

УДК 616.351-053.1(075.4)

Сотволдиева М.Ш.

Кафедра госпитальной педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НИЗКИХ ФОРМ
АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

Резюме: Диагностика и лечение детей с аноректальными аномалиями развития до настоящего времени остаются актуальнейшей и до конца нерешённой проблемой детской хирургии.

Анализ статистических данных свидетельствует о высокой частоте встречаемости данных пороков развития, которая достигает – 1:5000 новорожденных и не имеет тенденции к снижению.

Летальность при этих аномалиях развития достигает – 17%-18% и обусловлена либо сопутствующими пороками развития, либо послеоперационными гнойно-септическими осложнениями, частота которых достигает - 57-68% случаев.

В данной статье при организации реабилитационной помощи детям после диагностики врожденных дефектов нижней аноректальной области и хирургического лечения врожденных дефектов нижней аноректальной области разработана модель реализации возможностей достижения хорошего функционального результата у данной категории пациентов.

Ключевые слова: аноректальный дефект, детской возраст, диагностика, хирургическая лечения.

Sotvoldieva M.Sh.

Department of Hospital Pediatrics

Andijan State Medical Institute

**METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOW FORMS
OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN**

Resume: Diagnosis and treatment of children with anorectal developmental abnormalities to date remain the most urgent and still unresolved problem of pediatric surgery.

Analysis of statistical data indicates a high incidence of these malformations, which reaches - 1:5000 newborns and has no tendency to decrease.

Mortality in these developmental anomalies reaches - 17%-18% and is due to either concomitant malformations or postoperative purulent-septic complications, the frequency of which reaches - 57-68% of cases.

In this article, when organizing rehabilitation care for children after diagnosis of congenital defects of the lower anorectal region and surgical treatment of congenital defects of the lower anorectal region, a model has been developed for realizing the possibilities of achieving a good functional result in this category of patients.

Key words: anorectal defect, child's age, diagnosis, surgical treatment.

Актуальность. Одной из наиболее часто встречающихся врожденных аномалий в детской колопроктологии является атрезия ануса и прямой кишки (более 85% всех аноректальных пороков). Частота возникновения данной мальформации в общей популяции достаточно высока, и колеблется в пределах 1:500 -1:5000 новорожденных и, в настоящее время, не имеет тенденции к снижению [2,5].

Атрезии ануса и прямой кишки — это разнообразные пороки развития, характеризующиеся врожденным отсутствием просвета пищеварительного тракта на уровне терминальных отделов прямой кишки, а также выраженной в той или иной степени гипоплазией нервно-мышечных элементов мочеполовой диафрагмы и крестца и, как правило, сопровождающиеся симптомами низкой кишечной непроходимости.

В большинстве случаев клиническая диагностика указанной патологии не составляет затруднений и необходимости проведения

специальных методов исследования для постановки диагноза, в то время как выбор хирургической тактики и конкретных способов оперативной коррекции с момента проведения первых радикальных операций в середине XIX века [4] и до настоящего времени вызывает живую дискуссию детских хирургов, как отечественных и зарубежных.

Разумеется, первичная хирургическая операция не является единственным и радикальным способом коррекции данной патологии и не приводит к одноэтапному излечению больного. Но, несмотря на достижения колопроктологии, большое количество модификаций проктопластики и современных возможностей реабилитации (физических, физиотерапевтических, медикаментозных, рефлекторных воздействий и режимных моментов) удельный вес неудовлетворительных результатов в различных клиниках и странах мира остается достаточно высоким и составляет от 10 до 60% [6]. [1,7]. Согласно же обобщенной статистике, недержание кишечного содержимого отмечается у 30-60% пациентов с аноректальными пороками в отдаленном анамнезе (3 и более лет после основной реконструктивно-пластической операции) [3]. Непроизвольное выделение каловых масс через заднепроходное отверстие приводит к тяжелым моральным и физическим страданиям, исключает ребенка из активной общественной жизни коллектива, ставит в сложные взаимоотношения с семьей и окружающими.

Хотя доказано, что комбинация широкого спектра всех имеющихся в арсенале практического здравоохранения методик позволяет улучшать отдаленные результаты лечения, но до настоящего момента лечение детей с этой патологией - это тяжёлый, этапный процесс, который включает в себя не только оперативную коррекцию порока, но и длительную последующую социально-медицинскую реабилитацию, зачастую продолжающуюся вплоть до перевода ребенка во взрослую сеть.

Отмечено, что пациенты с одинаковыми формами анальных атрезий являются разнородным коллективом в отношении прогноза на полную функциональную адаптацию и социальную реабилитацию, несмотря на кажущуюся общность патологии. Дети с одинаковыми исходными структурными нарушениями аппарата тазового дна зачастую имеют различные функциональные результаты в отдаленном анамнезе.

Необходимо отметить что, неудовлетворенные результаты лечения после операций возникают вследствие различных причин. Однако, они сводятся к двум группам: во-первых это анатомические особенности порока; во-вторых — послеоперационные осложнения вследствие технических ошибок, присоединения инфекции и т.д. [5].

По некоторым данным только 9% плохих функциональных результатов оперативного вмешательства являются следствием особенностей порока, а в 91% обусловлен неудовлетворительно проведенным оперативным лечением [4,6]. Даже сама радикальная операция на прямой кишке и мышцах тазового дна в ряде случаев является тем фактором, который приводят к переходящим функциональным нарушениям запирающего аппарата прямой кишки (например, при атрезиях прямой кишки при сохраненном анальном канале). Это позволяет предположить, что улучшение качества проводимых операций, деликатное обращение с тканями, защита мышечных волокон анального сфинктера во время оперативного вмешательства помогут добиться более благоприятных результатов.

Цель работы. Диагностика и лечение врожденных дефектов низких форм аноректальных дефектов у детей основаны на тактике.

Объект и предмет исследования. Изучение и оценка пациентов, получавших лечение с врожденными дефектами нижней аноректальной области в Андижанских областных городских и районных больницах за 2021-2023 годы, с данными об истории заболевания в больнице.

Результаты исследования. Безопасный уровень рассечения (резекции) крестцово-копчикового сегмента при использовании заднепроежностного доступа для радикальной коррекции высоких форм аноректального порока развития должен проходить по краниальному краю V крестцового позвонка.

Эхографическое обследование больных с аноректальным пороком развития на предоперационном этапе дает возможность установить точное количество копчиковых позвонков, место окончания спинномозгового канала, что позволяет интраоперационно определять безопасный индивидуальный уровень рассечения (резекции) конечного отдела позвоночного столба.

Необходимо включение эхографического исследования промежности в схему обязательного предоперационного обследования больных с высокими формами аноректального порока развития перед выполнением радикального хирургического вмешательства.

Определение безопасного уровня рассечения (резекции) крестцово-копчикового сегмента позволяет исключить развитие осложнений, связанных со вскрытием просвета спинномозгового канала.

Рассечение (резекция) крестцово-копчикового сегмента позволяет расширить хирургический доступ к атрезированному сегменту прямой кишки при использовании заднепроежностного доступа для коррекции этой врожденной аномалии, а возможность коррекции большинства высоких форм аноректального порока развития из одного заднепроежностного доступа позволяет уменьшить травматичность операции в целом, за счет отказа от использования брюшного этапа мобилизации прямой кишки для низведения ее на промежность.

Расширение возможностей заднепроежностного доступа за счет рассечения (резекции) крестцово-копчикового сегмента позволяет корригировать высокие формы аноректального порока, когда купол

атрезированной кишки находится выше условной пубо-кокцигеальной линии.

Формирование трансверзостомы с использованием круглой связки печени для создания шпоры является оптимальным методом паллиативного вмешательства как первого этапа коррекции высоких форм атрезии прямой кишки.

Развитие «первичной ректальной эктазии» при аноректальных пороках развития позволяет использовать методику лоскутной пластики для формирования анального канала.

Вывод. Научная и практическая значимость работы состоит в проведенных исследованиях, которые позволили осуществить научное обоснование, разработку и совершенствование мер медицинской и организационной помощи новорожденным и младенцам с низкими формами врожденных пороков развития нижней аноректальной области.

Внедрение разработанной модели организации реабилитационной помощи детям после хирургического лечения врожденных дефектов нижней аноректальной области позволяет добиться хорошего функционального результата у данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Альбицкий В.Ю., Шайхутдинова Л.Н., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Внедрение региональной модели профилактики врожденной патологии у детей в Татарстане. Рос. пед. журнал. 2003; 1: 59-61.

2. Иванов П.В., Киргизов И.В., Баранов К.Н., Шишкин И.А. Этапное лечение аноректальных пороков у детей // Медицинский вестник северного кавказа. 2010. №3. С. 88-89.

3. Николаев В.Н., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е. Результаты проктологических операций у детей по материалам

хирургического отделения педиатрического центра Якутска // Детская хирургия 2010. №4. С. 15-18.

4. Daher P, Daher R, Riachy E, Zeidan S. Do low-type anorectal malformations have a better prognosis than the intermediate and high types? A preliminary report using the Krickenbeck score. Eur J Pediatr Surg. 2007 Oct;17(5):340-3.

5. Digray N.C., Mengi Y., Goswamy H.L., et al. Colorectal perforations in neonates with anorectal malformations// Pediatr Surg Int. - 2001. - Vol. 1. - No 1.-P. 42-44.

6. Yazbeck S., Luks F., St-Vil D. Anterior perineal approach and three-flap anoplasty for imperforate anus: optimal reconstruction with minimal destruction, J. Pediatric Surg., 1992, Vol. 27, p. 190-195.

7. Yuan P., Okazaki I., Kuroki Y. Anal atresia: effect of smoking and drinking habits during pregnancy, Jpn J Human Genet. 1995; 40:327-32.