



М.Г. Чепурной, Г.И. Чепурной, В.Б. Кацупеев, О.Л. Матвеев, А.П. Саламаха

ВСЕГДА ЛИ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ОТРАЖАЕТ ИСТИННУЮ КАРТИНУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ?

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра детской хирургии и ортопедии,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: chepur@rambler.ru*

Цель. Определить диагностическую ценность исследования по Вангенстину у новорожденных с атрезией прямой кишки.

Материал и методы. Обследовано 27 новорожденных: с простой атрезией (11), с ректо-вестибулярным свищом (9) и с ректоперинеальным свищом (7). Всем детям применено исследование по Вангенстину.

Результаты. У 15% больных исследование по Вангенстину дало ошибочные результаты в отношении уровня атрезии прямой кишки. При атрезии прямой кишки, сочетающейся с ректотестибулярными или ректоперинеальными свищами, авторы предлагают заменить исследование по Вангенстину на ирригографию после бужирования свища и освобождения прямой кишки от мекония. Это исследование дает абсолютно объективные показатели относительно уровня имеющейся атрезии и определяют целесообразную хирургическую тактику при лечении этой категории больных.

Выводы. При атрезии прямой кишки исследование по Вангенстину дает ошибочные результаты в 15% наблюдений. При наличии низких свищевых форм атрезии целесообразно лечение начинать с дилатации свищевого хода с помощью бужирования и последующей ирригографии через свищ.

Ключевые слова: исследование по Вангенстину, атрезия прямой кишки.

M.G. Chepurnoy, G.I. Chepurnoy, V.B. Katsupееv, O.L. Matveev, A.P. Salamaha

DOES THE WANGENSTEEN X-RAY EXAMINATION ALWAYS REVEAL US ALL THE SIGNS OF RECTAL ATRESIA?

*Rostov State Medical University
Dept. of Pediatric Surgery and Orthopedics
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: chepur@rambler.ru*

Purpose. To evaluate the diagnostic value of X-ray Wangensteen examination in case of rectal atresia in newborns.

Materials and Methods. 27 newborns were examined: with a simple form atresia (11), with a rectovestibular fistula (9) and with rectoperineal fistula (7). In all cases Wangensteen X-ray examination was applied.

Results. In 15% of cases Wangensteen examination failed to diagnose the level of rectal atresia. In cases of rectal atresia's association with rectovestibular and rectoperineal fistulas, authors suggest to replace Wangensteen examination with irrigography, after fistula's bouginage and meconium releasing from rectum. Such an examination shows an absolutely true signs of atresia's level, so the surgeon can choose an appropriate surgical method of atresia's treatment.

Conclusion. In rectal atresia diagnostics X-ray Wangensteen examination showed false results in 15% of cases. In the presence of low fistula types of atresia it's rational to begin the treatment from fistula's dilation by bouginage and following trans-fistula irrigography.

Keywords: Wangensteen examination, rectal atresia.



Введение

При атрезии прямой кишки в детской колопроктологии для определения уровня атрезии применяют исследование по Вангенстину [1]. Как показывает клинический опыт, в ряде случаев имеет место расхождение между результатами этого исследования и истинной картиной этого порока развития желудочно-кишечного тракта.

Цель - определить диагностическую ценность исследования по Вангенстину у новорожденных с атрезией прямой кишки.

Материалы и методы

Обследовано 27 новорожденных (14 мальчиков, 13 девочек) с атрезией прямой кишки: с простой формой атрезии – 11, с ректовестибулярным свищом – 9, с ректоперианальным свищом – 7. Рентгенологическое исследование по Вангенстину выполняли в промежутке 14 – 48 часов после рождения. Всем детям проведены хирургические вмешательства: в экстренном порядке – у 19, в плановом порядке – у 8. Промежностная проктопластика произведена у 10, брюшно-промежностная – у 11, с использованием задне-промежностного сагиттального доступа по Рена – у 6 детей. В работе применена классификация А.И. Ленюшкина.

Результаты и обсуждение

Исследование по Вангенстину дало следующие результаты: низкая атрезия прямой кишки (менее 2 см от кожи анальной ямки) обнаружена у 17 новорожденных, высокая атрезия (более 2 см от кожи анальной ямки) выявлена у 10 детей. Низкая атрезия имела место у 6 детей с прямокишечно-промежностным свищом, у 6 больных – с ректовестибулярным свищом и у 5 детей – с простой формой атрезии прямой кишки. Высокая атрезия прямой кишки обнаружена у 6 детей с простой формой атрезии, у 3 детей – с ректовестибулярным свищом и у 1 больного – с ректоперианальным свищом.

Клиническое подтверждение имеет положение, что ректовестибулярные и ректоперианальные свищи чаще встречаются при низких формах атрезии прямой кишки. Наш клинический опыт свидетельствует об этом же. Так, из 17 новорожденных с показателями низкой атрезии прямой кишки при исследовании по Вангенстину, у 15 детей диагноз во время операции был подтвержден. Лишь у 2 больных, имевших атрезию rectum с ректовестибулярным свищом интраоперационно диагноз не был подтвержден, а была обнаружена высокая атрезия прямой кишки со свищом. Этим больным была выполнена брюшно-промежностная проктопластика с благоприятным исходом.

Гораздо чаще встречаются ошибки этого способа исследования у детей с низкими формами атрезии прямой кишки. У 2 больных из 10 клинических наблюдений мы имели результаты высокой атрезии при наличии у этих детей низких форм прямокишечных атрезий. Так, у одного ребенка, родившегося с клинической картиной атрезии прямой кишки с прямокишечно-промежностным свищом для диагностики уровня атрезии была использована через 24 часа после рождения методика по Вангенстину, которая выявила наличие у новорожденного высокой атрезии прямой кишки: расстояние от рентгенопозитивной метки до последнего газового пузыря в брюшной по-

лости составляло 8 см (рис. 1). В связи с этим больному была наложена раздельная концевая трансверзостомия. После отхождения большого количества мекония через прямокишечно-промежностный свищ на 9-е сутки после рождения ребенку была произведена ирригография с введением бариевой взвеси в просвет прямой кишки через свищ. Предварительно к месту анальной ямки была фиксирована липким пластырем монета. Рентгенограмма выявила наличие у ребенка низкой атрезии прямой кишки (рис. 2), что потребовало выполнения промежностной проктопластики на 17-е сутки после колостомии. Еще через неделю колостомы были закрыты анастомозом конец в конец с восстановлением непрерывности толстокишечной трубки.

Аналогичная картина была и у второго больного.

При атрезии прямой кишки с ректовестибулярным свищом мы выполняем 2 типа операций: через анальную ямку и задне-промежностным доступом по Рена. Предпочтение отдаем первому способу, помня о том, что при этом виде порока развития желудочно-кишечного тракта страдает иннервация прямой кишки, а хирургическое вмешательство, связанное с мобилизацией rectum, разрушает в определенной степени крестцово-копчиковое нервное сплетение, ослабляя иннервацию прямой кишки. В связи с этим мы применяем методику, когда в прямокишечно-вестибулярный свищ вводим диссектор, который продвигаем в слепо заканчивающийся конец прямой кишки и затем направляем бранши его в сторону кожи анальной ямки, выпячивая ее в сторону промежности, где и производится крестообразное сечение кожи анальной ямки. Края стенки прямой кишки сшивают с лепестками кожи, формируя anus. Операцию заканчивают иссечением ректовестибулярного свища с ушиванием боковой стенки прямой кишки.

Этому радикальному способу устранения порока при свищевых формах атрезии прямой кишки предшествует этап бужирования свищевого хода (ректовестибулярного или ректоперианального), дилатацией которого создаем условия для опорожнения кишечника больного от каловых масс и выигрываем время для того, чтобы выполнить радикальное хирургическое вмешательство вне периода новорожденности. Это, как правило, удастся сделать у большинства больных.

Второй тип хирургического вмешательства связан с выполнением задне-промежностного сагиттального доступа по Рена. Эту операцию выполняем в случаях, когда прямая кишка конусом переходит в свищ, не образуя зону выпячивания в сторону промежности. В этих случаях ребенку, находящемуся в положении «перочинного ножа», рассекаем кожу по межягодичной складке от копчика до анальной ямки, где уже выполнен крестообразный разрез, и, рассекая мягкие ткани тазового дна, обнаруживаем прямую кишку, которую выделяем со всех сторон вместе со свищом. Выделяем прямую кишку максимально кверху. Выделение ее спереди облегчается при попадании в слой клетчатки между влагалищем и прямой кишкой. Пересечение a. rectalis med. обычно не нарушает гемодикуляцию в прямокишечной стенке, которая обеспечивается a. rectalis sup., являющейся конечной ветвью a. mesenterica inf. Свищ пересекаем и хоботок кишки выводим на промежность через центр сфинктерного кольца и крестообразный разрез кожи анальной ямки; формируем anus.



Рис. 1. Рентгенограмма больного с атрезией прямой кишки и ректоперинеальным свищом. Исследование по Вангенстину через 24 часа после рождения. Определяется диастаз в 8 см между меткой (а) и последним газовым пузырем (б) брюшной полости.



Рис. 2. Рентгенограмма того же больного; ирригография через свищ на 9-е сутки после рождения: а – метка в области анальной ямки; б – заполненная бариевой взвесью прямая кишка; расстояние между ними составляет 9,4 мм.

Итак, на 27 исследований по Вангенстину у 4 новорожденных (15%) с результате применения этого метода получены ошибочные данные в отношении уровня атрезии прямой кишки. Проанализировав полученные результаты, мы изменили тактику ведения больных со свищевыми формами этого порока. После бужирования свища мы исследование по Вангенстину заменили на ирригографию через свищевое отверстие с меткой в зоне анальной ямки. Только в случаях узкого просвета свищевого хода или возникновения трудностей в процессе бужирования выполняем классическое исследование по Вангенстину.

Возникающие при исследовании ошибки, как нам кажется, обусловлены тем, что вязкие мекониевые массы в некоторых случаях интимно связаны со слизистой прямой кишки, и газ не способен пройти эту мекониевую

толщу и контурировать зону атрезии. В результате этого газ останавливается на более высоком уровне, давая ложную картину высокой прямокишечной атрезии.

Выводы

1. Исследование по Вангенстину дает в 15% случаев ошибочные результаты в отношении уровня атрезии прямой кишки.

2. Данное исследование является абсолютно показанным при простых формах атрезии rectum.

3. При атрезиях прямой кишки, сочетающихся с ректовестибулярными или ректоперинеальными свищами, исследование по Вангенстину нецелесообразно; оно должно быть заменено ирригографией через свищ после бужирования свищевого хода и освобождения прямой кишки от мекония.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков Ю.Ф. (ред.) Хирургические болезни детского возраста. М. ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – Т. 1. – С. 398 – 399.

ПОСТУПИЛА 24.05.2013