



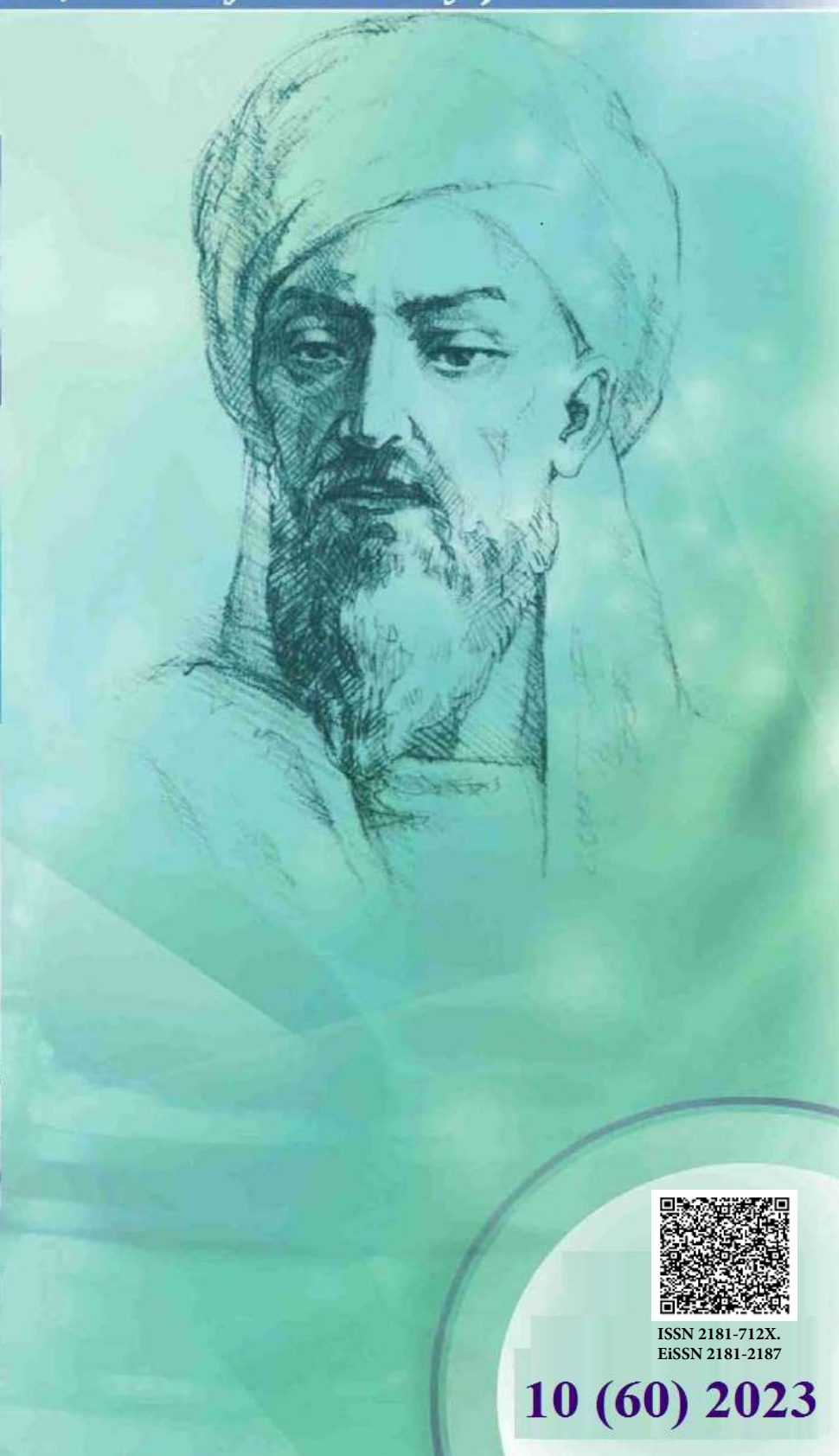
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.352-007.253-055.2-089.86

КОЛОСТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Бозоров Ш.Т. <https://orcid.org/0000-0001-8576-2458>

Гафуров А.А. <https://orcid.org/0000-0002-4388-9116>

Туракулов З.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-4813-2830>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Аноректальные мальформации у детей до настоящего времени являются одной из сложных проблем детской колопроктологии. Большинство детских хирургов продолжают придерживаться мнения о целесообразности предварительной колостомии и отсроченной проктопластики, мотивируя эту тактику возможностью создания оптимального условия для выполнения сложного вмешательства, уменьшения анестезиологического риска, избегая технических ошибок. В основу работы положены результаты лечения 154 детей с аноректальной мальформацией, с предварительной колостомией. Применение колостомии у детей с аноректальной мальформацией, позволило своевременно и дифференцировано провести необходимую хирургическую тактику, уменьшить частоту, характер осложнений и раннюю инвалидизацию, улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Ключевые слова: аноректальные мальформации, колостомия, хирургическое лечение.

COLOSTOMY FOR COMPLICATIONS OF SURGICAL CORRECTION OF ANORECTAL MALFORMATION IN CHILDREN

Bozorov Sh.T. <https://orcid.org/0000-0001-8576-2458>

Gafurov A.A. <https://orcid.org/0000-0002-4388-9116>

Turakulov Z.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-4813-2830>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

Anorectal malformations in children are still one of the difficult problems of pediatric coloproctology. Most pediatric surgeons continue to hold the opinion of the advisability of preliminary colostomy and delayed proctoplasty, motivating this tactic by the possibility of creating optimal conditions for performing a complex intervention, reducing anesthetic risk, and avoiding technical errors. The work is based on the results of treatment of 154 children with anorectal malformation, with preliminary colostomy. The use of colostomy in children with anorectal malformation made it possible to carry out the necessary surgical tactics in a timely and differentiated manner, reduce the frequency and nature of complications and early disability, improve the quality of life and social adaptation of patients.

Key words: anorectal malformations, colostomy, surgical treatment.

BOLALRDA ANOREKTAL MALFORMATSIYALARNI OPERATIV DAVOLASH ASORATLARIDA KOLOSTOMIYA QO'YISH

Bozorov Sh.T. <https://orcid.org/0000-0001-8576-2458>

Gafurov A.A. <https://orcid.org/0000-0002-4388-9116>

Turakulov Z.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-4813-2830>

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1
Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ Rezyume

Bolardagi anorektal malformatsiyalar hali ham bolalar koloproktologiyasining murakkab muammolaridan biri hisoblanadi. Ko'pgina pediatrik jarrohlarda dastlabki kolostoma va kechiktirilgan proktoplastikaning maqsadga muvofiqligi to'g'risida fikr yuritishda davom etmoqdalar, bu taktikani murakkab aralashuvni amalga oshirish uchun maqbul sharoitlarni yaratish, anestetik xavfni kamaytirish va texnik xatolardan qochish imkoniyati bilan rag'batlantiradi. Maqola anorektal nuqsonli 154 nafar bolani dastlabki kolostomiya bilan davolash natijalariga asoslangan. Anorektal malformatsiyasi bo'lgan bolalarda kolostomiyadan foydalanish zaruriy jarrohlik taktikasini o'z vaqtida va differensial tarzda amalga oshirish, asoratlarni va erta nogironlik chastotasi va xarakterini kamaytirish, bemorlarning hayot sifati va ijtimoiy moslashuvini yaxshilash imkonini berdi.

Kalit so'zlar: anorektal malformatsiyalar, kolostoma, jarrohlik davolash.

Актуальность

Аноректальные пороки развития у детей – особая глава детской колопроктологии. В специальной литературе можно встретить разные суждения об уровне наложения колостомы. Одни авторы рекомендуют выбирать для этой цели сигмовидную кишку, другие предпочитают поперечную, третьи – слепую и восходящую. Этот вопрос нельзя решить однозначно. Прежде всего колостома должна соответствовать основной идее лечения, а также не создавать особых трудностей при последующих операциях [1, 2, 3]. Последние годы ознаменованы возможностью коррекции аноректального порока без использования защитной колостомы. При этом в большинстве публикаций считается предварительное наложение стомы правильным. В то же время нельзя согласиться с повсеместным тиражированием операций без стомы, поскольку это повысит риск осложнений [4, 5, 6, 7, 21].

Клинические исследования показали высокий уровень осложнений, связанных с неонатальной колостомой, в частности транзверзостома имеет более высокий процент осложнений, чем сигмостома. Тем не менее, споры продолжаются по поводу типа раздельной колостомы. Это исследование сравнивает клинические исходы петлевой и раздельной колостомы, наложенных по поводу АРМ. [8, 9, 10, 11, 22]. Всегда имеется соблазн коррегировать аноректальные аномалии без защитной колостомы, но осложнения, связанные как непосредственно с колостомой, так и формированием и в дальнейшем закрытием её создают серьёзную угрозу для нормального функционирования как самой кишки, так и сфинктерного аппарата анального отверстия [12, 13, 14]. Очень важна техника выполнения оперативного приема – наложения кишечной стомы с целью предупреждения колостомических осложнений. Не вызывает разногласий то, что у детей с высокими вариантами мальформаций и клоакой, а также до повторно-корректирующих операций необходимо выполнить сначала колостомию, а через 2-3 месяца радикальную коррекцию порока [15, 16, 17]. Большинство детских хирургов продолжают придерживаться мнения о целесообразности предварительной колостомии и отсроченной проктопластики в возрасте 6- 18 месяцев или по достижении ребёнком определенной массы тела (обычно около 8-10кг.), мотивируя эту тактику возможностью создания оптимального условия для выполнения сложного вмешательства, избежав технических ошибок и излишней травматизации мышечных структур тазового дна, органов малого таза, сосудов и нервов прямой кишки [18,19, 20].

Цель исследования: Улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций у детей с предварительной колостомией.

Материал и методы

В нашей работе проведен анализ применения 154 (100%) колостомий. В отделениях детской хирургии клиники Андиганского Государственного медицинского института за период с 2005 по 2021 годы обратились 117 (76%) детей с и без свищевой, а также с высокой свищевой формами аноректальной мальформации с уже сформированной предварительной колостомой в Перинатальных центрах или в клиниках по месту жительства. Возраст детей составил от 2 месяцев до 14 лет.

Результат и обсуждение

У 37 (24%) детей формирование колостом (илеостом) выполнено непосредственно нами. Из них 9 (5,8%) детям как первый этап до первично-радикальной коррекции при высокой форме порока и 10 (6,5%) детям ранее один или несколько раз оперированным с развитием грубых анатомо-функциональных нарушений низведенной кишки и промежности требовавшими повторно-корректирующих операций, 5 (3,2%) пациентам колостомы наложены после развития осложнений в раннем послеоперационном периоде, в 13 (8,5%) случаях колостомы сформированы при выявленных сопутствующих аномалиях и пороках которые клинически «доминировали» над аноректальной мальформацией. Распределение больных по показаниям и типу формирования колостомии представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по показаниям и типу формирования колостомии

Вид колостом Показания	Подвесные (илеостомы)	Цекостомы	Двойная сигмастома	Дистальная одноствольная сигмастома	По типу Гартмана (методом гофрирования)	Всего
Как первый этап до первично-радикальной коррекции	-	-	2(5,4%)	2(5,4%)	5(13,5%)	9 (24,3%)
До повторно-корректирующих операций	2(5,4%)	-	1(2,7%)	3(8,1%)	4(10,8%)	10 (27%)
При осложнениях в раннем послеоперационном периоде	2(5,4%)	2(5,4%)	1(2,7%)	-	-	5 (13,5%)
При сопутствующих аномалиях и пороках развития	3(8,1%)	3(8,1%)	-	2(5,4%)	5(13,5%)	13 (35,1%)
ИТОГО n=37	7(18,9%)	5(13,5%)	4(10,8%)	7(18,9%)	14(37,8%)	37(100%)

$P \geq 0,5$

Из 9 (24,3%) детей нами колостомы сформированы как первый этап до первично-радикальной коррекции у 2(5,4%) наложены двойная сигмастома, у 2(5,4%) дистальная одноствольная сигмастома, у 5(13,5%) терминальная сигмастома по типу Гартмана(правилом гофрирования).

Из 10 (27%) детей которым колостомы сформированы до повторно-корректирующих операций, ранее один или несколько раз оперированным с развитием грубых анатомо-функциональных нарушений низведенной кишки и промежности, у2(5,4%) наложены подвесные(илеостомы), у 1(2,7%) двойная сигмастома, у3(8,1%) дистальная одноствольная сигмастома, у4(10,8%) по типу Гартмана(правилом гофрирования).

Из 5 (13,5%) детей которым колостомы сформированы при осложнениях в раннем послеоперационном периоде (ретракция низведённой кишки, некроз культи, ранняя спаечная непроходимость и т.д.), у 2(5,4%) наложены подвесные (илеостомы), у 2(5,4%) цекостомы и у 1(2,7%) двойная сигмастома.

Из 13 (35,1%) детей которым колостомы сформированы при сопутствующих аномалиях и пороках развития не позволившим провести одномоментную радикальную операции, у 3 (8,1%) наложены подвесные (илеостомы), у 3 (8,1%) цекостомы, у 2 (5,4%) дистальная одностовольная сигмастома, терминальная сигмастома по типу Гартмана (правилом гофрирования) у 5 (13,5%).

Этапные корригирующие операции выполняли в зависимости от «клинической доминанты» той или другой патологии. В ряде случаев в отношении выявленного поражения мочевых путей приходилось придерживаться выжидательной тактики. Так поступали, если сведения о конкретной нозологической единице позволяли в общих чертах прогнозировать исход операции, а также присутствовали отягощающие моменты.

Выжидательная тактика вынуждена при ректоуретральных и ректовагинальных свищах, нейрогенном мочевом пузыре. Например, только после устранения кишечного соустья допустимо вмешательство по поводу мегауретера, пузырно-мочеточникового рефлюкса, гидронефроза и др. Только при дальнейшем обследовании при атрезии анального отверстия и прямой кишки, при высоких свищевых формах с соустьем в мочевой пузырь и уретру у мальчиков у 11 больных дистальный конец атрезированной кишки открывался в мочевой пузырь в проекции треугольника Льео, следует отметить что из них 2 пациентки с ректовезикальным свищем-девочки, что по литературным данным очень редкий вариант мальформаций. У 4 детей имел место ректоуретральный свищ.

При повторных обращениях первично оперированных детей с ретракцией низведенной кишки, с грубыми рубцовыми изменениями запирающего аппарата прямой кишки, рецидивом заболевания, а также при образованиях полных параректальных свищей всегда первым этапом повторно-корректирующего хирургического лечения было наложение колостомы.

У трех пациентов с ректовагинальным свищем попытка промежностной коррекции порока привела к развитию ретракции низведенной кишки, несостоятельность анастомоза, рубцовой деформации анального отверстия. В дальнейшем произведено предварительное формирование одностовольной концевой сигмостомы с последующей повторно- радикальной операцией. При анализе преимуществ любых из видов наложения колостомы хотелось бы отметить, что зачастую колостома является единственным выходом создания условий для опорожнения кишки на фоне явлений кишечной непроходимости. Удастся работать без инфицирования операционных ран, что предотвращает развитие послеоперационных осложнений в виде ретракции, пролапса слизистой прямой кишки, стеноза анального отверстия и явлений инконтиненции.

В целом, наши результаты подтвердили тот факт, что наложение сигмостомы более благоприятно, чем стомы поперечной ободочной кишки. Также наши исследования показывают наличие больших осложнений от петлевых стом, чем от отдельных; в частности, это относится к пролапсу. Следует отметить тот факт, что недостаточная информация у детских хирургов о других методиках колостомии тоже играет огромную роль и чаще стомирующим хирургом в основном используется та методика которой он лучше владеет. При формировании колостомы необходимо не только создать адекватное опорожнение кишки, но и анатомо-физиологически запланировать дальнейший этап операции во избежание осложнений, связанных с неправильным определением вида и уровня колостомы.

Выводы

- 1) Повторно-корректирующие операции во всех случаях возникновения осложнений должны производиться только под прикрытием «защитной» колостомии.
- 2) Предпочтительно формирование одностовольной концевой колостомы (сигмостомы);
- 3) Колостома необходима при выявленных сопутствующих аномалиях и пороках которые клинически «доминируют» над аноректальной мальформацией;

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations. //Pediatr. Surg. 2013;29(9):899-904.
2. Puri A., Chadha R., Choudhury S.R., Garg A. Congenital pouch colon: follow-up and functional results after definite surgery. / J. Pediatr.Surg.-2006.-№41.-P.1413-9.

3. Narbaev T.T., Aliev M.M., Turaeva N.N., Ollabergenov O.T. Results of surgical treatment of anorectal malformation in children. //Med. Scientific and Innovative J. of the Eurasian J. of Pediatrics.-2019.-№1(1).-P.136-143.
4. Aliev M. M., Terebaev B. A., Turaeva N. N. Anorectal malformations in children //Tashkent–2014 y.–164 p. – 2014.
5. Aliev M.M., Razumovsky A.Yu., Narbaev T.T. Modified method of perineal proctoplasty with anorectal malformation in children. //Russian J. Pediatr Surg., Anesthesiology and Intensive Care.-2019.-№9(3).-P.33-42
6. Degtyareva Yu.G. Congenital malformations of the anorectal region. Monograph; Rep. scientific and practical Center of Pediatr. Surg.- Minsk, 2017.180. ISBN 978-985-581-237-2.
7. Aliyev M.M., Narbaev T.T., Dzhalalov M.D., Kholmetov Sh.Sh. Concomitant anomalies and malformations with anorectal malformation in children. //Scientific and practical J. Pediatrics.-2017.-№3.-P.6-9.
8. Aliyev, M. M., Terebaev, B. A., Narbaev, T. T., & Turaeva, N. N. (2019). Surgical Treatment of Postoperative Anal Incontinence In Children. Central Asian Journal of Pediatrics, 2(1), 179-184.
9. Aliev, M. M., Terebaev, B. A., Narbaev, T. T., & Turaeva, N. N. (2014). Comparative characteristics of the long-term results of surgical treatment of fistulous forms of low anorectal malformation in children. Pediatrics, (1-2), 64-66.
10. Lautz T.B. Vacterl associations in children undergoing surgery for esophageal atresia and anorectal malformations: Implications for pediatric surgeons. //J. Pediatr Surg.-2015.-№50 (8). P.1245-50.
11. Mittal A., Airon R., Magu S., Rattan K., Ratan S. Associated anomalies with anorectal alformation (ARM). //The Indian J. of Pediatrics.-2004.-№6.-P.509 - 514.
12. Levin M.D., Degtyarev Yu.G., Averin V.I. et all. Standardization of x-ray examination of the colon and anorectal zone // News surgery.-2013.-№ 21 (4).-P.90–98.
13. Karsten K., Rothe K., Märzheuser S. Voiding Cystourethrography in the Diagnosis of Anorectal Malformations. // Eur J Pediatr Surg.-2016.-№26 (6).-P.494-499.
14. Cuschieri A. Anorectal anomalies associated with or as part of other anomalies. //Am. J. Med Genet. 2002;110:122-130.
15. Lenyushkin A.I., Chuplak I.I. Problems of combined proctourogenital pathologies in pediatric surgery. // Pediatric Surgery. 2001; 1:12-16.
17. Narbayev T.T., Kh T.U., Turaeva N.N., Terebaev B.A. (2018). Rehabilitation of Children with Anorectal Malformations. // J. Progressing Aspects In Pediatrics And Neonatology, 2018;1(5):1-5.
18. Narbayev T.T., Turaeva Kh,U., Terebaev B. A. (2018). Modified Stone Benson's Perineal Proctoplastics in Low Forms of Anorectal Malformation in Children. J. // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 8(4), 66-70.
19. Ivanov V.V., Axelrov V.M., Belkovich S.V. Colostomy as the first stage of surgical correction of malformations of the anorectal region in newborns. // Pediatric Surgery. 2007;2:6-8.
20. Holschneider A, Hutson J, Peña A, Beket E, Chatterjee S, Coran A. et al. Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations. // J. Pediatr. Surg. 2005;40:1521-6.
21. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Бозоров Ш.Т. Особенности защитной колостомии у детей с аноректальной мальформацией. // Педиатрия. 2011;3-4:34-37.
22. Алиев М.М., Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Нарзуллаева М.Х. (2020). Выбор метода коррекции послеоперационной анальной инконтиненции у детей. Молодой ученый, 2020;(22):433-437.
23. 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. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. 2016; 2:95-99.

Поступила 10.09.2023