

*Ш.Т.Бозоров*

*А.А.Гафуров*

*М.А.Юлдашев*

**Кафедра детской хирургии,**

*Ш.Т.Абдукодиров*

**Кафедры инфекционных болезней**

**Андижанский Государственный медицинский институт,**

*Г.С.Розимаматова*

**Кафедра химии**

**Андижанский Государственный Университет**

**Республика Узбекистан, г. Андижан**

**КОЛОСТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

**АННОТАЦИЯ**

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, избежав 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

*Sh.T.Bozorov*

*A.A.Gafuriv*

*M.A.Yuldashev*

**Department of Pediatric Surgery,**

*Sh.T.Abdukadirov*

**Department of Infectious Diseases,**

**Andizhan State Medical Institute**

*G.S.Rozimamatova*

**Department of chemistry**

**Andizhan State University**

*Andijan city, Republic of Uzbekistan*

**COLOSTOMY IN COMPLICATIONS OF SURGICAL CORRECTION  
OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN**

**ANNOTATION**

Anorectal malformations in children are still one of the most difficult problems in pediatric coloproctology. Most pediatric surgeons continue to adhere to the opinion about the advisability of preliminary colostomy and delayed proctoplasty, motivating this tactic with the possibility of creating the optimal conditions for performing a complex intervention, reducing anesthetic risk, avoiding technical errors. The work is based on the results of treatment of 154 children with anorectal malformation and 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, to reduce the frequency, nature of complications and early disability, and to improve the quality of life and social adaptation of patients.

**Key words:** anorectal malformations, colostomy, surgical treatment, children.

**Актуальность проблемы.** 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, ].

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 отдельной колостомы. Это исследование сравнивает клинические исходы петлевой и отдельной колостомы, наложенных по поводу АРМ. [8, 9, 10, ]. Всегда имеется соблазн корректировать 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 [2, 8, 10]. 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 [5, 7, 9]. 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 [2, 4, 7].

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

**Материал и методы исследования.** В нашей работе проведен анализ применения 154 (100%) колостомий. В отделениях детской хирургии клиники Ташкентского Педиатрического медицинского института и Андижанского Государственного медицинского института за период с 2000 по 2020 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.

**Результаты 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**

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

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 одноствольная 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 Лъето, 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 свищом попытка промежностной коррекции порока привела к развитию ретракции низведенной кишки, несостоятельность анастомоза, рубцовой деформации анального отверстия. В дальнейшем произведено предварительное формирование одноствольной 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. Удаётся 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 одноствольной 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).P.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.