Віддалені результати радикальної хірургічної корекції надлеваторних форм аноректальних

 аномалій у дітей із заднього сагітального доступу.

 Сільченко М. І., Притула В. П., Грегуль В. В.

Не дивлячись на значний прогрес в отриманні хороших та задовільних функціональних результатів хірургічної корекції аноректальних вад розвитку у дітей, проблема залишається вирішеною не до кінця. Особливо це актуально у пацієнтів з надлеваторними формами аномалій, так як саме у них вада часто супроводжується супутніми порушеннями нервових, м’язевих структур, та структур опорно-рухового аппарату.

Ми вважаємо, що сьогодні вже немає необхідності переконувати хірургічну спільноту України

 в перевагах заднього сагітального доступу для корекції аноректальних вадах розвитку у дітей.

Але, як часто буває , виявляється , що не все залежить від самої методики. Несвоєчасна діагностика, невірне трактування типу ( виду ) аноректальної вади, відтермінування часу

радикальної операції,недотримання класичних методик та способів хірургічних втручань

приводить, зрештою, до більшої кількості незадовільних функціональних результатів хірургічного

лікування дітей з аноректальними аномаліями.

У зв’язку з вищеозначеним виникає, як видається, необхідність обмінятися думками з метою поліпшення якості життя дітей з надлеваторними формами аноректальних аномалій,

 яким проведено хірургічну корекцію вади.

Також ми вважаємо за необхідність мінімізувати об’єм обстежень у новонароджених дітей, застосовуючи тільки ті, які дають підставу визначити тактику ( алгоритм ) хірургічного лікування.

До таких ми , в першу чергу, відносимо зовнішні клінічні ознаки аноректальних аномалій.

Ними є : відсутність заднього проходу на природному місці; наявність промежинної нориці;

виділення меконію з уретри у хлопчиків чи із статевої щілини у дівчаток; наявність на промежині

 тільки одного отвору ( при клоаці ); “ провисне “ тазове дно та гіпоплазію ( аплазію ) куприка та крижів. Останні 4 свідчать, як правило про наявність надлеваторної вади.

І тільки за необхідністю, особливо у паціентів із супутніми вадами розвитку, або у дітей із сумнівними клінічними проявами аномалій слід застосовувати додаткові інструментальні методи обстеженя аноректальної та інших вражених зон організму новонародженої дитини ( рентген, УЗД, КТ, МРТ ).

При безнорицевих варіантах вад актуальною у новонароджених залишається інвертрографія за Вангестіном, а для уточнення виду вади, безпосередньо перед аноректопластикою, дистальна колостографія.

Загальноклінічне обстеження повинно виконуватись за стандартом.

 В нашій клініці за період з 1991 по 2014 рр. перебувало 210 паціентів з аноректальними аномаліями. Серед них 86 (46,5 % ) дітей з надлеваторними формами вад. У цій групі було 46 хлопчиків ( 53,5 % % ) та 40 ( 46,5 % ) дівчаток. Переважали пацієнти із норицевими формами вад.

 За віком пацієнти були від 3 місяців до 5 років.

Відповідно до діагнозів вони розподілились наступним чином:

Хлопчики:

безнорицеві форми ( аноректальна агенезія, атрезія прямої кишки ) 6

ректо-уретральна ( у мембранозну частину уретри ) нориця 23

ректо-уретральна ( у простатичну частину уретри ) нориця 10

Ректовезикальна нориця 7

Дівчатка :

Ректо- вестибулярна нориця 17\*

аноректальная агенезія без нориці, атрезія прямой кишки 10

вагінальна нориця 7

персистентна клоака 6

Хірургічна корекція всі дітям проведена з попереднім формуванням колостоми.

\*оперативне втручання при ректо-вестибулярній нориці проводилось під захистом колостоми і з елементами леваторо-сфінктеро пластики, так, як, пряма кишка продовжується у норицю на межі леваторів та зовнішнього сфінктера, ідентифікацію яких ( розмежування ), здійснити практично неможливо.

Ще раз хотілося б підкреслити, що надавали перевагу колостомам роз’єднувального

типу на низхідній кишці. Це забезпечує непопадання калу в зону майбутньої пластичної операції на промежині та залишає достатню довжину кишки для низведення.

Операцію аноректопластики обов’язково супроводжуємо електростимуляцією м’язевих

структур, які часто бувають порушеними. Нехтування цим прийомом приводить до поза-

сфінктер низведень, а, відповідно, і до незадовільних функціональних результатів.

Важливого значення надавали повному відтворенню анатомічних структур при клоаці

( аноректовагіноуретропластика ), так, як це, є вирішальним моментом у подальшому

визначенні якості життя пацієнтів. Всі операції виконані із заднього сагітального доступу, і тільки у хлопчиків з ректовезикальними норицями вони доповнювались лапаротомією.

У 71 дітини з надлеваторними формами аноректальних аномалій ( 82,7 % )

 отримані хороші та задовільні функціональні результати хірургічної корекції вад. Оцінку результатів робили на підставі критеріїв якості життя пацієнтів . Ці показники визначались поняттями тримання калу та спроможністю до фізіологічної дефекації. Якщо дитина добре випорожнюється , утримує кал і гази, а часткове нетримання калу має тільки при діареї, результат хірургічногоїї корекції аноректальної вади у неї кваліфікуємо, як добрий ( 46 дітей ) . Ці діти зберігають чистою білизну, можуть приймати участь у активних іграх з однолітками, добре соціально адаптовані. Пацієнти, результат корекції у яких визначаємо, як задовільний, тримають кал, мають позив на дефекацію, можуть мати нетримання газів ( 25 дітей ). 14 пацієнтів ( 17,3 % ) мають часткове або повне нетриманя калу чи незадовільне випорожнення.

Оцінку отриманих результатів робили не раніше чим через 1 рік після закриття колостоми.

Всім дітям проводили реабілітаційні процедури.

Пацієнти із незадовільними функціональними результатами корекції надлеваторних форм

аноректальних аномалій мали супутні вади розвитку крижів та куприка, гіпоплазовані м’я-

зи леваторно-сфінктерного комплексу.

Із 11 дітей з надлеваторними формами вад, які мали незадовільні функціональні результати хірургічної корекції 6 поліпшили їх після проведення 2-3 курсів реабілітаційної терапії та

санаторно-курортного лікування. У 5 паціентів проводились повторні операції, які дали

певний позитивний результат у 3-х дітей.

Висновки:

1.Своєчасна діагностика та рання корекція аноректальних аномалій у дітей із застосуванням заднього сагітального доступу дозволила досягти результатів хірургічної корекції, які можна порівнювати з такими, що досягнені у світі.

 2.Не слід недооцінювати важливість реабілітації у цих дітей та можливість покращити функціональні результати під час повторних операцій.