

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**LITERATURE REVIEW**

DOI: 10.38095/2181-466X-20241142-133-136

УДК 617-089.844:616.352-007.271:613.95

РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ У ДЕТЕЙ**Ж.О. Атакулов, Ж. А. Шамсиев, Ш. А. Юсупов**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: аноректальные пороки, свищи, уретра, анус, реконструкция.**Таянч сўзлар:** аноректал нуқсонлар, оқмалар, сийдик йўллари, анус, реконструкция.**Key words:** anorectal defects, fistulas, urethra, anus, reconstruction.

Ретроспективный анализ показал, что все неудачи в хирургии аноректальных аномалий могут быть отнесены за счет диагностических, тактических и технических ошибок, а также гнойно-воспалительных осложнений или сопутствующих "регионарных" пороков развития.

БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ АНОМАЛИЯЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК**Ж.О. Атакулов, Ж. А. Шамсиев, Ш. А. Юсупов**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики, аноректал аномалияларни жарроҳликдаги барча муваффақиятсизликлар диагностик, тактик ва техник хатолар, шунингдек йирингли-яллиғланишли асоратлар ёки биргалликда "маҳаллий" малформациялар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR ANORECTAL ABNORMALITIES IN CHILDREN**J. O. Atakulov, J. A. Shamsiev, Sh. A. Yusupov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

A retrospective analysis showed that all failures in surgery of anorectal abnormalities can be attributed to diagnostic, tactical and technical errors, as well as purulent-inflammatory complications or concomitant "regional" malformations.

Цель работы. Улучшение отдалённых результатов после повторных операций у детей с аноректальными аномалиями.

Под нашим наблюдением находилось 128 ребенка в возрасте от 1 до 14 лет (73 мальчиков и 45 девочек), у которых имелись различные анатомо-функциональные отклонения со стороны дистальных отделов толстой кишки. Большинство больных (128) поступили из других лечебных учреждений, где ранее были оперированы по поводу аноректальных пороков развития. Ретроспективный анализ показал, что все неудачи в хирургии аноректальных аномалий могут быть отнесены за счет диагностических, тактических и технических ошибок, а также гнойно-воспалительных осложнений или сопутствующих "регионарных" пороков развития.

Диагностические ошибки составили 15%. Среди них были ошибки в определении высоты атрезии, недиагностированные свищи уретры и влагалища, а также неточная квалификация аномалии. Тактические ошибки были выявлены в 27% случаев. Сюда относятся неправильный выбор показаний и сроков для радикального вмешательства, ошибки в выборе метода радикальной операции, недостаточная оценка хирургом своих возможностей и другие подобные ситуации.

Технические ошибки были зафиксированы в 43% случаев. Среди них уронились уретра, повреждения сфинктера, снижение кишки вне сфинктера и недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки.

Гнойно-воспалительные осложнения (нагноение промежностной раны) составили 8%. В остальных случаях функциональные отклонения были обусловлены сопутствующими пороками развития, к которым относятся тяжелые аномалии мочевой системы и дистального отдела позвоночника (агенезия копчика и крестца).

Общеклинические и локальные проявления вторичных деформаций разнообразны, и нередко у одного больного наблюдаются их сочетания, например рецидив свища и недержание кала, ректо-уретральный свищ и стеноз заднего прохода и т.п. В зависимости от доминирующего клинико-анатомического признака можно выделить несколько групп таких состояний: недостаточность анального отверстия (38%), ректо-уретральный свищ (78%), ре-

цидив свища в половую систему у девочек (28%), прочие (5%). При этом недостаточность анального отверстия сочетается с другими группами практически в 100% случаев.

В специализированной литературе часто упоминается недостаточность анального жома (сфинктера). Однако необходимо учитывать особенности аномалий. Если речь идет о нормально сформированном и расположенном на естественном месте заднем проходе, то нарушение его функции может быть полностью связано с недостаточностью сфинктера. Однако существенно отличается ситуация при атрезии, когда хирургу приходится создавать отсутствующее анальное отверстие. В этом случае правильная функция (достаточность) зависит от множества факторов, включая адекватность соблюдения "архитектурно-анатомического принципа", сохранность запирающего аппарата прямой кишки, а также способность хирурга разобраться в тонкостях топографо-анатомических взаимоотношений. Поэтому более правильно говорить о недостаточности анального отверстия, подразумевая, что данное понятие включает в себя не только недостаточность анального жома, но и другие аспекты.

Анализ ошибок и осложнений в хирургии аноректальных аномалий подробное изучение локального статуса с использованием комплекса функциональных исследований аноректальной зоны дает основания систематизировать недостаточность анального отверстия при ано- ректальных аномалиях. Это состояние укладывается в рамки следующей классификационной схемы:

- I. По происхождению:
 - 1) Вследствие допущенных ошибок при проктопластике и осложнений:
 - а) выведение кишки на промежность вне сфинктера и центра лонно-прямокишечной мышцы;
 - б) повреждение сфинктера и мышц тазового дна;
 - в) рубцовый стеноз заднего прохода.
 - 2) Вследствие врожденной неполноценности запирающего аппарата прямой кишки при "регионарных" пороках развития (агенезия копчика):
 - а) нарушения мышечных структур;
 - б) нервно-рефлекторные нарушения.
- II. По структурно-анатомическим изменениям запирающего аппарата прямой кишки и окружающих тканей:
 - 1) Локализация:
 - а) передняя;
 - б) задняя;
 - в) боковая.
 - 2) Объем дефекта мышц в окружности анального канала:
 - а) до 1/4 части;
 - б) до 1/2 части;
 - в) 1/2 и более.
 - 3) Уровень распространения рубцового процесса:
 - а) кожа и слизистая оболочка;
 - б) мышцы сфинктера;
 - в) мышцы тазового дна.
- III. По клинико-функциональным нарушениям:
 - 1) Недержание кишечного содержимого:
 - а- 1 степени (недержание газов);
 - б- 2 степени (недержание газов и жидкого кала);
 - в – 3 степени (недержание твердого кала).
 - 2) Хронические запоры:
 - а - компенсированный;
 - б - субкомпенсированный;
 - в - декомпенсированный.

Эта схема, сосредотачиваясь прежде всего на клинических аспектах проблемы, помогает понять происхождение и сущность недостаточности анального отверстия. Она позволяет сформулировать развернутый диагноз, определить рациональную тактику и выбрать

адекватный метод лечения.

Выбор объема и метода реоперации сугубо индивидуален и определяется характером деформации анального отверстия и промежности, сопутствующей патологией. Невозможно охарактеризовать все без исключения индивидуальные особенности, поэтому в данном вопросе не может быть всеобъемлющих рекомендаций. Можно лишь выделить группу условно-типовых вмешательств, но в большинстве каждая реоперация по своему уникальна. В наших наблюдениях из-за предшествующих реопераций очередное вмешательство по сути дела давало единственный и последний шанс. Поэтому лечебно-тактические вопросы решались строго дифференцированно.

Из 128 детей оперированы 120 ребенка (в 9 случаях при недостаточности анального отверстия I степени и компенсированном запоре вмешательство сочтено нецелесообразным). В общей сложности находили применение около 20 видов вмешательств. Их характер и полученные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Функциональные результаты выполненных реопераций.

Характер патологии и вид реоперации	Функциональные результаты и число больных			
	хорошие	удовлетв.	неудовл.	всего
Реамплантация заднего прохода.	3	-	-	3
сфинктеропластика	4	2	-	6
сфинктеролеваторопластика	5	4	2	11
Устранение выпадения кишки	4	0	-	4
Иссечение стенозирующих рубцов	3	-	-	3
Брюшно-промежностная проктопластика	7	4	2	13
Резекция дистального отдела толстой кишки	1	1	-	2
Создание искусственного сфинктера	-	1	1	2
Ректо -уретральный свищ				
Промежностная пластика с ушиванием дефекта уретры	8	5	1	14
Пластика по Хольцову	3	1	1	5
Брюшно-промежностная интраректальная проктопластика без ушивания дефекта уретры	6	4	1	11
-- с ушиванием дефекта в стенке уретры	4	2	1	7
Пластика лоскутами из стенки кишки. Рецидив свища в половую систему	-	1	-	1
Промежностная анопластика	6	2	-	8
Брюшно-промежностная проктопластика	7	3	2	12
Чреспромежностное устранение свища	4	-	-	4
Инвагинационная экстирпация по Лёнюшкину	9	1	-	10
Прочие	3	1	-	4
Итого	77 (64,2%)	32 (26,6%)	11 (9,2%)	120 (100%)

Как видно из представленных данных, в подавляющем большинстве случаев результаты были хорошими и удовлетворительными (90,8%).

Одним из наиболее частных видов операций является брюшно промежностная проктопластика, которая находила применение у каждого третьего больного. Хотелось бы акцентировать внимание на преимуществах широко применяемого нами варианта - интраректального в сочетании с оставлением в ближайшем послеоперационном периоде свободно висящей культи низведенной кишки. Полагаем, что данная модификация во многом способствовала успеху лечения. Демуккозаия дистального отдела кишки не наносит никакой травмы окружающим органам и тканям. Не менее важным преимуществом является и по существу бесшовный анастомоз кишки с кожей, исключаящий возможность его несостоятельности с вытекающими последствиями.

Проведенные наблюдения свидетельствуют, что окончательную оценку результатов

повторных реконструктивно-восстановительных операций при аноректальных аномалиях следует давать не ранее чем через 1,5 - 2 года. В течение указанного срока проводят восстановительное лечение по индивидуально подобранной схеме.

В заключение считаем необходимым подчеркнуть, что успех реопераций зависит от разностороннего и тщательного обследования больного, объективной оценки локального статуса, подкрепленного дополнительными специальными методами исследования, правильного выбора метода реоперации, умения хирурга импровизировать в ходе вмешательства (особенно при воссоздании удерживающего аппарата прямой кишки), настойчивости в проведении восстановительной терапии. Не секрет, что в особо тяжелых случаях иной раз и у родителей, и у хирурга возникает чувство безнадежности. Однако многие годы упорного труда и терпения помогают значительно облегчить существование больного.

Использованная литература:

1. Шамсиев А.М. Юсупов Ш.А. Фозилжон-Зода М, Абдусаломов К.К. // Мочеполовая система у детей при аноректальных мальформациях // Биомедицина ва амалиёт журнали ТОШКЕНТ-2023 №2 ст. 94-100
2. Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., // Причины осложнений при аноректальных аномалиях у детей// Журнал «Наука и просвещение: актуальные вопросы достижения и инновации», 2021. г. Пенза, РФ, стр. 231-235
3. Саидов М.С., Атакулов Ж.О., Шамсиев Ж.А.// Современные аспекты диагностики и лечения аноректальных мальформаций// Монография утверждена на заседании Ученого Совета СамГосМИ «20» мая 2020г., Протокол №7
4. ША Юсупов, ЖО Атакулов, ФС Орипов, ББ Жовлиев, АК Рахматов // Влияние токсических препаратов на развитие аномалий кишечника и перспективы их хирургического лечения// Вятский медицинский вестник Научно-практический журнал 2, 2021
5. АМ Шамсиев, ЭС Данияров, ИЛ Бабанин, ЖА Шамсиев, ШШ Ибрагимов// Эффективность эндохирургического лечения обструктивных уропатий у детей //Детская хирургия 2012
6. Подзолков В.П., Зорин В.Л., Дружинин И.Л. и др. Опыт лечения аноректальных аномалий у детей. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – Т. 96. – №. 1. – С. 38-41.
7. Лебедев Г.Ю., Маляров Д.В., Чугунов В.В. и др. Опыт хирургического лечения аноректальных аномалий у детей. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 94. – №. 6. – С. 45-49.
8. Абдуллаев А.А., Смирнов А.В., Бурцев К.В. и др. Особенности хирургического лечения аноректальных аномалий у детей. // Детская хирургия. – 2016. – Т. 11. – №. 4. – С. 277-281.
9. Горягин В.Г., Айрапетян Г.Г., Поляков С.Е. и др. Оценка результатов хирургического лечения детей с аноректальными аномалиями. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017. – Т. 95. – №. 3. – С. 23-28.
10. Кузьменко В.В., Подзолков В.П., Зорин В.Л. и др. Результаты лечения аноректальных аномалий у детей. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2018. – Т. 177. – №. 6. – С. 107-112