г. Семей, с 1997 по 2010 годы пролечено 52 детей с различными аноректальными пороками.

Таблица 1. - Распределение больных по нозологическим формам

| № | Вид порока развития | Абсолютное количество |
|--------------|--|-----------------------|
| 1. | Анальная мембрана | 7 |
| 2. | Низкая атрезия прямой кишки без свища | 6 |
| 3. | Атрезия прямой кишки со свищами на промежность | 4 |
| 4. | Атрезия ануса и прямой кишки с ректовестибулярным свищом | 20 |
| 5. | Ректовестибулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе | 11 |
| 6. | Атрезия ануса и прямой кишки с ректовагинальным свищом | 2 |
| 7. | Высокая атрезия прямой кишки и анального отверстия с ректовезикальным свищом | 1 |
| 8. | Высокая атрезия прямой кишки с ректовестибулярным свищом | 1 |
| Всего | | 52 |

Алгоритм принятого оперативно-технического решения при аноректальных аномалиях у девочек и мальчиков в зависимости от высоты атрезии проводилось по А.И. Ленюшкину.

В предоперационном периоде всем больным проводилось комплексное обследование, в том числе рентге-

нография (инвертография по Каховичу-Вангенстину, фистулография, урография, цистография, уретрография) и УЗИ дистального отдела толстой кишки и сфинктера.

При низких формах атрезии прямой кишки и анального отверстия оперативное пособие проводилось в периоде новорожденности, одномоментно (таб. №2).

Таблица 2. - Виды операций при низких формах атрезии.

| № | Вид порока развития | Название операции | Количество |
|----|----------------------------------|-------------------------------------|------------|
| 1. | Анальная мембрана | Анопластика | 7 |
| 2. | Атрезия прямой кишки без свища | Анопластика по Дюффенбаху-Ленюшкину | 4 |
| 3. | Атрезия со свищом на промежность | Анопластика по Соломону | 4 |

Детям с высокими атрезиями в периоде новорожденности накладывалась петлевая колостома по Майдлю. (Рис.1,2,3,4,5).



Рис.1. Места разрезов на брюшной стенке



Рис.2. Выведение кишечной петли в рану и фиксирование ее стеклянной трубкой.



Рис.3. Кишка подшита к брюшине и коже, трубка укреплена в виде баранки, просвет кишки вскрыт.



Рис.4. Больной К. 9 мес. (после наложения колостомы по Майдлю).



Рис.5. Больной М. 7 мес. (после наложения колостомы по Майдлю).

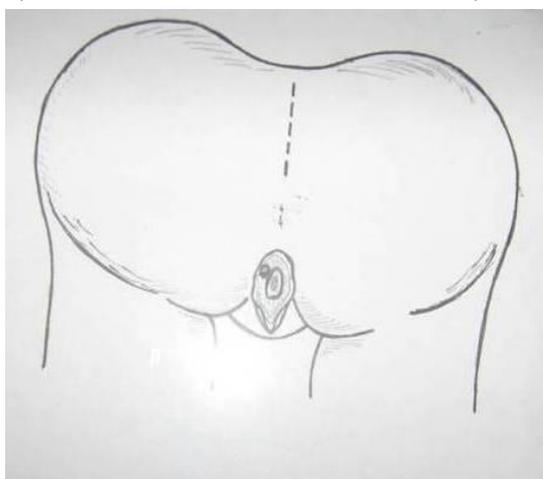


Рис.6. Заднесагиттальная проктопластика.

При этой операции сохраняется задняя стенка (брыжеечный край) кишки, образующая неподатливую шпору и кишечное содержимое выходят через созданное в стенке кишечника отверстие, минуя отводящее колено.

При ректовестibuлярных свищах при нормальном заднем проходе производилась операция по Ленюшкину в 6 наблюдениях с хорошим результатом. В двух случаях при высоких атрезиях со свищом в мочевые пути осуществлена брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди-Ребейну.

В последние годы для коррекции средних по высоте атрезий со свищами применяли способ заднесагиттальной проктопластики по Пенья (1990). Оперировали 7 детей. Анализируя результаты хирургической коррекции по Пенья заметили следующие недостатки: пересечение всего удерживающего аппарата прямой кишки, удлинение мобилизованной кишки и сведение её в конус, что чревато гнойными осложнениями. Поэтому мы внедрили способ заднесагиттальной проктопластики в модификации А.И. Ленюшкина (Рис.6.).

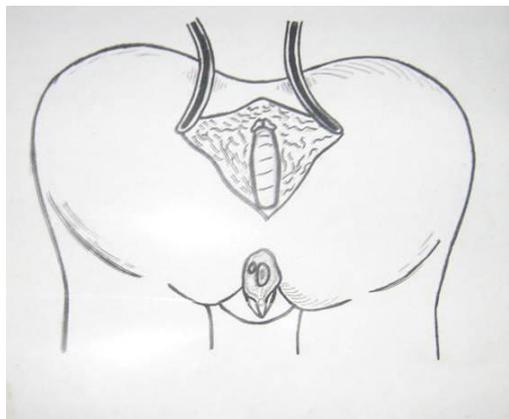


Рис. 7. Этапы заднесагиттальной проктопластики

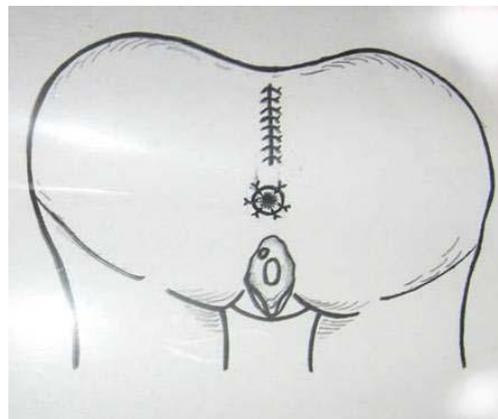


Рис.8. Завершающий этап операции заднесагиттальной проктопластики

Разрез в задне-сагиттальной плоскости по средней линии от последнего копчикового позвонка на 1-1,5 см не достигая точки, являющейся центром будущего неануса, обнажая послонное параректальное пространство, не повреждая наружного сфинктера (Рис.7) преимущественно путем тупой препаровки мобилизуя прямую кишку, выделяется свищевой ход и пересекается. Свободный конец мобилизованной кишки берут на держалки и, осуществляя тракцию, заканчиваем мобилизацию кишки без натяжения к коже.



Рис.9. Больной А. 8 мес. (заднесагиттальная проктопластика)

В настоящее время мы отдаем предпочтение передне-сагиттальному доступу (Рис.9) разрез передне-сагиттальный, мобилизуется прямая кишка, выделяется свищевой ход и пересекается, под визуальным контролем проделывается анальный канал в центре сфинкте-

ра и леваторов. Выводят через него на промежность конец прямой кишки. Кишку фиксируют узловыми швами к мышцам тазового дна и наружному сфинктеру, заднюю рану ушиваем наглухо (рис.8.).

По этой методике прооперировано 8 больных (Рис.9).



Рис. 10. Переднесагиттальная проктопластика

ра и леваторов. Выводят через него на промежность конец прямой кишки. Кишку фиксируют узловыми швами к мышцам тазового дна и наружному сфинктеру, затем край кишки за слизистую оболочку подшивают к краю кожного разреза (Рис.10).



Рис.11.Больной Д. 7 мес. (переднесагиттальная проктопластика)

Переднесагиттальная проктосфинктеропластика при низких и средних формах атрезии заднего прохода со свищами в преддверье влагалища производилась в 11 случаях и ректопромежностных свищах – в 3. Данный доступ позволил проводить минимальную травматизацию сосудисто-нервных сплетений, особенно по задней стенке прямой кишки, где расположен центр региональной иннервации и кровоснабжения, Также сохраняется пуборектальная петля, что непосредственно влияет на улучшение после операционных функциональных результатов.

Результаты хирургической коррекции по задней и передней промежностной проктопластики оценивали по предложенной схеме Ленюшкина А.И.



Рис.12. Больной У. 9 мес. (после переднесагиттальной проктопластики, с хорошим исходом)

Исходы хирургической коррекции после заднесагиттальной промежностной проктопластики были хорошими у 5 больных (полное клиническое улучшение с контролем ребенка акта дефекации, удержание кала и газа, т.е. полная социальная реабилитация с адаптацией). Местно - устранены деформации промежности, неанус свободно проходим для булжа соответственно возрасту ребенка. Промежность имеет нормальный косметический вид, анус сомкнут, рубцы нежные, тонус сфинктера и анальный рефлекс хорошо вызываются, После переднесагиттальной проктопластики также у 9 пациентов выявлены хорошие результаты (Рис.12).

Удовлетворительными признавали – результаты заднесагиттальной проктосфинктеропластики у 3-х, преднесагиттальной - у 2 больных. Дети в большей степени контролировали стул, чувствовали позывы на дефекацию, но не удерживали жидкий кал. У некоторых больных отмечались запоры, которые поддавались консервативной терапии. Ребенок сохраняет социальную адаптацию, т. е. ходит в школу, в локальном статусе - промежность имеет нормальный вид, анус расположен на естественном месте, сомкнут, анальный канал пропускает буж соответствующего возраста номера или умеренно стенозирован, но сфинктер эластичен. Тонус сфинктера и анальный рефлекс определяются, но снижены.

Неудовлетворительные результаты лечения зарегистрированы у 2-х больных после заднесагиттальной проктопластики. У этих пациентов удерживающий аппарат прямой кишки отсутствует, социально не адаптированы.

Таким образом, на основании собственных результатов хирургической коррекции аноректальных пороков развития через переднесагиттальный доступ позволяет делать следующие выводы:

- доступ малотравматичен;
- дает хороший косметический и функциональный результат в отдаленном периоде;

- сфинктеропластика проводится под непосредственным визуальным контролем и позволяет уложить мобилизованную кишку в центре сфинктерного аппарата с хорошим функциональным исходом и социальной адаптацией.

- не повреждаются задние сегменты сфинктера прямой кишки.

Литература:

1. Баиров Г.А., Островский Е.А. Хирургия толстой кишки у детей. – Ленинград. - «Медицина». -1974. –с.207.
2. Исков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Ранние радикальные операции при коррекции аноректальных аномалий у детей. – Хирургия. – 1988. -№7. –С.3-9.
3. Ленюшкин А.И., Панкевич Т.Л., Алексеевских Ю.Г., Сафонова Е.Е. PEASP – синдром (новая концепция патогенеза Currarino - триады ASP) // актуальные проблемы проктологии (тезисы докладов конференции). СПб.,-1993.–С.125-126.
4. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста.–Москва.–«Медицина».-1999.-с.365.
5. Rintala R.J., Jarvinen H.J. Congenital funnel anus // J. Pediatr. Surg / - 1997. –Vol. 32. - № 9. –P. 1221-1225.

УДК 616.33-005.1

ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

М.М. Гладинец, Ю.А. Коляко, К.М. Габдулгазизов, З.А. Кузбергенова, Б.С. Каронов
Государственный медицинский университет г. Семей

Каждый хирург-клиницист в своей практической деятельности встречается с пациентами, доставленными в хирургическую клинику с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным гастро-дуоденальным кровотечением. Тем более, что данные литературы указывают на то, что в настоящее время количество больных с кровотечением каждый год увеличивается. Язвенное кровотечение часто подкрывается внезапно и возникает на фоне полного благополучия, в любое время суток. И больше всего тревог и волнений доставляет хирургам, теряющим иногда больного из-за несвоевременного распознавания патоморфологического источника кровотечения.

По современным литературным данным, многих исследователей привлекает внимание изучение иммунологических нарушений при язвенном кровотечении, проявляющимся с вторичным иммунодефицитом. В клинике изучены факторы иммунной системы у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением у 172 больных, в различные сроки от момента поступления до выписки из стационара. Возраст больных от 18 до 75 лет. У 38 наблюдали язву желудка, язву двенадцатиперстной кишки – у 131, 3 - двойные язвы зеркальные. Резекция желудка по Гоббейстеру-Финстереру произведена 36-больным, Макки-Шалимова - 15, с наложением гастродуоденоанастомоза - 42, СПВ - 11, паллиативные с иссечением язвы - 3, у 5 - прошивание кровоточащих сосудов. У 60 пациентов проводилось лекарственная эндоскопическая клеевая аппликация кровоточащей язвы по предложенной нами методике.

Группой сравнения служили показатели 35 практически здоровых лиц в возрасте от 22 до 55 лет. У боль-

ных изучали абсолютное и относительное содержание лимфоцитов в периферической крови. Количественное содержание Т-лимфоцитов определяли по реакции спонтанного розеткообразования (Е-РОК), количество Т-хелперов, Т-супрессоров определяли, используя технику розеткообразования Т-лимфоцитов с теофиллином. Функциональное состояние Т-лимфоидных клеток определяли по реакции бласттрансформации РБТЛ с митогеном ФГА. Содержание В-лимфоцитов определяли при помощи реакции ЕАС-розеткообразования ЕАС-РОК, иммуноглобулины сыворотки крови классов А, М и G методом радиальной иммунодиффузии. Содержание лимфоцитов у больных с язвенным кровотечением было достоверно снижено до $1,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ($21,5 \pm 2,9\%$), у здоровых $2,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ($29,0 \pm 2,7\%$, $P < 0,05$). У больных с язвенным кровотечением снижение лимфоцитов обусловлено кровопотерей и не исключается перераспределение лимфоцитов из сосудистого русла в зону воспалительного язвенного инфильтрата и кровяное депо. У больных с гастродуоденальным кровотечением язвенного происхождения выявлено Т-клеточная недостаточность, выраженное снижение спонтанного розеткообразования (Е-РОК) до $38,9 \pm 2,3\%$ (у здоровых $58,0 \pm 0,7\%$, $P < 0,05$) и пролиферативная активность (РБТЛ на ФГА) до $29,2 \pm 2,8\%$ (при норме $60,5 \pm 2,1\%$, $P < 0,05$). При исследовании Т-супрессоров (теофилинчувствительных) Е-РОК имело место снижение их активности ($10,9 \pm 1,8\%$ вместо $13,8 \pm 2,9\%$, $P < 0,05$) у доноров. Активность Т-хелперов (теофилинчувствительных) Е-РОК существенно не изменялась ($20,2 \pm 2,2\%$ при норме $19,8 \pm 1,8\%$).

Количество В-лимфоцитов при ЯБЖ и ДПК осложненной кровотечением в начале кровопотери почти бы-