

DOI: 10.34921/amj.2024.1.010

ANOREKTAL MALFORMASIYANIN MÜALİCƏ TAKTİKASININ SEÇİLMƏSİ**M.U.İsmayilov¹, R.Ş.Poluxov¹, İ.V.Poddubni²**

*Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq cərrahlığı kafedrası¹, Bakı, Azərbaycan;
A.İ.Yevdokimov adına Moskva Tibbi-Stomatologiya Universitetinin Uşaq cərrahlığı kafedrası²,
Moskva Rusiya Federasiyası*

Xülasə. Məqalədə uşaq cərrahiyyəsi şöbələrində 2010-cu ildən 2022-ci ilə qədər (12 illik müddətə) müxtəlif növ anorektal malformasiyası (ARM) olan 120 uşağın xəstəlik tarixi təhlilinin nəticələri verilmişdir. Təqdim olunan iş 2010-cu ildən bəri perspektiv müayinəsi aparılaraq əsas göstəriciləri tamamlanan kohort retrospektiv elmi-tədqiqat işidir. ARM üçün cərrahi müalicə planlı şəkildə həyata keçirilib, çünki buna qədər bütün uşaqlara doğulduqları ərazilərdə ilkin olaraq müxtəlif növ stomalar tətbiq edilib. Laparoskopik (80 xəstədə) və "açıq" üsullardan (40 uşaqda) istifadə etməklə bəzi yüksək ARM növlərinin radikal laparoskopik korreksiya üsulları onların müalicəsinə tamamilə universal bir yanaşmadır və əməliyyatın bütün zəruri mərhələlərini ümumi qəbul edilən, "açıq" üsullardan aşağı olmayan keyfiyyət və etibarlılıqla yerinə yetirməyə imkan verir. Alınan anatomik və funksional nəticələr müqayisəli qrupdakı nəticələrdən geri qalmır. Həmçinin qeyd edək ki, laparoskopik əməliyyatlar açıq əməliyyatlara nisbətən bir sıra üstünlüklərə – aparılan müdaxilələrin travmatikliyinə azaltması, əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalar ($p < 0,05$), reabilitasiya və bərpa müddətinin azaldılması, həmçinin mövcud müştərək inkişaf anomaliyaları üçün eyni vaxtda müdaxilələr etmək imkanına malikdir.

Açar sözlər: anorektal malformasiya, rektouretral fistul, rektovezikal fistul, ileoanal anastomoz, qoruyucu stoma

Ключевые слова: аноректальная мальформация, ректоуретральный свищ, ректовезикальный свищ, илеоанальный анастомоз, защитная стома

Key words: anorectal malformation, rectourethral fistula, rectovesical fistula, ileoanal anastomosis, protective stoma

Anorektal malformasiya (ARM) anorektal nahiyənin anadangəlmə qüsurudur və mürəkkəb çoxmərhələli cərrahi korreksiya tələb edir. Anorektal inkişaf anomaliyaları (ARM) olan uşaqların müalicəsi uşaq cərrahiyyəsinin aktual və mürəkkəb problemlərindən biri olaraq qalır. Problemin çətinliyi bir çox faktorlardan asılıdır. Bura xəstəliyin vaxtında aşkar edilməsi, qüsurun forması, əlavə qüsurların olub-olmaması, vaxtında stomanın qoyulması və onun anomaliyanın dərəcəsinə uyğun tətbiqi sonrakı müalicə və cərrahi müdaxilə zamanı vacib sayılır [1,2]. Uşaqlarda ARM-nin cərrahi müalicəsi mütəxəssislər – uşaq cərrahları arasında kifayət qədər müzakirə edilmiş və müalicə taktikası əsas etibarlı ilə razılaşdırılmışdır [3]. Cərrahi müdaxilə üsullarının (posterior sagittal yanaşma, laparoskopik yardım) təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, ARM olan xəstələrin

əhəmiyyətli bir hissəsində (10-30%), o cümlədən qüsurların "aşağı" formaları, məsələn, perineal fistullar olan uşaqlarda, yoğun bağırsağın uzunmüddətli disfunksiyası (qəbizlik və ya nəcis saxlamama) mövcuddur. Anorektal malformasiyalar 3000-5000 uşaqdan 1-də baş verir, formasına və ağırlıq dərəcəsinə görə fərqlənir. Malformasiyaların əksəriyyətinin diaqnozu erkən neonatal dövrdə qoyulur, çünki antenatal diaqnostika çətin olaraq qalır. Diaqnozdan sonra, xəstələnmə və ölüm potensialını azaltmaq üçün dəqiq qiymətləndirmə və diqqətli idarəetmə çox vacibdir [4,5]. Rektal atreziyanın rekto-uretral və rekto-vezikal fistullu yüksək formaları zamanı laparoskopikanın istifadəsi patoloji prosesin topik diaqnostikasını həyata keçirməyə, bağırsaq fistulunun varlığını və yerini müəyyən etməyə, bağırsağı səfərbər etməyə və bağırsaq-sidik fistulunu ayırmağa

imkan verir. Bu qüsurlar üçün laparoskopik yardımlı müdaxilələrin texnikasının tətbiqi və təkmilləşdirilməsi əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişatını əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırır. Eyni zamanda, qeyd edək ki, yalnız bəzi klinikaların əməliyyatdan sonrakı dövrdə defekasiya problemi olan uşaqları defekoqrafiya, anorektal manometriya, elektromioqrafiya, həmçinin düz bağırsağın və çanaq əzələlərinin anatomiyasını və funksiyasını qiymətləndirmək üçün istifadə edilən digər üsullarla hərtərəfli müayinə etmək imkanı vardır. APM-nin korreksiyasından sonra nəcis saxlanmazlığı olan xəstələrin xüsusi avadanlıqla təchiz edilmiş və kadr potensialı olan multidissiplinar klinikalarda müayinə və müalicəyə ehtiyacı vardır [6,7]. Anorektal malformasiyaların (ARM) minimal invaziv müalicəsində laparoskopiyanın istifadəsi inkişaf etməkdə davam edir, baxmayaraq ki, cərrahi müalicə və kliniki izləmə prinsipləri dəyişməz olaraq qalır [8]. Anorektal malformasiyaları olan ayrı-ayrı xəstələr üçün bir mərhələli əməliyyatlar təhlükəsiz olsa da, neoanus ətrafında yaranan infeksiyalaşma riskinin yüksək olması əməliyyatın iki mərhələdə aparılmasını zəruri edir. Lakin bu, uzunmüddətli funksional nəticələrdə əhəmiyyətli bir fərqlə çevrilmir [9]. Anorektal malformasiyaları (ARM) olan uşaqların müalicəsinin bütün mərhələlərində görüntüləmə son dərəcə vacibdir. Xəstənin spesifik malformasiyasının əməliyyatdan əvvəl müəyyən edilməsi əməliyyat planının qurulmasına kömək edir [10].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın əsas klinik qrupuna (1-ci qrup) klinikada hazırlanmış laparoskopik yardımlı üsullardan istifadə edilməklə cərrahi müalicə alan 80 uşaq, 2-ci müqayisə qrupuna isə 40 uşaq daxil edilib. Tədqiqatımıza daxil edilən 120 uşağın böyük əksəriyyəti, 117 nəfəri (97,5%) oğlan, cəmi 3-ü (2,5%) qız olmuşdur. Radikal əməliyyat aparılan zamanı uşaqların yaşı 4 ay ilə 7 yaş arasında olmuşdur. 1-ci qrupdakı uşaqların yaşa görə bölgüsü aşağıdakı kimi olmuşdur: 0-12 ay – 33 uşaq (41,25 %); 1-2 yaş – 39 uşaq (48,75 %); 3-6 yaş – 6 uşaq (7,5 %); 7-10 yaş – 2 uşaq (2,5%); cəmi – 80 uşaq (100%)

1-ci qrupdan olan 80 uşaq arasında müayinə zamanı aşağıdakılar aşkar edilib: rektouretral fistula ilə yüksək anal atreziya – 64 uşaq (80%), rektovezikal fistula ilə yüksək anal atreziya – 10 uşaq (12,5%), fistulasız yüksək anal atreziya – 6

uşaq (7,5%). Qeyd edək ki, 1-ci qrupun bütün uşaqları əvvəllər neonatal dövrdə əməliyyat olunublar (demək olar ki, bütün hallarda bizim klinikada deyil), onlara müxtəlif növ stoma qoyulub. Onlardan yoğun bağırsağın sol yarısına ikilüləli “ilgəkli” kolostomiya – 43 uşaq, bağırsağın gətirici və aparıcı uclarının ayrı-ayrılıqda çıxarılması ilə yoğun bağırsağın sol yarısına ikilüləli kolostomiya – 16, köndələn çənbər bağırsağa ikilüləli kolostomiya (“ilgəkli” və ya “ayrı”) – 11, qalxan çənbər bağırsağa ikilüləli “ilgəkli” kolostomiya – 2, ikilüləli ileostomiya – 8 nəfərə qoyulub. 12 halda (15%) uşaqlar klinikamıza daxil olmamışdan əvvəl kolostomiyanın ağırlaşmaları (10), həmçinin bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyinə (2 nəfər) görə təkrar əməliyyat olunublar.

Tədqiqatımızdakı müqayisəli 2-ci qrupa daxil edilən uşaqlar üçün əvvəllər ümumi qəbul edilmiş “açıq” cərrahi üsullardan istifadə etməklə malformasiyanın radikal korreksiyası aparılıb. Zəruri hallarda laparotomiya ilə tamamlanan (29 uşaqda) posteriosagittal anorektoplastika aparılıb, həmçinin inkişaf anomaliyasının anatomik variantının xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq klassik abdomino-perineal endirilmə əməliyyatı (məsələn, Rebein-Romualdi əməliyyatı kimi) icra edilib.

2-ci qrupdakı uşaqların yaşa görə bölgüsü aşağıdakı kimi olmuşdur: 0-12 ay – 17 uşaq (42,5 %); 1-2 yaş – 19 uşaq (47,5 %); 3-6 yaş – 3 uşaq (7,5 %); 7-10 yaş – 1 uşaq (2,5%); Cəmi – 40 uşaq (100%)

2-ci qrupdan olan 40 uşaq arasında müayinə zamanı aşağıdakılar aşkar edilib. Rektouretral fistul – 31 uşaq (77,5%), rektovezikal fistul – 6 uşaq (15%), fistulsuz yüksək anal atreziya – 3 uşaq (7,5%).

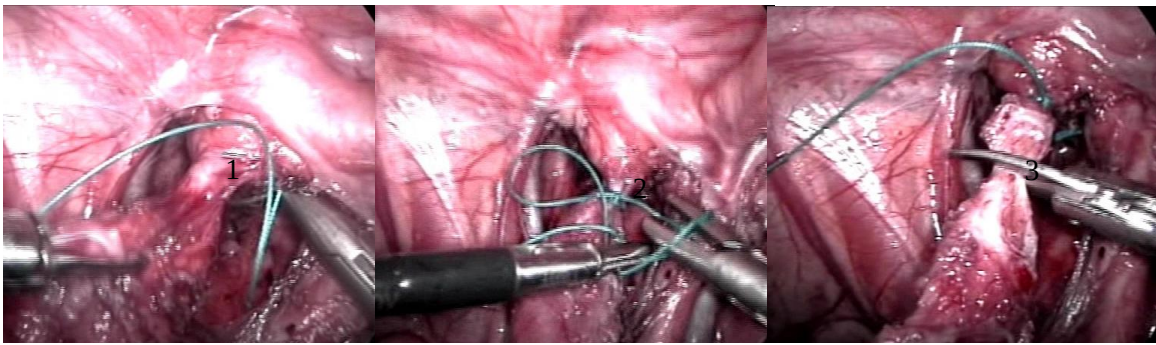
ARM olan 1-ci qrupun bütün uşaqları əməliyyatdan əvvəlki dövrdə hərtərəfli müayinə olunublar: Standart ümumi klinik, biokimyəvi və digər testlər, xəstələrin qidalanma vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və korreksiyası (kəskin nutritiv çatışmazlıq zamanı). Cl. Difficile toksinləri üçün test, aşkar edilərsə, əməliyyatdan əvvəl dekantamasiya edilib. Qarın boşluğu, çanaq, perineum, retroperitoneal boşluq və s. orqanların ultrasəs müayinəsi, o cümlədən digər orqan və sistemlərin (ilk növbədə sidik - cinsiyyət, onurğa və onurğa beyni) mümkün müşayiət olunan inkişaf anomaliyalarını müəyyən edilib. Bağırsağın gətirici və aparıcı hissə-

Kiçik çanağın dərinliklərinə doğru bağırsaq divarı byunca diqqətli bir disseksiya həyata keçirilir və onun bütün distal hissəsi tamamilə ayrılır. Eyni zamanda, mövcud fistul (əgər varsa) vizuallaşdırılır: 1) rektovezikal (ən yüksək və "rahat" yerləşir), 2) rektouretral (çox vaxt kiçik çanaqda dərin bir disseksiya tələb olunur), və ya bir daha fistulanın yoxluğuna əmin oluruq. Fistulanın divarı sidik kisəsinə və ya uretraya açıldığı yerə qədər tamamilə disseksiya edilir (şəkil 1 b). Mövcud olan fistulun distal ucu tikilərək bağlanır və kəsilir (şəkil 2).

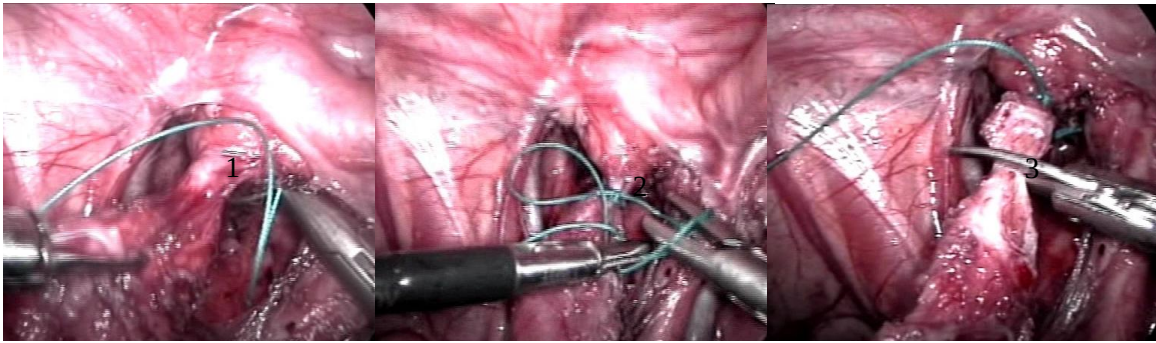
Fistula kəsildikdən sonra bağırsağın distal hissəsi proksimala doğru geri çəkilir və dissek-

siya kiçik çanağın dərinliklərinə doğru davam edir, çanaq dibinin əzələləri, xüsusən də "puborektal ilgək" vizuallaşdırılmaqla, bağırsağı perineuma endirmək üçün içərisindən tunel əmələ gətirilir və bağırsaq aralığa endirilir (şəkil 3).

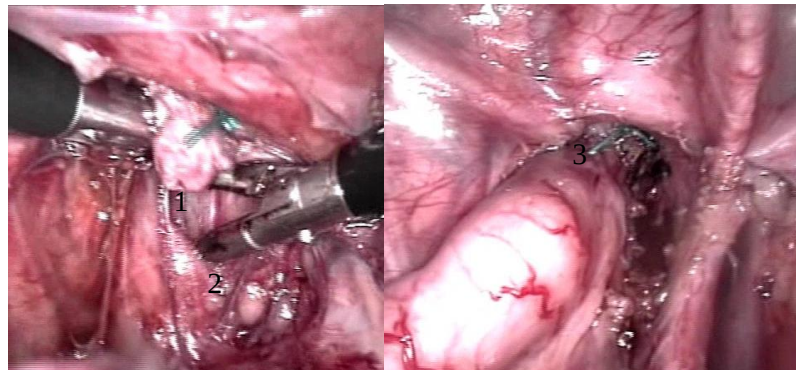
Bağırsaq perineuma endirildikdən sonra peritonun keçid qatı bərpa edilir. Kombinə olunmuş cərrahi patologiya aşkar edildikdə, eyni vaxtda simultan laparoskopik əməliyyat aparılır. Bundan sonra əməliyyatın aralıq mərhələləri başlayır. Bağırsaq perineuma endirilərək fiksə edilir, anoplastika aparılır. Xəstələr reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə yerləşdirilir.



Şəkil 2. Fistulun tam disseksiya edilməsi (1), bağlanması (2) və kəsilməsi (3).



Şəkil 3. Fistulun tam disseksiya edilməsi (1), bağlanması (2) və kəsilməsi (3).



Şəkil 4. "Puborektal ilgəyin" içərisindən tunelin formalaşdırılması (1), əzələlər (2) arasından bağırsağın aralığa endirilməsi (3)

Əməliyyatdan sonra 1-2 gün reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində müalicə aparılır. Bütün hallarda 2-3 gün müddətinə epidural anesteziyanın aparılması kifayət edir. Enteral yüklənməyə əməliyyatdan 12 saat sonra su ilə başlanılır və 24 saat sonra qida qarışığı verilir. Əməliyyatdan 3-4 gün sonra bağırsaq keçidinin normallaşması və stoma vasitəsilə boşalmanın olması qidalanmanın tədricən, lakin sürətli şəkildə normallaşmasını həyata keçirməyə imkan verir. Antibakterial terapiya 5–7 gün, yataq rejimi və perineumda olan yaralara qulluq 7-10 gün davam edir. Nəzarət ultrasəs müayinəsi – əməliyyatdan sonrakı 2-3-cü gün və xəstəxanadan çıxmazdan əvvəl aparılır, xəstənin aktivləşdirilməsi və xəstəxanadan buraxılması – əksər hallarda əməliyyatdan sonrakı 7-10-cu gündə mümkün olmuşdur. Rektal müayinə ilə nəzarət baxışları bir ay ərzində – həftədə 1 dəfə, daha sonra 6 ay ərzində – ayda 1 dəfə, il ərzində – 3 ayda bir dəfə aparılmışdır, bütün uşaqlar əməliyyatdan sonra yaşlarına uyğun olan bujun diametrinə uyğun olaraq bujlamadan keçirilib. Stoma bütün yaraların, tikişlərin sağalmasından və bujlamanın tam kursu başa çatdıqdan sonra bağlanır – adətən radikal əməliyyatdan 3-6 ay sonra. Daha sonra uşaqlara yaşadıkları yer üzrə nəzarət olunmuş, vaxtaşırı bizim tərəfimizdən baxış və təkrar müayinələr aparılmışdır.

Xəstələrin əsas və müqayisəli qruplarda müalicəsinin effektivliyini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı əməliyyatdaxili və əməliyyatdan

sonrakı göstəricilər təhlil edilmişdir:

Cərrahi əməliyyatın müddəti, əməliyyatdaxili qan itkisinin həcmi, əməliyyatdaxili ağırlaşmaların tezliyi və ağırlığı, konversiya ehtiyacı və tezliyi (laparoskopik əməliyyatlar üçün), reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində (RİTŞ) qalma zərurəti və müddəti, bədən istiliyinin normallaşma müddəti, ağrıkəsicilərdən (narkotik, qeyri-narkotik və s.) istifadə ehtiyacı və müddəti, bağırsaqların dərmanla stimullaşdırılması zərurəti və müddəti, həmçinin bağırsaq hərəkətliliyinin bərpası üçün vaxt, xəstənin aktivləşdirilməsi vaxtı, xəstənin əməliyyatdan sonra xəstəxanada qalma müddəti, əməliyyatdan sonrakı erkən və gec müddətdə baş verən ağırlaşmaların tezliyi və ağırlığı, ağırlaşmalarla bağlı təkrar cərrahi əməliyyatların tezliyi, müalicənin yaxın və uzaq dövrdə funksional və kosmetik nəticələri.

Tədqiqatın nəticələrinin statistik analizi zamanı kəmiyyət göstəricilərinin işlənməsində W (Uilkokson-Manna-Uitni) meyarı tətbiq edilmişdir. Keyfiyyət göstəricilərinin analizində Pirsunun χ^2 (xu-kvadrat) meyarı ($n \geq 5$ olduqda) və Fişerin Dəqiq Üsulu ($n < 5$ olduqda) tətbiq edilmişdir. Statistik araşdırmalar MS EXCEL və S-PLUS proqramlarından istifadə etməklə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Tədqiqata cəlb edilmiş uşaqlarda əməliyyatdaxili göstəricilər müqayisə edilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1. Pasiyentlərimizdə aparılan laparoskopik və “açıq” əməliyyatları xarakterizə edən əməliyyatdaxili göstəricilərin müqayisəsi

Müqayisə edilən göstəricilər	Əsas qrup (laparoskopik) n=80	Müqayisə qrupu (“açıq”) n=40	p
Əməliyyatın müddəti (dəq.)	73,3±3,3 (34-139)	182,2±7,4 (113-264)	p<0,001
Əməliyyatdaxili qan itkisinin həcmi (ml)	20,1±0,4 (15-26)	109,4±1,8 (90-124)	p<0,001
Reanimasiya şöbəsində qalma müddəti (gün)	1,66±0,05 (1-2)	3,93±0,16 (2-5)	p<0,001
Bədən istiliyinin normallaşdırılması üçün vaxt çərçivəsi (gün)	3,19±0,09 (2-4)	7,88±0,18 (6-9)	p<0,001
Ağrıkəsicilərin istifadə müddəti (günlər)	3,13±0,09 (2-4)	5,43±0,12 (4-6)	p<0,001
Bağırsaqların dərman stimullaşdırılmasının müddəti (gün)	1,36±0,05 (1-2)	3,73±0,07 (3-4)	p<0,001
Əməliyyatdan sonra enteral yüklənmənin başlama vaxtı (saat)	14,09±0,18 (12-18)	26,20±0,29 (24-30)	p<0,001
Stomadan sərbəst nəcisin görünmə vaxtı (gün)	1,38±0,05 (1-2)	2,33±0,11 (1-3)	p<0,005
Xəstənin əməliyyatdan sonra xəstəxanada qalma müddəti (gün)	6,69±0,09 (6-8)	11,10±0,16 (9-12)	p<0,001

Cədvəl 2. Anorektal malformasiyalı xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən ağrılaşmalar

ARM olan xəstələrin qrupları	Qrup 1 (laparoskopik) n=80		Qrup 2 ("açıq") n=40 xəstə		p
	müt.	%	müt.	%	
Əməliyyatdan sonra erkən baş verən ağrılaşmaların cəmi	6	7,50	7	17,50	p<0,05
Ağrılaşmaların dərəcəsi (Clavien-Dindo şkalasına görə)					
I-Dərəcə (qarşısı alınmış yara infeksiyası)	3	3,8	1	2,5	P>0,05
II-Dərəcə (əlavə dərman müalicəsi və digər terapiyalar)	2	2,5	2	5,0	P>0,05
III a -Dərəcə – ümumi anesteziyasız müdaxilələr	0	0,0	0	0,0	P>0,05
III b -Dərəcə – ümumi anesteziya altında olan müdaxilələr	1	1,3	3	7,5	P>0,05
IV-Dərəcə – ağrılaşmaların stasionar şəraitdə əlavə müalicəsi	0	0,0	1	2,5	P>0,05
V-Dərəcə – xəstə ölümü.	0	0,0	0	0,0	P>0,05

Əməliyyatdaxili göstəricilərin təhlili bütün hallarda laparoskopik üsulun açıq üsuldan əhəmiyyətli dərəcədə üstün ($p<0,001$, $p<0,005$) olduğunu göstərir. Əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı qan köçürmə tezliyi əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olmuşdur ($P=0,016$). Belə ki, laparoskopik üsulla əməliyyat olunan cəmi 3 (3,75%), açıq üsulla operasiya olunan 7 (17,5%) xəstəyə qan köçürmək lazım gəlmişdir. Heç bir halda laparoskopik üsuldan açıq üsula keçidə (konversiya) ehtiyac olmamışdır.

Uşaqların cərrahi müalicəsinin nəticələrinin təhlili erkən dövrdə (müdaxilədən sonra 30 gün ərzində) və əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə (1-11 il müddətində) aparılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı erkən ağrılaşmaları qiymətləndirmək üçün biz Klavye-Dindo şkalası əsasında təsnifatdan istifadə etmişik (cədvəl 2).

Əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə baş verən ağrılaşmaların ümumi sayı laparoskopik üsulda ənənəvi metoddan əhəmiyyətli dərəcədə ($p<0,05$) fərqlənir. Müxtəlif ağrılaşmaların müqayisəsi endocərrahi metodun pasteriosagital

üsuldan geri qalmadığını göstərir. Qeyd edək ki, ARM zamanı laparoskopik əməliyyatların aparılması pasteriosagital üsula yardımçı metod kimi yaransa da, sonradan ciddi alternativə çevrilmişdir.

Beləliklə, bəzi yüksək anorektal malformasiyaların radikal korreksiyasının laparoskopik yardımçı üsulları onların müalicəsinə tamamilə universal bir yanaşmadır və əməliyyatın bütün zəruri mərhələlərini ümumi qəbul edilən "açıq" üsullardan aşağı olmayan keyfiyyət və etibarlılıqla yerinə yetirməyə imkan verir. Alınan anatomik və funksional nəticələr müqayisəli qrupdakı nəticələrdən geri qalmır. Həmçinin qeyd edək ki, laparoskopik əməliyyatlar açıq əməliyyatlara nisbətən bir sıra üstünlüklərə – aparılan müdaxilələrin travmatikliyinə azaltılması, əməliyyatdan sonrakı erkən ağrılaşmalar ($p<0,05$), reabilitasiya və bərpa müddətinin azaldılması, həmçinin mövcud müştərək inkişaf anomaliyaları üçün eyni vaxtda müdaxilələr etmək imkanına malikdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Poluxov R.Ş., Quliyev Ç.B., Məhəmmədov V.Ə. və b. Uşaqlarda anorektal patologiyaların müalicəsi zamanı bağırsaq stomalarının formalaşdırılması. Ümummilli lider Heydər Əliyevin anadan olmasının 92-ci ildönümünə həsr olunmuş "Təbabətin aktual problemləri" elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2015, səh. 44.
2. Poluxov R.Ş., Quliyev Ç.B., Məhəmmədov V.Ə. Uşaqlarda anorektal malformasiyaların müalicəsində təkmilləşdirilmiş ikilümlü siqmastomanın tətbiqi. Bakı Dövlət Universitetinin nəzdində Tibb fakültəsinin yaradılmasının 100 illiyinə həsr olunmuş "Təbabətin Aktual problemləri" adlı elmi praktik konfransın materialları. Bakı, 18-19 aprel 2019-cu il, səh. 41.
3. Аверин В.И., Ионов А.Л., Караваева С.А., и др. / Аноректальные мальформации у детей (федеральные клинические рекомендации) // Детская хирургия, 2015. – Т. 19. № 4. С. 29–35. [Averin V.I., Ionov A.L.,

- Karavayeva S.A., i. dr. / Anorektalnyye malformatsii u detey (federalnyye klinicheskiye rekomendatsii) // Detskaya khirurgiya, 2015. – T. 19. № 4. S. 29–35]
4. King SK, Levitt MA. Advances in the Management of the Neonate Born with an Anorectal Malformation. Clin Perinatol. 2022 Dec;49(4):965-979. doi: 10.1016/j.clp.2022.08.002. Epub 2022 Oct 9. PMID: 36328611
 5. Ismailov M.U. Algorithms of surgical tactics in complications of Crohn's disease and ulcerative colitis in children // Azerbaijan Medical Journal, 2023, № 1, p. 159-163
 6. Peña A., Bischoff A. Surgical treatment of colorectal problems in children. 2015. Springer. P. 497.
 7. Шамсиев А.М., Стрелков Н.С., Саидов М.С. и др. / Принципиальные подходы к оперативному лечению недержания кала после хирургической коррекции аноректальных мальформаций // Уральский медицинский журнал. 2014. – 7 (121). С. 122–125. [Shamsiyev A.M., Strelkov N.S., Saidov M.S. i. dr. / Printsipialnyye podkhody k operativnomu lecheniyu nederzhaniya kala posle khirurgicheskoy korrektsii anorektalnykh malformatsiy // Uralskiy meditsinskiy zhurnal. 2014. – 7 (121). S. 122–125.]
 8. Rentea RM, Halleran DR, Wood RJ, et. al. The Role of Laparoscopy in Anorectal Malformations. Eur J Pediatr Surg. 2020 Apr; 30(2):156-163. doi: 10.1055/s-0040-1701700. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32131133.
 9. Hartford L, Brisighelli G, Gabler T, et. al. Single-stage procedures for anorectal malformations: A systematic review and meta-analysis. J Pediatr Surg. 2022 Sep;57(9): p.75-84. doi: 10.1016/j.jpedsurg. 2021.12.024. Epub 2022 Jan 7. PMID: 35063254.
 10. Ralls M, Thompson B.P, Adler B, et. al. Radiology of anorectal malformations: What does the surgeon need to know? Semin Pediatr Surg. 2020 Dec;29(6):150997. doi: 10.1016/j.sempedsurg.2020.150997. Epub 2020 Nov 15. PMID: 33288131.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИИ

М.У.Исмаилов¹, Р.Ш.Полухов¹, И.В.Поддубный²

*Кафедра детской хирургии Азербайджанского медицинского университета¹,
Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова², Баку, Азербайджан*

Резюме. В статье представлены результаты анализа истории болезни 120 детей с различными видами аноректальных пороков развития (АРМ) за период с 2010 по 2022 год (12-летний период) в отделениях детской хирургии. Данное исследование представляло собой когортный ретроспективный анализ с проспективным заполнением базы данных с 2010 года. Следует отметить, что все дети группы 1 были ранее уже оперированы в периоде новорожденности (практически во всех случаях – не в нашей клинике) – им были наложены различные варианты стом. По этому хирургическое лечение АРМ проводилось по плану. Проанализирована разработанная и применяемая в нашей клинике методика лапароскопической ассистированной проктопластики при высоких безсвищевых и свищевых (ректоуретральных, ректовезикальных) вариантах АРМ и сопоставлены полученные результаты. В связи с этим, мы можем заключить, что лапароскопически – ассистированные методики (у 80 больных) радикальной коррекции некоторых высоких АРМ являются вполне универсальным подходом к их лечению, позволяющим выполнить все необходимые этапы операции с качеством и надежностью, не уступающей общепринятым «открытым» (у 40 детей) способам. Полученные анатомические и функциональные результаты не уступают результатам в сравнительной группе. Лапароскопические операции имеют ряд преимуществ перед «открытыми» – в плане уменьшения травматичности операции, сроков послеоперационной реабилитации и восстановления, ранних послеоперационных осложнений ($p < 0,05$), а также возможности выполнения одномоментных вмешательств по поводу имеющихсся сочетанных аномалий развития.

CHOICE OF TREATMENT TACTICS FOR ANORECTAL MALFORMATIONS

M.U.Ismailov¹, R.Sh.Polukhov¹, I.V.Poddubny²

*Department of Children's Surgery of Azerbaijan Medical University¹, Baku, Azerbaijan
Medical-Stomatological University named after A.I. Evdokimov², Moscow, Russian Federation*

Summary. The article presents the results of an analysis of the medical history of 120 children with various types of anorectal malformations (ARM) for the period from 2010 to 2022 (12-year period) in pediatric surgery departments. This study was a retrospective cohort analysis with prospective completion of the database since 2010. It should be noted that all children in group 1 had previously been operated on during the neonatal period (in almost all cases - not in our clinic) - they were given various types of stomas. Therefore, surgical treatment of ARM was carried out according to plan. The method of laparoscopic

assisted proctoplasty developed and used in our clinic for high fistula-free and fistulous (rectourethral, rectovesical) variants of ARM was analyzed and the results obtained were compared. In this regard, we can conclude that laparoscopically-assisted techniques (in 80 patients) for radical correction of some high ARMs are a completely universal approach to their treatment, allowing all the necessary stages of the operation to be performed with quality and reliability that is not inferior to the generally accepted “open” ones (in 40 children) methods. The obtained anatomical and functional results are not inferior to the results in the comparative group. Laparoscopic operations have a number of advantages over open ones – in terms of reducing the trauma of the operation, the timing of postoperative rehabilitation and recovery, early postoperative complications ($p<0,05$), as well as the possibility of performing simultaneous interventions for existing concomitant developmental anomalies.

Müəlliflə əlaqə üçün:

İsmayılov Mahmud Uğurlu oğlu, Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq cərrahlığı kafedrası, Bakı, Azərbaycan

E-mail: doctor-mahmud@mail.ru