
ОПЕРАЦИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Доцент В. М. ВЕЛИЧЕНКО

Из кафедры госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. В. Олешкевич) Витебского медицинского института (ректор — профессор Г. А. Медведева)

Пороки развития прямой кишки и заднего прохода встречаются в соотношении 1 : 1500—5000 новорожденных (С. Д. Терновский, 1953; С. Димитров, 1959). Мальчики страдают чаще, чем девочки. Больные атрезией заднего прохода и прямой кишки подлежат оперативному лечению. Послеоперационная летальность достигает 20 проц. (С. Д. Терновский). До настоящего времени вопросы оптимальных сроков опера-

цин, тактики хирурга и хирургической техники остаются спорными (Л. А. Вороховов и А. Г. Пугачев, 1962).

Приводим наше наблюдение.

Р. родился 6 ноября 1956 г. На 3-и сутки была установлена атрезия заднего прохода и прямой кишки, на 4-е сутки наложен каловый свищ на сигмовидную кишку.

28 марта 1962 г. он поступил в клинику для восстановительной операции. Общее состояние удовлетворительное, ребенок несколько угнетен, малообщителен. Сон, аппетит хорошие. Физическое развитие соответствует возрасту. Дефекация через каловый свищ.

Пульс 96, ритмичный. Левая граница сердца по левой среднеключичной линии, аускультативно — грубый систолический шум в IV межреберье слева. В легких прослушиваются единичные сухие хрипы.

По средней линии живота имеется старый операционный рубец, слева от пупка — каловый свищ. В области калового свища приводящая и отводящая части сигмовидной кишки инвагинируют наружу в виде цилиндров, длиной до 5—7 см, слизистая этих участков кишки эрозивна, кровоточит. Живот несколько вздут, не болезнен, печень — у края реберной дуги. Со стороны мочеполовой системы отклонений от нормы нет.

Кровь: эр. 4790 000, л. 7000, гем. 83 проц., РОЭ 1 мм. Моча в норме.

Через резиновые трубки в приводящий и отводящий концы сигмовидной кишки введена бариевая взвесь. На рентгенограмме определяются заполненные контрастным веществом проксимальный конец сигмовидной кишки и дистальный слепой конец толстой кишки.

После предоперационной подготовки 18 апреля под эндотрахеальным газовым наркозом (закись азота + эфир — кислород) с релаксантами ребенку произведена операция. Вокруг калового свища рассечена кожа и свищ ушит. Сигмовидная кишка отделена



Рис. 1.

от стенки и погружена в брюшную полость. Иссечен старый операционный рубец по средней линии живота. Нижним срединным разрезом вскрыта брюшная полость. Тирообразно рассечена тазовая брюшина. Выделение слепого мешка толстой (прямой) кишки; задняя и боковые стенки выделялись без особых трудностей, передняя стенка оказалась прочно фиксированной к мочевому пузырю и предстательной железе; отделение ее было затруднено. В момент выделения передней стенки в области шейки мочевого пузыря и предстательной железы возникло подозрение о повреждении уретры (мочевой пузырь опорожнился). В связи с этим мочевой пузырь вскрыт по передней стенке и заполнен $\frac{1}{4}$ -проц. раствором новокаина, истечения жидкости в полость таза не наблюдалось.

Ввиду сомнительной жизнеспособности дистальной части толстой кишки и наличия обширного дефекта стенки (каловый свищ), для изведения мобилизована верхняя и средняя треть сигмовидной кишки. По передней поверхности крестца проведен большой расширитель Гегара, который прошел диафрагму таза до кожи. Со стороны промежности (в области предполагаемого анального сфинктера) рассечена кожа. Через образовавшийся туннель и кожный разрез промежности изведена сигмовидная кишка, последняя подшита к коже, перевязана вблизи анального отверстия, избыток

ее отсечен. Сделан поперечный разрез промежности впереди кончика, через который в полость таза введена широкая резиновая полоска. В полость таза введены антибиотик. Тазовая брюшина ушита. Отверстие на передней стенке мочевого пузыря использовано для создания надлобкового мочепузырного свища. Послойное закрытие брюшной полости. Асептическая повязка. Во время операции внутривенно капельно перелито 400 мл консервированной крови.

На 6-й день после операции у больного появилась частая рвота, прекратилась отхождение газов и кала. Живот был вздут в верхнем отделе. Клиническая картина соответствовала высокой обтурационной кишечной непроходимости. 28 апреля под внутривенным и местным обезболиванием произведена релапаротомия. Причиной высокой кишечной непроходимости оказался спаечный процесс и деформация тощей кишки на расстоянии 60 см от трехцельской связки. Спайки рассечены, проходимость кишечника

восстановлена. Брюшная полость зашита наглухо. На 3-й день после операции ребенок имел нормальный стул.

10 мая при введении резинового катетера возникли боли в предстательной части уретры. Через катетер введено 20 мл 1-проц. раствора метиленовой сини, после этого появились сильные боли в нижней части живота. Раствор метиленовой сини в мочевой пузырь не поступил. Таким образом было установлено наличие уретрального свища. С 18 мая — самостоятельное мочеиспускание. Дренажная трубка из мочевого пузыря удалена и вскоре мочепузырный свищ самостоятельно закрылся.

С 25 мая появились позывы на дефекацию. При этом непродолжительное время сфинктер хорошо удерживал кал.

6 июня произведено рентгенологическое исследование толстого кишечника путем контрастной клизмы (рис. 1). На рентгенограмме определяется хорошо заполненная бариевой взвесью низведенная сигмовидная кишка, последняя имеет правильную форму и положение. Хорошо выражены перистальтические сокращения сигмовидной кишки. Дистальная часть низведенной кишки содержит мало контрастного вещества. Это объясняется тем, что анальный сфинктер еще не в состоянии удерживать воду.

10 июня ребенок выписан домой в хорошем состоянии.

Описанное наблюдение, с нашей точки зрения, весьма поучительно и вызывает необходимость высказать ряд соображений в отношении хирургической тактики при лечении этих больных.

1. Большинство хирургов считает необходимым оперировать больных атрезией заднего прохода и прямой кишки не ранее 15—16 часов с момента рождения, но в ближайшие 1—2 суток. Нам кажется, что необходимость в срочной радикальной операции имеется лишь у больных атрезией заднего прохода и прямой кишки, осложнившейся мочепузырными и уретральными свищами.

2. Каловый свищ должен быть наложен на нисходящую кишку или в крайнем случае в верхнем отделе сигмовидной кишки.

3. Лучшим обезболивающим средством при подобного рода операциях следует считать эндотрахеальный газовый наркоз.

4. Нам кажется, что операцию следует выполнять абдоминально-промежностным путем.
