© Коллектив авторов, 2019
УДК 616.351/.352-089-053.2
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14150>
ISSN – 2073-8137

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫМ СВИЩОМ

М. Г. Чепурной, О. Л. Матвеев, А. Г. Дадаян, Р. Е. Астахов, В. В. Колесников

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

SURGICAL CORRECTION OF RECTAL ATRESIA WITH RECTO-VESTIBULAR FISTULA

Chepurnoy M. G., Matveev O. L., Dadayan A. G., Astakhov R. E., Kolesnikov V. V.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Подвергнуто сравнительному анализу две группы больных атрезией прямой кишки с ректовестибулярным свищом, оперированных из переднепромежного доступа без предварительной колостомии (36 детей) и из заднесагиттального доступа с превентивно наложенной колостомой (113 пациентов). Сравнение показало, что все виды интра- и послеоперационных осложнений (ранение влагалища, ретракция прямой кишки после операции, рубцовый стеноз ануса, нагноение операционной раны), в основном, встретились у больных первой группы. В связи с этим пациентов с атрезией прямой кишки с ректовестибулярным свищом необходимо оперировать из заднесагиттального доступа по Рефа с обязательным предварительным наложением колостомы.

Ключевые слова: аноректальные пороки развития, девочки, хирургическое лечение

A two groups of patients with a rectovestibular fistulous rectal atresia, operated using anterior-perineal approach without a preliminary colostomy (36) and operated using a posterior-sagittal approach with a preventive colostomy (113) were subjected to a comparative analysis. The analysis revealed all types of postoperative complications (trauma of vagina, rectal postoperative retraction, anal scar stenosis, postoperative wound suppuration) mainly in the patients of the first group. In this regard, patients with rectal atresia with rectovestibular fistula must be operated on from Peña posterior sagittal access with mandatory prior colostomy.

Keywords: anorectal malformations, girls, surgical treatment

Для цитирования: Чепурной М. Г., Матвеев О. Л., Дадаян А. Г., Астахов Р. Е., Колесников В. В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫМ СВИЩОМ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019; 14(4):603-605. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14150>

For citation: Chepurnoy M. G., Matveev O. L., Dadayan A. G., Astakhov R. E., Kolesnikov V. V. SURGICAL CORRECTION OF RECTAL ATRESIA WITH RECTO-VESTIBULAR FISTULA. *Medical News of North Caucasus*. 2019; 14(4):603-605. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14150> (In Russ.)

Наиболее частым аноректальным пороком развития у девочек является атрезия прямой кишки с ректовестибулярным свищом, который регистрируется с частотой 1:5000 новорожденных [1]. Кроме того, что он наиболее часто встречается среди всех аноректальных пороков, он обладает и другими особенностями: передняя стенка прямой кишки интимно прилежит к задней стенке влагалища, свищ низко расположен к анальному отверстию, легко бужирруется, обеспечивая длительное удовлетворительное опорожнение кишечника. Перечисленные анатомические и функциональные особенности изолированных ректовестибулярных свищей определяют известную степень их своеобразия, в особенности к выбору унифицированного подхода их хирургического лечения [2, 3]. Здесь как раз и развернулась дискуссия, которая не прекращается и в

настоящее время. Она идет в основном по двум направлениям: в отношении использования колостомии и способов мобилизации прямой кишки (из переднего промежного [1, 2] или заднесагиттального [3, 4] доступа).

Цель исследования: улучшить результаты хирургической коррекции атрезии прямой кишки с ректовестибулярным свищом путем разработки оптимального подхода в ее технологическом исполнении.

Материал и методы. В клинике детской хирургии Ростовского государственного медицинского университета за 35-летний период (1982–2017 гг.) прооперировано 149 девочек с аноректальным пороком развития – атрезией прямой кишки с ректовестибулярным свищом. Гестационный возраст колебался от 34 до 40 недель, медиана составила 37,4±2,6 нед. Масса тела при рождении равнялась в среднем 3460±61,6 г.

Со вторых суток после рождения всем детям начинали бужирование свища металлическими бужами из набора Гегара. Оно производилось в течение первого месяца до окончания периода новорожденности, постепенно увеличивая размер бужей до № 10. Затем производили ирригографию через свищ и накладывали 2-концевую трансверзостому из верхнесрединного разреза (у 104 больных). У 45 девочек коррекцию порока производили без колостомии. После санации дистального отдела толстой кишки на 7–8-е сутки выполняли основной этап корригирующего хирургического вмешательства. У 36 (24,2 %) больных использован передний промежностный доступ, у 113 (75,8 %) детей – заднесагиттальный доступ по классическому способу Рефа.

В течение 10 лет (1982–1992 гг.) мы производили хирургическую коррекцию атрезии прямой кишки с ректовестибулярным свищем через переднепромежностный доступ без колостомии. За этот период произведено 36 хирургических вмешательств без летальных исходов. Начиная с 1993 года по настоящее время этот аноректальный порок развития у девочек устраняем с использованием заднесагиттального доступа по Рефа и предварительной колостомии. Считаем целесообразным описать основные этапы этого хирургического вмешательства.

Операцию начинаем с введения в прямую кишку через свищевое отверстие толстой тefлоновой трубки на глубину 2–3 см с фиксацией ее к большим половым губам липким пластырем. Поворачиваем ребенка на живот в коленно-локтевое положение и осуществляем заднесагиттальный доступ по Рефа. Рассекаем фасцию прямой кишки и, идя субфасциально, выделяем заднюю, а затем боковые стенки ее. Только после этого выделяем стенки свищевого хода, ориентируясь на трубку, введенную в его просвет. Обходим его со всех сторон, накладываем два зажима и между ними пересекаем свищевой ход после удаления трубки. Лигируем дистальный конец и, удерживая зажим на проксимальном конце свища, направляем его в сторону операционного разреза и мобилизуем прямую кишку строго по передней поверхности продольной мускулатуры на всем протяжении до переходной складки брюшины. Разъединение стенок влаглища и прямой кишки осуществляем под визуальным контролем с ориентиром на пучки продольных мышечных волокон ректальной стенки.

Методично рассекая или тупо сдвигая параректальную клетчатку, скелетируем переднюю поверхность кишки до париетального листка брюшины. Расслаивая клетчатку по задней поверхности прямой кишки в верхних отделах, следует помнить о возможном ранении в этом месте а. rectalis sup., являющейся терминальной ветвью а. mesenterica inf. Её необходимо щадить, так как она является основной магистралью, питающей всю прямую кишку. Средние ректальные сосуды могут быть безболезненно пересечены в процессе выделения кишки.

За счет устранения естественных изгибов прямая кишка может быть вытянута в трубку, которую можно свободно низвести на промежность через центр сфинктерного кольца и перемещения пуборектальной петли кзади. Двумя-тремя швами подшивают стенку кишки к мышцам тазовой диафрагмы и формируют anus. Хотим ещё раз повторить, что залогом успеха операции является свободное (без натяжения стенок) размещение прямой кишки. Следует помнить, что естественная ретракция прямой кишки после операции всегда имеет место и её следует предвидеть в технологии этого этапа хирургического

вмешательства. Наличие колостомы создает условия для заживления тканей первичным натяжением. С 8-х суток после операции начинаем курс бужирования прямой кишки.

Результаты и обсуждение. На начальных этапах отработки ведения больных после операции у двух девочек был удален катетер из мочевого пузыря на 4-е сутки после хирургического вмешательства. В обоих случаях в результате затека мочи на промежность рана нагноилась с последующим образованием грубого рубца вокруг анального отверстия. Это потребовало длительного бужирования anus только с удовлетворительным успехом этой процедуры.

Полученные осложнения заставили нас сдвинуть время удаления катетера на более поздние сроки, чтобы предохранить операционную рану от контакта с мочой до завершения процесса репаративной регенерации тканей. У всех последующих больных мочевой катетер удаляем на 8-е сутки после операции.

Спустя месяц после основного этапа операции закрываем колостому, соблюдая закономерности косметологии. В результате верхнесрединный лапаротомный разрез после иссечения стом формируется косметическим кожным швом, не приносящим особых неудобств пациенткам в отдаленные сроки послеоперационного периода. Наложенный широкий межкишечный анастомоз обеспечивает постоянное бесперебойное прохождение химуса по толстой кишке. За этот период анатомически формируется anus: избыток слизистой втягивается в прямокишечный канал, благодаря заживлению первичным натяжением кожнослизистый рубец приобретает эластичность, что является одним из главных условий функциональной полноценности прямой кишки.

Аналогичным способом было прооперировано 113 больных. По результатам хирургических вмешательств проведен сравнительный анализ двух групп детей: оперированных переднепромежностным доступом без колостомы (36 девочек) и оперированных заднесагиттальным доступом по Рефа с превентивной колостомией (113 детей). Результаты сравнения представлены в таблице.

Таблица
**Сравнительные результаты операций
двух групп больных**

Группы больных	Виды осложнений			
	Ранение влаглища	Ретракция прямой кишки	Рубцовый стеноз anus	Нагноение раны
Переднепромежностный доступ без колостомы, n=36	4 (11,1 %)	7 (19,4 %)	31 (86,1 %)	36 (100 %)
Заднесагиттальный доступ с колостомой, n=113	—	—	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)

Как видно из данных таблицы, интра- и послеоперационные осложнения встречались преимущественно у больных первой группы, оперированных переднепромежностным доступом без колостомии. У них эти осложнения колебались от 11,1 до 100 %. Полученные цифры убедили нас в правильности сделанных выводов в отношении поиска более совершенных способов хирургического лечения этого вида аноректальных пороков. Заднесагиттальный доступ по Рефа и превентивная колостома оказались неотъ-

емлемой частью хирургического вмешательства у больных атрезией прямой кишки с ректовестибулярным свищом.

При обследовании пациенток после операции отмечена дисфункция мочевого пузыря в виде его гипертонуса с задержкой мочеиспускания (7 %) и ночного недержания мочи (8 %), обусловленные травмой крестцового нервного сплетения во время мобилизации прямой кишки.

Хирургические вмешательства из переднего промежностного доступа без колостомии выполнялись на начальных этапах освоения технологии, базируясь на косметических преимуществах данного подхода. Однако после проведения анализа послеоперационных результатов, показавших относительно высокий процент осложнений, эти хирургические вмешательства уступили место операциям из заднесагиттального доступа по Рефа с обязательным превентивным наложением колостомы.

Отрицательное отношение к переднему промежностному доступу у нас сложилось от того, что разъединение стенок прямой кишки и влагища не всегда возможно осуществить даже при применении рекомендуемых в данной ситуации хирургических приемов (инфильтрация влагища прямокишечного пространства раствором новокаина для разъединения этих органов в определенном слое тканей). Однако при разъединении смежных стенок этих органов возможно ранение влагища или прямой кишки, что существенно осложняет дальнейший ход хирургического вмешательства и послеоперационный период лечения больной. Не последнюю роль играют также ограниченные размеры операционного поля переднепромежностного доступа.

Кроме того, негативной стороной данного оперативного вмешательства являются трудности, связанные с мобилизацией прямой кишки. Она должна быть выделена со всех сторон до переходной складки тазовой брюшины, чтобы кишку можно было свободно низвести на промежность и сформировать апус после отсечения терминального сегмента, который имеет неполноценные структуры стенки прямой кишки. Даже при самых благоприятных ус-

ловиях мобилизации прямой кишки и ее низведения на промежность с формированием апус репаративная регенерация тканей без превентивного наложения колостомы происходит вторичным натяжением. Опорожнение кишечника *per vias naturalis* всегда приводит к нагноению операционной раны, и регенерация заканчивается образованием грубого рубца, который может привести к развитию рубцового стеноза заднепроходного отверстия, требующего длительного бужирования или выполнения реконструктивных операций, но уже с наложением колостомы.

При неполном выделении прямой кишки формирование апус, как правило, происходит с натяжением кишечных стенок и почти всегда заканчивается расхождением промежностных швов и «подскакиванием» кишки вверх в раневой канал тазового пространства в результате ретракции продольной мускулатуры, что является самым тяжелым осложнением операции. В этих случаях для выполнения реконструктивных операций колостомия является просто незаменимой. Присоединяются осложнения гнойно-септического порядка, требующие интенсивного лечения [5]. Всё это определило наш выбор в пользу второго хирургического вмешательства, включающего превентивное наложение колостомы и заднесагиттальный доступ по Рефа.

Заключение. Таким образом, хирургическую коррекцию атрезии прямой кишки с ректовестибулярным свищом следует выполнять из заднесагиттального доступа по Рефа с превентивным наложением трансверзостомы. Следует отметить, что у 8 % больных, перенесших операцию, отмечаются осложнения со стороны мочевыделительной системы в результате операционной травмы крестцового нервного сплетения при мобилизации прямой кишки. В послеоперационном периоде необходима катетеризация мочевого пузыря на протяжении 7 послеоперационных суток. Для достижения наилучшего результата лечения необходимо проведение послеоперационного бужирования прямой кишки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Лёнюшкин А. И. Детская колопроктология. Руководство. М.; 1990. [Lyonyushkin A. I. Pediatric Coloproctology. Guide. Moscow; 1990. (In Russ.)].
2. Пури П., Гольварт М. Атлас детской оперативной хирургии. М.; 2009. [Puri P., Hollwarth M.E. Atlas of Pediatric Operative Surgery. Moscow; 2009. (In Russ.)].
3. Peña A. Anorectal malformations. *Semin. Pediatr. Surg.* 1995;4:35-47. <https://doi.org/10.4236/oalib.1101393>
4. Peña A. Anorectal anomalies. In Puri P. (ed) *Newborn Surgery*. Arnold, London. 2003:535-552.

5. Обедин А. Н., Александров А. Е., Киргизов И. В., Минаев С. В., Борцов Д. А. Интенсивная терапия новорожденных с пороками развития желудочно-кишечного тракта и высоким риском развития гнойно-септических осложнений. *Детская хирургия*. 2013;1:19-21. [Obedin A. N., Alecsandrov A. E., Kirgizov I. V., Minaev S. V., Bortsov D. A. A Newborns with a Gastro-Intestinal Tract Malformations and High Risk of Purulent Complications Development Intensive Care. *Detskaya khirurgiya. – Rus. J. Pediatr. Surg.* 2013;1:19-21. (In Russ.)].

Сведения об авторах:

Чепурной Михаил Геннадьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии и ортопедии;
тел.: 89185992229; e-mail: chepur@rambler.ru

Матвеев Олег Леонидович, кандидат медицинских наук, ассистент;
тел.: 89281742001; e-mail: dhomatveev@yandex.ru

Дадаян Анаида Григорьевна, кандидат медицинских наук, ассистент;
тел.: 89289167537; e-mail: dadayan@rambler.ru

Астахов Роман Евгеньевич, аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии;
тел.: 89185054488; e-mail: astakhov@mail.ru

Колесников Владимир Валерьевич, ординатор;
тел.: 89281115811; e-mail: volodya.kolesnikov.93@inbox.ru