



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 4 (18) 2006



Alterna

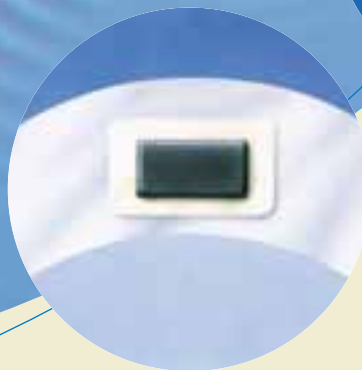


Alterna - комплексная система,
представленная широким
ассортиментом
одно- и двухкомпонентных средств
ухода за стомой

Надежное крепление



Эффективный фильтр



Спиралевидная структура нового
клеящего слоя содержит два адгезива,
обладающих различными свойствами.
Один адгезив обеспечивает надежное
приклеивание к коже, другой -
безболезненное отклеивание.



Представительство Колопласт А/С
Россия, 125047, Москва,
ул. 1-ая Тверская Ямская, 23, стр.1
тел.: +7 (495) 937-53-90,
факс: +7 (495) 937-53-91
e-mail: info@coloplast.ru

Coloplast и Alterna зарегистрированы как торговые марки компании Coloplast A/S. © 03.05. Все права защищены компанией Coloplast A/S, DK-3050 Humlebaek, Denmark

Ассоциация
колопроктологов
России



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 4 (18) 2006

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123154, Москва
ул. Саляма Адила, д. 2
Тел.: (095) 199-95-58
Факс: (095) 199-04-09
E-mail: gnck@tsr.ru

Ответственный секретарь:

Обухов В.К.

Зав. редакцией:

Долгополова Е.В.
Тел.: (095) 937-07-00

Регистрационное удостоверение

ПИ № 77-14097

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

С.И. АЧКАСОВ, Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, П.В. ЕРОПКИН,
А.М. КУЗЬМИНОВ, А.М. КОПЛАТАДЗЕ, Т.С. ОДАРЮК,
Г.А. ПОКРОВСКИЙ, А.Ю. ТИТОВ, И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора),
Ю.А. ШЕЛЫГИН (зам. гл. редактора)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.В. ВАСИЛЬЕВ (Санкт-Петербург)
А.В. ВОРОБЕЙ (Минск)
Е.Г. ГРИГОРЬЕВ (Иркутск)
Б.М. ДАЦЕНКО (Харьков)
Б.Н. ЖУКОВ (Самара)
В.Р. ИСАЕВ (Самара)
В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ (Белгород)
И.А. ЛАЗАРЕВ (Ростов-на-Дону)
А.И. ЛЕНЮШКИН (Москва)
Ю.М. ПАНЦЫРЕВ (Москва)
В.П. ПЕТРОВ (Красногорск, Московская область)
В.В. ПЛОТНИКОВ (Курган)
Ю.П. САВЧЕНКО (Краснодар)
Ю.М. СТОЙКО (Москва)
В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО (Ростов-на-Дону)
В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ (Уфа)
В.З. ТОТИКОВ (Владикавказ)
В.Д. ФЕДОРОВ (Москва)
М.Ф. ЧЕРКАСОВ (Ростов-на-Дону)
В.И. ЧИССОВ (Москва)
Н.А. ЯИЦКИЙ (Санкт-Петербург)

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

СОДЕРЖАНИЕ

1. Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., д.м.н. Ачкасов С.И., проф. Капуллер Л.Л., к.м.н. Бирюков О.М. Хирургическое лечение аганглиоза толстой кишки у взрослых пациентов.	6
2. Ионов А.Л., Лука В.А., Щербакова О.В. Сфинктеропластика у детей с травматической недостаточностью анального жома.	14
3. Фоменко О.Ю., Подмаренко В.А., Полетов Н.Н., Алешин Д.В., Алиева Э.И., Поддубный И.В., Исаев А.А. Роль функциональных исследований в выявлении патогенетических механизмов анальной инконтиненции.	15
4. Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., к.м.н. Полетов Н.Н. Стимулируемая грацилопластика при коррекции недостаточности анального сфинктера.	16
5. Поддубный И.В., Исаев А.А., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Наковкин О.Н. Лапароскопические операции при болезни Гиршпрунга у детей.	19
6. Schier F., Яницкая М.Ю., Голованов Я.С. Трансанальная резекция сигмовидной кишки с лапароскопической ассистенцией.	20
7. Саввина В.А., Николаев В.Н., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга.	21
8. Бушмелев В.А., Поздеев В.В. Способ миотомии при ректальной форме болезни Гиршпрунга.	22
9. Гумеров А.А., Мамлеев И.О., Филиппова Н.П. Лечение болезни Гиршпрунга.	23
10. Бушмелев В.А., Поздеев В.В. Ректальный анастомоз при радикальной операции болезни Гиршпрунга.	23
11. Подкаменев В.В., Новожилов В.А., Умань Н.В., Латыпов В.В. Новые технологии в лечении болезни Гиршпрунга у детей.	24
12. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Леонов В.Л., Алексеева Л.И., Хечикян А.А. Операция ORVAR SWENSON - альтернатива или метод выбора?	25

13. Цап Н.А., Трубицина И.А., Винокурова Н.В., Викторова В.Ю. Нейронная кишечная дисплазия как основа послеоперационного качества жизни при болезни Гиршпрунга.	26
14. Поздеев В.В., Бушмелев В.А. Алгоритм диагностики ректальной формы болезни Гиршпрунга.	27
15. Бушмелев В.А., Пчеловодова Т.Б., Поздеев В.В. Баллонная проктография в дифференциальной диагностике сужений прямой кишки.	28
16. Иудин А.А., Тимонина А.В., Воронина В.Ф. Количественный гистобиохимический метод диагностики нарушений интрамуральной иннервации кишечника у детей.	29
17. Машков А.Е., Щербина В.И., Цуман В.Г., Семилов Э.А., Синенкова Н.В., Схакумидова А.Г. К вопросу о диагностике болезни Гиршпрунга.	29
18. Поздеев В.В. Значение комплексной первичной диагностики в лечении колопроктологических заболеваний у детей на догоспитальном этапе.	30
19. Яницкая М.Ю., Голованов Я.С., Проклова Л.В., Помысов А.В. Гидроэзоколонография.	31
20. Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. Способ хирургического лечения атрезии прямой кишки со свищом в половую систему у девочек.	32
21. Проф. Чепурной Г.И., Орловский В.В., Розин Б.Г. Промежностная коррекция высоких форм атрезии прямой кишки.	33
22. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Юлаев В.Е., Тихонова И.А. Хирургическая коррекция супралеваторных аноректальных агенезий.	34
23. Морозов Д.А., Никитина А.С. Синдром CURRARINO: клинические наблюдения двух новорожденных.	35
24. Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Бревдо Ф.Ф., Светлов В.В., Галахова Д.Г., Трухачев С.В. Анализ лечения детей с аноректальными пороками развития.	36
25. Саввина В.А., Николаев В.Н., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е. Наш опыт лечения аноректальных пороков развития у детей.	37

26. Иудин А.А., Тимонина А.В. Одномоментная коррекция аноректальных пороков у детей	38
27. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Тихонова И.А. Особенности лечения новорожденных с аноректальными агенезиями при сочетании с другими пороками развития.	38
28. Винокурова Н.В., Цап Н.А., Трубицина И.А., Кошурников О.Ю. Медико-социальная адаптация детей с аноректальными пороками развития.	39
29. Ионов А.Л., Лука В.А., Щербакова О.В., Михеев М.Ю. Реконструктивные операции у детей с пороками развития толстой кишки и аноректальной области.	40
30. Гумеров А.А., Мамлеев И.О., Филиппова Н.П. Отдаленные результаты реконструктивных операций в аноректальной зоне у детей.	41
31. Морозов В.И., Ахунзянов А.А., Яфясов Р.Я., Пантелеева Н.Н., Корепанов Д.Н. Сочетанные дисфункции мочевого пузыря и толстой кишки у детей.	42
32. Смирнов А.Н., Дорофеева Е.И., Жаров А.Р. Д Диагностика и хирургическое лечение болезни Пайра у детей.	42
33. Гумеров А.А., Алянгин В.Г., Мамлеев И.А., Сурова А.М., Амиров Р.М. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении хронического толстокишечного стаза.	43
34. Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Галахова Д.Г., Трухачев С.В. Лечебная тактика у больных копростазом.	44
35. Яфясов Р.Я., Ахунзянов А.А., Поспелов М.С., Баимов А.П. Некоторые функциональные показатели ректоанальной области при хронических запорах у детей.	44
36. Бушмелев В.А., Поздеев В.В. Нетрадиционные технологии в колопроктологии по материалам клиники детской хирургии.	45
37. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Иудин А.А., Тимонина А.В. Организационные принципы лечения детей с нарушениями акта дефекации.	46
38. Бушмелев В.А., Абрамова Н.Е. Обоснование апоневротической колопексии в лечении тяжелых форм выпадения прямой кишки у детей.	46

39. Поддубный И.В., Исаев А.А., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Наковкин О.Н. Лапароскопические операции при тяжелом неспецифическом язвенном колите у детей.	47
40. Ионов А.Л., Лука В.А., Щербакова О.В., Щиголева Н.Е. Показания к оперативному лечению воспалительных заболеваний толстой кишки у детей.	48
41. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Папенина О.А. Полипы и полипозы толстой кишки у детей.	49
42. Поспелов М.С., Молчанов Н.Н., Гребнев П.Н., Яфясов Р.Я., Баимов А.П. Диффузный полипоз толстой кишки (наблюдение из практики).	50
43. Пчеловодова Т.Б., Бушмелев В.А. Опыт удаления пресакральных опухолей с применением органной трансиллюминации.	51
44. Тараскин А.В., Котляров А.Н., Ростовцев Н.М. Оценка частоты встречаемости неходжкинских лимфом среди детского населения Челябинской области.	52
45. Бушмелев В.А., Кораблинов О.В. Патогенетические аспекты хирургического лечения гнойного парапроктита.	52
46. Смирнов А.Н., Фатеев Ю.Е., Никитина О.Н., Чундокова М.А., Трунов В.О., Иванченко О.А. Лечение острого гнойного парапроктита на фоне врожденных параректальных свищей у детей первого года жизни.	53
47. Кораблинов О.В., Бушмелев В.А., Егорова О.О. Локальная гемодинамика в оценке результатов лечения острого парапроктита у детей.	54

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АГАНГЛИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., д.м.н. Ачкасов С.И., проф. Капуллер Л.Л., к.м.н. Бирюков О.М.

ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава" (директор - академик РАМН, проф. Воробьев Г.И.), г. Москва.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Болезнь Гиршпрунга - это аномалия развития толстой кишки, характеризующаяся отсутствием ганглиев интрамуральных нервных сплетений кишечной стенки и проявляющаяся характерным симптомом комплексом мегаколон.

Частота аномалии по данным разных авторов на протяжении нескольких десятилетий колеблется от 1 : 5000 до 1 : 2000 к общему числу новорожденных, а его возникновение у мальчиков и девочек соответствует соотношению 5 : 1 [6, 11, 10].

Врожденный характер болезни Гиршпрунга обуславливает ее принадлежность, в основном, к сфере деятельности детских лечебных учреждений. Благодаря работам детских хирургов решены вопросы диагностики и лечения этой аномалии [4, 2, 5, 8, 15, 7].

Однако, у части пациентов заболевание может долго протекать без выраженных клинических проявлений, когда запоры носят периодический и нестойкий характер, легко разрешаются при помощи очистительных клизм, что позволяет больным доживать до зрелого возраста. Порой первое обраще-

ние к врачу у таких больных может возникать при декомпенсации функции толстой кишки, требующей срочных хирургических мероприятий.

Наиболее значительное исследование, посвященное болезни Гиршпрунга у взрослых, было проведено Г.И. Воробьевым (1982) [1]. Автором определены варианты течения заболевания, установлена ценность различных методов исследования в его диагностике, модифицирован способ хирургического лечения аномалии по Дюамелю. С тех пор до настоящего времени в литературе появляются редкие сообщения о немногочисленных или единичных случаях болезни Гиршпрунга у взрослых [3, 14, 19, 13, 20].

Однако, в современной литературе отсутствуют работы об особенностях клинического течения болезни Гиршпрунга у взрослых, имеется недостаточно данных о диагностических критериях, необходимых для выявления заболевания и хирургической тактике, применяемой при различных проявлениях аномалии, что определяет актуальность изучения этой проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу данной работы положены результаты обследования и лечения 84 взрослых пациентов с гистологически подтвержденным аганглиозом толстой кишки, находившихся в ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава" в период с 1977 по 2005 г.г. Возраст больных колебался от 14 до 47 лет. Средний возраст составил $24,3 \pm 8,3$ лет. Мужчин было 59 (70,2%), женщин - 25 (29,8%) человек. Распределение пациентов с болезнью Гиршпрунга по полу и

возрасту представлено в таблице 1.

Из таблицы следует, что большая часть исследуемой группы - 62 (73,8%) человека - была в возрасте от 14 до 29 лет. Пациентами были преимущественно мужчины - 59 (70,2%) человек.

Критериями включения в исследование явились гистологически подтвержденный аганглиоз толстой кишки и отсутствие в анамнезе оперативных вмешательств по поводу болезни Гиршпрунга и ее

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Пол	Возраст (годы)				Всего
	14 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 47	
Мужчины	20	22	14	3	59 (70,2%)
Женщины	10	10	2	3	25 (29,8%)
Итого:	30	32	16	6	84 (100%)



Рисунок 1. Фотография больного К., 17 лет. Внешний вид пациента с болезнью Гиршпрунга.

осложнений до 14-летнего возраста пациентов. При поступлении в клинику жалобы на отсутствие самостоятельного стула предъявляли 61 (72,6%) из 84 наблюдавшихся нами больных. Вздутие живота было зарегистрировано в 41 (48,8%) (рис. 1), боли в животе отмечались в 32 (38,1%) случаях. Сочетание двух и более жалоб встречалось у 54 (64,3%) пациентов.

У большинства анализируемых нами пациентов запоры появились в первые годы жизни, однако, их слабая интенсивность и регулярное консервативное лечение позволили больным дожить до зрелого возраста. Периоды жизни, связанные с началом клинических проявлений болезни, указаны в таблице 2.

Клинические проявления болезни Гиршпрунга у взрослых в 64 (76,2%) случаях возникли в неонатальном периоде или в раннем детстве, в 18 (21,4%) - в дошкольном и школьном периодах. И только 2 (2,4%) случая соответствуют, так называемому, латентному варианту болезни Гиршпрунга, когда ее первые признаки появляются в более старшем возрасте [1].

Однако, из-за стертости клинической картины диагноз аномалии в детском возрасте был установлен лишь у 16 (19,0%) из 84 больных. У этих пациентов отмечался хороший эффект от консерва-

Таблица 2. Сроки появления первых клинических признаков заболевания (n = 84).

Период жизни	Возраст	Кол-во пациентов	%
Неонатальный	0 - 28 дней	18	21,4%
Раннее детство	29 дней - 3 года	46	54,8%
Дошкольный и школьный	4 - 14 лет	18	21,4%
Взрослый	15 - 19 лет	-	-
	20 - 29 лет	1	1,2%
	30 - 39 лет	1	1,2%

Таблица 3. Операции, перенесенные пациентами до поступления в ГЦК.

Характер операции	Кол-во пациентов
Резекция ободочной кишки с первичным анастомозом	12
Резекция сигмовидной кишки по Гартману	4
Колотомия, удаление калового камня	3
Деторзия заворота сигмовидной кишки	2
Колостомия	5
Итого:	26

тивных мероприятий и хирургическое лечение не предпринималось.

Неэффективность консервативных мероприятий и развитие осложнений привело к необходимости срочного оперативного лечения в зрелом возрасте у 26 (30,9%) больных еще до поступления под наше

наблюдение. Выполненные операции носили паллиативный характер и не включали в себя резекцию аганглионарного сегмента, что потребовало направления больных в специализированные учреждения для дальнейшего лечения. Характер оперативных вмешательств приведен в таблице 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем поступившим больным было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование. Ирригоскопия являлась основным методом диагностики болезни Гиршпрунга. Наличие на снимках зоны сужения в дистальном отделе толстой кишки с супрастенотическим расширением - это важнейшие признаки аномалии. По нашим данным типичная рентгенологическая картина отмечалась у 69 (83,1%) из 83 пациентов, подвергшихся ирригоскопии. Один больной в срочном порядке был оперирован по поводу нарастающей кишечной непроходимости.

У большинства пациентов - 76 (90,5%) из 84, наряду с рентгенологическим исследованием толстой кишки, выполнялась аноректальная манометрия для определения ректоанального ингибиторного рефлекса. В тех случаях, когда у пациентов, страдающих запорами с рождения или раннего детства, обнаруживалась зона сужения в дистальном отделе толстой кишки с супрастенотическим расширением по данным ирригографии, и отсутствовал ректоанальный ингибиторный рефлекс, устанавливался диагноз болезни Гиршпрунга. Отрицательная реакция внутреннего сфинктера зарегистрирована у 47 (61,8%) из 76 обследованных больных.

У остальных 29 (38,2%) пациентов она была резко ослабленной. Эти данные были недостаточны для установления окончательного диагноза болезни Гиршпрунга.

Исследование слизистой прямой кишки на ацетилхолинэстеразу проведено у 58 (72,5%) из 84 пациентов. Положительный тест был выявлен у 51 (87,9%) из 58 больных. При характерном для болезни Гиршпрунга анамнезе и типичной рентгенологической картине даже при наличии ослабленного ректоанального рефлекса положительная реакция на ацетилхолинэстеразу позволяла установить окончательный диагноз аномалии.

Таким образом, нами были определены диагностические критерии болезни Гиршпрунга у взрослых:

- а) запоры с раннего детского возраста в анамнезе,
- б) наличие зоны сужения в дистальных отделах толстой кишки с супрастенотическим расширением на ирригограммах,
- в) отсутствие ректоанального ингибиторного рефлекса при манометрии,
- г) положительная реакция слизистой прямой кишки на ацетилхолинэстеразу.

В тех случаях, когда на основании данных рентгенологического, физиологического и гистохимического методов исследования установить диагноз болезни Гиршпрунга не представлялось возможным, применялась биопсия стенки прямой кишки

по Свенсону. Этот метод диагностики был выполнен у 26 (30,9%) из 84 пациентов. Во всех случаях в препаратах отсутствовали ганглии мышечно-кишечного нервного сплетения, что позволило окончательно установить диагноз болезни Гиршпрунга. Учитывая, что до настоящего времени не существует единого мнения о длине зоны физиологического гипоганглиоза и уровне взятия биопсии [9, 12, 16, 18], мы провели собственное исследование, направленное на изучение частоты и протяженности залегания ганглиев интрамуральной нервной системы в дистальном отделе прямой кишки у взрослых.

Материалом для него послужили 35 препаратов дистального отдела прямой кишки и части анального канала, взятых у трупов людей, умерших от внекишечных заболеваний. Возраст умерших колебался от 30 до 71 года ($57,2 \pm 8,4$). Мужчин было 21 (60,0%), женщин - 14 (40,0%).

В результате исследования было установлено, что протяженность зоны физиологического гипоганглиоза в дистальном отделе прямой кишки у взрослых составляет, по нашим данным, $24,4 \pm 10,9$ мм, а ее параметры колеблются от 7,5 до 50,0 мм. В 4 из 35 случаев протяженность зоны физиологического гипоганглиоза достигала 40,0 мм, а в 1 случае - 50,0 мм. Выполнение биопсии по оригинальной методике O. Swenson (1955) неминуемо привело бы к диагностической ошибке у этих пациентов [17].

Для более точной диагностики болезни Гиршпрунга и других пороков развития интрамуральной нервной системы дистальных отделов толстой кишки нами была разработана модификация биопсии стенки прямой кишки. Метод заключается в иссечении продольной полоски тканью длиной 60 мм, состоящей из всех слоев задней стенки прямой кишки проксимальнее зубчатой линии (рис. 2). Гистологическое исследование биоптата, включающего в себя зону физиологического гипоганглиоза и вышерасположенный участок с потенциально нормальным нервным сплетением, позволяет дать более полную и объективную оценку состояния нервного аппарата прямой кишки.

У всех 84 взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга было проведено хирургическое лечение - резекция аганглионарной зоны и декомпенсированных отделов толстой кишки.

Стабильное состояние больных, мегаколон, ограниченный одним или двумя отделами ободочной кишки, отсутствие осложнений заболевания позволяли выполнить одноэтапное радикальное хирургическое лечение. Такая тактика предпринята у 56 (66,7%) из 84 взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга.

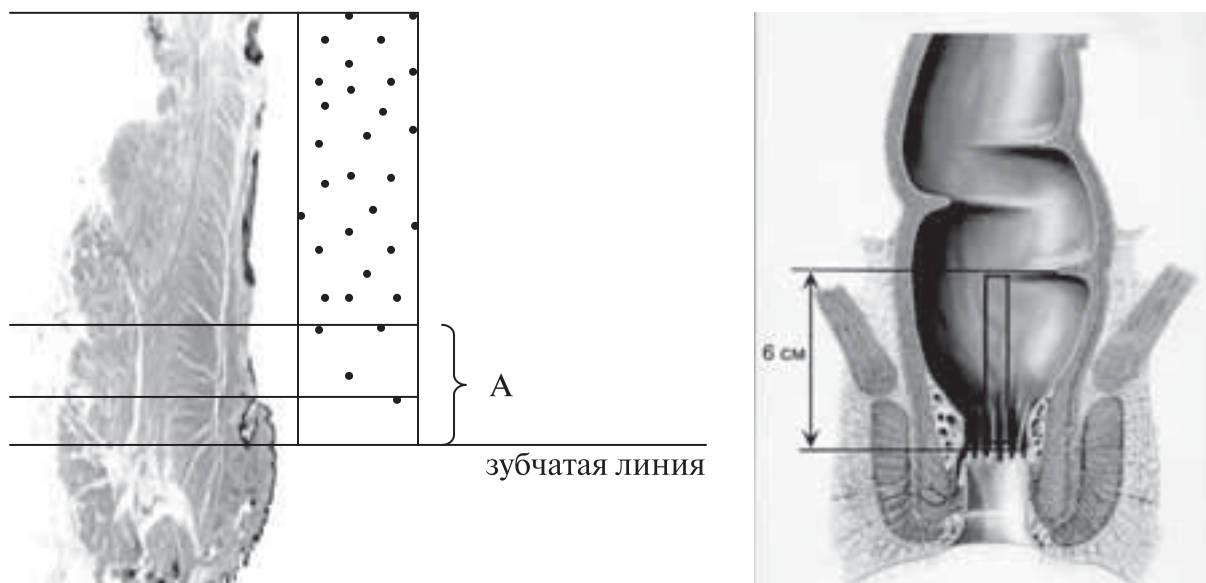


Рисунок 2. Схематическое изображение частоты расположения ганглиев мышечно-кишечного нервного сплетения дистального отдела прямой кишки и уровня трансанальной биопсии (А - зона физиологического гипоганглиоза).

При отсутствии эффекта от применения очистительных клизм, прогрессирующей декомпенсации толстой кишки с признаками кишечной непроходимости, ухудшении общего состояния, вызванного хронической интоксикацией и нарушением метаболизма, необходимо было проведение интенсивной предоперационной подготовки. Выполнение хирургического вмешательства у таких пациентов подразделялось на несколько этапов. Первый этап лечения был направлен на ликвидацию кишечной непроходимости. После восстановления

функции толстой кишки и улучшения общего состояния больного выполнялось радикальное хирургическое лечение с восстановлением кишечной непрерывности.

Многоэтапное лечение применялось у 28 (33,3%) пациентов с болезнью Гиршпрунга. В результате этого у 13 (46,4%) больных нам удалось достичь ликвидации явлений кишечной непроходимости, вызванной каловым камнем сигмовидной кишки, и выполнить радикальную операцию. У 8 (28,6%) больных с распространенным мегаколон многоэ-



Рисунок 3,4. Внешний вид пациента Б., 25 лет, с болезнью Гиршпрунга и субтотальным расширением ободочной до (слева) и через 1 год после операции (справа).

тапное лечение позволило добиться компенсации части расширенных отделов ободочной кишки и сократить объем ее резекции. Еще у 6 (21,4%) человек с распространенным мегаколон, несмотря на отсутствие компенсации кишки, удалось ликвидировать явления интоксикации и улучшить их общее состояние. И, наконец, у 1 (3,6%) пациентки с мегаилеум и тотальным аганглиозом толстой кишки - выполнить субтотальную резекцию ободочной кишки с последующим восстановлением пассажа по желудочно-кишечному тракту.

Внешний вид пациента с субтотальным мегаколон до и после операции представлен на рисунках 3 и 4. Для лечения взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга в ГНЦ колопроктологии разработана модификация операции Дюамеля [1], которая прошла испытание временем и применяется в клинике с 1977 г. до наших дней. Данный метод лечения был использован у 76 (90,4%) из 84 больных с аганглиозом толстой кишки. В период разработки хирургического лечения болезни Гиршпрунга у 3 (3,6%) пациентов была выполнена операция Свенсона и у 2 (2,4%) больных - операция Дюамеля с применением зажимов. Еще в 3 (3,6%) случаях после субтотальной резекции ободочной кишки оперативное вмешательство заканчивалось формированием низкого асцендоректального анастомоза по типу "конец в конец".

У 20 (23,8%) из 84 взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга зарегистрированы ранние послеоперационные осложнения, одно (1,2%) из которых привело к летальному исходу. Структура осложнений в соответствии с характером перенесенной операции указана в таблице 4.

Консервативное лечение ранних послеоперационных осложнений проводилось у 7 (35,0%) из 20 пациентов. У остальных 13 (65,0%) человек применялось хирургическое лечение.

Поздние осложнения были обнаружены у 12 больных после модификации операции Дюамеля и у од-

ного пациента после операции Дюамеля с применением зажимов для формирования анастомоза. Все осложнения были представлены стриктурой колоректального анастомоза. У 7 (53,8%) из 13 пациентов стриктура явилась исходом перенесенного в раннем послеоперационном периоде воспалительного процесса в полости малого таза.

Стойкий положительный эффект от консервативного лечения - бужирования стриктуры - был получен лишь у одного (7,7%) из 13 больных. В остальных 12 (92,3%) случаях потребовалась хирургическая коррекция данного осложнения.

Говоря о послеоперационных осложнениях, следует отметить, что по мере накопления опыта и применения разработанной в клинике ГНЦК модификации операции Дюамеля для хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых, нам удалось добиться значительного снижения их числа, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах. Динамика послеоперационных осложнений представлена на рисунке 5.

Отдаленные функциональные результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга в сроки от 1 до 25 (5,7 ± 5,9) лет после операции были прослежены у 62 (74,7%) из 83 человек (один пациент умер от прогрессирующего перитонита в раннем послеоперационном периоде). Для оценки отдаленных функциональных результатов лечения использовались следующие критерии.

Хороший результат - стул ежедневный самостоятельный, нет признаков анальной инконтиненции, отмечается по субъективной оценке повышение качества жизни по сравнению с дооперационным периодом.

Удовлетворительный результат - отмечается склонность к запорам до 3 - 4 дней или учащение стула до 4 раз в сутки, периодическое недержание газов, однако, сохраняется возможность коррекции нарушений функции кишки диетой или консервативными мероприятиями.

Таблица 4. Ранние послеоперационные осложнения у взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга (n = 20).

Характер осложнений	Название операции				n (%)
	Модификация операции Дюамеля (n = 76)	Операция Дюамеля (n = 2)	Операция Свенсона (n = 3)	СРОК с анастомозом конец в конец (n = 3)	
Несостоятельность культи прямой кишки	7	-	-	-	7 (35,0%)
Абсцесс полости таза	5	-	-	-	5 (25,0%)
Некроз и ретракция низведенной кишки	3	1	-	-	4 (20,0%)
Несостоятельность колоректального анастомоза	2	-	1	-	3 (15,0%)
Несостоятельность культи червеобр. отростка *	-	-	-	1	1 (5,0%)
Всего:	17	1	1	1	20 (100%)

* субтотальная резекция ободочной кишки сочеталась с аппендэктомией

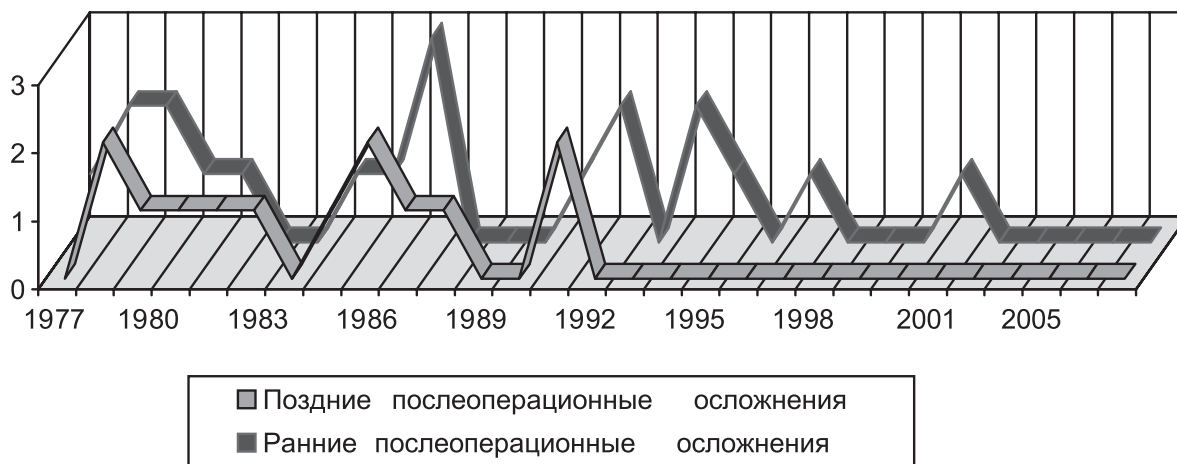


Рисунок 5. Динамика ранних и поздних послеоперационных осложнений за период с 1977 по 2005 г.г.



Рисунок 6. Отдаленные функциональные результаты модификации операции Дюамеля.

Неудовлетворительный результат - отсутствие самостоятельного стула, вздутие живота, боли в животе, диарейный синдром или недержание жидкого кишечного содержимого.

Хорошие результаты зарегистрированы у 50 (80,7%) больных, удовлетворительные - у 10 (16,1%) пациентов и в 2 (3,2%) случаях отмечены неудовлетворительные результаты лечения.

У большей части взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга - 76 (90,4%) из 84 человек - была выполнена операция Дюамеля в модификации клиники. Анализ факторов, влияющих на отдаленные результаты лечения, проводился именно в этой группе больных, так как она была наиболее репрезентативна, что позволяло выявлять статистическую закономерность и делать выводы. Отдаленные результаты лечения были прослежены у 55 (72,4%) из 76 больных, перенесших модификацию операции Дюамеля. Хорошие результаты лечения получены у 44 (80,0%) пациентов, удовлетворительные результаты констатированы у 9 (16,4%) человек, неудовлетворительные результаты лечения отмечены у 2 (3,6%) больных (рис. 6).

Определялась зависимость отдаленных функциональных результатов лечения от длины аганглионарного сегмента и распространенности мегаколон. Из 55 пациентов, с прослеженными отдаленными результатами лечения после модификации операции Дюамеля, у 30 (54,5%) больных аганглионарная зона локализовалась в прямой кишке и у 25 (45,5%) она распространялась на ободочную кишку. Зависимость отдаленных функциональных результатов лечения от длины аганглионарного сегмента показана в таблице 5.

Таблица 5. Зависимость отдаленных функциональных результатов модификации операции Дюамеля от длины аганглионарного сегмента (n = 55).

Результат	Протяженность аганглионарного сегмента	
	Прямая кишка	Прямая и ободочная кишка
Хороший	25 (83,4%)	19 (76,0%)
Удовлетворительный	4 (13,3%)	5 (20,0%)
Неудовлетворительный	1 (3,3%)	1 (4,0%)
Итого:	30 (100%)	25 (100%)

Таблица 6. Зависимость отдаленных результатов модификации операции Дюамеля от распространенности мегаколон ($n = 55$).

Результат	Распространенность мегаколон	
	1 отдел ободочной кишки	более 1 отдела ободочной кишки
Хороший	30 (88,2%)	14 (66,7%)
Удовлетворительный	3 (8,8%)	6 (28,5%)
Неудовлетворительный	1 (3,0%)	1 (4,8%)
Итого:	34 (100%)	21 (100%)

При сравнении двух групп установлено, что большее число хороших результатов получено у больных с локализацией аганглионарного сегмента в прямой кишке - 83,4%. При распространении зоны аганглиоза на ободочную кишку количество хороших результатов уменьшалось до 76,0%. Сравнение удовлетворительных и неудовлетворительных результатов в исследуемых группах выявило обратную зависимость. Полученные данные могут быть обусловлены относительно компенсированным состоянием проксимальных отделов ободочной кишки у больных первой группы. У пациентов с аганглиозом, распространенным на ободочную кишку, функциональные нарушения проксимальных отделов более выражены, что определяет ухудшение отдаленных результатов лечения. Однако статистической достоверности при сравнении полученных результатов не отмечено ($P > 0,05$).

Для исследования зависимости отдаленных результатов лечения от распространенности мегаколон те же 55 пациентов были разделены на группы, формирующиеся по протяженности расширенных отделов ободочной кишки. Первую группу составили 34 (61,8%) больных с мегаколон, ограниченным одним отделом ободочной кишки - мегасигмой, вторую - 21 (38,2%) человек с мегаколон, распространявшимся на два и более отдела кишки (левосторонним, субтотальным и тотальным). Распределение результатов модификации опера-

ции Дюамеля в зависимости от распространенности мегаколон показано в таблице 6.

Сравнение отдаленных результатов лечения у пациентов с различной распространенностью мегаколон определило преобладание хороших результатов у больных с мегасигмой - 88,2%. При распространении расширения кишки в проксимальном направлении этот показатель снижался до 66,7%. Математический анализ показал статистическую достоверность выявленных различий ($P < 0,05$).

Количество удовлетворительных и неудовлетворительных результатов было наименьшим у пациентов с мегаколон, ограниченным одним отделом ободочной кишки - мегасигмой и составило 8,8% и 3,0% соответственно, в то время как при расширении проксимальных отделов кишки эти показатели увеличивались и достигали 28,5% и 4,8%.

На основании проведенного исследования можно предположить, что при локальном мегаколон функциональные возможности проксимальных отделов ободочной кишки достаточно высоки. Это позволяет достигать хороших отдаленных результатов лечения в 88,2%. При распространенных формах мегаколон, наряду с прогрессированием декомпенсации расширенной части толстой кишки, значительно компрометируется функция остальных ее отделов. Такое состояние позволяет добиться хороших результатов лечения лишь у 66,7% оперированных пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Первые клинические признаки болезни Гиршпрунга у взрослых пациентов появляются в неонатальном периоде или в детстве в 97,6% случаев. Однако, из-за латентного течения диагноз заболевания в этом возрасте устанавливается лишь у 19,0% больных. Вследствие развития осложнений болезни Гиршпрунга необходимость в срочном оперативном вмешательстве возникает у 30,9% пациентов.
2. Диагностические критерии болезни Гиршпрунга у взрослых включают в себя:
 - а) запоры с раннего детского возраста в анамнезе,
 - б) наличие зоны сужения в дистальных отделах толстой кишки с супрастенотическим расширением на ирригограммах,

- в) отсутствие ректоанального ингибиторного рефлекса при манометрии,
 - г) положительную реакцию слизистой прямой кишки на ацетилхолинэстеразу,
 - д) отсутствие ганглиев интрамуральной нервной системы по данным морфологического исследования.
3. Протяженность зоны физиологического гипоганглиоза у взрослых колеблется от 7,5 до 50 мм, составляя в среднем $24,4 \pm 10,9$ мм., что требует выполнения модификации биопсии прямой кишки по Свенсону.
 4. Одноэтапное хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у взрослых оправдано при стабильном

состоянии больного, ограниченном мегаколон и отсутствии осложнений. При распространенном мегаколон или осложненном течении заболевания операцию целесообразно разделить на несколько этапов. Такая тактика позволяет добиться в 96,4% случаев благоприятных результатов лечения.

5. Функциональные результаты хирургического ле-

чения болезни Гиршпрунга зависят от распространенности мегаколон. При расширении только сигмовидной кишки хорошие результаты регистрируются в 88,2% случаев, при распространении расширения на проксимальные отделы этот показатель статистически достоверно снижается до 66,7% ($P < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых (клиника, диагностика и хирургическое лечение). Диссертация докт. мед наук. Москва, 1982, 402 с.
2. Исаков Ю.Ф., Ленюшкин Л.И., Долецкий С.Я. Хирургия пороков развития толстой кишки у детей. Москва, 1972, 240 с.
3. Коломенский С.Н., Карпукhin О.Ю., Аржанов Ю.В. Опыт лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. Актуальные проблемы колопроктологии. Материалы тезисов III Всероссийской научно-практической конференции и Пленума правления Российского научно-медицинского общества онкологов. Волгоград, 1997, с. 253-256.
4. Куц Н.Л. Болезнь Фавалли - Гиршпрунга у детей. Киев, 1970, 120 с.
5. Ленюшкин А.И. Болезнь Гиршпрунга: традиции и новые тенденции (30-летний клинический опыт). Детская хирургия, 1997, 1, с. 31-37.
6. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. Москва, 1999, 366 с.
7. Baillie C.T., Kenny S.E., Rintala R.J., Booth J.M., Lloyd D.A. Long-term outcome and colonic motility after the Duhamel procedure for Hirschsprung's disease. J. Pediatr. Surg., 1999, 34, 2: 325-329.
8. Catto-Smith A.G., Coffey C.M., Nolan T.M., Hutson J.M. Fecal incontinence after the surgical treatment of Hirschsprung's disease. J. Pediatr., 1995, 127(6):954-957.
9. Duhamel B. Une nouvelle operation pour le mega-colon congenital: L'abaissement retro-rectal et trans-anal du colon, et son application possible au traitement de quelques malformations. Presse. Med., 1956, 64:2249-2250.
10. Fouquet V., De Lagausie P., Faure C., Bloch J., Malbezin S., Ferkhadj L., Bauman C., Aigrain Y. Do prognostic factors exist for total colonic aganglionosis with ileal involvement? J. Pediatr. Surg., 2002, 37, 1:71-75.
11. Hanneman M.J., Sprangers M.A., Mik E.L., van Heurn L.W. Quality of life in patients with anorectal malformation or Hirschsprung's disease. Dis. Col. Rect., 2001, 11:1650-1660
12. Hofmann R.F., Orestano F. Histology of the myenteric plexus in relation to rectal biopsy in congenital megacolon. J. Pediatr. Surg., 1967, 2, 6:575-577.
13. Kim C.Y., Park J.G., Park K.W., Parc K.J., Cho M.N., Kim W.K. Adult Hirschsprung's disease. Result of the Duhamel procedure. Int. J. Colorectal Dis., 1995, 10:156-160.
14. Luukkonen P., Heikkinen M., Huikuri K., Jarvinen H. Adult Hirschsprung's disease. Clinical features and functional outcome after surgery. Dis. Col. Rect., 1990, 1:65-69.
15. Reding R. Hirschsprung's disease: A 20-Year Experience. J. Pediatr. Surg., 1997, 32, 8:1221-1225.
16. Ricciardi R., Counihan T.C., Banner B.F., Sweeney W.B. What is the normal aganglionic segment of anorectum in adults? Dis. Col. Rect., 1999, 3:380-382.
17. Swenson O., Fisher J.H., MacMahon H.E. Rectal biopsy as an aid in the diagnosis of Hirschsprung's disease. New Engl. J. Med., 1955, 253, 15:632-635.
18. Venupogal S., Maucer K., Shandling B. The validity of rectal biopsy in relation to morphology and distribution of ganglion cell. J. Pediatr. Surg., 1981, 16:433-437.
19. Wheatley M.J., Wesley J.R., Polley T.Z. Jr. Hirschsprung's disease in adolescents and adults. Dis. Colon. Rect., 1990, 3:662-669.
20. Wu J.S., Schoetz D.J., Collier J.A., Veidenheimer M.C. Treatment of Hirschsprung's disease in the adult. Report of five cases. Dis. Colon. Rect., 1995, 38(6):655-659.

СФИНКТЕРОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО ЖОМА

Ионов А.Л., Лука В.А., Щербакова О.В.

Отделение хирургической колопроктологии РДКБ, г. Москва

Несмотря на значительный прогресс в лечении детей с недостаточностью сфинктерного аппарата прямой кишки, частота неудовлетворительных функциональных результатов, по данным разных

авторов, составляет от 30 до 70 %. Нами проведен анализ результатов различных видов сфинктеропластики у детей с травматическим (послеоперационным) недержанием кала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1985 по февраль 2006 года в отделении хирургической колопроктологии РДКБ находилось на лечении 120 детей с различной степенью рубцового перерождения анального сфинктера. Большинство пациентов - после хирургической коррекции аноректальных пороков развития (92 - 76,7 %). С недержанием кала после травматического повреждения промежности было 16 детей, многократно оперированных по поводу болезни Гиршпрунга - 10, один ребенок после удаления крестцово-копчиковой тератомы и один - с рубцовой деформацией сфинктера на фоне хронического парапроктита. Всем пациентам проводили полное обследование, включая ирригографию, электромиографическое исследование наружного сфинктера (игольчатыми и контактными электродами) и - с 1995 года - аноректальную манометрию и профилометрию. Всего выполнено 144 сфинктеропластики у 120 больных. Большим с частичным рубцовым перерождением анального сфинктера (до 1/2 окружности) восстанавливали целостность сфинктерного коль-

ца, выполняя сфинктеропластику местными тканями (36). При протяженном рубцовом перерождении анального сфинктера производили сфинктеропластику синтетическим материалом (56), собственными мышцами - ягодичными (1) и нежными мышцами бедер (24) и широкой фасцией бедра на сосудистой ножке с применением м/х техники (3). Проведение повторной сфинктеропластики потребовалось в 20 % случаев. Восемью пациентам после восстановления целостности сфинктерного кольца, в связи с осложнениями или неудовлетворительными результатами, выполнена повторная сфинктеропластика - местными тканями (4) и синтетическим материалом (4). Двум детям после грацилопластики произведена повторная сфинктеропластика - нежной мышцей бедра с другой стороны (1) и ягодичными мышцами (1). Наибольшее число повторных сфинктеропластик было выполнено после операции Вредена (повторно синтетическим материалом - 8, нежными мышцами бедер - 5, ягодичными мышцами - 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Удовлетворительным результатом хирургической коррекции недержания кала мы считаем сохранение "чистого" промежутка в течение 24 часов и более после очистительной клизмы.

Неудовлетворительные результаты отмечены у 13 детей (10,9 %), из них 8 пациентов перенесли операцию Вредена. Кроме неудовлетворительного функционального результата после сфинктеропластики синтетическим материалом у 17 больных возникли послеоперационные осложнения: отторжение имплантированных синтетических "полосок" (13), пролежень стенки прямой кишки (3), ректо-уретральный свищ (1). Таким образом, почти

половине детей (25 из 56 - 44,6%) после операции Вредена потребовалось проведение повторных хирургических вмешательств. В последние годы мы отказались от операций с использованием синтетического материала, учитывая высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений. Частым осложнением после сфинктеропластики местными тканями было нагноение послеоперационной раны с расхождением краев (7 из 36 - 19,4 %). Однако, отключение дистального отдела толстой кишки позволяет избежать подобных гнойных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение полного функционального обследования сфинктерного аппарата прямой кишки позволяет выбрать оптимальный вид сфинктеропластики. Наложение превентивной колостомы является важным и необходимым условием для успешного результата сфинктеропластики с

восстановлением целостности сфинктерного кольца. Проведение грацилопластики детям старше 7 лет, с последующей электростимуляцией неосфинктера и кинетотерапией, позволяет получить удовлетворительный результат в подавляющем большинстве случаев.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Фоменко О.Ю., Подмаренко В.А., Полетов Н.Н., Алешин Д.В., Алиева Э.И.,
Поддубный И.В., Исаев А.А.

ФГУ "ГНЦ колопроктологии РОСЗДРАВА",

Кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Измайловская детская городская клиническая больница, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема диагностики и лечения недержания кишечного содержимого на протяжении уже многих десятилетий продолжает быть в центре внимания колопроктологов во всем мире в связи не только с медицинскими, но и выраженными социально-психологическими аспектами жизни пациентов с анальной инконтиненцией. Несмотря на обилие литературных данных, патогенез недержания при функциональной

недостаточности анального сфинктера до конца не изучен. При этом, также не определена роль функциональных исследований запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК) в выявлении основных его патогенетических звеньев. Целью нашего исследования явилось установление патогенетических механизмов функционального недержания с помощью физиологических методов исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящая работа основана на анализе данных физиологических исследований 67 пациентов с функциональной недостаточностью анального сфинктера II степени, находившихся на обследовании в ГНЦК в 2004 - 2005 гг. Мужчин было - 57, женщин - 10. Возраст больных колебался от 14 до 68 лет ($24,1 \pm 11,3$ года). Диагностическая про-

грамма исследования функционального состояния ЗАПК включала в себя: компьютерную суммарную и сегментарную электромиографию, исследование проводимости по половым нервам, аноректальную манометрию, сфинктерометрию, профилометрию, изучение резервуарной функции прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После оценки проведенного комплексного исследования ЗАПК все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от полученных результатов, свидетельствующих о различных возможных патогенетических механизмах анальной инконтиненции.

Первую группу составили 44 из 67 пациентов с жалобами на каломазание. По данным компьютерной ЭМГ, сфинктерометрии и профилометрии тонус внутреннего и сократительная способность мышц наружного сфинктера были в пределах нормальных величин. Однако, изменения были выявлены при аноректальной манометрии. Таким образом, определяющим патогенетическим механизмом анальной инконтиненции у данной категории больных являлась, по-видимому, дисфункция внутреннего сфинктера, что нарушало градиент аноректального давления и приводило к эпизодам каломазания. При этом сохранность рефлекторной

деятельности наружного сфинктера и его сократительной способности, вероятнее всего, являлось компенсирующим фактором удержания всей порции каловых масс. Во вторую группу были отнесены 6 из 67 пациентов с жалобами на каломазание. По данным ЭМГ, сфинктерометрии, аноректальной манометрии отклонений от нормы выявлено не было. Однако, порог чувствительности прямой кишки к наполнению был повышен и наряду с этим был зарегистрирован сократительный ответ прямой кишки на небольшие объемы наполнения. Таким образом, нарушение чувствительности прямой кишки к наполнению с одновременным усилением сократительной способности стенок прямой кишки при небольших объемах каловых масс являлось возможным патогенетическим механизмом анальной инконтиненции у данной категории больных. В третью группу больных включены 9 больных с жа-

лобами на каломазание, у которых при ирригоскопии или дефекографии было выявлено увеличение размеров прямой кишки более 9см. Основные патологические изменения были выявлены при изучении резервуарной функции прямой кишки. Выявленные изменения свидетельствовали о выраженном снижении тонуса кишечной стенки и резком нарушении ее сократительной способности, нейрогенного или миогенного происхождения. Следствием этого являлось нарушение процесса дефекации и постоянное заполнение прямой кишки каловыми массами. В условиях сохранной рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера, поступление дополнительных порций кишечного содержимого из вышележащих отделов толстой кишки приводило к

повышению давления в прямой кишке выше уровня давления в анальном канале. Таким образом, причиной каломазания являлось нарушение кишечного, а не анального компонента механизма держания. В четвертую группу включены 8 из 67 человек, у которых помимо каломазания, отмечались жалобы на недержание жидкого кала и газов при ощущении позывов. В данной группе больных прослеживалось сочетание механизмов анальной инконтиненции: а) нарушение функционального состояния наружного сфинктера и мышц тазового дна и, как следствие, нарушение процесса волевого удержания кишечного содержимого, б) дисфункция внутреннего сфинктера, способствующая явлениям каломазания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Для выявления основных патогенетических механизмов развития функциональной недостаточности анального жома необходимо комплексное функциональное исследование ЗАПК, включающее в себя: ЭМГ с исследованием проводимости по срамным нервам, сфинктерометрию, аноректальную манометрию, профилометрию, оценку резервуарной функции прямой кишки.
2. У пациентов с функциональной недостаточностью анального сфинктера 2 степени с жалобами на каломазанием в 74,6 % случаев причиной недержания являлась дисфункция внутреннего сфинктера,

в 15,3 % - нарушение резервуарной функции прямой кишки и в 10,1 % - снижение чувствительности к наполнению с одновременным усилением сократительной способности стенок прямой кишки.
3. У пациентов с функциональной недостаточностью анального сфинктера 2 степени с недержанием жидкого кала, газов и каломазанием ведущими патогенетическими звеньями анальной инконтиненции являлись, по-видимому, сочетания нарушений функционального состояния наружного сфинктера, мышц тазового дна и нервно-рефлекторной деятельности внутреннего сфинктера.

СТИМУЛИРУЕМАЯ ГРАЦИЛОПЛАСТИКА ПРИ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., к.м.н. Полетов Н.Н.

ФГУ "Государственный Научный Центр Колопроктологии Росздрава" (директор - академик РАМН, проф. Воробьев Г.И.), г.Москва

На протяжении многих десятилетий в центре внимания колопроктологов остается проблема лечения недостаточности анального сфинктера, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. Под термином "недостаточность анального сфинктера" подразумевается частичное или полное нарушение произвольного удержания содержимого толстой кишки [2]. Распространенность недостаточности в общей популяции составляет около 7 %.

По данным большинства хирургических клиник, наиболее частой причиной недержания являются травмы запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК), чаще всего связанные с акушерской или операционной травмой. Затем по частоте следует функциональная недостаточность анального сфинктера,

связанная с заболеваниями периферической или центральной нервной системы. На третьем месте стоят различные аноректальные пороки развития, которые в большинстве наблюдений осложнены недостаточностью анального сфинктера.

Наибольшую проблему, на наш взгляд, представляет лечение больных с обширными дефектами анального сфинктера или его отсутствием, как приобретенного, так и врожденного характера.

Хирургическое лечение недостаточности имеет многолетнюю историю. Еще в начале прошлого века Четвуд впервые предложил использовать для пластики анального сфинктера ягодичные мышцы [12]. Это сильная хорошо васкуляризованная мышца, находится близко к объекту пластики. Данная операция в различных модификациях ис-

пользуется и в настоящее время. Однако операция имеет и недостатки [1,3,15].

Альтернативой глутеопластике была предложена грацилопластика. В 1929 году И.Л.Фаерман, а в 1952 году, Пикрелл предложили использовать нежную мышцу бедра. Принципиальное различие этих операций заключается в том, что сухожильный конец мышцы фиксируется не к телу мышцы, а к надкостнице седалищного бугра с другой стороны [4,20]. В последние годы операция Пикрелла применяется в различных модификациях. В то же время применение грацилопластики связано с риском развития различных осложнений, частота которых достигает 40% [6,7,14,17,21,22,23]. Учитывая возможную атрофию перемещенной мышцы, Savina E. (1986) предложил дополнить операцию стимуляцией перемещенной мышцы [10]. Затем, основываясь

на работах [8,24] стали использовать постоянную низкочастотную стимуляцию перемещенной мышцы. К сожалению, частота послеоперационных осложнений не только не уменьшилась, но и увеличилась так как добавились еще и специфические осложнения возникающие только при динамической грацилопластике. Частота их по мнению различных авторов довольно высока и колеблется от 5 до 50 % [5,6,8,9,11,13,14,16,18,19,21,22].

Таким образом, проблема хирургической реабилитации больных с полным недержанием кишечного содержимого остается нерешенной. В настоящее время ни один из предложенных способов операции не обеспечивает полноценного восстановления утраченной функции ЗАПК. Однако, на наш взгляд, мышечная пластика остается наиболее перспективным методом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 20 лет в ФГУ "Государственном Научном Центре Колопроктологии Росздрава" находилось на лечении 360 пациентов с различной степенью недостаточности анального сфинктера. Вторая степень недостаточности выявлена у 224 больных, 3 степень недостаточности у 141 больных, у 69 (49 %) из них сфинктер полностью отсутствовал или его дефект составлял 3\4 окружности и более. Сорока трем больным с полным отсутствием сфинктера была произведена грацилопластика. Мужчин было 27, женщин 16, в возрасте от 15 до 68 лет Средний возраст пациентов составил $31,16 \pm 14,7$ лет.

Основной причиной недержания явились травматические повреждения прямой кишки и промежности, отмеченные у 18 (41,9 %) больных. У 12 (27,9 %) больных недостаточность анального сфинктера развилась после операций на прямой кишке и промежности, а в 13 (30,2 %) случаях больные поступили в клинику после многочисленных неэффективных оперативных вмешательств по поводу врожденных ано-ректальных пороков развития.

На момент поступления у 21 больного ранее была сформирована колостома.

Клиническая картина пациентов характеризовалась зиянием ануса. Анальный рефлекс отсутствовал у всех больных, мышечные структуры сфинктера также не определялись. У всех пациентов в той или иной степени отмечались рубцовые изменения промежности.

При профилометрии в анальном канале не выявлялось зоны повышенного давления, были снижены показатели вектрум волюм, как в покое так и при волевом сокращении.

Всем больным была выполнена пластика анального сфинктера нежной мышцей бедра в различных модификациях.

Тридцати семи больным была выполнена грацилопластика с одной стороны, в основном левой нежной мышцей бедра, в 6 случаях сфинктер сформировали одновременно из мышц правого и левого бедра. У 4 пациентов грацилопластика проведена с

кожной пластикой.

В раннем послеоперационном периоде в 8 (18,6 %) случаях имели место различные виды осложнений. Следует отметить, что такие осложнения, как гематома, некроз кожного лоскута, не повлияли на функцию держания.

Оценка жизнеспособности и функциональной активности сформированного сфинктера проводилась на 14 день после операции.

По данным электромиографических исследований у всех больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось наличие произвольной электрической активности перемещенной мышцы, что свидетельствует о ее жизнеспособности. Амплитуда ее сокращений составляла от 30 до 80 мкв (норма 154 - 212 мкв).

Через месяц после операции при профилометрии "вектор-волюм" достигал только 25% от нормы. Вместе с тем при волевом сокращении давление в анальном канале значительно возрастало и приближалось к норме.

При динамическом наблюдении через 3 месяца после операции у 5 больных при ЭМГ выявлены изменения частотно - амплитудных характеристик в перемещенной мышце, что свидетельствовало о начальных явлениях дегенеративных изменений. Это послужило поводом к разработке программы консервативных мероприятий направленных на предотвращение атрофии перемещенной мышцы и улучшение функциональных результатов грацилопластики.

Разработанная программа мероприятий включала в себя: электростимуляцию, различные виды БОС-терапии, направленные на нейромоторное переучивание перемещенной мышцы, выработку условного ректо-анального рефлекса, ЛФК. По нашему мнению профилактика дегенеративных изменений перемещенной мышцы должна осуществляться с первого месяца после операции 1 раз в 3 месяца в течение всего срока наблюдения.

На основании данных функциональных исследований установлено, что для профилактики дегенеративных изменений в перемещенной мышце целесообразно проведение ее длительной электростимуля-

ции током, импульсами следующих параметров:
- пачки биполярных импульсов с частотой 100 Гц,
- заполнение пачек импульсами в 10 кГц

-подача их в режиме прерывистой стимуляции - посыл 1 с., покой 2 с. Оптимальная продолжительность сеанса электростимуляции в среднем составляет 30 минут

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комплекса мероприятий, так как уже к 15 дню лечения отмечается восстановление частотно-амплитудных характеристик. Непосредственный положительный эффект получен у всех больных. Отдаленные результаты лечения прослежены у 35 (81,4%) из 43 оперированных больных в сроки от 3 месяцев до 9 лет.

Результаты операции оценивались на основании субъективных ощущений пациентов, данных клинического и функционального обследования.

Под хорошими результатами мы понимаем восстановление функции держания кишечного содержимого и функциональную сохранность перемещенной мышцы. Под удовлетворительным результатом - уменьшение степени недержания кишечного содержимого. Неудовлетворительными результатами мы считаем отсутствие эффекта от перенесенной операции. У 80 % (28) пациентов отмечены хорошие результаты, у 8,6 % (3) удовлетворительные и неудовлетворительные у 11,4 % (4) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности использования нежной мышцы бедра для формирования анального сфинктера у больных с полным его отсутствием. Реабилитация больных с недостаточностью анального сфинктера включает в себя не только хирургическое вмешательство, но и комплекс лечебных мероприятий направленных на улучшение функциональных результатов.

Основное условие профилактики дегенеративных

Пациенты с хорошими функциональными результатами удерживали все компоненты кишечного содержимого. Время произвольного держания у них колебалось от 3 до 8 минут.

При функциональных исследованиях созданного запирающего аппарата прямой кишки электрическая активность регистрировалась у всех больных и достигала нижней границы нормы сфинктерного аппарата, что указывает на жизнеспособность и функциональную активность перемещенной мышцы.

Результаты профилометрии показали, что суммарный показатель внутрианального давления в покое "вектор-волом" увеличивается по отношению к показателям раннего послеоперационного периода на 30 %. Однако его величина не достигает нормальных величин. В то же время отмечается значительное увеличение показателя "вектор-волом" волевого сокращения, который увеличился на 80 %. Эти показатели даже превышают показатели волевого сокращения нормального анального сфинктера.

изменений в перемещенной мышце - это сочетание мероприятий направленных на переучивание перемещенной мышцы с применением электростимуляции и вариантов биологически обратной связи. Проведение комплекса консервативных мероприятий целесообразно начинать с первого месяца, сразу после заживления раны.

Применение программы реабилитации позволит значительно улучшить результаты лечения этого тяжелого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1979, т.4.
2. Воробьев Г.И. Колопроктология, Москва, 2001.
3. Степанов Э.А., Смирнов А.Н., Костомарова Г.А., Варламов Е.В., Поддубный И.В., Горчаков С.А. Использование гетерогенного материала при хирургическом лечении недержания кала у детей. Хирургия, 1990, 8, с.40-44.
4. Фаерман И.Л. Образование сфинктера из нежной мышцы бедра. Новый хирургический архив, 1929, т. 19, 3, с.398 - 405.
5. Altomare D.F., Rinaldi M., Martinelli E., Pannarale O., Palasciano N., Memeo V. Vaginal repair of rectocele following dynamic graciloplasty for imperforate anus. Int. Coloproctol., 1996, 11: 243 - 245.
6. Altomare D.F., Rinaldi M., Pannarale O., Memeo V. Electrostimulated gracilis neosphincter for fecal incontinence and in total anorectal reconstruction: Still an experimental procedure? Int. J. Colorectal. Dis., 1997, 12: 308 - 312.
7. Baeten C.G.V.I., Geerdes B.P., Adang E.M.M., Heineman E., Konsten J., Engel G.L., Kester A.D.M., Spaans I., Soeters P.B. Anal dynamic graciloplasty in the treatment of intractable fecal incontinence. New Engl. J. Med., 1995, 332: 1600-1605.
8. Baeten C., Spaans F., Fluks A. An implanted neuromuscular stimulator for fecal continence following previously implanted gracilis muscle: Report of a case. Dis. Colon Rectum, 1988, 31:134 - 137.
9. Bresler L., Reibel N., Brunaud L., Sielezneff I., Rouanet P., Rullier E., Slim K. Dynamic graciloplasty in the treatment of severe fecal incontinence. French multicentric retrospective study. Ann. Chir., 2002, 127 (7): 520 - 526.
10. Cavina E., Chiarugi M., Seccia M., Buccuanti P., Evangelista G. Tecniche di ricostruzione sfincterica ed elettromiostimolazione. Atti 88 SIC., Rome, 1986: 849-852.
11. Cavina E., Seccia M., Banti P., Zocco G. Anorectal reconstruction after abdominoperineal resection.

- Experience with double-wrap graciloplasty supported by low - frequency electrostimulation. *Dis. Colon. Rectum*, 1998, 41, 8: 1010-1016.
12. Chetwood C.H. Plastic operation for restoration of the sphincter ani with report of a case. *Med. Rec.*, 1902, 61: 529.
 13. Christiansen J., Rasmussen O.O., Lindorff-Larsen K. Dynamic graciloplasty for severe anal incontinence. *Br. J. Surg.*, 1998, 85: 88 - 91.
 14. Geerdes B.P., Heineman E., Konsten J., Soeters P.B., Baeten C.G.V.I. Dynamic graciloplasty. Complications and management. *Dis. Colon Rectum*, 1996, 39: 912 - 917.
 15. Holschneider A.M. Treatment and functional results of anorectal continence on children with imperforate anus. *Acta Chirurgica Belgica*, 1983, 3: 191 - 204.
 16. Korsgren S., Keighley M.R.B. Stimulated gracilis neosphincter-Not as good as previously thought. Report of four cases. *Dis. Colon Rectum*, 1995, 38:1331-1333.
 17. Kennedy M.L., Nguyen H., Lubowski D.Z., King D.W. Stimulated gracilis neosphincter: A new procedure for anal continence. *Aust. N. Z. J. Surg.*, 1996, 66: 353 - 357.
 18. Madoff R.D., Rosen H.R., Baeten C.G., La Fontaine L.J., Cavina E., Devesa M., Rouanet P., Christiansen J., Fauchtron J-L., Isbister W., Kohler L., Guelinckx P.J., Pflman L. Safety and efficacy of dynamic muscle plasty for anal incontinence: lessons from a prospective, multicenter trial. *Gastroenterology*, 1999, 116, 3: 549 - 556.
 19. Matzel K.E., Madoff R.D., La Fontaine L.J., Baeten C.G., Buie W.D., Christiansen J., Wexner S. Complications of dynamic graciloplasty: incidence, management, and impact on outcome. *Dis. Colon Rectum*, 2001, 44(10): 1427-1435.
 20. Pickrell K.L., Broadbent T.R., Masters F.W., Metzger J. Construction of rectal sphincter in restoration of anal continence by transplanting the gracilis muscle. *Ann. Surg.*, 1952, 135: 853 - 862.
 21. Rullier E., Zerbib F., Laurent C., et al. Morbidity and functional outcome after double dynamic graciloplasty for reconstruction. *Br. J. Surg.*, 2000, 87, 7: 909-913.
 22. Wexner S.,D., Gonzalez-Padron A., Ruis J., Teoh T-A., Moon H.K. Stimulated gracilis neosphincter operation. Initial experience, pitfalls, and complications. *Dis Colon Rectum*, 1996, 39: 957- 964.
 23. Williams N.S., Patel J., George B.D., Hallon R.I., Watkins E.S. Development of electrically stimulated neoanal sphincter. *Lancet*, 1991, 338: 1166 - 1169.
 24. Williams N.S., Hallan R.I., Koeze T.N.,Watkins E.S. Restoration of gastrointestinal continuity and continence after abdominoperineal excision of the rectum using an electrically stimulated neoanal sphincter. *Dis. Colon Rectum*, 1990, 33: 561 - 565.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В., Исаев А.А., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Наковкин О.Н.

Кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Измайловская детская городская клиническая больница, г. Москва.

Цель работы - анализ первого опыта применения лапароскопической методики (вариант Soave-Georgeson) при радикальной коррекции врожденного агангиоза толстой кишки у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с сентября 2004 по март 2006 года лапароскопические операции по поводу болезни Гиршпрунга были выполнены 14 детям в возрасте от 6 месяцев до 15 лет (большинство - 10 пациентов - в возрасте до 3 лет) с различными формами агангиоза толстой кишки (протяженность патологической зоны агангиоза колебалась от 5 см до 40 см, в 2 наблюдениях захватывая всю левую половину толстой кишки). Лапароскопическая мобилизация толстой кишки,

выполнявшаяся во всех случаях с применением трех троакаров, сопровождалась интратректальным ее низведением на промежность через серозно-мышечный цилиндр прямой кишки длиной 5-7 см (по типу методики Соаве), резекцией суженного и максимально-расширенного участка (от 30 до 60 см толстой кишки), одномоментным отсечением низведенной кишки и формированием колоанального анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции колебалась от 120 до 240 минут. Существенной кровопотери не было ни в одном случае. Гемотранфузия не проводилась. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечалось. Послеоперационный период протекал гладко, и дети были выписаны домой на 6-10-е сутки.

В отдаленном периоде - у всех оперированных детей

в сроки наблюдения от 3 до 18 месяцев - отмечается самостоятельный, регулярный стул, нормальное ощущение позыва на дефекацию, отсутствие расстройств мочеиспускания. У одного ребенка был отмечен единичный эпизод энтероколита, который потребовал госпитализации и курса консервативной антибактериальной терапии. Косметические результаты были отличными во всех случаях.

ВЫВОДЫ

- методика позволяет сочетать в себе радикальность и преимущества классической операции эндоректально-го низведения по Soave, с минимальной травматичностью лапароскопической мобилизации толстой кишки; - использование метода позволяет значительно сократить сроки госпитализации больных и добиться раннего восстановления их физической активности;

- в отдаленном периоде (до 18 месяцев послеоперационного наблюдения) - отмечены отличные функциональные и косметические результаты. Требуется дальнейшее наблюдение за больными, проведение комплекса функциональных методов исследования состояния толстой кишки - для более объективной оценки результатов лечения.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ

Schier F., Яницкая М.Ю., Голованов Я.С.

Медицинский университет, г.Майнц, Германия.

Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск.

В подходах к оперативному лечению болезни Гиршпрунга у детей остается много спорных вопросов. Это относится ко всем этапам оперативного вмешательства, начиная с выбора места колостомии, целесообразности ее наложения и выбора метода радикального оперативного лечения.

В нашей клинике принята методика оперативного лечения пациентов с болезнью Гиршпрунга в 3 этапа: первый - наложение противостолевого ануса на восходящую кишку, второй - радикальная операция по Дюамелю-Баирову и третий - закрытие колостомы. Результаты не всегда удовлетворительные. Среди осложнений: рубцовый стеноз в области анастомоза, длительные функциональные расстройства в виде частичного недержания кала на фоне плохого опорожнения кишки.

В июле 2005 года одному из пациентов радикальное оперативное лечение было проведено с применением лапароскопической ассистенции.

Мальчику, с установленным в 4 месяца диагнозом болезни Гиршпрунга, был проведен первый этап оперативного лечения: наложение противостолевого ануса на восходящую кишку.

В 1 год 3 месяца проведена радикальная операция: трансанальная резекция сигмовидной кишки с лапароскопической ассистенцией. Послеоперационный период протекал легко. На второй день ребенок вставал, выписан на 7-е сутки после операции. Закрытие колостомы проведено через 3 месяца. Хороший результат. Отсутствие рубцов на животе и в области ануса. Отсутствие функциональных нарушений. Нормальный акт дефекации, отсутствие недержания кала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансанальная резекция сигмовидной кишки с лапароскопической ассистенцией при болезни Гиршпрунга в последние годы все шире применяется в ведущих Европейских клиниках. При этом оперативное лечение, как правило, прово-

дится в один этап. Дети находятся в стационаре обычно от двух до пяти дней. Функциональные результаты хорошие. Отсутствуют рубцы на передней брюшной стенке и спаечный процесс в брюшной полости.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Саввина В.А., Николаев В.Н., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е.

Кафедра детской хирургии медицинского института Якутского государственного университета, г. Якутск.

С 1995 по 2005 годы в хирургическом отделении Педиатрического центра пролечено 32 ребенка с диагнозом болезнь Гиршпрунга. В последние годы отмечается увеличение количества больных, что связано с целенаправленным обследованием в хирургическом отделении детей с хроническими запорами: 12 больных выявлено до 2000 года, 20 - за последние 6 лет. Наиболее часто встречается ректо-сигмоидная форма - 16 больных, ректальная форма выявлена у 11 детей, самые тяжелые формы - субтотальный и тотальный аганглиоз толстой кишки у 5 больных. Чем длиннее зона аганглиоза, тем выраженнее клиническая картина заболевания: в период новорожденности диагностировано 7 случаев болезни Гиршпрунга, до 1 года - 9. В 1 случае диагноз тотального аганглиоза толстой кишки установлен на аутопсии новорожденного, умершего от перфораций в дистальном отделе подвздошной кишки, перитонита.

Пяти больным с коротким сегментом аганглиоза проведено следующее лечение: операция Линна - 2, девульсия ануса - 3. У всех детей достигнут положительный клинический результат. У остальных 27 больных выполнены брюшно-промежностные проктопластики: по Дюамелю - 4, по Соаве-Ленюшкину - 8, по Соаве-Болею - 15. После операции Дюамеля у большинства больных выявлены осложнения: стеноз "паруса" - устранен оперативно с хорошим клиническим результатом, недержание кала вследствие разрушения задней порции наружного сфинктера, ректо-пузырный свищ - оперирован повторно с летальным исходом.

После брюшно-промежностной проктопластики по Соаве осложнения наблюдались у 6 больных (26%): диффузный серозно-гнойный перитонит в раннем послеоперационном периоде, проведены релапаротомии, санации брюшной полости; у 2 больных сохранение стойких запоров связано с остаточной зоной аганглиоза, 1 из них оперирован повторно с

хорошим клиническим исходом. Наблюдаемое в ранние сроки после операции непостоянное недержание кала восстанавливается после адаптации низведенной ободочной кишки. Подобный эффект мы отмечали и у больной тотальной формой аганглиоза толстой кишки, когда после илео-ректального соустья стул к 3 годам нормализовался до 2-3 раз в сутки.

Показаниями к колостомии были: длинная аганглионарная зона у новорожденных, затрудняющая опорожнение клизмами, значительное супрастенотическое расширение у детей старше года с явлениями энтероколита. По технике наложения предпочтительнее двухствольная колостома. При концевой стоме у части больных наблюдали тенденцию к стенозированию.

В отношении этапности операций Соаве каких-либо преимуществ в плане профилактики воспалительных межфулярных осложнений при отсроченном отсечении низведенной кишки мы не отмечаем. Наоборот, методика Соаве-Болея привлекает эстетичностью, одноэтапностью, возможностью ранней активизации больного. Кроме того, после отсроченного отсечения культи в большинстве случаев длительно сохраняется плотный циркулярный анастомотический валик в области интраректального соустья, нередко приводящий к запорам. У 2 больных на 6-7 сутки после 1 этапа Соаве отмечались ишемизация и самоотторжение культи низведенной кишки, в связи с чем анастомоз формировали в более ранние сроки.

Возраст от 1 года до 5 лет представляется наиболее предпочтительным для выполнения проктопластики, так как у детей раннего возраста велик риск неуправляемых осложнений, а в старшем возрасте затруднителен этап демукозации.

По нашему мнению, операцией выбора при болезни Гиршпрунга является брюшно-промежностная проктопластика по Соаве-Болею.

СПОСОБ МИОТОМИИ ПРИ РЕКТАЛЬНОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Бушмелев В.А., Поздеев В.В.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск.

При ректальной форме болезни Гиршпрунга (РФБГ) в настоящее время применяют операцию биопсию - миоэктомию по Линну. Суть метода заключается в том, что интраректально производят иссечение циркулярного и продольного мышечного слоя в виде ленточной полоски шириной до 1 см на задней стенке кишки в сагиттальном направлении. Метод имеет серьезные недостатки и угрозу возникновения послеоперационных осложнений. Среди них - ограниченность доступа к операционному полю, плохая визуализация и возможность микробного загрязнения раны, кровотечение. По данным литературы послеоперационные осложнения могут наступить в 15-20 %.

В течение последних 10 лет при хирургическом лечении РФБГ мы пользуемся, разработанным в клинике методом ректальной миотомии задним доступом. Суть способа заключается в следующем. Положение больного на животе с подложенным под таз валиком. Операционному столу придаем положение Тренделенбурга, так что анальная и крестцово-копчиковая области выступают кверху. Поперечным разрезом в области крестцово-копчикового сочленения рассекаем кожу и подкожно-жировую клетчатку, обнажаем заднюю нижнюю часть копчиковых позвонков. Копчиково-анальную связку пересекаем в поперечном направлении. Копчиковые позвонки приподнимаем кверху. Затем, после расширения раны, продольно рассекаем подвздошно-копчиковую мышцу и часть лоннопрямокишечной мышцы. После этого, без особого труда выделяем заднюю стенку прямой кишки и подтягиваем ее в рану. Визуализируем состояние и протяженность суженной зоны. В этом месте на боковые поверхности мышечной оболочки кишки накладываем две "держалки", между которыми в продольном направлении вырезаем полоску кишечной стенки шириной до 1 см и глубиной до подслизистого слоя. Длина разреза варьирует от протяженности сужения с захватом неповрежденных тканей сверху и внизу по 0,5 см, и обычно не превышает 4-5 см.

Полученную во время операции полоску мышечной ткани отправляем на гистологическое исследование. Мышечную рану на кишке, не сшивая, тупо разводим. Держалки снимаем и кишку опускаем в полость малого таза. Послеоперационную рану послойно ушиваем. Во время всей операции, для четкой визуализации всех слоев кишечной стенки и наружного сфинктера применяем органный трансиллюминацию с помощью внутрисветового осветителя, находящегося в ампуле прямой кишки. Применение органный трансиллюминации позволяет избежать травматизации мышц тазового дна, под контролем глаза тщательно выполнить гемостаз и избежать повреждений слизистой оболочки прямой кишки, восстановить анатомо-топографические соотношения в этой области.

Предложенным методом оперировано 16 детей с РФБГ. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Через сутки дети безбоязненно садились на горшок. Физиологические отправления проходили безболезненно. У больных оперированных задней ректальной миотомией пребывание в стационаре составило 6 койко-дней, в сравнении с больными, оперированными биопсией-миоэктомией по Линну - 12 койко-дней.

Мы полагаем, что разработанный нами способ операции при РФБГ, избавляет от недостатков присущих другим методам, так как разрез проводится в стороне от ануса, отсутствует насильственное растяжение сфинктеров. Проведение всех этапов операции под контролем глаза, приводит к малой травматичности хирургического вмешательства с небольшим индексом глубины раны, углом операционного действия 80-85°, достаточно большой зоной доступности, полной ликвидации первичных и вторичных кровотечений из раны, снижению до минимума интраоперационных осложнений, бактериального загрязнения раны и параректального пространства, уменьшению сроков ранней реабилитации.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Гумеров А.А., Мамлеев И.О., Филиппова Н.П.

Республиканская детская клиническая больница, г. Москва

Лечение болезни Гиршпрунга остается проблемой в проктологии детского возраста. За последние 6 лет (1999-2005 годы) в клинике детской хирургии на базе Республиканской детской клинической больницы оперировано 36 детей с болезнью Гиршпрунга (БГ) в возрасте от 8 месяцев до 13 лет. Ректосигмоидная форма заболевания имела место у 32 детей, тотальная - у 4.

Диагноз БГ устанавливался на основании клинико-рентгенологического обследования. Биопсия стенки прямой кишки проводилась в сомнительных случаях.

У 13 детей БГ диагностирована на первом году жизни. Двенадцати из них наложена разгрузочная сигмостома для обеспечения регулярного очищения кишечника. Что позволило детям нормально расти и развиваться. Восемь месяцев - минимальный возраст, когда выполнялась радикальная операция. Двум больным в возрасте 4-х и 13-ти лет выведена сигмостома для проведения предоперационной подготовки из-за декомпенсированного колита. Всем детям выполнена радикальная операция по Соаве-Ленюшкину.

Ближайшие результаты оперативного вмешательства во всех случаях благоприятны. Этому способствовали тщательно проведенная дооперационная подготовка, максимальное очищение кишечника от содержимого перед операцией, рациональная антибиотикотерапия, парентеральное питание.

Изучение отдаленных результатов после операции в сроки от 2 до 6 лет показало у всех детей сохранность сфинктерного аппарата. У 8 из 36 обследованных детей отмечено сохранение энтероколита в послеоперационном периоде. Этим больным проведена терапия направленная на формирование оформленного кала по специально разработанной программе. Отдаленные результаты у всех пациентов хорошие и удовлетворительные.

Таким образом, концевая сигмостома, выведенная в переходной зоне, обеспечивает функционирование максимального участка ободочной кишки и устраняет затруднения в определении границ резекции кишки. Энтероколит остается тяжелым осложнением оперативного лечения БГ.

РЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Бушмелев В.А., Поздеев В.В.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск.

Среди радикальных методов лечения у детей с болезнью Гиршпрунга наибольшее распространение получили операции Свенсона, Дюамеля, Соаве, Ребейна. Большинство из них не лишены недостатков, поэтому с целью предупреждения предлагаются различные модификации.

В течение последних 25 лет при высоких формах агангиоза мы применяем операцию Дюамеля, в оперативно-технические приемы которой внесли ряд усовершенствований, направленных на устранение операционных и послеоперационных осложнений.

Предоперационную подготовку проводим "Способом профилактики гнойных осложнений на прямой кишке и промежности", (авторское свидетельство 1607815). Во время операции четко намечаем уровень резекции патологически измененной толстой кишки. Прямую кишку в забрюшинной части пересекаем между двумя механическими швами. Культю прямой кишки формируем с максимальным укорочением так, чтоб оставляемая часть прямой кишки не превышала 5,0 см. Со стороны

промежности рассекаем все слои прямой кишки по задней полуокружности выше зубчатой линии на 1,5 - 2,0 см, с обязательным сохранением анальных крипт и мышц сфинктера. Через образованный ранее ретроректальный тоннель низводим мобилизованную сигмовидную кишку на промежность до уровня намеченной резекции в латексном баллоне. Заднюю полуокружность и боковые стенки низведенной кишки сшиваем через все слои по нижней губе у анального жома синтетической нитью. Иссекаем излишки низведенной кишки электроножом. Переднюю полуокружность дополнительно сшиваем с задней стенкой культи прямой кишки. На сформированную из двух стенок (задняя - из прямой кишки и передняя - низведенной ободочной) "шпору" накладываем механический зажим для бесшовного анастомоза собственной конструкции (рационализаторское предложение отраслевого значения № 0-626). Бранши зажима проводим до верхнего края сформированной культи прямой кишки, под визуальным контролем со стороны

брюшной полости. Наложенный инструмент остается в культе прямой кишки до полного срастания стенок и некротизации "шпоры", а затем самостоятельно отторгается через 4-6 дней. В результате этого формируется новая ампула прямой кишки без образования "паруса".

Зажим для формирования бесшовного анастомоза ампулы прямой кишки имеет конструктивные различия от известных ранее механизмов. Наш инструмент имеет бранши строго параллельного направления и зубчатую сцепку. Бранши смыкаются

жестко на всем протяжении с помощью барашкового винта, что препятствует его соскальзыванию до полного формирования бесшовного анастомоза. Основными особенностями операции применяемой нами, является оставление короткой культи прямой кишки, предохранение внутреннего сфинктера от повреждений и формирование надежного бесшовного анастомоза.

По нашей методике за 25 лет оперировано 102 ребенка с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Подкаменев В.В., Новожилов В.А., Умань Н.В., Латыпов В.В.

Кафедра детской хирургии Иркутского государственного медицинского университета, Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г.Иркутск.

В лечении детей болезнью Гиршпрунга использован минимально инвазивный подход, основанный на трансанальной эндоректальной мобилизации и низведении аганглионарной части толстой кишки с ее резекцией и формированием колоанального анастомоза. Оперированы 8 пациентов в возрасте от 1 месяца до 8 лет с ректосигмовидной формой болезни Гиршпрунга. У 2 детей трансанальная одноступенчатая операция сочеталась с лапароскопической мобилизацией ректосигмоидного отдела толстой кишки. На операционном столе ребенок находился в положении на спине с приподнятой на валике промежностью, разведенными и фиксированными к стойкам нижними конечностями. На промежность устанавливали анальный ретрактор, к которому фиксировались нити-держалки, проведенные через мягкие ткани перианальной области. Это способствовало хорошей экспозиции аноректальной зоны. Операция начиналась с циркулярного рассечения слизистой оболочки прямой кишки электроножом выше зубчатой линии на 0,5 см. Используя тупую препаровку, слизистую оболочку прямой кишки выделяли проксимально на протяжении 5-10 см в зависимости от возраста ребенка. На дистальный конец выделенной слизистой оболочки накладывали швы-держалки и использовали их для натяжения, что способствовало лучшей препаровке. Следующий этап операции заключался в циркулярном рассечении электроножом мышечных слоев прямой кишки на границе отпрепарованной слизистой оболочки и выведении ректосигмоидного отдела через образованный мышечный футляр прямой кишки. Для свободного эндоректального низведения ректосигмоидного отдела толстой кишки его сосуды последовательно перевязывались и пересекались ближе к стенке кишки. Такой прием позволял свободно низвести дистальный отдел толстой кишки с ано-

ректальной зоной и расширенным участком до здоровой кишки. Аганглионарный и расширенный отрезки кишки отсекались с последующим формированием колоанального анастомоза на 0,5 см выше зубчатой линии. Анастомоз формировался без натяжения сигмовидной кишки, чему способствовала ее дополнительная фиксация к мышечному футляру прямой кишки 3-4 отдельными швами. У двух детей до трансанальной демукозации прямой кишки операцию начинали с лапароскопической мобилизации ректосигмоидного отдела толстой кишки до ее нормальных границ и рассечения тазовой брюшины, что позволило облегчить последующее эндоректальное низведение толстой кишки.

Среднее время операции составляло 90-120 мин. Длина резецированных отрезков толстой кишки составляла от 8 до 30 см. Гистологическое исследование показало, что переходная зона находилась дистальнее к уровню резекции кишки. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. В отдаленные сроки после операции явления хронической задержки стула развились у 3 детей, что потребовало консервативного лечения у 2 детей и иссечения рубцового стеноза в области колоанального анастомоза у одного ребенка. Более благоприятный исход отмечен у детей грудного возраста.

Преимущества минимально инвазивных вмешательств при болезни Гиршпрунга состоят в исключении необходимости лапаротомного доступа и, следовательно, опасности повреждения органов малого таза, снижении вероятности развития спаечного процесса в брюшной полости. У детей грудного возраста при ранней постановке диагноза и без сопутствующих заболеваний сочетание трансанального и лапароскопического доступа может стать идеальным способом лечения болезни Гиршпрунга.

ОПЕРАЦИЯ ORVAR SWENSON - АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ МЕТОД ВЫБОРА?

Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Леонов В.Л., Алексеева Л.И., Хечикян А.А.

Кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов.

Современное лечение болезни Hirschsprung состоит в решении трех основных проблем: обструктивного энтероколита, целесообразности превентивной колостомии, выбора способа резекции патологического участка толстой кишки. Наша клиника, имея опыт операций Duhamel и Soave, отдает предпочтение брюшно-анальной экстраректальной резекции толстой кишки по методике О. Swenson. Принципиально важно, что, следуя данной методике, полностью удаляют зону аганглиоза. анастомозируют гомологичные ткани кишки, восстанавливают нормальную синтопию органов малого таза. При других операциях в реконструкции используют патологически измененные ткани, что не физиологично. С 1970 года в клинике по методике О. Swenson первично оперировали 49 детей (включая 6 новорожденных) с различными формами болезни Hirschsprung: ректосигмоидной (73 %), ректальной (21 %), субтотальной и тотальной (6 %). Мальчики составили 70 %. Заболевание манифестировало энтероколитом у 8 детей (16%), из них у двух - с развитием перфоративного перитонита. У 35 больных была предпринята радикальная одномоментная операция О. Swenson, у 14 - в качестве первого этапа выполнили асцендоколостомию. Показаниями для этого явились острая кишечная непроходимость и перитонит (7), неадекватность консервативной предоперационной подготовки (7). Радикальное оперативное вмешательство производили через 6-12 месяцев. При выполнении оперативного приема придерживались следующих позиций: выделение прямой кишки проводили строго по мышечной стенке, осуществляя последовательный и тщательный гемостаз, после низведения кишки оценивали натяжение сосудов брыжейки, отделяли брыжейку от края кишки для наложения анастомоза, двухрядный анастомоз накладывали капроном или Resorb 4.0. Самостоятельная дефекация была зарегистрирована, в среднем, на 3 сутки, тогда же начинали энтеральное кормление. В результате опера-

ции О. Swenson 45 детей выздоровели, не имея проблем с опорожнением кишечника. У двух детей (в 70-80-е годы) возникла несостоятельность анастомоза (4 %), у двух - стеноз зоны анастомоза (4 %), причинами чего стали установленные дефекты хирургической техники (отсутствие мобилизации брыжейки перед анастомозированием, недостаточное растяжение ануса и интраоперационная гипоксия низведенной кишки). Дети с несостоятельностью анастомоза требовали колостомы, а впоследствии реоперации по Soave; стенозы были устранены консервативно. Временная (до двух недель) частичная инконтиненция была зарегистрирована в 12 %. Нарушений функции мочевого пузыря или эректильных дисфункций не отмечено. Один ребенок (2 %) потребовал повторной реоперации О. Swenson. Уточним, что с 2004 года нами были радикально оперированы по О. Swenson четверо новорожденных с ректосигмоидной формой болезни Hirschsprung. Экстраректальная прецизионная диссекция в этом возрасте отличалась простотой и легкостью выполнения, с первых суток налаживалась нормальная дефекация, травматичность вмешательства оказалась минимальной, новорожденные практически не нуждались в интенсивной терапии. В то же время, один ребенок двух месяцев погиб от молниеносного энтероколита и токсико-септического шока спустя 35 суток после операции на фоне нормально восстановившейся работы кишечника. Таким образом, летальность составила 2,5 %. Мы считаем, что операция О. Swenson является методом выбора при коррекции болезни Hirschsprung, тем более у новорожденных. Методики Soave и Duhamel применяем при повторных вмешательствах и тотальных формах болезни, когда необходима искусственная задержка каловых масс в неоректум. Все осложнения, полученные в ходе нашей работы, были связаны с установленными дефектами хирургической техники, не дискредитируя оригинальную методику Orvar Swenson.

НЕЙРОННАЯ КИШЕЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ КАК ОСНОВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Цап Н.А., Трубицина И.А., Винокурова Н.В., Викторова В.Ю.

Уральская государственная медицинская академия, Областная детская клиническая больница, г. Екатеринбург.

На сегодняшний день даже мировой опыт лечения болезни Гиршпрунга не позволяет сделать заключение о решении всех проблем лечения этого порока кишечника. Состоялся выбор сроков и наиболее удовлетворяющего клинициста способа хирургической коррекции. Целью нашей работы явилось изучение послеоперационного качества жизни детей с оценкой функциональных результатов отдаленного периода лечения болезни Гиршпрунга.

В разработку взята группа пациентов - 32 ребенка, у которых не сформировалось таких осложнений, как несостоятельность, стеноз анастомоза между низведенной кишкой и дистальным сегментом прямой кишки. Дети наблюдаются в течение 2-12 лет. В связи с наличием жалоб у 22 детей на периодическое вздутие живота, склонность к запорам, отсутствие позыва на дефекацию, энкопреза в сочетании с энурезом и нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря периодически госпитализируются в клинику для проведения комплексной реабилитационной терапии. По принципам оперативной коррекции порока толстой кишки группа детей с функциональными расстройствами соответствует контрольной при отсутствии жалоб: 3 этапа лечения, радикальный этап по методике Свенсона, с 2002 года - по Соаве-Ленюшкину. Считаем, что методика выделения и выворачивания тазового отдела прямой кишки является дополнительным фактором иннервационной недостаточности дистального отдела кишечника в послеоперационном периоде. Отсутствие жалоб, восстановление полноценного акта дефекации отмечаем у детей после тотальной колэктомии и эндоректального низведения подвздошной кишки.

Морфологическое исследование толстой кишки, как дооперационного биопсийного материала восходящей кишки, так и резецированных ее отделов, свидетельствует не только о наличии аганглионарной зоны чаще в ректосигмоидном отделе, но и о патологических количественных (гипогангиоз) и качественных (дисплазия) измене-

ниях ганглиев толстой кишки, локализующихся в проксимальных отделах. Сохранение этих отделов толстой кишки - носителей нейронной кишечной дисплазии - обуславливает в послеоперационном периоде клиническую картину кишечной дисфункции.

Проведено рентгеноконтрастное исследование оперированной толстой кишки в отдаленный послеоперационный период у всех детей наблюдаемой группы. Обнаружено развитие мегаколон в 90% случаев, несмотря на полноценную проходимость колоректального анастомоза, что указывает на автономную моторно-эвакуаторную недостаточность сохраненных отделов толстой кишки, проявляющуюся клинически разным спектром функциональных расстройств, вплоть до длительного копростазы.

Основным содержанием курса реабилитационной терапии является комплексная стимуляция двигательной функции толстой кишки, включающая медикаментозные средства (витамины группы В, прозерин, вазелиновое масло, дюфалак), физиопроцедуры: амплипульс в стимулирующем режиме на переднюю брюшную стенку, эндотон с ректальным электродом, парафиновые аппликации на пояснично-крестцовый отдел позвоночника, массаж и лечебную гимнастику. Кратность проведения реабилитации 3-4 курса в год. Эффективность консервативной терапии оцениваем как положительный результат - 17(77,3%), слабopоложительный - 4(18,2%), отсутствие лечебного эффекта - 1 (4,5%). Эти данные свидетельствуют о разной степени функционального ответа диспластичных интрамуральных нейронных структур.

Таким образом, нейронная кишечная дисплазия проксимальных отделов толстой кишки при болезни Гиршпрунга вызывает функциональные расстройства дефекации, чем ухудшает качество послеоперационного периода.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РЕКТАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Поздеев В.В., Бушмелев В.А.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск.

Диагностика ректальной формы болезни Гиршпрунга (РФБГ) представляет трудности в связи с хроническим течением болезни и медленно развивающейся декомпенсацией кишки.

С целью ранней диагностики РФБГ предложен алгоритм обследования детей с хроническим запором, включающий клинические и специальные методы исследования (баллонную проктографию, УЗИ прямой кишки, электрофотоплетизмографию).

При ретроспективном анализе 25 клинических признаков, выбранных из историй болезни у 300 пациентов с хроническими запорами и обработанных параметрическим методом Стьюдента, достоверно различными оказались 8 симптомов, на основании которых составлена диагностическая скрининг-программа. Скрининг-программа апробирована на 156 историях болезни детей с заведомо известным диагнозом болезни Гиршпрунга. Совпадение диагнозов было отмечено у 134 (85,8±1,8 %, $p < 0,05$) пациентов, у 22 (14,2±2,5 %, $p < 0,001$) больных получен неопределенный результат. При этом выявлено, что сумма диагностических коэффициентов для болезни Гиршпрунга находилась в диапазоне от 40 до 120.

Клиническое обследование с помощью баллонной проктографии по нашей методике выполнено у 73 детей. У 50 из них диагностирована РФБГ. Наиболее достоверными при этом оказались показатели расчетов величины аноректального угла, опущения тазового дна, расстояния от копчика до аноректальной зоны. Полученные математические показатели позволили установить нарушение функции лобково-прямокишечной мышцы (пуборектальной петли) и смещение заднепроходного канала в вентральном направлении, что подтверждало наличие спастического сужения в дистальной отделе кишки.

Ультразвуковое исследование прямой кишки начинали с визуализации наружного сфинктера, оценивали форму, положение и размеры прямой кишки. Второй этап сонологического исследования

проводился при заполнении ампулы прямой кишки 150-200 мл физиологического раствора. При этом визуализировали суженный участок выше внутреннего сфинктера прямой кишки, а проксимальнее определяли расширение кишки с утолщенным мышечным слоем.

Определение степени нарушений локальной гемодинамики прямой кишки при РФБГ проводили электрофотоплетизмографическим путем (ЭФПГ) по В.А. Бушмелеву (1990). Количественный анализ ЭФПГ включал определение объемного пульса (ОП), объемного пульсового кровотока (ОПК), скорости кровенаполнения периферических сосудов (СКС), скорости оттока крови (СОК), индекса периферического сосудистого сопротивления (ИПСС), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). При качественной оценке ЭФПГ у здоровых детей выявили некоторую нерегулярность волн, зависящую от лабильности частоты сердечных сокращений. ЭФПГ у детей с РФБГ визуально характеризовалась более пологим подъемом, вершина была округлой иногда платообразной, иногда появлялись хаотические дополнительные волны.

При количественном анализе ЭФПГ самыми достоверными величинами с высокой степенью корреляции были ОПК и ИПСС. Динамическая величина ОПК, по количественному показателю которого можно было судить о характере функционального состояния сосудов, была меньше на 24,7 %. Одновременно на 23,2 % увеличивался ИПСС. Уменьшение ОПК и увеличение ИПСС указывали на снижение артериального кровотока в прямой кишки. СКС была меньше на 6 %, что могло свидетельствовать о парезе вазоконстрикторов, а увеличение ОПСС на 13 % указывало на замедление венозного оттока.

Таким образом, предложенный нами диагностический алгоритм обследования больных хроническими запорами позволил нам достоверно выявить уровень аганглионарной зоны при болезни Гиршпрунга.

БАЛЛОННАЯ ПРОКТОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СУЖЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Бушмелев В.А., Пчеловодова Т.Б., Поздеев В.В.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск.

Сужения прямой кишки у детей могут быть функциональными и органическими. С целью их топической диагностики возникает необходимость в рентгенологическом исследовании путем ирригографии. При некоторых заболеваниях (ректальная форма болезни Гиршпрунга, новообразования и воспалительные инфильтраты) мы заменили классическую ирригографию баллонной проктографией по модифицированной методике (рационализаторское предложение № 6.96 от 26.01.96, выданное Ижевской государственной медицинской академией).

Метод гигиеничен и необременителен для пациента и медперсонала. Техника проведения процедуры проста. Накануне и в день исследования больному делаем очистительные клизмы. На резиновый катетер прикрепляем латексный баллон. Устройство вводим больному в прямую кишку. Разбавленную взвесь бария вливаем в баллон через катетер. Количество взвеси варьирует в зависимости от возраста пациента (150-300 мл). Систему герметично закрываем и оттягиваем назад, так чтобы дистальный отдел баллона заполнил ректальный канал. Выполняем рентгенограммы в прямой и боковой проекции. Снимок в прямой проекции делаем в состоянии покоя. Боковой - в начале в состоянии покоя, а затем, при максимальном натуживании, когда больной старается изгнать баллон из прямой кишки.

Полученные рентгенограммы оцениваем по 4 критериям: 1. Определяем форму и расположение прямой кишки. Баллон, находящийся в прямой кишке, принимает вид ректоцеле в супрастенотической зоне, а в зоне стеноза на снимке определяется фигура типа "гантели", по которой можно определить протяженность сужения. 2. Оцениваем аноректальный угол - это угол между просветной осью задне-проходного канала и линией, проведенной вдоль нижней границы дистального участка кишки. В покое аноректальный угол равен $95^{\circ} \pm 5^{\circ}$, при изгна-

нии баллона - $105^{\circ} \pm 5^{\circ}$. 3. Измеряем ректальное расстояние - это расстояние между аноректальной границей и копчиком. Этот критерий помогает оценить топографо-анатомические особенности развития этой области (состояние мягких тканей и органов таза, наличие включений при пресакральных опухолях). Значение этого критерия по нашим данным в норме равно $6,0 \pm 0,5$ см. 4. Определяем опущение тазового дна - это вертикальное расстояние между лобково-копчиковой линией и аноректальной границей. Опущение тазового дна представляет собой разницу между положением аноректальной границы в состоянии покоя и при натуживании. Нормальное значение этого критерия не превышает 2 см.

С помощью этих показателей получаем достоверную информацию о размерах и расположении прямой кишки, наличии новообразований, протяженности сужения, степени сдавления и смещения кишки, изменении аноректального угла и функционального состояния мышц тазового дна.

Методом баллонной проктографии за 10 - летний период в клинике хирургических болезней детского возраста обследовано 119 детей в возрасте от 3-х лет жизни до 15 лет. Из них 35 пациентов с пресакральными опухолями, 45 - с ректальной формой болезни Гиршпрунга и 29 детей с функциональными нарушениями прямой кишки. Определенной зависимости полученных величин от пола не выявили. Кроме того, баллонная проктография была применена нами для изучения отдаленных результатов оперативного лечения у 12 детей с пресакральными опухолями и у 16 - с ректальными формами болезни Гиршпрунга. Все изучаемые критерии в этот период были приближены к нормальным величинам, кроме большого пресакральной опухоли, у которого выявлен рецидив заболевания.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ГИСТОБИОХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Иудин А.А., Тимонина А.В., Воронина В.Ф.

Петрозаводский госуниверситет, г. Петрозаводск.

В настоящее время нарушения интрамуральной иннервации различных отделов кишечника объединены общим понятием болезни Гиршпрунга по имени известного датского педиатра, который описал это страдание более ста лет назад.

В современные стандарты колопроктологического обследования и диагностики нарушений интрамуральной иннервации обязательно включают три дополнительных метода, имеющих разную информативность: ирригоскопию, сфинктеротометрию и гистохимический метод определения активности фермента ацетилхолинэстеразы (АХЭ) в биоптатах слизистой прямой кишки.

В Карельском Центре детской хирургии освоено и применяется количественный гистобиохимический метод определения активности АХЭ в биоптатах слизистой прямой кишки, предложенный

Boston M.E. с соавторами еще в 1975 году для дифференциальной диагностики причин хронического запора у детей.

Нами изучены результаты исследования 183 биопсий, полученных у детей в возрасте от 4 месяцев до 14 лет, которые поступали в Карельский Центр детской хирургии для обследования по поводу хронического запора. Три четверти больных составили мальчики. Значения активности фермента АХЭ колебались в пределах от 1,6 до 10,0 мкМ АТХ/мг белка/час.

Анализ полученных данных позволил выявить прямую зависимость между тяжестью запора и величиной активности АХЭ, а так же выделить переходную группу больных, у которых нарушения интрамуральной иннервации кишечника можно оценить как "гипоганглиоз".

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Машков А.Е., Щербина В.И., Цуман В.Г., Семилов Э.А., Синенкова Н.В., Схакумидова А.Г.

Московский областной научно-исследовательский институт имени М.Ф. Владимирского, г. Москва.

Проблема своевременной диагностики болезни Гиршпрунга по сей день является актуальной. Наибольшую сложность она представляет у детей раннего возраста. Такие методы, как ирригография и тест на ацетилхолинэстеразу у данной группы больных не всегда достаточно информативны.

Настоящая работа основана на наблюдении детей с диагнозом болезнь Гиршпрунга и мегадолихоцигма, которые находились на обследовании и лечении в отделении детской хирургии МОНИКИ с 1997 по 2005гг. Обследовано 20 детей в возрасте с периода новорожденности до 8 лет. У всех больных тщательно изучался анамнез, клиническая симптоматика, данные ультразвукового и рентгенологического исследования, микробиологического исследования кала на флору, копрология, проводилось гистохимическое определение активности тканевой ацетилхолинэстеразы в биоптатах кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя толстой кишки (у 9-ти больных), гистологическое исследование нервных ганглиев в подслизистом и межмышечном слоях

стенки толстой кишки (у 11-ти больных).

В результате проведенных исследований у 11-ти детей выявлена болезнь Гиршпрунга. На основании полученных результатов определена диагностическая ценность и достоверность существующих методов исследования. Наиболее достоверным методом диагностики у детей всех возрастов по нашим данным является гистологическое исследование межмышечного нервного сплетения в биоптатах серозно-мышечного слоя стенки толстой кишки, взятых при лапароскопии, либо интраоперационно при резекции участка кишки, в то время как гистологическое исследование только биоптатов слизистой не всегда дает достоверное представление о характере заболевания.

Клинические проявления в большинстве случаев соответствуют болезни Гиршпрунга. Однако, в периоде новорожденности похожую клинику могут давать такие заболевания, как: мекониевая пробка, стеноз терминального отдела подвздошной кишки, динамическая непроходимость кишечника у недо-

ношенных детей, нейрональная интестинальная дисплазия. В более старшем возрасте проводят дифференциальный диагноз с запорами, возникающими в результате психогенных факторов, эндокринных нарушений и долихосигмой.

Тест на ацетилхолинэстеразу в старшем возрасте дает только 82% правильных результатов и может применяться у детей старше 3-х недельного возраста.

При ирригографии чаще всего выявляется характерная для болезни Гиршпрунга картина. Но в пе-

риод новорожденности и при ректальной форме с поражением промежностного отдела она неинформативна.

Диагноз болезни Гиршпрунга с наибольшей достоверностью можно установить только на основе комплексного изучения особенностей клиники, анамнеза, рентгенологического исследования, гистохимического определения активности ацетилхолинэстеразы, ультразвукового исследования, гистологического определения аганглиоза межмышечного слоя.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Поздеев В.В.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск.

Колопроктологические заболевания у детей весьма часто встречаются в повседневной практике детских врачей. Функциональные отклонения в деятельности ободочной и прямой кишок мучительны, не всегда быстро распознаваемы, а проводимое лечение порой малоэффективно, что в последующем может привести к органическим изменениям и социальной дезадаптации.

Цель работы - оптимизация диагностики и лечения колопроктологических заболеваний на догоспитальном этапе.

За период с 2000 по 2005 гг. на консультативный прием детского колопроктолога обратилось 830 детей с заболеваниями нижнего отдела толстой кишки: выпадение слизистой прямой кишки, трещина ануса, недержание кала, кокцигодиния, проктосигмоидит, хронический запор и др.

Первичная диагностика была комплексной, особое внимание уделяли сбору анамнеза. Уточняли характер жалоб: наличие болей до, во время или после дефекации, времени их возникновения, присутствие примесей в кале (кровь, слизь), а также, форму, диаметр и консистенцию калового столба, частоту дефекации, степень выраженности недержания кала. Затем, уточняли перенесенные заболевания и операции, предполагаемую причину заболевания.

Объективное общее обследование дополняли тщательным локальным исследованием с визуальным осмотром, при котором можно обнару-

жить следы кала на промежности, раздражение перианальной кожи, расположение ануса, наличие послеоперационных или посттравматических рубцов, присутствие анального рефлекса, трещин анального канала, геморроидальных узлов, аномалий наружных половых органов, выделений из прямой кишки, наличие опухолевидных образований. Ректальное пальцевое обследование дает возможность оценить растяжимость ануса, тонус сфинктеров, содержимое и объем ампулы, болезненность, изменения стенки кишки. К сожалению, в амбулаторных условиях очень сложно проводить аноректоскопию, так как необходима предварительная подготовка.

Проведенное обследование позволило диагностировать следующие заболевания: трещина ануса - 98; выпадение слизистой прямой кишки - 82; проктит - 78; полип прямой кишки - 67; остроконечные кондиломы ануса - 23; хронический параректальный свищ - 10; флебэктазии ануса и геморрой - 29; эпидермальная киста промежности - 3; хронические запоры - 210; недержание кала - 230.

Таким образом, выделение специализированного консультативного приема колопроктолога и осуществление комплексной диагностической программы позволяет повысить качество лечения этой группы больных, служит профилактикой хирургических осложнений, хронических и онкологических заболеваний толстой кишки.

ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИЯ

Яницкая М. Ю., Голованов Я. С., Проклова Л. В., Помысов А. В.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск.

Количество детей с колопроктологическими заболеваниями, которые требуют наблюдения и лечения у хирурга, неуклонно растет. Рентгенологические и эндоскопические диагностические методы исследования не могут служить скринингом, а также основным методом динамического наблюдения в процессе консервативного лечения или послеоперационной реабилитации у этой группы больных, так как несут лучевую нагрузку и инвазивны. Необходим метод исследования достаточно информативный, безвредный, легко дублирующийся и неинвазивный, доступный в любом хирургическом стационаре. Всем этим требованиям отвечает гидроэхоколонография или эхографическое исследование толстой кишки с контрастированием ее просвета жидкостью.

За 11 лет (1994 - 2005 годы) в нашей клинике обследовано эхографически 2112 детей с подозрением на хирургическую и гастроэнтерологическую патологию. Возраст пациентов был от 1 суток до 15 лет. Основными показаниями к обследованию были: хронические запоры, рецидивирующие боли в животе, недержание кала, диарея, признаки кишечной непроходимости, в том числе и врожденной, аноректальные пороки, выделение крови и/или слизи из прямой кишки, урологическая патология, дисфункция мочеиспускания, пальпируемая опухоль в брюшной полости, состояние после операций на толстой кишке и промежности, спинальная травма. При этом, эхография позволяла выявить следующие параметры: особенности расположения толстой кишки, наличие или отсутствие ее удлинения или укорочения, позыва к акту дефекации, удержания, степень расширения или сужения просвета кишки, структуру стенки кишки и структурные взаимоотношения ее слоев, выраженность гаустр, активность перистальтики, оценить функцию илеоцекального клапана и ректосигмоидного сфинктера, наличие спазма или ригидности стенок, степень опорожнения. Исследова-

ние позволяло прицельно исследовать любой пораженный сегмент кишки на большом увеличении с оценкой перистальтики этого участка, структуры тканей и кровотока в них.

Почти у половины детей 978 (46 %) не было выявлено никаких признаков патологии толстой кишки, требующей наблюдения или лечения у хирурга. Изменения носили функциональный характер.

У 1134 детей (54 %) были выявлены признаки острой или хронической хирургической патологии, а также так называемые пограничные состояния, требующие лечения и наблюдения как хирурга, так и специалистов другого профиля (гастроэнтеролога, уролога). Хирургические заболевания, имеющие эхографические признаки, были следующие: болезнь Гиршпрунга, опухоли, полипы, полипоз толстой кишки, различные формы врожденной и приобретенной непроходимости кишечника, вторичный долихомегаколон на фоне хронических запоров, аноректальных пороков, различных форм нарушений акта дефекации, возникающих на фоне других заболеваний.

Большинству обследованных эхографически детей не потребовалось проводить никаких дополнительных методов исследования. На фоне консервативной терапии патологические изменения постепенно уменьшались, что свидетельствовало в пользу их функционального и вторичного характера.

Таким образом, гидроэхоколонография - высокоинформативный метод обследования и может служить скрининг-тестом при подозрении на хирургическую патологию толстой кишки у детей. Метод безвреден, легко дублируется и оптимален для динамического наблюдения в процессе консервативного и после оперативного лечения пациентов с патологией толстой кишки. Гидроэхоколонография позволит значительно снизить количество инвазивных и лучевых методов обследования, и даст дополнительные сведения о функциональном состоянии толстой кишки пациента.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ СО СВИЩОМ В ПОЛОВУЮ СИСТЕМУ У ДЕВОЧЕК

Щитинин В.Е., Поварнин О.Я.

Кафедра детской хирургии РМАПО, Тушинская детская городская больница, г. Москва.

Хирургическое лечение аноректальных пороков развития у детей до настоящего времени является одной из самых сложных проблем хирургии детского возраста. Частота возникновения аноректальных пороков за последние годы не имеет тенденции к уменьшению и по данным различных авторов колеблется от 1 на 4000 - 5000 до 1 на 15000 новорожденных. Свищевые формы атрезий встречаются гораздо чаще бессвищевых, до 71 %. Около 50 % аноректальных пороков приходится на девочек. Несмотря на достигнутые за последние десятилетия значительные успехи в лечении свищевых форм аноректальных пороков развития у девочек, сохраняется стабильно высокий процент неудовлетворительных результатов их хирургического лечения. За последние два десятилетия для коррекции свищевых форм аноректальных пороков у девочек наиболее часто использовались операции Стоуна и Пена, которые, несмотря на свои очевидные преимущества, имеют ряд недостатков. В нашей клинике для хирургического лечения аноректальных пороков со свищами в половую систему у девочек разработана модификация операции Риццоли - передняя промежностная сагиттальная проктопластика (патент на изобретение 2161915). С 1979 по 1999г. на кафедре детской хирургии РМАПО, в Детской клинической больнице Св. Владимира и Тушинской детской городской больнице лечились 77 девочек с аноректальными пороками развития. Большинство составили больные атрезией прямой кишки со свищом в преддверье влагалища - 38 девочек (50%). Модификация операции Риццоли была выполнена 45 пациенткам с атрезией прямой кишки и/или ануса со свищами в половую систему. Операция заключалась в выполнении окаймляющего разреза кожи и/или слизистой вокруг свищевого отверстия с продолжением его от задней спай-

ки больших половых губ по средней линии промежности и диссекции мышц, мобилизации прямой кишки с последующим низведением на промежность и подшиванием её краев к краям кожной раны. Выделение передней стенки прямой кишки проводили до переходной складки брюшины, полностью отделяя её от задней стенки влагалища, а выделение задней стенки проводили на протяжении достаточном для низведения прямой кишки на промежность без натяжения. После мобилизации прямой кишки в глубине раны выполняли леваторопластику, формируя таким образом замыкательный аппарат, а также мышечный защитный слой между прямой кишкой и влагалищем. Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 20 лет после операции прослежены у 34 девочек, первично оперированных в наших клиниках, по модифицированной методике Риццоли. Для оценки отдаленных результатов лечения проводились функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки (электромиография, манометрия, тоносфинктерометрия), а так же проводился анкетный опрос и клинический осмотр. Хорошие результаты лечения достигнуты у 82 % пациенток. У 15 % больных имелись значительные социальные ограничения, связанные с частичным недержанием кала. У одной пациентки (3 %) результат лечения расценен как неудовлетворительный - полное недержание кала (пациентка страдает ДЦП, органическим поражением головного мозга). Использование модификации операции Риццоли позволяет пациенткам, родившимся с атрезией заднего прохода и свищами в половую систему, в отдаленном послеоперационном периоде хорошо адаптироваться социально и значительно повышает качество их жизни.

ПРОМЕЖНОСТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЫСОКИХ ФОРМ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Проф. Чепурной Г.И., Орловский В.В., Розин Б.Г.

Кафедра детской хирургии (заведующий кафедрой - проф. Г.И.Чепурной) Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону.

С разработкой и внедрением в клиническую практику заднепромежностного сагиттального доступа по Рена стала реальной проблема промежностной коррекции не только низких, но и высоких форм атрезии прямой кишки. Этому же способствовали наши разработки по расширению операционного поля путем рассечения или резекции копчика и V крестцового позвонка, исключающие вскрытие спинномозгового канала и истечение ликвора (Патент на изобретение РФ № 2096022 от 20.11.1997 г.). Начиная с 1995 г., мы используем этот доступ при лечении высоких форм атрезии прямой кишки в простом и свищевом вариантах.

Простую форму атрезии прямой кишки имели 12 девочек и 7 мальчиков; свищевую форму - 6 мальчиков и 7 девочек. У 4 мальчиков был ректоуретральный свищ, у 2 - ректовезикальная фистула; у всех девочек имел место ректовагинальный свищ. Хирургическую коррекцию начинали с наложения колостомы на поперечно-ободочную кишку (патент на изобретение РФ № 2128948 от 20.04.1999 г.) сразу после установления диагноза. Радикальный этап операции выполняли по выходе ребенка из периода новорожденности. За месячный период освобождали от каловых масс дистальный от колостомы отрезок толстой кишки и после деконтаминации доводили его до почти стерильного состояния.

Под интубационным наркозом в положении больного "перочинного ножа" рассекали мягкие ткани в области анальной ямки крестообразным разрезом. Затем, разрезом по межъягодичной складке от копчика по направлению к крестообразному разрезу, не доходя до него 1 см, проникаем в клетчатку малого таза. По срединной линии рассекаем копчик и V крестцовый позвонок, и края раны разводим в стороны крючками. При простой форме атрезии, после рассечения фасции Вальдейера становится

видимым слепо заканчивающийся конец прямой кишки. После его прошивания мобилизуем кишку со всех сторон, пересекая даже средние прямокишечные сосуды, оставляем один магистральный ствол - а. rectalis sup., являющийся конечной ветвью а. mesenterica inf. Наши анатомические исследования, проведенные на трупном материале с контрастной вазографией, показали, что одной верхней прямокишечной артерии вполне достаточно для кровоснабжения всей прямой кишки. Мобилизацию recti заканчиваем на уровне переходной складки тазовой брюшины; кишку низводим на промежность через сфинктерное кольцо и формируем анальное отверстие, подшивая прямокишечную стенку к лепесткам крестообразного кожного разреза.

При наличии свища (ректовагинального, ректоуретрального, ректовезикального) в процессе мобилизации прямой кишки пересекаем имеющийся свищ, ушиваем отверстия в прямой кишке и смежном органе. Далее завершаем мобилизацию прямой кишки и низводим ее на промежность с последующим формированием ануса. При ректоуретральном или ректовезикальном свищах операцию заканчиваем эпицистостомой, отводя мочу от уретры, которая заживает по типу prima intentio. Затем, через 7-10 дней эпицистостому закрываем, а еще через месяц ликвидируем колостому. В послеоперационном периоде проводим 7-дневный курс бужирования прямой кишки расширителем Гегара № 12.

Разработанная тактика ведения больных с использованием заднепромежностного сагиттального доступа по Рена позволила достичь во всех случаях неосложненного течения хирургической коррекции порока с хорошей функцией сфинктерного аппарата прямой кишки в отдаленные сроки послеоперационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУПРАЛЕВАТОРНЫХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АГЕНЕЗИЙ

Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Юлаев В.Е., Тихонова И.А.

Кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов.

Лечение супралевакторных "высоких" аноректальных агенезий представляет собой сложную задачу, требуя этапных реконструктивных операций и длительной реабилитации. Внедрение с 1990 года методики заднесагиттальной анопроктопластики по А. Рена позволило нам пересмотреть лечебную тактику и в этой группе пациентов. В основу работы положен анализ 22 новорожденных, оперированных в клинике в период 1988 - 2005 гг. со следующими вариантами супралевакторных аноректальных агенезий: без свища (11), с ректоуретральным (7), ректовезикальным (1), ректовагинальным (2) свищами и врожденной персистирующей клоакой (1). В группе больных без свища было 10 мальчиков (включая одного с ложным гермафродитизмом) и одна девочка; ректоуретральные и ректовезикальные свищи зарегистрированы у мальчиков, клоакальные формы аномалий - у девочек. В одном наблюдении аноректальная агенезия сочеталась с агенезией сигмы. Сочетанная патология органов сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем была установлена в 2/3 наблюдений, в большей степени определяя прогноз для жизни и здоровья, нежели аноректальные мальформации. Диагностика супралевакторных агенезий была стандартной и включала ультрасонографию промежности и малого таза, инвертографию по Вангенстин, пункцию промежности по Н.Б. Ситковскому и фистулографию по показаниям. В ходе операций А. Рена проводили электромиоидентификацию мышечного комплекса. У больных аноректальными агенезиями без свища (11) в качестве первого этапа у 9 были выполнены: двустольная колостомия (4) или концевая сигмостомия (5). Больному с множественными пороками развития и гермафродитизмом дополнительно наложили цистостому. У двух новорожденных были предприняты радикальные анопроктопластики по Ромуальди, у остальных - промежностные и брюшно-промежностные операции в старшем возрасте (после

колостомы). Результаты данных вмешательств не всегда удовлетворяли: частичное внесфинктерное низведение кишки зарегистрировано у двух, рубцовый стеноз прямой кишки - еще у двух, потребовав у одного из них реоперации по методике Соаве. Лучшие функциональные результаты были получены после выполнения брюшно-промежностной операции А. Рена (4) с предварительной сигмостомией. При лечении аноректальных агенезий с ректоуретральными и ректовезикальным свищами (8) применение операции Ромуальди (3) также привело к одному внесфинктерному низведению кишки, диагностированному впоследствии, и реоперации А. Рена. У 5 детей была выполнена брюшно-промежностная операция А. Рена под прикрытием колостомы. При ректовагинальных свищах (2) и врожденной персистирующей клоаке (1) в двух наблюдениях использовали сигмостомию и реконструкцию по А.Рена. У одной девочки брюшно-промежностная операция Ромуальди осложнилась недержанием кала, что потребовало последующей сфинктеролютеопластики по Махову. Всем детям после операции А.Рена в послеоперационном периоде на протяжении первого года жизни проводилось бужирование прямой кишки по схеме. Рубцовых изменений не возникло ни в одном наблюдении, частичное недержание кала и газов было отмечено у двух детей. В наших наблюдениях тяжесть состояния новорожденных определяла сопутствующая патология: один недоношенный ребенок с ректоуретральным свищем умер от пневмонии и сепсиса, один с агенезией сигмы - от двусторонней патологии почек и почечной недостаточности, один - от множественных пороков развития, несовместимых с жизнью. Летальность составила 13 %. Анализ результатов хирургического лечения супралевакторных аноректальных агенезий убедительно свидетельствовал о несомненных преимуществах брюшно-промежностной операции А.Рена после превентивной сигмостомии.

СИНДРОМ CURRARINO: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДВУХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Морозов Д.А., Никитина А.С.

Кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов.

Общность эмбриогенеза энтодермального и нейроэктодермального листка объясняет формирование редкого врожденного синдрома комплекса сакральных аномалий, аноректальных пороков и пресакральных опухолей, который впервые был описан G. Currarino. Нам представляются интересными два наблюдения синдрома Currarino у новорожденных, при которых классическая триада пороков имела различное клиническое течение, и чем "выше" были сакральные изменения, тем "выше" и значимей аноректальная патология. В первом случае у девочки при рождении было зарегистрировано отсутствие анального отверстия. Справа от анальной ямки внесфинктерно располагался ректальный свищ, d-0,3 см, слева имелся воспалительный инфильтрат. При ультрасонографии промежности визуализировалось опухолевидное образование, 5x6x4 см, неоднородной эхоструктуры. При рентгенографии крестцовой области: деформация копчика в виде "кривой восточной сабли", слева от него объемное образование без четких границ, с костнохрящевыми включениями. Первым этапом выполнено вскрытие и дренирование гнояника. Дренажная полость представлена гнойно-некротическим детритом и меконием, что определило показания к наложению двустольной колостомы. В 3 недели - радикальная операция: заднесагиттальная аноректопластика (ЗСАРП) по А.Рена. При мобилизации прямой кишки, на высоте 1,5 см имелось свищевое сообщение с опухолью, которая занимала все прекоксигиальное пространство, больше слева, интимно предлежала к копчику. Опухоль удалена вместе с предлежащей клетчаткой, копчик резецирован. Патогистологическое заключение - тератоидная опухоль. Деколостомия через месяц. Выполнялись плановые бужирования прямой кишки. Диспансерное наблюдение девочки до 3 лет, нарушения функции тазовых органов нет. В данном случае имелось "низкое" расположение порока, которое проявлялось аномалией копчика, "низкой" аноректаль-

ной патологией и тератоидной опухолью, несущей энто-и нейроэктодермальные зачатки. Вторым мальчик - 2 суток жизни, меконий не отходил. Промежность, анус и сфинктерный аппарат сформированы правильно. Однако при зондировании прямой кишки имелось препятствие на высоте 2 см. При рентгенографическом исследовании диагностирована атрезия прямой кишки. Также выявлен грубый порок пояснично-крестцового отдела позвоночника с тотальным расщеплением тел позвонков. Первым этапом выполнена лапаротомия. При ревизии был обнаружен расширенный d-15 см атрезированный ректосигмоидный сегмент толстой кишки, сужающийся до d-0,2 см с переходом в слепо заканчивающийся солидный тяж на уровне переходной складки брюшины. Выполнена резекция расширенного участка прямой кишки, сформирована концевая колостома. Вторым этапом в возрасте 7 месяцев - брюшно-промежностная ЗСАРП по А.Рена. При ревизии, прямая кишка слепо заканчивалась на высоте 2 см, после чего имелось множество сообщающихся кистозных полостей 1-1см, объединенных солидным тяжом, сообщающимся с брюшной полостью. Последние резецированы. После мобилизации и низведения ректосигмоида, выполнена операция А.Рена с сохранением мышечного комплекса анального канала. Через два месяца деколостомия. В возрасте 1 года нарушения функций тазовых органов нет. Данное наблюдение описывает "высокий" вариант синдрома Currarino, где грубая патология пояснично-крестцового отдела позвоночника коррелирует с "высоким" уровнем аноректальной патологии. При синдроме Currarino, помимо классической триады аномалий, отмечали врожденную дисплазию "мышечного комплекса" тазового дна. Это требовало максимального сохранения сфинктера при аноректопластике, поэтому методом выбора при данной патологии является ЗСАРП по А.Рена с формированием превентивной колостомы.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Бревдо Ф.Ф., Светлов В.В., Галахова Д.Г., Трухачев С.В.

Тверская Государственная Медицинская Академия, Детская Областная Клиническая больница, г.Тверь.

Аноректальные пороки развития составляют одну из наиболее многочисленных групп проктологических заболеваний детского возраста.

Цель исследования - проанализировать результаты лечения 24 детей с атрезией ануса и прямой кишки, находившихся в Областной детской клинической больнице города Твери с 1993 по 2003 годы.

Пороки распределились следующим образом: высококая форма атрезии выявлена у 11 больных, низкая форма у 13 новорожденных; свищевая форма отмечена у 13 пациентов: из них свищ открывался на промежности - у 5 больных (мальчиков - 4, девочек - 1), ректо-уретральный свищ - у 3 мальчиков, ректо-вестибулярный свищ - у 5 девочек.

Большинство новорожденных родились после патологически протекавшей беременности: угроза прерывания, гестозы, ОРВИ, анемия, многоводие. В наших клинических наблюдениях аноректальные пороки во всех случаях сочетались с другими аномалиями развития: агенезия и аплазия почки и мочеточника, гидронефроз, гипоспадия, гипоплазия легкого, дефект межпредсердной перегородки, декстракардия.

Дети поступали в клинику в тяжелом и очень тяжелом состоянии. Сроки поступления распределились следующим образом: 14 больных были доставлены в течение 1-х суток после рождения, 8 - на вторые сутки, 2 больных поступили более чем через 7 дней от момента рождения.

Диагноз атрезии устанавливался простым осмотром промежности, выполнением инвертограммы по Вангестину - Каховичу - Райту. Для определения высоты атрезии при наличии наружного свища использовалась ультразвуковая диагностика (при помощи катетера Фолея, введенного через свищ в кишку).

Всем больным выполнено хирургическое лечение: операция Пена - 4 больным, Рицолли - 2, проктопластика по Диффенбаху - 3, брюшно-про-

межностная проктопластика по Ребейну - 6. Девяти пациентам выполнена паллиативная операция (наложена колостома на восходящий отдел толстой кишки), из них 4 умерли в раннем послеоперационном периоде из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии, а 5 больных для выполнения радикальной операции самостоятельно обратились в другие клиники.

Анализ отдаленных результатов лечения показал следующее: у 6 больных отмечались хорошие результаты (отсутствие каломазания и рубцовых сужений ануса), у 9 пациентов результаты расценены как удовлетворительные: имело место рубцовое сужение ануса. По поводу выявленных осложнений проводилось бужирование, в 4 - х наблюдениях выполнена лазеродеструкция рубцовой ткани с хорошим результатом, у 3 - х детей после бужирования сохранялся стеноз, что потребовало реконструктивной проктопластики. У 2 - х пациентов отмечалась функциональная несостоятельность наружного анального сфинктера, что клинически проявлялось каломазанием.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: - оперативное лечение аноректальных пороков одна из актуальных проблем

детской хирургии,

- метод оперативного вмешательства выбирается в индивидуальном порядке,

- наиболее хорошие результаты получены при выполнении трехэтапных операций

(наложение колостомы, проктопластика, закрытие стомы),

- оптимальные сроки выполнения радикальной операции 8 - 12 месяцев,

- проктопластика сагиттальным доступом, по нашему мнению, дает возможность

лучше мобилизовать кишку и сформировать наиболее естественную топографию

тазового дна.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Саввина В.А., Николаев В.Н., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е.

Кафедра детской хирургии медицинского института Якутского государственного университета, г. Якутск.

Аноректальные атрезии являются одними из часто встречающихся пороков развития. Совершенствование методов хирургического лечения и реабилитации, ранняя коррекция развивающихся осложнений способствуют улучшению качества жизни данного контингента больных.

В хирургическом отделении Педиатрического центра г. Якутска за последние 11 лет наблюдалось 64 ребенка с атрезией ануса и прямой кишки, оперированных в разные годы. До 1994 года выполнялась промежностная проктопластика, а дети с высокими формами атрезии зачастую направлялись на спецлечение за пределы Республики. С внедрением в отделении метода задней сагитальной аноректопластики (1994г.) намного улучшились результаты хирургической коррекции пороков развития прямой кишки.

Большинство больных составили мальчики - 70%. 2/3 атрезий прямой кишки были низкой формы (до 1,5 см), в 76 % выявлена свищевая форма: на промежность 33 %, в преддверие влагалища 23 %, в заднюю уретру 20 %. В 42 % случаев наблюдались сопутствующие пороки развития: мочевыводящих органов - 15, сердца - 7, костной системы - 5, атрезия пищевода - 2, диафрагмальная грыжа, болезнь Дауна и др. В период с 1995 по 2005 годы выполнено 52 первичных проктопластики и 7 - повторных. У больных после промежностной проктопластики (12) в 83 % наблюдались осложнения: недержание кала 2-3 степени - 50 %, рубцовый стеноз ануса с развитием мегаректосигмоида - 33 %. Из этой группы 6 больных оперировано повторно: в 2 случаях недержания кала выполнены операция Вредена и передняя сфинктеролеваторопластика, у 4 больных - брюшно-сакральная проктопластика с созданием дубликатуры сфинктера из мышечного слоя низводимой кишки. У 36 больных, оперированных методом задней сагитальной аноректопластики, осложнения наблюдались в 16 %: стеноз уретры после анастомоза на катетере при

полном его рассечении во время проктопластики - 1, энкопрез средней степени - 4, запоры, мега-ректум - 1. Последний больной оперирован повторно, выполнена брюшно-сакральная проктопластика с резекцией расширенной кишки. Четверо больных первично оперированы комбинированным брюшно-промежностным методом, в 50% случаев результаты лечения оказались неудовлетворительными.

Этапное лечение с наложением превентивной колостомы проведено у 53 % детей, основной этап проводился в возрасте 6-12 месяцев. Данная группа больных при сравнительном анализе выигрывает на фоне одноэтапных вмешательств: хорошие результаты достигнуты у 61 % (при одноэтапной коррекции 50 %), удовлетворительные - 35% (25% - при одноэтапной), неудовлетворительные - 4 % (25 % - при одноэтапной). Первичная проктопластика в периоде новорожденности выполнена 9 больным: промежностная в 6 случаях - 4 с удовлетворительным результатом, 2 - с неудовлетворительным; сакральная в 3 случаях с хорошим клиническим результатом.

За исследуемый период снято с инвалидности 10 больных после этапного лечения методом задней сагитальной проктопластики, прошедшие полный объем реабилитационных курсов (28 % сакральных аноректопластик).

Выводы.

1. Наиболее лучшие функциональные и косметические результаты достигнуты при методе задней сагитальной аноректопластики;
2. Данным методом возможно низведение и при высоких формах атрезии прямой кишки;
3. Этапное лечение в большинстве случаев является наиболее выгодным, учитывая наличие тяжелых сопутствующих пороков развития;
4. Для достижения полноценного функционального результата необходимо реабилитационное лечение оперированных больных в течение 5-7 лет.

ОДНОМОМЕНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Иудин А.А., Тимонина А.В.

Петрозаводский Государственный Университет, г.Петрозаводск.

История Детской Хирургической службы Карелии насчитывает 40 лет. На протяжении времени менялись и наши представления о способе и тактике оперативного вмешательства у детей с аноректальными пороками. Основываясь на достижениях медицины и собственном опыте, мы прошли путь от многоэтапного оперативного вмешательства до одномоментной коррекции аноректальных пороков развития у детей.

С 1999 года нами оперировано восемь детей (6 девочек и 2 мальчика) в возрасте от 2 суток до 9 лет. Во всех случаях в качестве радикальной операции нами была использована задняя сагиттальная аноректопластика по А. Рена. Колостомия при этом не производилась.

Трем детям (2 мальчика и 1 девочка), неудачно оперированным ранее по поводу аноректального порока, было предпринято повторное реконструктивное вмешательство с применением задней сагиттальной аноректопластики в один этап.

В течение последних двух лет были оперированы пять девочек с различными низкими формами

атрезии ануса (со свищом и без) одномоментно, без защитной колостомы.

Функциональный и косметический результат оказался удовлетворительным.

Исключение двух этапов операции (наложение и закрытие колостомы) значительно снижает риск анестезиологического пособия, развития послеоперационных осложнений. Предотвращается развитие спаечного процесса в виду отсутствия вторжения в брюшную полость. Отсутствие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке и самого факта наличия колостомы значительно облегчают уход за ребенком, снижают моральную травму для детей и их родителей, а также не наносят косметического ущерба.

Таким образом, на основании перечисленных преимуществ и опыта лечения восьми детей мы считаем операцией выбора одномоментную коррекцию низких аноректальных пороков у детей, как при первичных, так и при вторичных вмешательствах.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Тихонова И.А.

Кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов.

Успех лечения новорождённых с аноректальными агенезиями в сочетании с другими пороками развития зависит от варианта аноректальной мальформации, вида и тяжести сочетанных аномалий, наличия сопутствующей тяжёлой нехирургической патологии. Принципиальным является определение объёма хирургического вмешательства в первые дни жизни ребёнка. Проведён анализ хирургического лечения 95 детей с аноректальными агенезиями, находившихся в клинике с 1988 по 2004 год. Ассоциированные аномалии разделили на группы в зависимости от их влияния на тактику лечения аноректальной агенезии (Немилова Т.К., 1998). "Большие" пороки: А - пороки, требующие хирургического вмешательства одновремен-

но с коррекцией основной аномалии; Б - аномалии, не нуждающиеся в неотложном лечении, но определяющие тяжесть состояния больного и выбор метода лечения основного порока. "Малые" пороки (В) - пороки, не влияющие на лечение ведущей аномалии и не отражающиеся на состоянии ребёнка. "Малые" пороки развития (35) не определяли тактику лечения аноректальных агенезий периода новорождённости: расщелина верхней губы и нёба, пороки развития скелета, крипторхизм, монорхизм, аномалии уретры (гипоспадия, стриктура, дивертикул, урогенитальный синус), гермафродитизм, гемангиома большой половой губы. К "большим" порокам группы А отнесли: пороки развития желудочно-кишечного тракта (атрезия пи-

шевода с дистальным трахеопищеводным свищом (n=5), атрезия двенадцатиперстной кишки с кольцевидной поджелудочной железой (n=1), атрезия толстой кишки (n=2)), передней брюшной стенки (омфалоцеле (n=2)), диафрагмы (ложная диафрагмальная грыжа (n=1)), которые были у 9 (9,5%) детей. Пороки этой группы корригировали первоочередно или одновременно с аноректальной агенезией. У подавляющего большинства больных имелись супралеваторные формы аноректальных агенезий, в том числе с уретральными и вагинальными свищами, что требовало наложения колостомы одновременно с вмешательством по поводу другого порока. У этих детей, в дополнение к перечисленным, имелись и иные сочетанные аномалии развития, усугублявшие тяжесть их состояния: VACTERL - ассоциация (2), аплазия одной почки и гидронефроз второй, гидроцефалия (1), спинно-мозговая грыжа, ВПС (1), также имелась сопутствующая патология в виде пневмонии (4), синдрома дыхательных расстройств (2), перинатального поражения центральной нервной системы (2), недоношенности (5). Всё это значительно ухудшало прогноз, анестезиологический и операцион-

ный риски были достаточно высоки. В результате летальность в этой группе составила 60 %. К "большим" порокам группы В отнесли врожденные пороки сердца (n=13) и почек (n=18). Сочетанные пороки сердца в основном были компенсированными. Среди пороков почек преобладали гидронефротическая трансформация и аплазия почки, которые не требовали экстренного вмешательства и коррекция их откладывалась до 4 -6 - месячного возраста. Наиболее сложными в отношении выбора тактики лечения явились больные с сочетанием аноректальных пороков с пороками развития желудочно-кишечного тракта, передней брюшной стенки, диафрагмы, которые требовали экстренных и, зачастую, одновременных оперативных вмешательств на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Успех в лечении таких пациентов во многом зависел от адекватного анестезиологического и реанимационного пособия. Пороки развития сердца и почек у детей с аноректальными мальформациями в большинстве случаев не были столь тяжёлыми и позволяли заняться в первую очередь аноректальными пороками в соответствии с принятой хирургической тактикой.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Винокурова Н.В., Цап Н.А., Трубицина И.А., Кошурников О.Ю.

Уральская государственная медицинская академия, Областная детская кли-
ническая больница, г. Екатеринбург.

Согласно нашему опыту наиболее частыми (91,5% случаев) вариантами аномалий прямой кишки и заднепроходного отверстия являются свищевые формы атрезии в сочетании с ректоуретральным свищом у мальчиков и ректопромежностным свищом у девочек. Актуальность проблемы аноректальных аномалий обусловлена и поиском способа более оптимальной оперативной коррекции, и проведением послеоперационной длительной и систематичной медико-социальной адаптации при наличии анатомических и рефлекторно-функциональных отклонений.

В клинике за последние 5 лет пролечено 45 детей с аноректальными пороками. Соотношение мальчиков (21) и девочек (24) практически одинаковое. Свищевая форма атрезии заднепроходного отверстия составила 93,3 % (41 ребенок), у которых ректопромежностный свищ выявлен у 23 детей (56,1 %), ректовезикальный свищ обнаружен у 7 мальчиков (17,1 %), ректоуретральный свищ - у 3-х мальчиков (7,3 %), ректовестибулярный свищ - у 7 (17,1 %) девочек. Редкая аномалия обнаружена у 1 ребенка (2,4 %) - атрезия ануса с коловезикальным свищом. Ректовестибулярный свищ при нормально сформированном заднепро-

ходном отверстии выявлен у 3 девочек (6,6 %), и у 1 девочки обнаружен ректоягодичный свищ с промежностной эктопией ануса. У 61 % детей диагностированы МВА: из них у 14 порочная мочеполовая система (гипо-, аплазия почки, уретерогидронефроз, ПМЛР, гипоспадия, агенезия матки и влагалища).

Всем детям с аноректальными дефектами развития, которые принято считать "низкими", проведена промежностная проктопластика без защитной колостомы. При наличии у ребенка "высокой" атрезии прямой кишки проведено этапное хирургическое лечение - наложение колостомы с последующей коррекцией порока (через 1-2 месяца). Ближайшие результаты оперативного лечения благоприятные. В дальнейшем больные находились на диспансерном наблюдении у хирурга. Часть детей (36) обращались с жалобами на энурез, энкопрез, отсутствие позывов на дефекацию. При обследовании были выявлены следующие изменения - нейрогенные дисфункции тазовых органов, мегаколон, синдром каудальной дисплазии. При этом степень выраженности перечисленных изменений достоверно зависела от "высоты" порока. Всем детям проводится комплексное кли-

нико-рентгенологическое обследование. Назначаем комплекс функционального лечения, направленного на восстановление нервно-мышечной проводимости сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна.

С целью профилактики проводим лечение рубцового стеноза анального канала посредством ежедневного бужирования прямой кишки. Повторные реконструктивные оперативные вмешательства проведены у 9 детей с выпадением избытка слизистой прямой кишки, с послеоперационной эктопией ануса.

Одной из сложных задач медико-социальной адаптации детей с аноректальной аномалией является выработка у них навыка самостоятельного акта дефекации. Большая роль в развитии рефлексов по-

зыва на акт дефекации и удержания отводится мероприятиям лечебно-воспитательного характера, в котором активное участие под контролем врача принимают родители. Последние должны быть информированы о трудностях лечения, особенно на фоне сочетанной аномалии развития каудального отдела позвоночника. Важен результат в виде уменьшения каломазанья или полного его исчезновения, нормализация акта дефекации у детей с жалобами на запоры. Таким образом, задачи медико-социальной адаптации ребенка с аноректальными пороками достаточно широки: предупреждение развития рубцовой деформации анального отверстия и прямой кишки; формирование у ребенка навыка самостоятельного акта дефекации; психомоторная стимуляция восстановления функции удержания.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ И АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Ионов А.Л., Лука В.А., Щербакова О.В., Михеев М.Ю.

Отделение хирургической колопроктологии РДКБ, г. Москва.

Хирургическая коррекция врожденной патологии толстой кишки и аноректальной области представляет собой сложную задачу. Хорошие результаты после первичных проктопластик, по литературным данным, удается получить примерно в 60 % случаев, у остальных пациентов возникает необходимость в повторных операциях, и требу-

ются уже значительные усилия для достижения удовлетворительного результата. Реконструктивные операции, как правило, проводятся в несколько этапов, и нередко с использованием эндоскопической и лазерной техники. Период реабилитации таких больных соответственно значительно возрастает.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 20 лет работы в отделении колопроктологии РДКБ находилось на лечении более 700 больных с патологией толстой кишки и промежности. Наиболее многочисленная группа - с пороками развития: агрезия ануса и прямой кишки (317), врожденная клоака (3), эктопия ануса (7), гипоплазия толстой кишки (3), удвоение ануса и толстой кишки (2). Большинство детей (60 %) поступили к нам для коррекции имеющихся осложнений после проктопластик, выполненных в других лечебных учреждениях.

Во второй группе детей с врожденными заболеваниями толстой кишки превалировала болезнь

Гиришпрунга (349). С нейроинтестинальной дисплазией толстой кишки оперировано 19 детей, с идиопатическим мегаколоном - 9, с долихоколон - 4. Из этой группы 88 пациентов (23 %) оперированы в других стационарах и поступили в РДКБ с послеоперационными осложнениями.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее ректальное исследование, электромиографию анального сфинктера, аноректальную манометрию и профилометрию, ретроградную и антеградную ирригографию, ректо- и колоноскопию, лапароскопическую поэтапную серозно-мышечную биопсию толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди осложнений коррекции аноректальных пороков наиболее часто встречается стеноз ануса и прямой кишки (79), а также - рубцовая деформация анального сфинктера (63).

При протяженных стенозах прямой кишки выполняли брюшно-промежностную проктопластику, превентивную колостому не накладывали, так как объем операции, как правило, позволяет ликвидировать стеноз и низвести кишку с избытком. При непротяженных стенозах ануса и прямой кишки мы прибегали либо к хирургическому иссечению, с предварительным наложением колостомы, либо к лазерной фотовапаризации рубцового стеноза. Но во всех случаях после завершения вмешательства оставляли в кишке силиконовую трубку, на которой идет заживление раневой поверхности.

При рубцовой деформации анального сфинктера выполняли различные варианты сфинктеропластики - местными тканями с устраниением дефекта наружного сфинктера (40), синтетическим материалом (68), собственными мышцами - ягодичными (2), нежными мышцами бедер (30) и широкой фасцией бедра на сосудистой ножке с применением м/х техники (4).

Коррекция мочевых свищей (18) представляют собой одну из серьезных проблем реконструктивной хирургии. Залогом хорошего результата реконструктивной проктопластики с разделением ректо-уретрального свища (промежностным или брюшно-промежностным доступом в зависимости от высоты расположения соустья), является адекватное дренирование мочевого пузыря (через уретральный катетер и цистостому) и наложение превентивной колостомы.

Внесфинктерное низведение кишки (4) встречается не так часто, как другие осложнения, но является важным в плане развития рубцового перерождения волокон сфинктера и недостаточности анального жома после корригирующей промежностной проктопластики. Вторая группа осложнений представлена в основном болезнью Гиршпрунга, где главной проблемой являются стенозы анастомоза, стенозы прямой кишки (24) и остаточная зона аганглиоза (27). Всем больным с остаточной зоной аганглиоза и протяженным стенозом прямой кишки выполняли повторную брюшно-промежностную проктопластику. Стеноз анастомоза, сформировавшийся на фоне ретракции низведенной кишки, иссекали эндоскопически, с ведением послеоперационного периода "на трубке". При избыточной шпоре после операции Дюамеля (8) накладывали раздавливающие зажимы.

Наиболее тяжелые пациенты, нуждающиеся в интенсивной терапии - многократно оперированные с кишечными свищами (6) и большие с некрозом низведенной кишки (4). В этой группе практически каждый больной требовал индивидуального подхода.

В заключение отметим, что подход к лечению осложнений корригирующих проктопластик при пороках развития толстой кишки и аноректальной области, дифференцирован и индивидуален, но имеет свои "золотые стандарты" - комплексное обследование, наложение превентивной колостомы при коррекции промежностным доступом, оптимальный выбор вмешательства в зависимости от объема патологии, адекватное дренирование при мочевых свищах, и, самое важное, высокая квалификация хирурга-колопроктолога.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЕ У ДЕТЕЙ

Гумеров А.А., Мамлеев И.О., Филиппова Н.П.

Республиканская детская клиническая больница, г. Москва.

В клинике детской хирургии на базе РДКБ с 2001 по 2005 год лечилось 42 ребенка (22 мальчика и 20 девочек) в возрасте от 4 месяцев до 16 лет со вторичными нарушениями после коррекции аноректальных аномалий: недержание кала, хронический запор, выделение мочи из анального отверстия, отсутствие анального отверстия на промежности.

Первичные операции выполнены в период новорожденности у детей с атрезией анального отверстия и прямой кишки без свища. Свищевые формы атрезии коррегированы в грудном возрасте, промежностная проктопластика по Стоуну-Бенсону. Всем детям проведено клинико-лабораторное, рентгенологическое, ультразвуковое исследова-

ние, что позволило диагностировать органическое недержание кала II-III степени у 14 детей, ректо-уретральный свищ - у 2, вторичный мегаколон и долихосигма, прогрессирующие с возрастом - у 6. Сочетанные пороки мочевыделительной системы выявлены у 11 пациентов.

Для оперативного лечения вторичных нарушений применяли заднюю сагитальную аноректальную пластику по методу А. Репа. В 3 случаях выполнили операцию Вредена с пластикой сфинктера шелковой нитью или местными тканями.

Всем больным проводилась послеоперационная реабилитация.

Отдаленные результаты в сроки до 6 лет хорошие и удовлетворительные у 29 детей.

СОЧЕТАННЫЕ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Морозов В.И., Ахунзянов А.А., Яфясов Р.Я., Пантелева Н.Н., Корепанов Д.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Детская республиканская клиническая больница, г.Казань.

Возможность сочетания патологии толстой кишки и мочевыводящей системы многие авторы обсуждают лишь в рамках органических пороков развития (М.Р.Рокицкий с соавт., 1980 и др.). Полученные нами данные при обследовании детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП) показали, что эта сочетанная патология может быть и функциональной.

Обследовано 133 ребёнка с НДМП от 3 до 14 лет (63 мальчика и 70 девочек). У 58 из них (43,6%) диагностированы хронические запоры. У 31 из них периодически отмечался энкопрез.

У 37 из 58 детей (63,8%) с высоким уровнем поражения ЦНС (церебральный и цервикальный) запоры развивались на фоне спастического колита. Эти дети упорно срыгивали в грудном возрасте, стул имел форму "овечьего" кала. У 21 из них проводился пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ), выявлены пилородуоденоспазм и спастические гипермоторные дискинезии проксимальных отделов ЖКТ. По данным цистометрии у всех этих больных диагностировалась гиперрефлексия детрузора. Вследствие нарушения моторно-эвакуаторной функции у этих больных нарушается нормальный график пищеварения. Недостаточно обработанная пища (соляной кислотой, желчью, панкреатическим со-

лом) быстро "сбрасывается" в дистальные отделы ЖКТ. Толстая кишка раздражается и реагирует спазмом (синдром "раздраженной толстой кишки"), развивается спастический колит, хронические запоры.

У 21 из 58 больных (36,2 %) диагностирована по данным электромиографии мышц спины в области ромбовидного треугольника скрытая форма миелодисплазии S3-S5 сегментов спинного мозга. У этой группы больных, по данным пассажа бариевой взвеси, обструкция в продвижении пищевого химуса отмечалась на уровне анального сфинктера. При этом определялись мегадолихосигма и мегаректум. Анальный рефлекс у этих больных был снижен, а волевая (произвольная) констрикция анального сфинктера затруднена. Запоры у этих больных были обусловлены коло-сфинктерной диссинергией. Клинически они протекали наиболее тяжело и трудно поддавались консервативному лечению. По данным профилометрии уретры у этой группы больных диагностировалась детрузорно-сфинктерная диссинергия.

Таким образом, у больных с перинатальными поражениями нервной системы функциональные расстройства мочевого пузыря и его сфинктерного аппарата нередко сочетаются с дисфункцией толстой кишки и анального сфинктера.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ

Смирнов А.Н., Дорофеева Е.И., Жаров А.Р.

Российский Государственный Медицинский Университет, Детская городская клиническая больница №13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва.

Хронические запоры и абдоминальный болевой синдром остаются актуальной проблемой детской гастроэнтерологии. Одной из причин развития запоров и болей в животе является опущение поперечной ободочной кишки - трансверзоколонптоз, что в сочетании с фиксацией селезеночной кривизны называется болезнью Пайра.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения болезни Пайра у пациентов детского возраста.

К настоящему времени в ДГКБ №13 им Н. Ф. Филатова проведено обследование и лечение 25 де-

тей с болезнью Пайра - 19 девочек и 6 мальчиков, в возрасте 7 - 15 лет. Все пациенты в течение длительного времени находились под наблюдением педиатров. Однако, комплексная консервативная терапия состояния детей не улучшала. Жалобы на запоры и периодические боли в животе с тенденцией к прогрессу сохранялись.

При поступлении в стационар было проведено тщательное изучение анамнеза заболевания и клинический осмотр пациентов. В обследовании использованы лабораторные методы диагностики (клинический и биохимический анализы крови, общий ана-

лиз мочи, ЭКГ, копрология, исследование микрофлоры кишечника и др.) с целью определения степени интоксикации организма, дисбактериоза.

Основным методом исследования при болезни Пайра остается рентгеноконтрастная ирригография, при которой наблюдается характерная картина - провисание удлинённой поперечной ободочной кишки до уровня входа в малый таз в виде "гирлянды", с высокой фиксацией селезеночной и, нередко, печеночной кривизны и формированием стойких перегибов в этих областях. После дефекации большое количество контрастного вещества определяется по ходу толстой кишки, особенно в поперечном отделе.

Ультразвуковое исследование брюшной полости информативно для выявления перегибов брыжейки и сосудистых элементов в её составе. Осмотр генетика позволяет выявить косвенные фенотипические признаки патологии соединительной ткани в организме, а следовательно, и в брыжейке поперечной ободочной кишки, что является ведущим этиологическим фактором заболевания, по мнению большинства исследователей. Таким образом, диагноз устанавливался нами на

основании анамнеза, клинической картины и комплекса дополнительных исследований.

Всем детям выполнено хирургическое вмешательство. Оперативное лечение включало срединную лапаротомию, разделение спаек в области селезеночной и печеночной кривизны, выполнение резекции избыточного участка поперечной ободочной кишки с наложением анастомоза "конец в конец". Лоскут брыжейки поперечной ободочной кишки подшивали к зоне анастомоза для его укрепления и создания дополнительной фиксации.

На настоящий момент срок катамнеза составляет от 2 месяцев до 5,5 лет. В результате проведенного лечения у всех больных отмечен стойкий положительный эффект - полное исчезновение болей в животе, регулярный самостоятельный стул ежедневно при отсутствии жесткой диеты. При обследовании в отдаленном послеоперационном периоде отмечается анатомически правильное положение ободочной кишки в брюшной полости. Все доступные для исследования показатели жизнедеятельности организма в пределах возрастной нормы.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА У ДЕТЕЙ

Гумеров А.А., Алянгин В.Г., Мамлеев И.А., Сурова А.М., Амиров Р.М..

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

Хронический толстокишечный стаз до настоящего времени остается одной из актуальных и нерешенных проблем в детской колопроктологии и частота его по данным ряда авторов составляет от 18 до 26%. Развитие эндохирургии дало возможность по-новому взглянуть на данную проблему и внедрить новые малоинвазивные методы лечения хронического толстокишечного стаза у детей.

В клинике детской хирургии Башкирского Государственного Медицинского Университета на базе ГДКБ №17 за период с 2002 по 2005 гг. находились на лечении 55 детей с явлениями хронического толстокишечного стаза. Возраст детей колебался от 2 до 14 лет. Причинами заболевания являлись: долихосигма различных стадий компенсации - 11 детей, функциональный стаз - 25 человек, хронический колит - 13 детей, дисбактериоз - 6 человек.

Всем детям находящимся на лечении проводился курс стандартной консервативной терапии, включающий в себя: электростимуляцию кишечника (аппарат-АРОПАК), медикаментозную стимуляцию перистальтики кишечника, витаминотерапию, коррекцию дисбактериоза, ЛФК, массаж, иглорефлексотерапию.

В результате проводимых курсов консервативной терапии у 85 % детей наступила стойкая ремиссия.

У 8 больных с декомпенсированной стадией хронического толстокишечного стаза проводимые мероприятия не имели эффекта. Этим пациентам с целью стимуляции мышечной ткани стенки толстой кишки и для усиления моторной функции кишечника, проведена лапароскопическая коагуляция тканей по тениям и брыжеечному краю прямой и сигмовидной кишки. По окончании данного этапа операции визуально отмечалась бурная видимая перистальтика толстой кишки. У четырех детей при лапароскопии была выявлена значительно удлинённая сигмовидная кишка имеющая "тяжелые" петли. У данной группы после коагуляции тканей стенки кишки дополнительно произведено сбавивание (сигмопликация) сигмовидной кишки и фиксация ее на своем физиологическом месте - в левом боковом канале и левой подвздошной ямке.

Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. У всех оперированных пациентов в сроки до 2 месяцев отмечалось появление не только позывов, но и стойкая самостоятельная дефекация 1-2 раза в сутки, чего не было до операции. Через 6-7 месяцев самостоятельный ежедневный стул наблюдался у 6-ти пациентов. У двух пациентов появились задержки стула, но после дополнения консервативной терапии, появился самостоятельный стул.

Таким образом, причиной хронического толстокишечного стаза у детей могут являться аномалии положения, длины и различные механические препятствия (спайки, деформации) толстой кишки, которые могут быть хирургически скоррегированы, а приме-

нение лапароскопической методики в сочетании со стимуляцией иннервации и усиления моторной функции толстой кишки, может быть одним из методов выбора в лечении детей с субкомпенсированной и декомпенсированной формой данного заболевания.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КОПРОСТАЗОМ

Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Галахова Д.Г., Трухачев С.В.

Тверская Государственная Медицинская Академия, Детская Областная Клиническая больница, г. Тверь.

Систематическая задержка стула до 32 часов и более у детей старше одного года расценивается как запор. Цель работы - определение показаний к хирургическому лечению и консервативной терапии при наличии у ребенка копростаз. Нами проведен анализ 179 историй болезни пациентов, находившихся на обследовании и лечении в 1 хирургическом отделении ДОКБ г. Твери за период с 1990 по 2005 гг. в клинической картине которых, основной была жалоба на задержку стула. Возраст больных варьировал от нескольких суток до 15 лет. Однако, основную часть (75 %) составили пациенты в возрасте от 1 года до 3 - х лет. Соотношение мальчиков и девочек - 1:1.

Причинами задержки стула явились следующие заболевания: мегадолихоколон и долихоколон (126), болезнь Гиршпрунга (22), хронический идиопатический запор (20), копростаз (11).

Ведущим методом диагностики мегадолихоколон является ирригоскопия, на которой определяется удлинение различных отделов толстой кишки, наличие добавочных петель, расширение диаметра кишки, задержка опорожнения. Болезнь Гиршпрунга устанавливали по клинической картине и подтверждали рентгенологическими методами.

Диагноз хронический идиопатический запор выставляли при длительной задержке стула от 3 - х до 10 суток и отсутствии анатомических структурных особенностей строения толстой кишки.

Оперативное лечение выполнено только больным болезнью Гиршпрунга. Остальные пациенты получали консервативную терапию. В процессе лечения уделяли внимание выработке у ребенка привычки опорожнять кишечник в определенное время дня. По возможности рекомендовали бальнеологическое и санаторно-курортное лечение в санаториях гастроэнтерологического профиля, занятия с психотерапевтом. Критерием успешности проводимой терапии служила нормализация ритма дефекации.

Выводы: 1) все больные, в анамнезе у которых отмечается задержка стула, должны быть обследованы в хирургическом стационаре для исключения органической причины копростаз; 2) болезнь Гиршпрунга является абсолютным показанием к хирургическому лечению; 3) при мегадолихоколон и долихоколон, хронических идиопатических запорах при выполнении всех врачебных рекомендаций в 100 % наблюдений удалось нормализовать функцию кишечника с помощью консервативной терапии.

НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕКТО-АНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ

Яфясов Р.Я., Ахунзянов А.А., Поспелов М.С., Баимов А.П.

Казанский государственный медицинский университет, Детская республиканская клиническая больница, г. Казань.

Хронические запоры у детей могут быть вызваны многими органическими и функциональными заболеваниями. Диагностическая тактика при запорах направлена на исключение органических причин. Однако, в большинстве случаев при обследовании этиологические факторы не выявляются - идиопатические (функциональные) запоры. Возможным механизмом развития запоров у

таких больных считается нарушение функционирования ректоанальной области. Целью исследования было изучение функционального состояния ректоанальной области у больных идиопатическими хроническими запорами.

В хирургическом отделении ДРКБ МЗ РТ обследовано 50 детей с идиопатическими запорами в возрасте от 5 до 14 лет. Мальчиков - 39, девочек -

11. Больным проведены контрастная ирригоскопия с ирригографией, аноректальная манометрия (исследование ректоанального тормозного рефлекса, профилометрия анального канала, ректонометрия с исследованием чувствительности прямой кишки). Контрастная ирригоскопия проводилась по общепринятой методике. Исследование ректоанального рефлекса и профилометрия анального канала проводилась баллонным способом. Ректонометрия выполнялась путем фракционного заполнения баллона в прямой кишке жидкостью объемом по 20 мл. Регистрировались давление в прямой кишке и объем появления позыва на дефекацию.

По данным ирригоскопии у больных выявлено расширение прямой кишки (27 больных), а также, расширение прямой и левых отделов ободочной кишки (23). По данным аноректальной манометрии у 39 пациентов выявлены отклонения

функциональных показателей. Ректоанальный рефлекс нормальной амплитуды был у 12 больных, сниженной - у 38. Максимальное давление анального канала в покое повышено у 24 обследованных, нормальное - у 26. По данным ректонометрии отмечалось сниженное давление в прямой кишке - у 23, нормальное - у 13, повышенное - у 14. Исследование порога чувствительности прямой кишки выявило полное отсутствие чувства позыва на дефекацию у 8 больных, сниженный порог чувствительности - у 22, нормальный - у 12, повышенный - у 8.

Таким образом, у 78 % больных идиопатически запорами имеются нарушения функциональных показателей ректоанальной области. Основные выявленные нарушения - повышенное давление анального сфинктера в покое, сниженный порог чувствительности прямой кишки и сниженное интра ректальное давление.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Бушмелев В.А., Поздеев В.В.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск.

С целью диагностики органических и функциональных сужений прямой кишки у детей применяют ирригографию, при которой не всегда получают достоверную информацию о характере патологии. С целью топической диагностики при ректальной форме болезни Гиршпрунга, новообразованиях и воспалительных инфильтратах прямой кишки мы применили баллонную проктографию модифицированной методикой (рацпредложение № 6.96 от 26.01.96). Метод прост, гигиеничен, необременителен для пациента и медперсонала. Полученные проктограммы в прямой и боковой проекции оцениваем по 4 критериям: 1) форма и расположение ампулы прямой кишки; 2) аноректальный угол; 3) ректальное расхождение; 4) опущение тазового дна. С помощью этих показателей получаем данные о размерах и расположении прямой кишки, наличии новообразований, протяженности сужения, степени смещения кишки, изменении аноректального угла и функционального состояния мышц тазового дна.

Подготовку к хирургическим вмешательствам проводим "Способом профилактики гнойных осложнений при операции на толстой кишке и промежности" (авторское свидетельство № 1607815).

Для улучшения оперативно-технических приемов в практику хирургической колопроктологии внедрили комплекс трансиллюминационных устройств с целью исследования периферической и локальной гемодинамики органов и тканей. При операциях на толстой кишке применяем ор-

ганную трансиллюминацию и ректальный трансиллюминатор (рацпредложение № 5.96 от 26.01.96). Под контролем интраорганным освещением удастся визуально исследовать ангиоархитектонику стенки кишки и брыжейки, определить степень и протяженность гипертрофии или атрофии мышечного слоя, выявить наличие новообразований и участки ишемии. Формирование кишечных анастомозов под контролем трансиллюминатора позволяет дифференцировать слои кишечной стенки и характер ее кровоснабжения, тем самым облегчая сопоставление слоев кишки и контроль герметичности анастомозов, исключаются сужения просвета кишечной трубки во время наложения анастомоза

При аноректальных пороках и задней ректальной миотомии проходящий свет трансиллюминатора позволяет контролировать восстановление анатомических взаимоотношений мышц тазового дна и нормальное положение прямой кишки. Метод органной трансиллюминации лазерным излучателем применяем для определения локализации и размеров полости параанального абсцесса, направления первичного гнойного хода при остром парапроктите, а также направления и расположения свищевого хода при хроническом парапроктите

Радикальные операции при болезни Гиршпрунга производим методом Дюамеля с использованием ректального зажима собственной конструкции (отраслевое рацпредложение № О-625, от 23.09.77).

При ректальных формах болезни Гиршпрунга разработана методика задней миотомии (приоритетная справка 99100516, от 1.09.1999). Метод фотоплетизмографии и прибор для осуществления его, основанный на инфракрасном

излучении датчика с регистрацией пульсовой волны (отраслевое рацпредложение № О-3402, от 23.06.89), применяем для разработки рациональных доступов и пластических операций при пре-сакральных опухолях.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ АКТА ДЕФЕКАЦИИ

Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Иудин А.А., Тимонина А.В.

Петрозаводский государственный университет, ГУЗ Детская республиканская больница, г. Петрозаводск

Нарушение акта дефекации (НАД) является одним из частых поводов обращения в детскую поликлинику. Из всех детей, обратившихся к врачам внебольничной сети, 3 % жалуются на запор или каломазание. В специализированных гастроэнтерологических отделениях процент подобных больных достигает 25 - 45 (Benninga M.A. et al. 2004).

В Карельском центре детской хирургии (КЦДХ) в 1988 году с целью раннего направления детей с нарушениями акта дефекации для углубленного обследования врачам догоспитального этапа предложены объективные клинические критерии понятия "хронический запор" - нарушение возрастного ритма акта дефекации, длящееся более 3 месяцев и приводящее к нарушению состояния здоровья ребенка. Ежегодно обследование и лечение в Центре проходят 200 - 230 пациентов с нарушениями акта дефекации различного генеза, что составляет 19 - 23 % от лечившихся больных.

Для выявления причин НАД была разработана программа обследования проктологического больного, в которой наряду со специальными клиническими и лабораторными методами широко используются изобразительные и эндоскопические методики, функциональное исследование запирающего

аппарата прямой кишки, гисто-биохимическое исследование биопсийного материала толстой кишки включающее определение фермента ацетилхолинэстеразы.

В консультативной поликлинике КЦДХ организован еженедельный прием детского проктолога, где в том числе осуществляется диспансерное наблюдение за больными.

Анализ лечения более чем 800 пациентов позволил сократить в 2 раза сроки госпитализации больных с НАД в специализированный стационар, усовершенствовать и объективизировать дифференциальную диагностику между НАД функциональной и органической природы, пересмотреть и внедрить в клиническую практику ряд новых хирургических методов лечения (брюшно-промежностную колопроктопластику при лечении болезни Гиршпрунга с использованием заднего сагиттального доступа, сочетание сфинктер-леваторопластики с обратной гладкомышечной пластикой при лечении органического недержания кала, миотомию внутреннего сфинктера из заднего сагиттального доступа), а также обобщить принципы и методы реабилитации этой большой и сложной группы пациентов.

ОБОСНОВАНИЕ АПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ КОЛОПЕКСИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Бушмелев В.А., Абрамова Н.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск.

Выпадение прямой кишки тягостное заболевание, при нем стенки дистального отдела толстой кишки смещаются и выпадают через заднепроходное отверстие. Предрасполагающие причины у детей: слабо выражена крестцово-копчиковая кривизна, низко расположен пузырно-прямокишечный карман, прямая кишка имеет прямоли-

нейное направление. Перенесенные болезни, приводящие к исхуданию и гипотрофии, обуславливают дистрофию околопрямокишечной клетчатки и слабость мышц тазового дна. Любое повышение внутрибрюшного давления у детей передается прямо по направлению к заднему проходу. При повышенном внутрибрюшном давлении

передняя стенка кишки легко смещается, постепенно внедряется в ампулу прямой кишки и, наконец, выпадает через заднепроходное отверстие, увлекая за собой заднюю стенку recti, а затем и вышележащие отрезки кишки. Различают выпадение слизистой оболочки и всех слоев прямой кишки трех степеней, а по клинической картине выделяют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы болезни. Лечение заболевания представляет трудную задачу, создает мучительные страдания ребенку. Начальные степени выпадения слизистой оболочки и всех слоев прямой кишки традиционно лечат консервативно, при необходимости с добавлением склерозирующей терапии. При неэффективности терапевтических мероприятий и при декомпенсированных формах выпадения всех слоев кишки прибегают к оперативному лечению по Тиршу, Кюммелю.

Клиника хирургических болезней детского возраста за последние 30 лет располагает опытом лечения более 400 детей с выпадением прямой кишки, 23 из них хирургическим путем. Мы применяем простой и эффективный метод апоневротической фиксации дистальной части сигмовидной кишки по А.Г. Радзиевскому. Суть метода со-

стоит в надежной фиксации передней стенки выпадающей кишки к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Левосторонним подвздошным доступом обнажаем апоневроз наружной косой мышцы живота. На нем двумя параллельными разрезами выкраиваем полосу размером 6 x 1 см, которую после вскрытия брюшной полости подшиваем к taenia libera тазовой порции максимально подтянутой сигмовидной кишки. Брюшину и мышцы зашиваем над погруженной лентой. Непременным условием операции считаем пальцевой контроль за расправлением и натяжением передней стенки прямой кишки со стороны ампулы rectum.

Оперативно-технические приемы при этом вмешательстве патогенетически обоснованы, так как преследуют роль надежной фиксации передней стенки проксимального отдела прямой кишки, которая при этом заболевании является *lokus minoris resistencia*. Восстановительный период у всех больных протекает благоприятно в связи с тем, что послеоперационная рана не беспокоит больных, заживает первичным натяжением. Испражнения больных происходит безболезненно и физиологично. Рецидивов заболевания после этих операций не наблюдали.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В., Исаев А.А., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Наковкин О.Н.

Кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Измайловская детская городская клиническая больница, г. Москва.

Цель работы - анализ первого опыта применения методик миниинвазивной лапароскопической хирургии при лечении детей с тяжелыми формами неспецифического язвенного колита (НЯК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы и методы. В период с февраля 2004 по март 2006 года всего было оперировано 6 больных подросткового возраста (от 12 до 17 лет). Мальчиков было 4, девочек - 2. Длительность заболевания колебалась от 1 до 10 лет, у всех больных имело место тотальное поражение всей толстой кишки, у одного больного - в сочетании с тяжелой формой гемофилии А. Операции в плановом порядке были выполнены 5 больным в связи с тотальным поражением толстой кишки и неэффективностью современных схем медикаментозной терапии (у всех детей), наличием и прогрессированием внекишечных проявлений НЯК (3 детей), выраженным отставанием в росте и физическом развитии (1 ре-

бенок), наличием дисплазии слизистой толстой кишки (1 ребенок). У одного больного оперативное вмешательство было выполнено по экстренным показаниям в связи с некупирующимся кишечным кровотечением и угрозой перфорации толстой кишки.

Принципом хирургического лечения во всех случаях было проведение тотальной проктоколэктомии:

- лапароскопически-ассистированная проктоколэктомия с формированием тонкокишечного резервуара (латерального - в одном случае, J-резервуара - в другом) с наложением илеостомы - выполнена у двух пациентов;
- лапароскопическая проктоколэктомия с наложением илеостомы - выполнена у одного ребен-

ка, оперированного по экстренным показаниям в условиях продолжающегося кишечного кровотечения и воспалительных изменений в брюшной полости, связанных с предперфорацией толстой кишки;
- полностью лапароскопическая тотальная

проктоколэктомия с трансанальным удалением всей толстой кишки, низведением подвздошной кишки на промежность через демукозированный цилиндр прямой кишки и формированием илеоанального анастомоза без наложения "защитной" илеостомы - 3 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции колебалась от 180 до 260 минут, интраоперационных осложнений не было, кровопотеря не превышала 100 мл. Длительность послеоперационной госпитализации колебалась от 9 до 21 суток.

У одного больного в послеоперационном периоде отмечалось выраженное воспаление и рубцевание сформированного J-резервуара, что потребовало его удаления и наложения илеоанального анастомоза.

В сроки послеоперационного наблюдения - от 2

недель до 2 лет можно отметить:

- значительное и быстрое улучшение общего состояния и самочувствия - у всех больных;
- полный отказ от специфической терапии (кортикостероиды, цитостатики и др.) - у всех больных;
- частота стула - от 3-4 до 10-12 раз в сутки.

Несомненно, только дальнейшее наблюдение и обследование оперированных детей позволит сделать более определенные и объективные выводы о результатах лечения.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Лука В.А., Щербакова О.В., Щиголева Н.Е.

Отделение хирургической колопроктологии РДКБ, г. Москва.

Одной из серьезных проблем колопроктологии является хирургическое лечение неспецифических колитов. Воспалительные заболевания толстой кишки (ВЗТК) у детей являются относительно редкой патологией. Однако, последнее десятилетие характеризуется быстрым ростом числа больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Кроме того, отмечается тенденция к увеличению частоты начала колита в более раннем возрасте. До настоящего времени существует небольшое количество работ с анализом хирургического лечения ВЗТК у детей и продолжается дискуссия об относительных показаниях к оперативному лечению.

Абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству являются свободная и прикрытая перфорация кишечника, кишечные абсцессы, кишечное кровотечение, токсический мегаколон, кишечная непроходимость и рак толстой кишки.

У детей с болезнью Крона кроме кишечных осложнений (хроническая кишечная обструкция, кишечные свищи, перианальные поражения), относительными показаниями к оперативному лечению, по нашему мнению, является отсутствие эффекта от консервативной терапии и гормонозависимость с развитием осложнений высокодозной гормонотерапии, включая синдром Кушинга и задержку физического развития.

Относительными показаниями к операции у пациентов с неспецифическим язвенным колитом мы считаем отсутствие эффекта от адекватной консервативной терапии, гормонозависимость и задержку физического развития, а также хронически-непрерывное течение (две и более тяжелых или среднетяжелых атаки за год) и невозможность достижения эндоскопической ремиссии в течение 2 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1985 по февраль 2006 года в отделениях колопроктологии и гастроэнтерологии РДКБ находилось на лечении с неспецифическим язвенным колитом 191 пациент и 39 - с болезнью Крона. В отделении колопроктологии оперировано 14 (7 %) детей с НЯК и 12 (30 %) с болезнью Крона. У всех диагноз подтвержден гистологически.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больным НЯК первым этапом выполнялись такие операции, как наложение илеостомы с последующей местной терапией отключенной толстой кишки (2); колэктомия с наложением терминальной илеостомы (9); колэктомия с формированием илеоректального анастомоза (2); тотальная колэктомия с наложением илео-анального анастомоза и созданием латерального тонкокишечного резервуара (1). Впоследствии стомированным пациентам проводились следующие оперативные вмешательства - колэктомия с наложением илеоректального анастомоза (2); закрытие стомы у детей с кишечным резервуаром (1), наложение илеоректального анастомоза (2), наложение илеоанального анастомоза с созданием кишечного резервуара (1), наложение илеоанального анастомоза с мукоэктомией прямой кишки (1).

Пациентам с болезнью Крона выполнены: гемиколэктомия (1), колэктомия с формированием илеоректального анастомоза (2); резекция участка кишки с наложением стомы (5); резекция илеоцекального угла с наложением раздельной илео- и коло-

Показаниями к оперативному лечению являлись: кишечное кровотечение (1), перфорация кишки с перитонитом (4), стриктура толстой кишки с задержкой роста (1), токсический мегаколон (1), перианальные осложнения болезни Крона (1), кишечная непроходимость (2), неэффективность консервативной терапии и гормонозависимость (9), тяжелое течение НЯК (7).

стомы (2), резекция участка кишки с первичным анастомозом (2). Из 12 детей с болезнью Крона только 5 (42 %) оперированы однократно. Остальным выполнялись как плановые этапные вмешательства (закрытие стомы), так и срочные операции по поводу кишечных осложнений (свищи, несостоятельность анастомоза с перитонитом). Двое детей с болезнью Крона умерли (причина летального исхода - кровоизлияние в головной мозг; острая почечная недостаточность).

В заключение хочется отметить, что до настоящего времени нет единой терапевтической схемы, пригодной для лечения всех вариантов воспалительных заболеваний толстой кишки, поэтому особенно важно тесное сотрудничество между гастроэнтерологами и хирургами. Анализ результатов показал неэффективность многоэтапных операций с лечением отключенной кишки при неспецифическом язвенном колите и хорошие результаты оперативных вмешательств у детей с болезнью Крона, не получавших на момент операции гормональную терапию.

ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Папенина О.А.

Кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов

Полипы и полипозы толстой кишки составляют гетерогенную группу заболеваний. В основу работы положен анализ лечения 74 детей (1994-2005 гг.) в возрасте от 1 года до 16 лет (в 76 % наблюдений - 2-9 лет) с одиночными (67), множественными (4) полипами и вариантами диффузного полипоза (3) толстой кишки. Мальчики и девочки одинаково часто страдали одиночными полипами (36:31), множественные полипы были установлены только у девочек, а диффузный полипоз - у мальчиков. Дети предъявляли жалобы на наличие крови в кале (98%), выпадение (отделение) полипа (16 %), боль при дефекации (4 %), запор (2%), боль в животе (1 %). Одиночные полипы локализовались преимущественно в прямой кишке на расстоянии 2-8 см (61), реже на расстоянии 12-16 см от ануса (4), в сигмовидной кишке (1) и в нисходящей

ободочной кишке (1). В 70% наблюдений полипы прямой кишки были диагностированы при пальцевом ректальном исследовании, у остальных - в ходе проведения ректороманоскопии. Чаще полипы располагались на задней стенке прямой кишки (65 %), затем на боковых (20 %) и передней (15 %). В редких случаях для диагностики одиночных полипов (3 %) использовали колоноскопию, рентгеноконтрастную ирригоскопию (6 %). При множественных полипах и диффузном полипозе диагностику основывали на ректороманоскопии и колоноскопии. Хирургическое лечение одиночных и множественных полипов толстой кишки заключалось в их удалении трансанально (46), при ректороманоскопии (21) и фиброколоноскопии (3), а также лапаротомии и колотомии (1). Диффузный полипоз толстой кишки (3) предопреде-

лял наличие у детей хронической постгеморрагической анемии (3) и рецидивирующих толсто-толстокишечных инвагинаций (2). Инвагинации кишечника были ликвидированы консервативно пневматическим способом. Радикальное хирургическое лечение диффузного полипоза у двух детей заключалось в эндоскопическом удалении кровотокающих полипов толстой кишки (I этап) и комплексной подготовке к операции и последующей колэктомией с формированием илеоректальных анастомозов "конец в конец" однорядным непрерывным кишечным швом (Resorba 4.0). По истечении двух недель после операции восстановился оформленный стул, 2 - 3 раза в день. У одного ребенка в связи с тотальным поражением толстой кишки нами была предпринята тотальная колэктомия, демуккозация прямой кишки по Soave и формирование илеоанального анастомоза с латеральным изоперистальгическим резервуаром подвздошной кишки по E.W. Fonkalsrud (непрерывным однорядным кишечным швом), защитная концевая илеостома. Через месяц была восстановлена нормальная проходимость подвздошной кишки, ребенок имеет практически нормальный акт дефека-

ции. Гистологическое исследование удаленных полипов свидетельствовало об их разнообразной природе и патоморфологии: в группе одиночных полипов преобладали "железистые" и "железисто-кистозные" полипы с массивными воспалительными инфильтратами (84%), имели грануляционную ткань (7 %), были установлены фиброзно-сосудистые полипы (5 %), лимфангиомы (2 %) и фибропапилломы (2 %). Все множественные полипы (4) оказались "железистыми" с массивными воспалительными инфильтратами. Гистологическое исследование толстой кишки при тотальном полипозе установило наличие различных его вариантов: тотального пролиферативного (1), ювенильного (1) и наследственного (1). Рецидивы заболевания были зарегистрированы у двух детей с одиночными полипами (3 %), у одного с множественными. В одном наблюдении большого диффузным полипозом было отмечено образование полипов выше места анастомоза в прямой кишке, что потребовало их удаления и дальнейшего мониторинга. Таким образом, правильный выбор тактики при полипах и полипозах толстой кишки основан на детальной диагностике варианта поражения.

ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

Поспелов М.С., Молчанов Н.Н., Гребнев П.Н., Яфясов Р.Я., Баимов А.П.

Казанский государственный медицинский университет, Детская республиканская клиническая больница, г. Казань.

Диффузный полипоз у детей является редкой патологией (А.И. Лёнюшкин). По данным литературы лечение диффузного полипоза сводится к хирургическому методу с последующим проведением контрольных обследований (фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия) и возможным удалением полипов. В литературе предлагаются различные варианты хирургического лечения полипоза кишечника: проктоколэктомия с выведением постоянной илеостомы, колэктомия с удалением ректальной слизистой и илеоанальным анастомозом, колэктомия с формированием илеоректального анастомоза.

Больная Я., 7 лет обратилась с жалобами на бледность, вялость, примесь крови в кале, боли в животе, выпадение полипов из прямой кишки. Больна в течении года. При поступлении состояние тяжелое, выраженные признаки хронической интоксикации. Телосложение "кушингоидного" типа. Аппетит снижен. Живот увеличен в объеме, болезненный по ходу толстой кишки, пальпируются спазмированные слепая и сигмовидная кишки. Стул оформленный, с кровью. Отмечается выпадение полипов из ануса. Проведена контрастная энтероколография на которой выявлены множественные дефекты наполнения в толстой кишке, патологии тонкой кишки не выявлено. По данным ФГДС имелся полип антрума

желудка. Ввиду постоянного выпадения полипов из ануса с диагностической и лечебной целью выполнено иссечение полипов слизистой прямой кишки. По результатам гистологического исследования найдены аденоматозные полипы. Выставлен диагноз: диффузный аденоматозный полипоз толстой кишки и желудка. Выполнена операция - колэктомия, брюшно-промежностная проктопластика по Соаве, гастротомия, полипэктомия. Полипы в тонкой кишке во время операции не обнаружено. Данные гистологии: полипа желудка - аденоматозный, полипы толстой кишки - ювенильные. Послеоперационное течение гладкое. Выписана в удовлетворительном состоянии. В последующем (каждые 3 месяца) больная поступала на контрольные обследования. При эндоскопическом обследовании (ФГДС, колоноскопия) в желудке был выявлен полип (ювенильный), не имевший тенденции к росту. В толстой кишке отмечалось продолжение роста полипов, наиболее крупные из них (10-15) удалялись эндоскопическим способом при каждом обследовании. Гистологически полипы ювенильные.

Таким образом, колэктомия позволяет в последующем проводить более успешное лечение полипоза начальных отделов толстой кишки путем плановой эндоскопической полипэктомии.

ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАННОЙ ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИИ

Пчеловодова Т.Б., Бушмелев В.А.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск.

С целью оптимизации оперативно-технических приемов при удалении пресакральных опухолей применили метод органной трансиллюминации. Для этого сконструирован интравектальный осветитель, который применили для определения анатомических смещений прямой кишки и дна мочевого пузыря с целью выбора места пластики мышц тазового дна во время операции. Устройство представляет собой 2-х просветную трубку с герметично закрепленным латексным баллоном. На конце прибора вмонтирован источник освещения (микролампа МЛ-9,5 в), соединенный с источником питания с помощью двух проводников (рационализаторское предложение 3 5.96 от 26.01.96, выданное Ижевской государственной медицинской академией).

В выборе оперативного вмешательства у детей с пресакральными опухолями руководствуемся принципом рациональных доступов, предложенных В.А. Бушмелевым (1990). Операцию выполняем под эндотрахеальным наркозом с соблюдением условий абластичности, максимального сохранения васкуляризации и иннервации всех слоёв кожи над новообразованием. Обязательно проводим ревизию органов малого таза. Для уменьшения кровопотери при выделении опухоли применяем электронож. Широкий доступ дает возможность беспрепятственно и атравматично выделить опухоль, удалить копчиковые позвонки, производить мобилизацию прямой кишки. Важный момент операции - выделение опухоли от стенок мочевого пузыря и прямой кишки. Во избежание кровотечения и перфорации полых органов, все оперативно-технические приемы выполняем под контролем органной трансиллюминации. Интравектальный баллон до операции вводим на нужную глубину и раздуваем его воздухом, при этом источник света равномерно освещает все стенки прямой кишки по принципу "китайского фонаря". Интравектальная трансиллюминация позволяла дифференцировать нормальную кишечную стенку от мышц тазового дна и патологических образований. С помощью ее можно визуально установить протяженность

и степень смещения прямой кишки опухолью, отдельно определить архитектуру сосудов всех слоёв кишки. При выделении кишки можно выявить повреждения ее стенки и оценить качество гемостаза. Кроме того, метод помогал оценить степень восстановления анатомических взаимоотношений органов малого таза и мышц тазового дна, а также предупредить послеоперационные кровотечения. После полного выделения опухоли, убедившись в радикальности операции, приступаем к гемостазу путём электрокоагуляции и прошивания кровоточащих участков, а затем к формированию деформированного тазового дна. Особое внимание уделяем тщательному восстановлению перерастянутых опухолью мышц тазового дна и восстановлению анатомически правильного положения смещенной прямой кишки. Элементы *m. rectococcygeus* сшиваем, удерживая кишку в правильном анатомическом положении. К боковым поверхностям её подшиваем волокна *m.m. levatores ani*. На дне раны на 2 суток оставляем систему из дренажных трубок для активной аспирации раневого секрета. Значительный избыток кожи складываем дубликатурой и определяем границы её иссечения. Избыточную кожу иссекаем, а оставшиеся лоскуты ушиваем в саггитальном направлении, чтобы центр их схождения находился не менее чем на 5 см выше анального отверстия. Равномерное давление кожных лоскутов на раневую поверхность способствует гемостазу и приводит к оптимальным условиям заживления раны. Пластическое ушивание кожи сопровождается формированием глубокой межягодичной складки и естественной конфигурации ягодиц.

Таким образом, методом выбора хирургического вмешательства при ККТ является радикальная пластическая операция под контролем органной трансиллюминации. Операция направлена на удаление опухоли и восстановление анатомо-функционального состояния органов малого таза. Применение органной трансиллюминации позволяет значительно уменьшить число операционных и послеоперационных осложнений.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тараскин А.В., Котляров А.Н., Ростовцев Н.М.

ГОУ ВПО "Челябинская Государственная Медицинская Академия" Росздрава,
г. Челябинск.

Лимфосаркома составляет 7-8 % случаев всех опухолевых заболеваний у детей, и в структуре онкологической патологии у детей занимает второе место после гемобластозов. Челябинская область - один из крупнейших в России центров металлургии, машиностроения. Основные отрасли промышленности - черная и цветная металлургия, машиностроение, металлообработка, химическая, горнодобывающая, топливно-энергетическая и ядерная промышленности. Часть территории области в 50-е годы подверглась радиоактивному заражению из-за аварии на ПО "Маяк". Хочется сказать, что важнейшими факторами, которые определяют сегодняшнее состояние онкологической заболеваемости населения области, является экологически необоснованное территориальное расположение крупных промышленных предприятий, неучтенное техногенное загрязнение воздушной среды, почвы, грунтовых вод и т.д. Кроме того, говоря об особенностях Челябинской области, нельзя не сказать о влиянии экономического кризиса на промышленность и экологическую обстановку в области.

Целью данного исследования является изучение распространенности лимфосаркомы в детской популяции Челябинской области, связи высокой заболеваемости с отдельными районами.

Объектом исследования в период с 1980 по 2001 года явились дети, рожденные с 1966 по 2001

год, проживающие в Челябинской области на момент постановки диагноза. По Челябинской области за данный период на лечении находилось 77 детей с неходжкинскими лимфомами. Пик числа заболеваний приходится на 1998 год. Наблюдается тенденция к увеличению числа заболевших в 90-е годы по сравнению с 80-ми. Соотношение мальчиков и девочек составило 2,8:1. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в группе детей от 4 до 9 лет. На 2001 год заболеваемость лимфосаркомой составила 1,1 на 100000 детского населения. Преимущественно опухоль располагалась в брюшной полости (32,4 %) и в периферических лимфоузлах (24 %). Дети с первой стадией заболевания поступали в 1,6 % случаев, со второй - в 17,5 %, с третьей - 44,4 %, с четвертой стадией - в 36,5 % случаев.

Таким образом, лимфосаркома является частым онкологическим заболеванием среди детского населения Челябинской области. Наибольшая заболеваемость наблюдается в группе детей от 4 до 9 лет, преимущественно болеют мальчики. Пациенты преимущественно поступают в стационары с запущенными стадиями заболевания (третья и четвертая - 80,9 %). Наибольшая заболеваемость лимфосаркомой регистрируется на территориях имеющих предприятия черной и цветной металлургии, энергетики, машиностроения, горнодобывающей промышленности.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПАРАПРОКТИТА

Бушмелев В.А., Кораблинов О.В.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск.

В клинике детской хирургии в 1974 - 2001 годы находились на лечении 620 детей с острым гнойным парапроктитом и 192 - с хронической формой болезни в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, причем до года их было 46,9 %. У 598 из них (96,3 %) процесс протекал по типу подкожного гнояника, у 21 (3,4 %) была ишиоректальная и у 2 пациентов (0,3 %) - ретроректальная форма поражения, которая возникла после травматических поврежде-

ний прямой кишки. По клинической и морфологической картине выделяем две формы заболевания. Первая форма - внутрикишечный парапроктит, первично связанный с воспалением анальной железы. При этом патологический очаг в параанальной области имел непосредственную связь с прямой кишкой через выводной проток анальной железы. Вторая форма гнойного парапроктита - перианальные процессы и флегмоны промежно-

сти, не связанные с просветом прямой кишки. Их считали внекишечной формой парапроктита. Удельный вес их в структуре гнойного парапроктита у детей весьма невелик. Считаем, что лечение острого парапроктита у детей должно быть безотлагательным. Основной принцип оперативного лечения острого парапроктита заключается в разных вариантах вскрытия и дренирования гнойной полости в надежде, что выполненное вмешательство будет способствовать обратному развитию процесса.

В клинике при лечении больных острым парапроктитом разработана и внедрена двухэтапная радикальная операция, предохраняющая от рецидива и перехода острого процесса в хронический. Суть хирургического лечения заключается в том, что при поступлении в стационар, больному по неотложным показаниям вскрываем параанальный гнойник радиальным разрезом, назначаем антибактериальную терапию. После стихания воспалительного процесса, через 4-5 суток, выполняем второй этап операции. Под общим обезболиванием проводим ревизию полости параанального абсцесса, определяем границы воспалительного процесса в параанальной области, направление и локализацию внутреннего отверстия первичного гнойного хода методом лазерной трансиллюминации. Выявленные патологически измененные ткани иссекаем в радиальном направлении единым блоком, с обязательным удалением внутренних стенок гнойника со свищом и большей частью пораженной крипты. На рану в полости прямой кишки накладываем рассасывающие, а на кожу промежности - съемные швы (рацпредложение № 3.92 от 19.03.92, принятое Ижевским Государственным медицинским институтом). Исследование операционного материала, взятого у 117 больных ос-

трым и у 39 - хроническим парапроктитом, позволило нам детально изучить гистологическое строение стенок свищевого хода, в частности патоморфологических изменений его эпителиальной выстилки, а также возможного механизма формирования первичного гнойного хода при остром парапроктите. Гистологические срезы блока мягких тканей со свищевым ходом проводили в продольном и поперечном направлениях с шагом 2-3 микрона. Изучение микропрепарата проводили под 80-ти кратным увеличением. Первичный гнойный ход (проток анальной железы) визуализирован в 111 препаратах. В 40 % выстилкой свищевого хода являлся многослойный плоский эпителий, в 17 % - цилиндрический эпителий, в 7 % - кишечный эпителий, в 18 % - грануляции, и в 18 % выстилки не выявлено. При транслокации многослойного плоского эпителия в устья и протоки анальных желез, последние представляют собой готовые преформированные каналы для проникновения инфекции в параанальную область. Кроме того, в некоторых препаратах обнаружено аномальное разветвление анальных желез, которые глубоко проникали в клетчатку параанальной области. Обнаруженные гистологические изменения подтверждают врожденную предрасположенность к развитию этого заболевания и объясняют преимущественное возникновение острого парапроктита в младенческом и грудном возрасте. Сравнивая отдаленные результаты лечения острого парапроктита у детей, отмечаем явные преимущества метода отсроченной радикальной операции перед простым вскрытием параректального гнойника. Успех хирургического лечения острого гнойного парапроктита зависел от патогенетического подхода к выбору метода операции с учетом внутрикишечной и внекишечной формой заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАПРОКТИТА НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Смирнов А.Н., Фатеев Ю.Е., Никитина О.Н., Чундокова М.А., Трунов В.О.,
Иванченко О.А.

Российский Государственный Медицинский Университет, Детская городская
клиническая больница №13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва.

Острый гнойный парапроктит у детей первого года жизни является, как правило, манифестацией врожденного параректального свища. Заболевание возникает остро в период от 2-3 недель до 3 месяцев жизни и проявляется симптомами параректального абсцесса, чаще всего вскрывающегося самостоятельно. Этот факт объясняется скрытностью раннего периода заболевания, так как воспалительный процесс начинается с ди-

стального отдела прямой кишки и не имеет видимой локальной симптоматики.

Наряду с этим следует отметить небольшой объем поражения параректальной клетчатки и отсутствие бурных проявлений гнойной интоксикации. После вскрытия парапроктита гнойное отделяемое из раны присутствует не более 2-3 суток. После этого остается достаточно плотный и мало болезненный инфильтрат с постепенной тенден-

цией к уменьшению и организацией хронического параректального свища.

Последний относится в большинстве случаев к внутрисфинктерному виду, располагается наружным отверстием на 3-х или 9-ти часах по циферблату параанально, протяженностью 2-3 см.

Пальпация этой области определяет характерный плотный малоболезненный тяж, уходящий по направлению внутрь к дистальному отделу прямой кишки. В дальнейшем у подавляющего большинства наблюдаемых нами больных не отмечалось рецидива острого парапроктита, но с периодичностью один раз в 7-15 дней присутствовали скудные гнойные или слизисто-гнойные выделения из кожного отверстия свища.

Среди аномалий желудочно-кишечного тракта у детей врожденные параректальные свищи составляют 2 %, а среди всех видов свищей аноректальной области - 10 %. Мальчики болеют чаще девочек в соотношении 7:3. Макропрепараты удаленных при оперативном иссечении врожденных параректальных свищей представлены участком кожи с наружным свищевым отверстием и подлежащей клетчаткой с непосредственным свищевым ходом. На поперечных разрезах диаметр свища колеблется от 1 до 5 мм, иногда по ходу его обнаруживаются расширения или разветвления.

Морфологически стенка свищевого хода представлена склерозированной соединительной тканью с очаговыми скоплениями лимфоцитов или диффузной инфильтрацией. Внутренняя поверхность свища выстлана грануляционной тканью различной степени зрелости с очаговой эпителизацией просвета за счет "наползания" многослойного плоского эпителия с кожи в области наружного отверстия.

В ряде случаев среди воспалительных инфильтратов определяются гигантские клетки инородных тел, формирующиеся вокруг небольших фрагментов каловых масс, проникающих в свищевой

ход из просвета прямой кишки.

Основным способом радикальной коррекции врожденных параректальных свищей до настоящего времени является оперативное лечение. Суть его всегда заключается в полном иссечении свища на протяжении, включая внутреннее и наружное отверстия. Однако, несмотря на давность существования проблемы и великое множество используемых технических оперативных приемов, процент рецидивов держится на крайне высоких цифрах: от 30 % до 60 %.

Протокол диагностических мероприятий у данного контингента больных состоит из: посева отделяемого из свищевого хода, исследования кала на дисбактериоз, цитоморфологии кюретажной биопсии стенки свищевого хода, ультрасонография промежности, контрастной фистулографии. В зависимости от выявленных изменений микрофлоры назначается соответствующая корректирующая терапия, на фоне которой непосредственно приступаем к лечебным мероприятиям местного характера.

На всю длину параректального свища вводим тонкий, диаметром 1 мм, пластиковый катетер, через который шприцом нагнетаем, одновременно медленно выводя его наружу, 10 % спиртовой раствор йода, заполняя им весь объем свищевого хода.

На курс склеротерапии требуется в среднем от 7 до 20 введений с частотой 1 раз в сутки ежедневно. Критериями положительной динамики считаем отсутствие гнойного, а затем слизистого отделяемого из свища с последующим полным его закрытием и значительным уменьшением пальпируемого под кожей объема инфильтрированных тканей свищевого хода.

К настоящему времени мы обладаем опытом лечения 92 больных первого года жизни с врожденными параректальными свищами. Во всех наших наблюдениях мы получили стойкий положительный эффект со сроком отдаленных результатов до 4 лет.

ЛОКАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ

Кораблинов О.В., Бушмелев В.А., Егорова О.О.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск.

Проведено исследование состояния локальной гемодинамики (ЛГД) параанальной области при острых парапроктитах у детей методом электрофотоплетизмографии, предложенным В.А. Бушмелевым (1989). Метод основан на изучении оптической плотности сосудов путем трансиллюминации инфракрасного излучения с регистрацией пульсовой волны на самописце. Для его осуществления использовано электронное устройство с миниатюрным накожным датчиком, регистрирующим изменения степени кровенаполнения сосудов при всех видах патологического процесса и

оперативного вмешательства, а также изучения отдаленных результатов лечения. Для интерпретации изменений ЛГД в количественном выражении выделено 5 наиболее важных параметров, отражающих состояние локального кровообращения в относительных единицах: объемный пульс (ОП), объемно-пульсовой кровотока (ОПК), скорость кровенаполнения сосудов (СКС), скорость оттока крови (СОК), периферическое сосудистое сопротивление (ПСС). Важным в практическом отношении является определение гемодинамического индекса (ГДИ). ГДИ выражает отношение ве-

личины параметров ЛГД в области патологического процесса к величине параметров, полученных с симметричной стороны.

Изучение ЛГД параанальной области проведено у 40 здоровых детей в возрасте 3-10 лет. Анализ результатов исследования показал, что величины параметров ЛГД в 2-х симметричных точках практически равны, и ГДИ в норме близок к единице (в среднем - $1,03 \pm 0,08$). Воспаление параанальной клетчатки при остром парапроктите приводит к резкому увеличению ОП, ОПК, СКС, СОК на стороне локализации гнойного процесса по сравнению с симметричной областью, и как следствие, пропорциональному увеличению ГДИ. В послеоперационном периоде при стихании воспалительного процесса происходит постепенное снижение ГДИ всех исследуемых параметров ЛГД.

Исследование ЛГД параанальной области методом ФПГ при оценке ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения острых парапроктитов в срок от 2-х месяцев до 5 лет проведено в 2-х группах больных. В первую группу включены дети (28), которым была произведена ради-

кальная операция по принятой в клинике методике. Вторую группу составили дети (11), которым радикальная операция не проводилась. Анализ полученных результатов показал, что в первой группе ГДИ параметров ЛГД практически не отличается от нормы: ОП - $0,96 \pm 0,12$, ОПК - $0,97 \pm 0,11$, СКС - $0,95 \pm 0,08$, СОК - $1,05 \pm 0,12$, ПСС - $1,25 \pm 0,2$. Во второй группе ГДИ несколько выше нормы: ОП - $1,33 \pm 0,15$, ОПК - $1,37 \pm 0,18$, ОКС - $1,19 \pm 0,06$, СОК - $1,32 \pm 0,18$, ПСС - $1,27 \pm 0,2$. Полученные данные свидетельствовали о наличии хронического воспалительного процесса в параанальной клетчатке у детей второй группы. Последнее несет в себе риск рецидива острого парапроктита или образование параректального свища.

Таким образом, результаты исследования ЛГД параанальной области у детей с определением ГДИ убедительно показали, что при остром парапроктите необходимо производить неотложное хирургическое вмешательство. Разработанная и применяемая в клинике детской хирургии методика двухэтапной радикальной операции при остром парапроктите не изменяет существенно параметры локальной гемодинамики в параанальной области.

ХІІІ ЦЕНТРАЛЬНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС КОЛОПРОКТОЛОГОВ, МОСКВА 6-8 МАЯ 2008 ГОДА.

Дорогие коллеги!



Приглашаю вас принять участие в XIII Центрально-европейском Конгрессе колопроктологов, который будет проходить в Москве 6 - 8 мая 2008 года. Конгресс проводят Клуб Центрально- и Восточно-европейских колопроктологов (СЕЕСС) и Ассоциация колопроктологов России.

В течение последнего десятилетия СЕЕСС стала авторитетной организацией, объединяющей ведущих европейских специалистов в области заболеваний толстой кишки.

Конгресс будет проходить в конгресс-холле гостиничного комплекса "Космос".

Научная программа предполагает обсуждение широкого круга актуальных проблем современной колопроктологии. Одной из основных задач форума является широкое освещение высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Конгресс будет проводиться на английском и русском языках.

Научная и социальная программы, условия подачи тезисов, вопросы размещения участников XIII конгресса колопроктологов будут изложены на странице www.ceecc2008.ultranet.ru и www.coloproctology.ru.

По вопросам организации обращаться в Оргкомитет: тел. +7 499 199-26-31; e-mail: ceecc2008@mail.ru

Крайний срок подачи тезисов на английском языке - 31 декабря 2007 года.

Адрес для подачи тезисов: abstracts2008@mail.ru.

Выражаю уверенность в плодотворной работе на заседаниях и в дискуссиях.

До встречи в Москве!
Президент Конгресса
Академик РАМН, профессор
Г.И. Воробьев

Новая продукция ConvaTec

Объединяя ВОЗМОЖНОСТИ

Система "два в одном", сочетающая комфорт и простоту применения однокомпонентных калоприемников, безопасность и универсальность применения двухкомпонентных.

Новая система ESTEEM Synergy® отвечает разнообразным пожеланиям пациентов.

- Надежность, обеспеченная новой современной системой бесфланцевого соединения мешка с пластиной.
- Универсальность благодаря возможности простой и быстрой адаптации системы к требованиям, возникающим в зависимости от образа жизни пациентов.
- Комфорт гибкой низкопрофильной системы.
- Дружественный коже адгезив, обеспечивающий надежную фиксацию пластины во время многократной замены мешков.

Теперь мы можем предложить Вашим пациентам, вне зависимости от того какие калоприемники они использовали ранее, новую систему ESTEEM Synergy®, объединяющую лучшее из "обоих миров"

Телефон всероссийской бесплатной линии ConvaTec 8 800 200 80 99
понедельник - пятница 9.00?17.00 время московское
Bristol-Myers Squibb, 123001, Россия, г. Москва,
Трехпрудный пер., д. 9, стр. 15.
тел.: (495)7559267, факс: (495) 755 9262.

Esteem
synergy™

Лучшее из обоих миров

 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company

ESTEEM Synergy® - зарегистрированный торговый знак E.R. Squibb & Sons, L.L.C., ConvaTec имеет право использования.
©2007 E.R. Squibb & Sons, L.L.C.

ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированная очищенная флавоноидная фракция

Микронизированный

Высокая клиническая эффективность
благодаря

- ✓ микронизированной форме
- ✓ комплексному механизму действия



ЭТАЛОННЫЙ ФЛЕБОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ

ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011469/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой.

Состав: одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит 500 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (90%) – 450 мг и флавоноидов, выраженных как гесперидин (10%) – 50 мг.

Фармакотерапевтическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® обладает веноотонизирующим и ангиопротективным свойствами. На венозном уровне – уменьшает растяжимость вен и венозный застой. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их резистентность.

Показания к применению:

Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности:

– ощущение тяжести в ногах;

– боль;

– «утренняя усталость» ног, судороги;

– трофические нарушения.

Симптоматическая терапия обострения геморроя.

Противопоказания: известная повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и период кормления грудью: Беременность. Эксперименты на животных не показали тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. **Кормление грудью.** Из-за отсутствия данных относительно экскреции препарата в молоко кормящим матерям не рекомендуется прием препарата.

Способ применения и дозы: Внутрь. Рекомендуемая доза – 2 таблетки в день: 1 таблетка – в середине дня и 1 таблетка – вечером во время приема пищи. В период обострения геморроя – 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение последующих 3 дней.

Побочное действие: Крайне редко: желудочно-кишечные и нейровегетативные расстройства. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лаборатории Сервье».

Произведено «Лаборатории Сервье Индастри», Франция.

115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01



Хроническая венозная недостаточность

2 таблетки в день

Острый геморрой

до 6 таблеток в день

071 DET JO 820
март, 2007