

ПОВТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

**Д.Б. Рахмонов, А.А. Нормуродов,
З.У. Хужакулова, А.И. Эркинова**
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

При проведении хирургических вмешательств по возможности старались обойтись без брюшного доступа. При сложных патологических состояниях с выраженной степенью недостаточности сфинктерных структур для эффективности лечения мы рекомендуем накладывать колостому, проводить реабилитационное и комплексное лечение сопутствующих заболеваний: анемии и воспалительных заболеваний органов дыхания и мочеполовой системы. Такой тактический подход больных, улучшил результаты лечения, больных основной группы сократить количество повторных операции

Ключевые слова: аноректальная мальформация, биологической обратной связ, первичные корригирующие операции.

REPEATED SURGICAL CORRECTION FOR ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

**D.B. Rakhmonov, A.A. Normurodov,
Z.U. Khuzhakulova, A.I. Erkinova**
Samarkand State Medical University of
Samarkand, Samarkand, Uzbekistan

When conducting surgical interventions, if possible, they tried to do without abdominal access. In case of complex pathological conditions with a pronounced degree of insufficiency of sphincter structures for the effectiveness of treatment, we

recommend applying colost, and comprehensive treatment of concomitant diseases: anemia and inflammatory diseases of the respiratory system and the genitourinary system. Such a tactical approach of patients improved the results of treatment, patients of the main group reduce the amount of repeated surgery.

Keywords: anorectal malformation, biological feedback, primary correctioning operations

Актуальность. Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных мальформаций (АРМ) у детей и адекватные повторные реконструктивные операции остаются в детской колопроктологии нерешёнными (2, 5, 7). Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции АРМ зависят от показаний, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирургов (1, 3, 4, 6).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургической коррекции АРМ у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением на базах (ОДММЦ г. Самарканда) кафедры детской хирургии СамГМУ в 2007-2021 г. находились 337 больных, которым выполнены различные первичные корригирующие операции (ПКО). Ретроспективно проведено катamnестическое обследование 102 (30,2%) больных, поступивших для повторной операции на аноректальной зоне по поводу недостаточности анального сфинктера заднего прохода и прямой кишки. Возраст больных: Возраст: до года – 7(6,86%), 1-3 года – 19 (18,63), 3-6 лет – 31 (30,1%), 7-14 лет – 41(40,2%), 15-18 лет – 4(3,92%). Больным проведены 228 реконструктивных операций: двухкратно – 78 (34,2%), трехкратно – 90 (39,5%), четырёхкратно и больше – 60 (26,5%). Мальчиков было – 57, девочек - 45.

Всем больным проведено комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза и катamnез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторную диагностику, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости

и малого таза, миографию запирательного аппарата прямой кишки, рентгенологические, МРТ и эндоскопические исследования.

Больные были распределены на 2 группы. Первая группа (33 больных) – получившие перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение. Вторая группа (25 больных) – не получавшие перед повторными операциями реабилитационное лечение.

Результаты и обсуждение. При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции (ПХК) АРМ и её осложнения развивались на почве диагностических (39%), тактических или технических (61%) ошибок. Диагностические ошибки – неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичной неточной идентификации верификации пороков; тактические ошибки – неправильный выбор показания и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические – ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки и др.

При повторно-реконструктивных операциях придерживались следующих тактических и технических приёмов: по возможности обходиться без лапаротомии, минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Следует отметить, что повторные операции выполнялись в более сложных условиях, чем первичные и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. При решении проблемы реконструктивных операций важно совершенствование хирургической техники, устранение дефекта предыдущих операций и профилактики ожидаемого осложнения.

Результаты повторных реконструктивных операций показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось местное противовоспалительное и противовоспаечное реабилитационное лечение, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В первой (основной) группе, всем 33 больным при недостаточности анального сфинктера нами проводились электростимуляция анального жома аппаратом ФЭС-02 и больным старше 5 лет у 17 больных по показанию проводили БОС (биологическая обратная связь) терапии. При стенозе заднего прохода - электрофорез с лидазой с баллонодилатацией. Такой вид чередования реабилитационного лечения проводился у 30 больных первой группы перед и после каждой повторной операцией, у 30% больных улучшились результаты операций на аноректальной зоне у детей. Результаты проведенных исследований показали, что, при выборе тактики лечения эффективными являются проведение послеоперационной реабилитации после каждого этапа реконструктивных операций.

Вывод. Таким образом, для улучшения результатов повторных реконструктивных операций на аноректальной зоне рекомендуется, проведение местного реабилитационного лечения перед и после каждого этапа аноректопластики.

Литература

1. Алиев Э. А. /Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера.//Азербайджанский медицинский университет, Баку, // Международный медицинский журнал, 2011, № 3. С. 90-94.

2. Атакулов Д.О., Саидов М.С. и др. Оценка результатов повторных операций при аноректальных аномалиях у детей. // Новые технологии в детской хирургии. Сб. науч. трудов, посвященный 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения проф. А.А. Лишке. г. Пермь, 2014 г., С. 273-278.

3. Ионов А.Л., Щербаков О.В. /Послеоперационные осложнения колоректальной хирургия у детей. //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. №4.С 50-58.

4. Койнов Ю.Ю. Грамзин А.В и др. / Повторные операции у детей с аноректальными мальформациями.//Сибирский научный медицинский журнал. 2020 .40(1). С.67-72.

5. Шамсиев А.М., и др. /Причины осложнений и рецидивов аноректальными мальформациями, развившихся после различных видов проктопластики.// “Вестник экспериментальной и клинической хирургии”. Воронеж. №3, 2018. С. 66.

6. Хамраев А.Ж., и др./ Повторно – реконструктивные коррекции аноректальных пороков у детей.// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Москва. 2016. С. 191.

7. Andrea Bischoff1 //Vaginal reconstruction for distal vaginal atresia without anorectal malformation: is the approach different//Accepted: 20 June 2019© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019.

Рахмонов Дилшод Бурханович - ассистент кафедры детской хирургии №2 СамГосМУ, **E-mail:** dilshod.rakhmonov81@mail.ru.

1.