

УДК: 616.345-007.253-053.1-053.2-089.844

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

**Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Н.Н., Оллабергенов О.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Резюме

После промежностной проктопластики по Стоун-Бенсону осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 18,9 % детей, после промежностной проктопластики в модификации клиники (патент № IAP04799 17.12.2013г.) в 9,5% наблюдениях. В отдаленные сроки послеоперационного периода осложнения после проктопластики по Стоун-Бенсону выявлены у 22,8% детей, после промежностной проктопластики в модификации клиники в 12,3% случаев. Отмечены относительно положительные результаты после промежностной проктопластики в модификации клиники.

Ключевые слова: аноректальные мальформации, модификация операции, ближайшие и отдаленные результаты.

БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯНИНГ ОҚМАЛИ ШАКЛЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

**Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Н.Н., Оллабергенов О.Т.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Резюме

Стоун-Бенсон усулида оралиқ проктопластикасидан сўнг операциядан кейинги эрта давр асоратлари 18,9 % болаларда кузатилди, клиника модификацияси усулида оралиқ проктопластикасидан сўнг эса (патент № IAP04799 17.12.2013й.) 9,5% кузатилди. Стоун-Бенсон усулида оралиқ проктопластикасидан сўнг операциядан кейинги узок давр асоратлари 22,8 % болаларда аниқланган бўлиб, клиника модификацияси усулида оралиқ проктопластикасидан сўнг эса 12,3% ҳолатда кузатилди. Деярли яхши натижалар клиника модификацияси усулида оралиқ проктопластикаси операциясидан сўнг кузатилган.

Калит сўзлар: аноректал мальформациялар, операция модификацияси, эрта ва узок давр натижалари.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF FISTULA FORMS OF ANORECTAL MALFORMATION AT CHILDREN

**Narbaev T.T., Aliyev M.M., Turaeva N.N., Ollabergenow O.T.
Tashkent Pediatric Medical Institute**

Resume

After Stone-Benson's operation in early period 18,9% complications were occurred, after perineal proctoplasty by clinic's modification method (patent № IAP04799 17.12.2013y.) – 9,5%. In distant periods after Stone-Benson's operations complications occurred in 22,8% of cases, after perineal proctoplasty by clinic's modification method – 12,3%. The successful results were noticed in the recommended method of perineal proctoplasty by modification clinic's method.

Key words: anorectal malformations, new operations modification, early and late period results.

Актуальность

К настоящему времени накоплен достаточно большой опыт в хирургическом лечении детей с пороками развития аноректальной области. Неудовлетворительные результаты лечения аноректальных пороков в виде нарушений функций запирающего аппарата прямой кишки и мочевого пузыря колеблется от 10 до 60%.

Восстановление топографо-анатомических соотношений при хирургическом вмешательстве в аноректальной зоне не всегда устраняет функциональные нарушения. Предложено множество корригирующих вмешательств при аноректальной мальформации со свищами в преддверие влагалища. Однако функциональные результаты лечения не всегда утешительные.

Н. Stone в 1936г. предложил промежностный доступ проктопластики, который был рассчитан на сохранение целостности наружного сфинктера. Методика операции состояла в том, что производили подковообразный разрез между преддверием влагалища и предполагаемым местом анального отверстия. После рассечений мягких

тканей выделяли прямую кишку в такой степени, чтобы её можно было переместить без натяжения. Затем производили второй разрез соответственно месту расположения предполагаемого заднего прохода и мобилизованную кишку перемещали в кольцо наружного сфинктера [13,15].

В модификации Venson (1949) вышеописанный метод дополнялся подшиванием двумя рядами швов к тканям промежности: первый ряд накладывали на уровне наружного сфинктера, второй на край слизистой оболочки и край кожного разреза [1,4].

F. D. Stephens и E. D. Smith (1971) предложили поиск и сохранность пуборектальной мышцы, внутри которой должна быть помещена низведенная кишка. Важнейшим моментом операции считалась идентификация проксимальной порции леватора ануса через заднесагитальный доступ (сакрально-копчиковое соединение) и проведение кишки кпереди от пуборектальной мышцы. Если слепой мешок лежал на уровне или ниже пубококцигиальной линии, разделяли свищ сакрококцигиальным доступом. В

случаях, когда ректальный слепой мешок находился выше этой линии, ректосигмоидный отдел мобилизовали через абдоминальный доступ, свищи разделяли сверху, и толстая кишка низводилась через уже подготовленную пуборектальную петлю. Авторы называли это сакробрюшно-промежностной ректопластикой [2,3].

В последующем Р. Mollard и соавт. (1978) усовершенствовали операцию F. D. Stephens. Они предложили поиск, и выделение пуборектальной петли через передний промежностный доступ. При этом как полагают авторы пуборектальную петлю можно хорошо увидеть и значительно снизить повреждения нервов. Автор производил разрез на промежности на 1 см спереди и сбоку от предполагаемого ануса. Разъединяя ткани кзади, создавал небольшой туннель кпереди от пуборектальной петли, затем производил лапаротомию. После эндоректальной мобилизации кишку низводил кпереди от леваторов и кнаружи на месте неануса. Однако, количество послеоперационных осложнений и неудовлетворительных функциональных исходов оставалось выше 25% [5,7].

Следующим этапом, поистине важнейшим шагом в развитии проблемы необходимо считать метод заднесагитальной аноректопластики по А. Pena. Он применил способ заднесагитальной аноректопластики для коррекции практически всех видов аноректальных аномалий [6,8].

В настоящее время предпринимаются попытки разработки новых способов оперативных вмешательств, на основе положительных качеств существующих методик. Особого внимания заслуживает передний сагитальный доступ, предложенный Diffenbach в 1945 году для лечения аноректальных пороков со свищем в преддверье влагища усовершенствованный итальянским хирургом в Rizzoli в 1975 году. Как отмечают авторы, передний сагитальный доступ имеет ряд преимуществ перед задним доступом по А. Pena: 1) не пересекается пуборектальная петля, а только дилатируется; 2) не повреждается иннервация кишки; 3) не повреждается внутренний сфинктер и все слои стенки терминального отдела прямой кишки; 4) реально использование анодермы для формирования анального канала. После такой операции анальный канал покрыт втянутой проктодермой и сохраняется нормальный вид промежности. Минимальное разделение тканей приводит к сохранению чувствительных волокон [11,18].

Р. Mollard проанализировав первые результаты передней промежностной проктопластики усложнил полукружной разрез выкраиванием дополнительных кожных лоскутов трапециевидной формы с последующим проведением анопластики в дополнение к интраанальной мобилизации кишки [19, 21].

А. И. Лёнюшкин и соавт. основываясь на своем опыте усовершенствовали метод Rizzoli и поддерживают переднесагитальную промежностную проктопластику (ПСПП). Авторы указывают, что доминирующим значением ПСПП являются доступ и сфинктеропластика. Ано- и особенно сфинктеропластика осуществляется не вслепую, а под визуальным контролем [10,17]. Выполняя промежностную проктопластику оставляя, мобилизованную кишку свободно висющей за пределы кожного разреза на 2,5-3см. не подшивая край кишки к краю кожного разреза. Подшивал только за наружную оболочку выведенной кишки к мышцам сфинктера или тазового дна отдельными капроновыми швами, а кожные лоскуты фиксировал к культе выведенной кишки, вторым этапом производил иссечение культи через 12-14 дней, что способствовало заживлению

кожной раны [20].

Недостатком операции по Н. Stone являлись:

- недостаточный обзор в узкой и глубокой ране половой щели, что затрудняло выделение стенок прямой кишки – часто повреждалась стенка прямой кишки и влагища при выделении последних;
- невозможность формирования адекватного запирающего аппарата прямой кишки;
- рецидивы свищей в половую систему, вторичные эктопии вновь сформированного анального отверстия кпереди (к преддверью влагища);
- формирование тоннеля для низведения прямой кишки производилась «вслепую», таким образом, кишка часто низводилась вне сфинктерного аппарата [14,16].

Недостатком модификаций Benson, как и при операции Н. Stone, являлось нарушение асептичности линий шва кишечным содержимым и ретракция выведенной культи прямой кишки с образованием грубых рубцов на промежности [1, 3].

Недостатками способа предложенного F. D. Stephens и E. D. Smith были: ограниченный доступ к свищу, надобность брюшного доступа, выделение пуборектальной петли. Формирование канала выполнялось вслепую и с пренебрежением к наружному сфинктеру прямой кишки [15,17].

В последующем Р. Mollard и соавт. усовершенствовали операцию F. D. Stephens. Однако количество послеоперационных осложнений и неудовлетворительных функциональных исходов оставалось выше 25% [11,13].

К недостаткам операции Pena относится необходимость рассечения пуборектальной петли по задней полукружности, а также широкая мобилизация всех стенок прямой кишки, что приводит к нарушениям ее иннервации, часто и кровоснабжения [7, 9].

На большом клиническом материале у 200 оперированных больных J. N. Lin показал, что задняя сагитальная анопластика позволяет хирургу восстанавливать мышечные структуры таза под прямым контролем зрения, чем достигается хороший косметический эффект и снижается число ранних послеоперационных осложнений. Однако, несмотря на все усилия, 10-30% детей страдали полным недержанием стула [14,17].

Применение доступа по А. Pena даже в период наибольшей популярности подвергалось существенным критическим замечаниям. По мнению А. И. Лёнюшкина доступ по А. Pena неизбежно грубо нарушает целостность сфинктеров и всего мышечного комплекса промежности, в первую очередь лучше развитые задние порции (заднюю стенку) мышечного футляра со сфинктерами, включая пуборектальную петлю, обеспечивающие функцию держания. После ушивания остаются рубцы, снижающие эластичность замыкательного аппарата. Крайне неэстетичен внешний вид промежности после операции, существует опасность миграции ануса кпереди в отдаленном периоде.

А. Pena утверждал, что задняя сагитальная аноректопластика дает лучший результат. Однако, ранний анализ, проведенный среди 73 оперированных больных, показал, что 47% детей имели недержание, 38% - запоры [18,21].

Большее число подобных осложнений отмечают R. Rintala и А. М. Holschneider. У больных с ректостевилярными свищами мегаректум развился у 12 из 24, запоры в 32% случаев из 40 лечившихся задней сагитальной аноректопластикой, в 17% - каломазание, и в 19% - недерж-

жание «2-3 степени».

Главным недостатком переднесагитальной промежностной проктопластики(ПСПП) по мнению Репа А. был «слепое» низведение кишки на промежность, как при одноэтапной, так и при двухэтапной операциях.

Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. и др. присоединяется к этому мнению, после выделения свищевого отверстия предлагает продолжить разрез вниз по средней линии промежности кожи и подкожной клетчатки. Расслаивая, мышечные структуры тупым путем разделяет стенки прямой кишки и свищевой ход от задней стенки влагалища, мобилизованную кишку низводит на промежность через центр наружного сфинктера. Заодно производит леваторопластику, формируя мышечный тоннель для низводимой кишки. Края подшивает к коже промежности на четырех полюсах. Идея ПСПП остается вне критики, однако нарушение целостности кожи промежности создает большую вероятность перемещения неоануса кпереди.

Предлагаемый В. Е. Щитининым вариант анопластики представляют собой попытку создания анального канала, максимально сходного с нормальным, состоящим из нижнего кожного отдела и слизистого верхнего. Прямое прошивание слизистой низведенной кишки к кожной ране ведет в большем количестве случаев (до 70%) к её выстоянию, а также стенозированию анального отверстия, каламазанию, мокнущую промежность в связи с постоянной секрецией слизи. [9,12].

Обобщая литературные данные по методам первичного оперативного вмешательства аноректальной мальформации со свищами, можно констатировать следующие установленные факты и недостатки:

- в настоящее время оперативное вмешательство по поводу аноректальной патологии большинство хирургов выполняют тремя доступами: промежностный доступ, предложенный Н. Stone (1936) и в последующем модифицированный А. И. Ленюшкиным (1999); заднесагитальным доступом, описанным и пропагандируемым А. Рена и соавт. (1982) и переднесагитальным доступом по Rizzoli (1978), модифицированным несколькими авторами.

- главным недостатком операции Stone-Benson было «слепое» низведение кишки на промежность, в результате которой кишка часто низводится вне сфинктерного аппарата, кроме этого часто повреждаются мышечные и нервные структуры промежности;

- задний сагитальный доступ позволяет хирургу визуально оценить анатомию промежности, пощадить сосуды, нервы, нежно выделить и ликвидировать свищ, но часто рассекается петля пуборектальной мышцы, происходит инфицирование анального канала и операционных швов;

- передний доступ хорошо использовать для выделения пуборектальной петли и низведения толстой кишки в ее пределах для формирования аноректального угла, ко-

торый играет существенную роль в удержании. Однако, сохраняется риск передней эктопии неоануса, инфицирование раны.

Таким образом, проблема хирургической коррекции аноректальных аномалий по сей день не теряет своей актуальности. В последнее время для коррекции свищевых форм аноректальных пороков у девочек наиболее часто использовались операции Stoune-Benson, Rizzoli, Pena и их модификации. Однако каждая из этих операций наряду с несомненными достоинствами имели ряд недостатков, что обуславливало высокий процент неудовлетворительных результатов, многие из которых остаются тяжелыми инвалидами. Поэтому необходимы и очень важны новые разработки, направленные на совершенствование тактики, методик и способов лечения при свищевых формах аноректальной мальформации у детей.

Разработка протоколов стандартов диагностики, выбор метода лечения и план реабилитации, позволят значительно сократить частоту осложнений, врачебных ошибок и ранней инвалидизации детей, а также повысить качество жизни и экономическую эффективность хирургической помощи детям со свищевыми формами аноректальных мальформаций.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения атрезии анального отверстия и прямой кишки с ректовестибулярным и ректопромежностными свищами у детей путём внедрения нового способа промежностной проктопластики в модификации клиники.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов обследования и оперативного лечения 116 девочек с атрезией анального отверстия с ректовестибулярными и ректопромежностными свищами госпитализированных в отделении плановой хирургии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 1998 по 2018 годы.

Всем детям наряду с общеклиническими методами обследования проводились: фистулоирригография, экскреторная урография, цистография, УЗИ промежности (малого таза), сфинктерометрия, измерение давление в ампуле прямой кишки, морфологические исследования дистальных участков прямой кишки и сфинктерного аппарата.

Из них 87 детей первичные больные и 29 детей повторные, ранее оперированные в других лечебных учреждениях. Из 29 повторно поступивших детей первичная промежностная проктопластика выполнена у 25, брюшно-промежностная – у 4, причем у 6 детей промежностная проктопластика выполнена - 2 раза и 4 раза - у 2 детей.

Распределение наблюдаемых детей по возрасту и уровню свищевых форм первично поступивших детей представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение первичных больных по возрасту и уровню низких свищевых форм аноректальной мальформации (n=87)

Виды и уровень аноректальных аномалий	Возраст больных (в годах)				Всего
	0-1	1-3	4-7	Старше 7 лет	
Атрезия анального отверстия с ректовестибулярным свищом	47	23	3	2	75(86,2%)
Атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом	9	3	-	-	12(13,8%)
Итого:	56 (64%)	26(30%)	3(3%)	2 (2,2%)	87(100%)

Из данных таблицы 1 видно, что подавляющее большинство составили дети с атрезией анального отверстия с ректовестибулярными свищами (75 случаев - 86,2%). У 12 (13,8%) детей диагностирована атрезия анального отверстия с ректопромежностным свищем. Среди обследованных больных большая доля приходилась на годовалый

возраст - 56 (64%). Второе место по частоте заняли больные в возрасте до 3 лет – 26 (30%). 3 (3%) больных были в возрасте от 4 до 7 и 1 (1,1 %) в возрасте 8 лет.

Сочетание свищевых форм аноректальных пороков развития с аномалиями других органов и систем было выявлено у 31 (35,6%) (табл.2.)

Таблица 2.

Сочетание низких свищевых форм аноректальных пороков с аномалиями развития других органов и систем

Аномалии и заболевания	Возраст больных (в годах)				Всего
	0-1	1-3	4-7	Старше 7 лет	
Агенезия копчика	5	3	1	-	9 (29%)
МКБ	1	3	-	-	4 (12,9%)
ВПС	5	-	-	-	5 (16,1%)
Болезнь Дауна	2	-	-	-	2 (6,5%)
Уретерогидронефроз	6	3	-	-	9 (29%)
Единственная почка	-	1	-	-	1(3,2%)
Агенезия правого легкого	-	1	-	-	1(3,2%)
Итого:	19 (61,3%)	1(35,5%)	1 (3,2%)	-	31(100%)

Из данных таблицы 2 видно, что аноректальные аномалии чаще сочетаются с агенезией копчика и с уретерогидронефрозом 58% (18 случаев).

У 5 (16,1%) больных отмечен врожденный порок сердца, у 3 больных открытое овальное окно, у 1 ребенка открытый Боталлов проток и у 1 ребенка ДМЖП. У 11 (35,5%) больных выявлено заболевание нижних мочевыводящих путей и у 2 (6,5%) болезнь Дауна. У одного ребенка агенезия правого легкого сочеталась с отсутствием правой почки.

Результат и обсуждение

Для всех больных характерными были жалобы на отсутствие анального отверстия, выделение кала в преддверие влагалища или свищевое отверстие, расположенное на промежности. У 17 (19,5%) детей старше 1года с ректовестибулярным свищом отмечалось затрудненное отхождение кала и газов.

Всем детям выполнено промежностная проктопластика. Распределение больных в зависимости от вида произведенной операции показано в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение детей в зависимости от вида оперативного вмешательства

	Операция	Количество больных
1.	Промежностная проктопластика (ППП) по Стоуну-Бенсону	21 (24%)
2.	Заднесагиттальная промежностная аноректопластика (ЗСПАП)	12 (14%)
3.	Переднесагиттальная промежностная аноректопластика (ПСАРП)	16 (18%)
4.	Промежностная проктопластика (ППП) в модификации клиники	38 (44%)
	Всего	87

Промежностная проктопластика по Стоуну-Бенсону у 21 девочек, у 12 детей проведена операция заднесагиттальная промежностная проктопластика, переднесагиттальная промежностная аноректопластика выполнена 16 детям. 38 детям при атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищем выполнена операция способом промежностной проктопластики в модификации клиники

Способ промежностной проктопластики в модификации клиники не ограничивается жесткими оперативно-техническими рамками, отдельные этапы и детали могут варьировать в зависимости от конкретного случая. С другой стороны, не всякая первичная аноректальная патология, возникшая в результате неудачной коррекции, может иметь показания к использованию данной методики.

Определяющими моментами служат промежностный доступ и дифференцированная в ходе операции идентификация мышц удерживающего аппарата с помощью электростимуляции.

На изобретение данного способа хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищом у детей, получен патент на № IAP 04799.

Патент на изобретение № IAP 04799. Способ хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищом у детей. Зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Республики Узбекистан, Ташкент, 17.12.2013г.



Объяснение в тексте

Предоперационная подготовка включала безшлаковую диету (за 5-7 дней до операции), очищение дистальных отделов кишечника с помощью клизм, устранение каловой интоксикации, метаболическую терапию и стабилизацию системы гомеостаза.

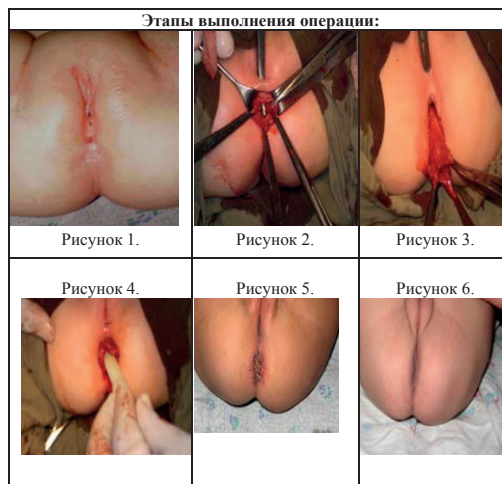
Способ модифицированной промежностной проктопластики более всего приемлем для случаев атрезии заднего прохода с ректовестибулярным свищом у девочек (рис. 1).

Методика операции: На месте должествующего анального отверстия на уровне установленной метки производили небольшой овальный разрез кожи. Далее игольчатым электродом монокаутора с силой тока 0,1-0,2 мА уточняли топику наружного сфинктера и его внутреннее кольцо. По центру сокращаемого мышечного кольца-сфинктера при помощи прямого зажима тупо раздвигали мышечные волокна, стараясь не повредить их. В свищевой ход на глубину 0,5-0,6см от кожно-слизистого перехода вводили тупой диссектор, затем, надавливая на заднюю стенку свищевых хода, захватывали его на турникет (рис.2).

После подкожного отсечения свищевых хода первоначально мобилизовывали переднюю стенку низведенной кишки, отделяя ее от задней стенки влагалища. Эта манипуляция, отличная от классических методов ППП- когда первоначально мобилизуется задняя стенка кишки, позволяла эффективно скелетизировать морфологически зрелый слепой конец атрезированной кишки до уровня заднего Дугласова пространства.

В последующем более легкая и меньшая мобилизация задней стенки кишки обеспечивала сохранность главного компонента сфинктерного аппарата петли пуборектальной мышцы и меньшее сглаживание ректо-анального угла. Последнее в значительной степени сокращало частоту недержания в послеоперационном периоде. Контролируя сохранность задней стенки влагалища, тупо отделяли заднюю стенку прямой кишки от окружающих тканей до визуализации петли m.puborectalis.

Иссечение свищевых хода производили на уровне подкожно-жировой клетчатки. После отделения задней стенки прямой кишки от окружающих тканей, при помощи тупфера начинали ретроградно тупым путем отделять переднюю стенку прямой кишки от задней стенки



влагалища до заднего свода. Далее подкожно, иссекали переднюю стенку свищевых хода (рис.3).

После мобилизации кишки до полноценной кишечной стенки обычно на глубину 5-7см, ее фиксировали 4-5 узловыми швами к мышцам сфинктера и к коже, оставляя свободно висячей культю на 2-3 см (рис.4). При этом допустимо и даже желательно небольшое натяжение, благодаря которой край мобилизованной ранее кожи как бы втягивается в анальную ямку, что обеспечивает хороший косметический эффект. В просвете низведенной кишки оставляли газоотводную трубку. Мочевой пузырь катетеризировали.

Отсечение культи и анопластику производили на втором этапе через 12-14 дней (рис.5). Оставление свободно висячей культи имело преимущество, главным образом, в формирование бесшовного анастомоза и профилактики расхождения краев раны и последующего рубцевания заднего прохода.

Через 1 год после операции удалось получить не только хороший функциональный результат, но и эстетичный вид промежности (рис.6).

Эта операция, отличная от классических методов ППП- когда первоначально мобилизуется задняя стенка кишки, позволяла эффективно скелетизировать морфологически зрелый слепой конец атрезированной кишки до уровня заднего Дугласова пространства.

В последующем более легкая и меньшая мобилизация задней стенки кишки обеспечивала сохранность главного компонента сфинктерного аппарата петли пуборектальной мышцы и меньшее сглаживание ректо-анального угла. Последнее в значительной степени сокращало частоту анальной инконтиненции в послеоперационном периоде. Контролируя сохранность задней стенки влагалища, тупо отделяли заднюю стенку прямой кишки от окружающих тканей до визуализации петли m.puborectalis.

Преимущества нового способа хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищом у детей от имеющихся аналогов:

- мобилизация низводимой кишки через естественный анальный канал под контролем электромиостимуляции с сохранением целостности промежности способствует достижению хороших косметических и функциональных результатов;

- в результате первоначального отделения передней стенки и иссечение свища изнутри на месте свищевого отверстия образуется дефект размером соответствующий размеру свища, что предотвращает деформацию и наличие рубца со стороны влагалища;

- оставление свободно висячей культи с сохраненной мышечной стенкой и иссечение его после образования бесшовного анастомоза создает определенный резерв для естественной ретракции низведенной кишки и значительно уменьшает инфицирование линии кожно-кишечных швов;

- сохранение целостности промежности, мышечных структур, как сфинктера, так и пуборектальной петли предотвращает смещение вновь сформированного заднего прохода кпереди, к преддверию влагалища, а также риск рецидива свища в половую систему.

Хотелось бы отметить, что данный новый способ хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищем у детей, ни в коем случае не умаляет достоинства уже существующих классических, признанных во всем мире, методов промежностных проктопластик, а всего лишь в модифицированном варианте внедряется в детскую колопроктологию для уменьшения как органических, так и функциональных осложнений приводящих к стойкой инвалидизации детей.

Учитывая то, что как методика предложенного нового способа промежностной проктопластики, так и операция методом Стоун-Бенсон для коррекции атрезии ануса с ректовестибулярным свищом, применяются при одном виде аноректальной мальформации и техническое выполнение некоторых этапов обеих операций на первый взгляд схожи, проведен сравнительный анализ результатов данных методик.

У пациентов, оперированных по методике Стоун-Бенсона, нами в раннем послеоперационном периоде отмечались недостаточность неоануса, которая в разной мере присуща всем больным, запоры, дистопии и расположения неоануса вне анального жома с частичным или полным разрушением последнего. На все это в отдаленные сроки послеоперационного периода обычно наслаивались рубцовая деформация, пролабирование слизистой оболочки и др. Иногда у одного и того же пациента отмечались несколько взаимно связанных вытекающих осложнений.

Частота и характер осложнений ближайшего послеоперационного периода в зависимости от вида проктопластики представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Осложнения ближайшего послеоперационного периода

№	Операция	Инфицирование послеоперационной раны	Расхождение краев раны	Передняя эктопия ануса	Ретракция низведенной кишки	Рецидив свища	Всего
1.	ППП по Стоун-Бенсону n=21	4 (6,8%)	3 (5,1%)	3 (5,1%)	5 (8,5%)	2 (3,4%)	17 (28,9%)
2.	ППП в модификации клиники n=38	2 (3,4%)	2 (3,4%)	3 (5,1%)	3 (5,1%)	-	10 (17%)
	Всего N=59	6 (10,2%)	5 (8,5%)	6 (10,2%)	5 (8,5%)	2 (3,4%)	27 (40,8%)

Как видно из таблицы после операции промежностной проктопластики по Стоун-Бенсону инфицирование послеоперационной раны отмечалось в 4(6,8%) случаев и в 3(5,1%) случаях смещение неоануса кпереди.

Расхождение краев раны у 3(5,1%), ретракция низведенной кишки у 5(8,5%) детей. Рецидив свища у 2 (3,4%) детей.

После промежностной проктопластики в модификации клиники на месте свищевого хода у 2 (3,4%) детей отмечалась местная гиперемия с отделяемым геморрагического характера в первые 3-4 дня, после консервативных мероприятий выделения прекратились.

Ретракция низведенной кишки у 3(5,1%) детей, соответственно передняя эктопия ануса у 3(5,1%) детей. Заживление ран с незначительным расхождением краев у 2 (3,4%) детей. Этому в немалой степени способствовали тщательно проведенная подготовка, максимальное очищение кишечника от содержимого перед операцией, рациональная антибактериальная терапия. У всех оперированных зафиксирован хороший косметический эффект.

Сроки кагамнестических наблюдений составили от 2 до 10 лет. За указанный период проводили целенаправленные реабилитационные мероприятия (по пока-

заниям бужирование неоануса, тренировочные клизмы, физиотерапевтические процедуры, электростимуляция сфинктерного аппарата и др.) Нами разработан соответствующий алгоритм реабилитации, в котором большое значение мы придаем обязательной госпитализации ребенка 3-4 раза в год под наблюдение оперировавшего хирурга.

Осложнения в различные сроки отдаленного послеоперационного периода оказались в основном непосредственно связанными и явились ожидаемыми у группы детей с осложнениями ближайшего послеоперационного периода.

Частота и характер осложнений отдаленного послеоперационного периода в зависимости от метода промежностной проктопластики представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Осложнения отдаленного послеоперационного периода

№	Операция	Выстояние слизистой кишки	Передняя эктопия ануса	Внесфинктерное низведение	Анальная инконтиненция	Рубцовый стеноз ануса	Рецидив свища	Всего
1.	ППП по Стоун-Бенсону n=21	2(3,4%)	4 (6,8%)	3 (5,1%)	7 (11,8%)	5 (8,5%)	3 (5,1%)	24 (40,7%)
2.	ППП в модификации клиники n=38	2 (3,4%)	3 (5,1%)	2 (3,4%)	4 (6,8%)	3 (5,1%)	-	14(23,7%)
	Всего N=59	4(6,8%)	7(11,9%)	5(8,5%)	11(18,6%)	8(13,6%)	3(5,1%)	38(64,4%)

После промежностной проктопластики по Стоун-Бенсону у 5 (4,8%) детей с расхождением краев раны, в позднем послеоперационном периоде отмечался в различной степени выраженности рубцовый стеноз анального отверстия. Выраженность стенозирующего кольца и его протяженность зависели от уровня ретракции низведенной кишки. Стеноз анального отверстия у 3(5,1%)больных был настолько выраженным, что консервативному разбуживанию препятствовали грубые рубцовые ткани промежности и анального отверстия. У 2(3,4%)больных рубцовый стеноз был нестойким, что консервативными мероприятиями удалось разбуживать анальное отверстие. Выстояние слизистой прямой кишки отмечено у 2(3,4%) детей.

У 4(6,8%) детей отмечена передняя эктопия анального отверстия и у 3(5,1%)детей внесфинктерное низведение кишки. Стойкое недержание кала выявлено у 7(11,8%)детей даже после проведения реабилитационной программы. Рецидив свища как следствие ретракции отмечен у 3(5,1%)детей.

После ППП в модификации клиники стеноз анального отверстия был диагностирован при пальцевом исследовании 3(5,1%) детей. В процессе проведения бужирования и массажа сфинктера нестойкое стенозирующее кольцо было ликвидировано. Выстояние слизистой выявлено у 2 (3,4%) детей.

У 3(5,1%) детей с передней эктопией анального отверстия и у 2 (3,4%) детей с внесфинктерным низведением отмечалось недержание кала. При этом стойкое недержание кала отмеченное именно у этих 4(6,8%) детей с внесфинктерным низведением было выраженным, тогда как у детей с передней эктопией за счет сохранности задней порции мышц анального сфинктера и проведением реабилитационных мероприятий достигали улучшения показателей на 33%. Рецидива свища не наблюдалось.

Заключение

Таким образом, анализ указанных исследований показал, что причиной высокого процента осложнений являются недостаточная мобилизация передней стенки кишки, низведение морфологически неполноценной кишки, что неизбежно приводит к функциональным и органическим нарушениям после операций, как в ранние, так и отдаленные сроки послеоперационного периода.

На основании полученных результатов исследований отмечен ряд преимуществ использования предложенной нами модификации ППП перед операцией по Стоун-Бенсону:

- Сохраняется целостность промежности с ее иннервацией. Это способствует получению хороших кос-

метических и функциональных результатов.

- В результате ретроградного отделения передней стенки и иссечения свища изнутри на месте свищевого отверстия образуется дефект размером соответствующий размеру свища, что предотвращает деформацию и наличие рубца со стороны влагалища.

- Инфицирование раны не наблюдалось, что достигалось отведением каловых масс на расстояние, в результате оставления свободно висячей кишечной культи с сохранной мышечной стенкой и иссечение ее после образования бесшовного анастомоза.

- Сохранение целостности промежности, мышечных структур, как сфинктера, так и пуборектальной петли предотвращало смещение вновь сформированного заднего прохода кпереди, к предверию влагалища, а также исключало возможность рецидива свища в половую систему.

В результате, создание адекватно функционирующего запирательного аппарата, предупреждение анальной инконтиненции и нормальное восстановление внешнего вида промежности способствует адекватной социальной адаптации детей и улучшению качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А. Модифицированная промежностная проктопластика по Стоун-Бенсону при низких формах аноректальной мальформации у детей. //Журнал Хирургия Узбекистана № 2 2016г. Стр.13-18.
2. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т.,Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения свищевых форм аноректальной мальформаций у детей. //Медицинский журнал Узбекистана№ 6 2016г.Стр.53-55.
3. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т.,Тураева Н.Н.,Чулиев М.С., Насыров М.М. Выбор метода и уровня колостомы у детей с болезнью Гиршпрунга и аноректальной мальформацией. //Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана № 2 2016 г. Стр.95-99.
4. Алиев М.М., Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А., Нарбаев Т.Т. Сравнительная характеристика отдаленных результатов хирургического лечения свищевых форм низкой аноректальной мальформации у детей. //Журнал Педиатрия №1-2 2014 г. Стр.64-67.
5. Гумеров А.А., Латыпов Г.Г. и др. Хирургическое лечение атрезии прямой кишки и анального отверстия с ректоэвентуляционным свищом у девочек //Детская хирургия М.-1999-№5-С50.
6. Иванов П. В., Киргизов И. В., Баранов К. Н., Шихин И. А. Этапное лечение аноректальных пороков у детей//Мед. Вестник 2010№3.С.88-89.

7. Каримов У.Ш., Лёнюшкин А.И. Аноректальные дисфункции у детей после первичной проктопластики и возможности их коррекции // *Детская хирургия* – 2007-№3-С.17-20.
8. Лёнюшкин А.И., Мошеков Е.К., Басилашвили Ю.В. Оперативное лечение низких свищевых форм атрезии заднего прохода с применением заднесагитального доступа у детей // *Клиническая хирургия* –1990-№6-С.6-8.
9. Лёнюшкин А.И., Петровский М.Ф. Переднесагитальная промежностная проктоаносфинктеропластика в хирургии аноректальных аномалий у детей // *Детская хирургия* М.–2001 №3-С.4-7.
10. Петровский М. Ф. Новый подход в хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей // *Российский педиатрический журнал*. - 2001. - N 6.С. 38-39.
11. Смирнов А.Н., Поддубный И.В. Хирургическое лечение аноректальных пороков развития у детей (обзор иностранной литературы) // *Хирургия* –1990-№8-С.149-155.
12. Сулайманов А.С., Хамраев А.Ж., Лёнюшкин А.И. Амбулаторная проктология детского возраста – Ташкент –1993-80с.
13. Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. и др. Способ хирургического лечения атрезии прямой кишки со свищом в половую систему у девочек // *Детская хирургия* М. –2001-№4-С.10-13.
14. Aliev M.M., Narbayev T.T., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Early and complications of proctoplasty in children with low anorectal type of malformation // *International congress of Pediatrics 2013 The 27th Congress of the International Pediatrics Association* // 24-29 august 2013 Melbourne, Australia page – 665-666
15. Aliev M.M., Narbayev T.T., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Comparion of rectoplasty in girls with lower form of anorectal malformation // *WOFAPS 2013 Berlin* 12-16 october p-21/8
16. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations // *Pediatr. Surg. Int.* 2013. Vol. 29, #9. P. 899-904.
17. Harjai M.M., Sethi N., Chandra N. Anterior saggital anorectal plastic: An alternative to posterior approach management of congenital vestibular fistula // *Afr. J. Paediatr. Surg.* 2013. Vol. 10., #2. P. 78-82
18. Upadhyaya V.D., Gopal S. C., Gupta D.K., Gangopadhyaya A.N., Sharma S.P., Kumar V. Single stage repair of anovestibular fistula in neonate // *Pediatr. Surg. Int.* 2007. Vol.23, #8. P. 737-740
19. Narbayev T.T., Tilavov U. Kh., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Rehabilitation of Children with Anorectal Malformations. // *J.Progressing Aspects In Pediatrics And Neonatology* 1(3) 2018. Vol.1(5). P. 1-5.
20. Narbayev T.T., Tilavov U. Kh., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Modified Stone Benson’s Perineal Proctoplastics in Low Forms of Anorectal Malformation in Children. // *J. American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2018, Vol. 8(4): 1(5). P. 66-70.
21. Puri A., Chadha R., Choudhury S.R., Garg A. Congenital pouch colon: follow-up and functional results after definite surgery // *J.Pediatr.Surg.* 2006. Vol.41. P.

Поступила 15.05. 2019