

dermorespiratory syndrome and obesity to improve clinical outcomes and quality of life.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕТЕЙ.

Хамраев А.Ж.¹, Хамроев У.А.², Камолова К.С.³

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Университет Алфраганус РУз.

Ключевые слова: эктопия ануса, дети, хирургическое лечение, аноректальный угол, агенезия копчика

Актуальность. Эктопия ануса (ЭА) – когда анальное отверстие располагается на необыкновенном месте, при этом анус нормально функционирует, сохраняются все анатомические структуры анального канала и часто встречается у девочек. Выбор тактики хирургического лечения (ХЛ) является важным критерием для уменьшения сроков реабилитации.

Цель: Оптимизация тактики хирургического лечения эктопии ануса у детей.

Материалы и методы. Нами за последние 10 лет диагностированы 41 детей с ЭА на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Среди них, у 25 (61%) больных проведено ХЛ, из которых составили: до 6 месяцев – 2(8%); 6-12 месяцев – 8(32%); 1-3 года – 9(36%); 4-9 лет – 6(24%). Мальчики составляли- 7(28%), девочки- 18(72%). У всех больных проведены клинические обследования: осмотр промежности (локализация); пальпаторно определяется наличие или отсутствие копчика; определение анококцигеального индекса (АКИ) по формуле $АКИ = А:В$; обзорная рентгенография копчиковой кости, где определяется сакральный индекс по формуле $СИ = ВС:АВ$, в норме равен 0,74-0,77) и ирригография (в норме аноректального угла 82-105°); МРТ органов дна малого таза.

Результаты: ЭА у детей из-за скудности симптоматики поздно диагностируется в раннем периоде и часто приводит к инфицированию половых путей. Часто поводом обращения больных служит «ненормальное расположение ануса» и наличие запора. При первичном осмотре, кожный

мостик (диастаз) между заднепроходного отверстия (ЗПО) и половой щелью был короткий и отклонен вперед (промежностная форма) в 16 (39%) случаях; в остальных 25 (61%) случаях - кожный мостик отсутствовал (вестибулярная), где преддверие влагалища переходило в слизистую анального канала и функциональная способность ануса не была адекватной, отмечались запоры. У 19 (46,3%) девочек с ЭА имело место сочетание агенезии копчика (АК). При исследовании АКИ был меньше 0,34, рентгенологически - СИ было меньше 0,74, что свидетельствует о переднем смещении ануса. При МРТ исследования органов дна малого таза выявлено атипичное расположение мышц леваторов передней полуокружности ЗПО. При ирригографии аноректальный угол меньше 82°.

На основе выше диагностических критериев, у всех обследованных больных с ЭА установлен абсолютное показание для радикальной операции, где проведено у 25 больных. Нами выполнялась в 18 (75%) случаях операция «реимплантация ануса» (по Стоуну) и в 6 (25%) случаях разобщение влагалища и ЗПО с леваторопластикой (по Риццоли). При последней укрепляется только передние порции сфинктеров, при котором деформируется анальный канал и аноректальный угол заостряется, что больные часто страдают запором в послеоперационном периоде. При этом очень важно создавать противовес, путём укрепления задних леваторов, прямокишечно-копчиковой мышцы и связки у больных при сочетании АК. Поэтому нами проведен видоизмененный метод Риццоли, с дополнительным укреплением задних дефектов мышц леваторов и прямокишечно-копчиковой связки, где ЗПО перемещается на естественное место. Этот метод выполнен у 6 больных с ЭА в сочетании АК.

У всех больных, перенесших коррекцию ЭА, отмечаются в послеоперационном периоде функциональные расстройства акта дефекации, которые восстановились в течение 2-3 месяца после реабилитационного (электростимуляция и БОС-терапия) лечения.

Выводы: Операция по Стоуну считается более оптимальным методом при хирургической коррекции эктопии ануса у детей. При сочетании агенезии копчика, укрепления задних леваторов, прямокишечно-копчиковой мышцы и связки является основным моментом радикальной коррекции данного порока .

Surgical tactics for the treatment of anal ectopia in children

Khamraev A.Zh.¹, Khamroev U.A.², Kamolova K.S.³

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

²Al-Farghaniy University, Republic of Uzbekistan

³Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Keywords: anal ectopia, children, surgical treatment, anorectal angle, coccygeal agenesis

Abstract: Anal ectopia (AE) is a rare congenital anomaly in which the anal opening is abnormally positioned, despite preserved function and anatomical structure. This study aimed to optimize surgical treatment strategies for AE in children. A total of 41 patients were diagnosed over a 10-year period, with 25 undergoing surgery. Diagnostic evaluation included clinical, radiological, and MRI assessments. Two main surgical techniques were applied: anal reimplantation (Stone method) and vaginal-anal separation with levatoroplasty (Rizzoli method), with a modified approach used in cases with coccygeal agenesis. Postoperative functional outcomes were favorable following rehabilitation. The study concludes that the Stone method is the most effective approach for AE correction, while additional reinforcement of posterior structures is crucial when coccygeal agenesis is present.

Conclusion Stone's procedure is the most optimal surgical method for correcting anal ectopia in children. In cases of coccygeal agenesis, strengthening of the posterior levators, rectococcygeal muscle, and ligament is a key component of radical correction.

ПОЗДНИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.

Хамраев А.Ж.¹, Каримов И.М.², Акмалова Ю.И.³

**Ташкентский педиатрический медицинский институт. Республики
Узбекистан**