

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

УДК 616-053.2-089

**УБАЙДУЛОВ
ВАЛИХОН РАДЖАБОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕ-
ЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ**

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ
СТЕПЕНИ КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК
по специальности 14.01.19 – детская хирургия**

Душанбе 2019

Работа выполнена на кафедре детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Ибодов Хабибулло** - доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Султонов Шерали Рахмонович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Пулотов Камолджон Джамолович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ «Научно – исследовательский институт медико - социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Республики Таджикистан

Оппонирующая организация: Государственное учреждение «Научный клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 г. в «__» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-025 при Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) и на официальном сайте (www.tajmedun.tj) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан «__» _____ 2019 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук**

Назаров Ш.К.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Рассмотрение анальной недостаточности, как осложнение после коррекции аноректальных пороков развития, является одной из важных задач детской колопроктологии [Воробьев Г.И., Полетов Н.Н., 2007]. Аноректальные мальформации составляют более 85% всех врожденных пороков развития. Высоки колебания соотношения числа больных детей к общему числу родившихся - 1:5000, и в настоящий момент нет тенденции к снижению показателей [Абдуфатов Т.А., 2007; Абелевич А.И., Комаров Д.В., Ларин А.А., Дезорцев И.Л., Паценкер Е.Н., 2008; Алиева Э.И., 2003; Brown S.R., Seow - Choen F., 2000; Rintoul R.F., 2000]. Огромный опыт проведения хирургической коррекции аноректальных пороков не ограждает от неудовлетворительных результатов, составляя высокий уровень осложнений – от 15 до 75% [Батурин, В.И., 1996; Аипов Р.Р., 2009; Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Полетов Н.Н., 2007; Жерлов Г., Панкратов И., 2008; Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н., 2016; Помазкин В.И., 2018]. Превалирующими причинами развития неудовлетворительных результатов послеоперационного периода являются неправильно выбранный вид хирургического вмешательства, нарушение функциональной активности наружного сфинктера у 40–65% больных, сопровождающееся инконтиненцией, недержанием кала [Бондарь В.В., 2000; Burjonrappa S., Youssef S., Lapiene S., 2010; Verquist, W.E., 1995].

Анальная недостаточность не угрожает жизни ребенка, однако является серьезной проблемой для детей и их родителей, затрудняет развитие личности и ограничивает контакты пациента с внешним миром в значительно большей степени, чем другие болезни [Васильев С.В., Недозимованый А.И., Попов Д.Е., Деметьева Е.А., 2016; Подмаренков В.А., Фоменко О.Ю., 2005; Olagne E, Baulieux J., 2000; M. Hibi, N. Iwai, O. Kimura et. al. et., 2003; H. Ros Mendoza, L Sarria Octaviode Toledo, E. Martinez Mombila, J. Elias Pollina, 2008]. В современной литературе большое внимание уделяется вопросам диагностики и лечения аноректальной недостаточности, совершенствованию оперативных методов [Алиева Э.И., 2003; Даценко Б.М., Бардюк А.Я., 2004; Каримов У.Ш., Лёнюшкин А.И., 2007; A. Pena, A.R. Hong, P. Midulla, M. Levitt, 2003]. Тем не менее, несмотря на положительные сдвиги, проблема далека от разрешения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Связь работы с научными программами (проектами), темами

Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» «Оптимизация диагностики и хирургического лечения анальной недостаточности у детей» (сроки выполнения 2013-2018 гг.)

Цель исследования. Оптимизация диагностики и повторной хирургической коррекции анальной недостаточности у детей после перенесённой операции с промежностной и брюшно-промежностной проктопластикой.

Задачи исследования:

1. Изучить причины развития анальной недостаточности у детей после перенесённых оперативных вмешательств с промежностной и брюшно-промежностной проктопластикой по поводу аноректальных пороков развития.

2. Определить возможные диагностические методы исследования у детей с анальной недостаточностью.

3. Разработать патогенетически обоснованные методы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения детей с анальной недостаточностью.

4. Усовершенствовать существующие способы хирургического лечения анальной недостаточности у детей.

5. Оценить способы восстановительной терапии детей с анальной недостаточностью.

Научная новизна. Ретроспективное изучение клинического материала детей выявило ряд причин развития послеоперационной анальной недостаточности, таких как диагностические, тактические ошибки, просчеты технического характера при проведении оперативного лечения аноректальных пороков развития. Установлены факторы развития анальной недостаточности после промежностной и брюшно-промежностной проктопластики, недостаточное проведение реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде, а также нарушение некоторых показателей гемостаза до и после операции. Доказана эффективность применения гемодилуции в сочетании с озонотерапией в пред-, интра- и послеоперационных периодах, что устраняет гемическую гипоксию перемещённой мышцы при сфинктеропластике, развитие тромботических нарушений. Разработан и внедрен метод сфинктеропластики с использованием нежной мышцы бедра.

Практическая значимость. Результаты проведенных научных исследований у детей с анальной недостаточностью по изучению некоторых аспектов гемостаза, микроциркуляторных изменений перемещённой мышцы после операции и в отдаленном периоде, биоэлектрической активности мышц анального жома, функциональной восстанавливаемости мышц аноректальной области имеют теоретическое и практическое значения. Вышеизложенное способствует определению объема диагностических и лечебных мероприятий, выбору сроков и методов оперативной и консервативной коррекции анальной недостаточности у детей, способов медицинской и социальной реабилитации в отдаленном периоде. В результате патогенетического подхода с применением гемодилуции в сочетании с озонотерапией с учетом нарушения системы гемостаза, микроциркуляции перемещённой мышцы, а также рационального выбора консервативного и оперативного

лечения у больных с анальной недостаточностью II - III степени достигнуто снижение частоты послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в клиническую практику отделения детской хирургии Государственного учреждения «Комплекс здоровья Истиклол» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и в учебный процесс кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Выявление факторов риска развития анальной недостаточности у детей является одним из важных критериев для раннего выбора методов консервативного и/или оперативного лечения.

2. Оценка состояния промежности, толстого кишечника, биологической электрической активности мышц сфинктера и системы гемостаза у детей с анальной недостаточностью, которым предстоит оперативное вмешательство, позволяет определить тактику ведения больных и установить истинный объем оперативного вмешательства, анестезиологического обеспечения и проведения профилактики развития осложнений.

3. Недостаточно проводимая предоперационная подготовка и послеоперационная терапия без учета изменений системы гемостаза приводит к осложнениям разного рода.

4. При выборе хирургического лечения для достижения максимально положительных результатов необходимо учесть степень анальной недостаточности, сроки ранее выполненной операции и наличие рубцовых изменений промежности.

5. Методологические подходы к реабилитации и диспансеризации детей с анальной недостаточностью служат основой предотвращения развития осложнений.

Личный вклад автора. Автор самостоятельно проанализировал современную литературу по проблеме факторов, приводящих к анальной недостаточности, и провел обоснование методов предоперационной подготовки, хирургической тактики, коррекции нарушений гемостаза. Им самостоятельно выполнено 60% оперативных вмешательств по поводу анальной недостаточности, проведены различные методы инструментального исследования.

Апробация диссертации и информации об использовании её результатов. Материалы работы доложены и обсуждены на годичных научно-практических конференциях Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, посвященных «Медицинской науке и образованию» (Душанбе, 2013, 2014), научно-практической конференции хирургов г. Душанбе (Душанбе, 2015), Международном конгрессе EUROMEDICA, Ганновер, Германия (2015). Обсуждены и доложены на заседании ассоциации детских хирургов, анестезиологов и реанима-

тологов Республики Таджикистан (Душанбе, 2018), заседании межкафедра-льного экспертного совета по хирургическим дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (08 февраля 2019 года, протокол заседания №4/1).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 3 в журналах, входящих в список рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК Российской Федерации, 1 изобретение, 2 рационализаторских предложений.

Объем и структура работы. Работа изложена на 15 страницах компьютерного текста, включает 8 таблиц, 14 рисунков и 4 диаграммы. Диссертация состоит из 4 глав, заключения, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка использованных источников. Список литературы включает 216 источников, из них 128 отечественных и 88 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования. Объектом исследования были 180 детей с пороками развития аноректальной области, находившиеся на лечении в период с 2000 по 2017 год в городской клинической детской хирургической больнице города Душанбе и в отделении детской хирургии города Худжанда. При ретроспективном анализе у 75 (41,6%) из 180 пациентов заболевание сопровождалось недержанием кала. У всех детей недержание кала наблюдалось после различных оперативных вмешательств по поводу аноректальных пороков развития: атрезия ануса - у 21 (28,0%), атрезия ануса и прямой кишки - у 39 (52,0%) и атрезия прямой кишки - у 15 (20%) больных. Возраст пациентов варьировал от 5 до 16 лет. Первоначально 31 (41,9%) пациенту была выполнена комбинированная брюшно-промежностная операция, а 44 (58,1%) - промежностная проктопластика. При определении степени анальной недостаточности была использована классификация А.И. Ленюшкина (1999). Согласно данной классификации анальная недостаточность разделена на три степени. Больные, в зависимости от выявленных патофизиологических изменений, предоперационной подготовки, интра- и постоперационного ведения, а также в зависимости от применяемого способа восстановительного лечения, разделены на две взаимно сопоставимые по возрасту, полу и степени недержания кала группы: основную группу составили 31 (41,3%) больной, а группу сравнения - 28 (37,3%). Из общего количества детей у 16 (21,3%) имелась I ст. анальной недостаточности, которым проводилось консервативное лечение. Из 75 больных у 59 (78,7%) выявлена недостаточность анального сфинктера, из них II степень недостаточности была у 28 (48,2%), III степень - у 31 (52,5%) больного.

Больные, в зависимости от степени недержания, получали соответствующее лечение (консервативное и/или оперативное). Всем детям анальной недостаточностью II и III степени неоднократно ранее были выполнены корригирующие операции. В группу сравнения (контрольная) включены дети после операции сфинктеропластики по методике Фаермана - 6 (8,0%) человек, пластики ягодичными мышцами - 10 (13,3%), пластики

мышцами наружного и внутреннего сфинктера - 12 (16,0%) больных. 31 (41,3%) пациенту основной группы сфинктеропластика выполнена с использованием нежной мышцы бедра в модификации клиники «Детская хирургия, анестезиология и реаниматология» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Патент №ТJ696, от 10.06.2015г.).

Обе группы по возрасту, полу, причинам развития, тяжести общего состояния, формы степени анальной недостаточности были рандомизированы.

Распределение детей по возрасту показало, что недержание кала наиболее выраженным было у детей в возрасте 5-8 лет, что составило 53,3%, у детей 9-11 лет - 28,4%, 12-16 лет - 19,30% случаев.

У 61 (81,3%) из 75 больных причиной развития анальной недостаточности явились допущенные тактические и технические ошибки, а у 14 (18,7%) диагностирована гипоплазия мышц тазового дна, гипоплазия копчика у 5 (6,6%), а также нагноительные процессы и недостаточный уход в послеоперационном периоде. Следует отметить, что больные с анальной недостаточностью ранее были оперированы неоднократно: 2 раза – 25 (33,3%) детей, 3 раза – 28 (37,3%), 4 раза – 16 (21,3%) и 5 раз - 6 (8,0%) больных.

С каждым разом при выполнении корригирующих операций повреждались мышцы тазового дна, особенно мышцы сфинктера ануса.

Наши исследования показали, что у 43 (57,3%) больных было непроизвольное отхождение кала от 3 до 5 раз в сутки небольшими порциями, а у 16 (21,4%) - непроизвольное отхождение кишечного содержимого от 2 до 3 раз в течение дня. У 16 детей с 1 степенью анальной недостаточности наблюдалось каломазание, что затрудняло пребывание больного в коллективе.

Методы исследования

В работе также использовали специальные методы исследования со следующей последовательностью: контрастные исследования ЖКТ (ирригография), электромиография, магниторезонансная томография, ультразвуковое исследование (УЗИ осуществляли с помощью аппарата фирмы «Panasonic» «Multivisor» ADR-2000).

Обследование начинали с выяснения жалоб и подробного изучения истории болезни, алгоритма предыдущих, ранее выполненных оперативных вмешательств, выясняли виды операции, их осложнения, течение послеоперационного периода, а также время появления каломазания, непроизвольного отхождения кала или запоров.

В установлении диагноза анальной недостаточности кроме клинических методов исследования проводится инструментальное исследование прямой и толстой кишки, колонофиброскопия для выявления воспалительных изменений слизистой толстой кишки и состояния её рельефа. Колоноскопия выполнена у 43 (57,4%) из 75 детей и проводилась аппаратом фибро-

колоноскопом KARL-STORS производства Германии.

Другим важным методом исследования является определение биологической электрической активности мышц сфинктера и мышц тазового дна. Данное исследование осуществляется путем электромиографии. Исследование проведено электромиографом производства «Synapsis». Электромиография выполнена у 75 больных с анальной недостаточностью. Электромиография проведена в Национальном диагностическом центре и в лаборатории ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» врачом, кандидатом медицинских наук Алиевой З.Дж.

Следует отметить, что при сфинктеропластике с использованием мышц ягодиц или нежной мышцы бедра часто происходит некроз или фиброзное изменение за счет микроциркуляторных нарушений. В этой связи считаем необходимым определить состояние системы гемостаза у больного. Поэтому, нами изучено изменение системы гемостаза в смешанной венозной крови и оттекающей артериальной крови. Смешанную венозную кровь (СВК) получали путем катетеризации правой подключичной вены, а сбор оттекающей артериальной крови (ОАК) производился путем пункции лучевой или бедренной артерии.

Все клинические и биохимические исследования проведены в лаборатории городской клинической детской хирургической больницы города Душанбе и в лаборатории ДИАМЕД.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) в основном проводилось с целью выявления сопутствующей патологии, особенно патологии органов мочевыводящей системы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) осуществляли с помощью аппарата фирмы «Panasonic» марки «Multivisor» ADR-2000. А также проводили доплерографию перемещенной мышцы бедра и определяли состояние мышц тазового дна, наружного и внутреннего сфинктера. Исследование проводилось в Научно-клиническом центре Урологии Министерства здравоохранения и защиты населения Республики Таджикистан, кандидатом медицинских наук Ибодовой Г.Х. Ультразвуковое исследование проведено 59 (78%) пациентам.

В выборе оперативного вмешательства, прогнозирования осложнений и эффективности лечения необходимо проведение магнитно-резонансной томографии. Данный метод даст возможность определить состояние пуборектальной мышцы, мышцы анального сфинктера и прямой кишки. МРТ выполнена у 43 (57,3%) детей с анальной недостаточностью.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью персонального компьютера Pentium IV-512 и статистической программы Statistica 6,0 с пакетом программ Microsoft Office 2003, в частности, Microsoft Word 7,0 и Microsoft Excel 4,0. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента. По табличным данным определяли величину p . Различия показателей считали статистически значимыми при значениях $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика анальной недостаточности у детей

Клинические проявления и клинико - биохимические исследования детей с анальной недостаточностью.

Клиническое исследование включало в себя детальный осмотр промежности и перианальной области. Обращали внимание на наличие рубцовых деформаций, сохранность кожно-анального рефлекса, зияние или сужение заднего прохода, пролапс слизистой анального канала. У 23 (30,7%) детей отмечались грубые рубцовые деформации промежности. У 33 (44%) детей отмечались зияние ануса и рубцовая деформация.

У 7 (9,3%) пациентов - сужение анального отверстия с пролапсом слизистой прямой кишки и грубые рубцовые изменения.

У 12 детей при проктопластике анальное отверстие выведено не на предполагаемое место, имеется эктопия вправо или влево.

При первичном осмотре выявлено, что у 35 (46,6%) детей кожно-анальный рефлекс отсутствует, у 24 (32%) - слабо выраженный, а у 16 (21,3%) пациентов рефлексы сохранены.

Далее, для выявления тонуса мышц сфинктерного аппарата прямой кишки проводилось пальцевое исследование заднепроходного канала, с оценкой его состояния. При этом оценивалась сила сжатия мышц сфинктера ануса, наличие сужения анального жома. У 27 детей отмечено сужение ануса, у 32 - слабость и/или отсутствие тонуса мышц ануса.

Информативность этого этапа исследования очень высока для следующего шага, так как позволяет принять решение о необходимости проведения последующих диагностических и оперативных вмешательств.

У детей с недостаточностью функции анального сфинктера было непроизвольное отхождение кала или каломазание, в зависимости от фактора, приводящего к этой патологии. Исследованием выявлено, что у 43 (57,3%) больных непроизвольное отхождение кала от 3 до 5 раз в сутки было небольшими порциями, а у 16 (21,4%) пациентов непроизвольное отхождение кишечного содержимого происходило 2 - 3 раза в течение дня. У 16 детей с 1 степенью анальной недостаточности наблюдались каломазание и недержание газа. Позывы на акт дефекации были сохранены у 26 (34,6%) больных.

Следует отметить, что ретроспективный анализ показывает следующее: больные с анальной недостаточностью ранее были оперированы неоднократно: 2 раза - 25 (33,3%) детей, 3 раза - 28 (37,3%), 4 раза - 16 (21,3%) и 5 раз - 6 (8,0%) человек. И при каждой повторной операции допускались тактические и технические ошибки, повреждались мышцы наружного и внутреннего сфинктера, а также пуборектальная мышца.

Одной из причин развития анальной недостаточности у исследуемых является выполнение брюшно-промежностной проктопластики, при которой выделение и низведение кишки на место предполагаемого ануса выполняется вслепую. У 12 (16%) больных после брюшно-промежностной проктопластики

кишка выведена не на своё место и эктопирована от места предполагаемого ануса.

Аналогичная картина наблюдалась при промежностной проктопластике по Стоуну. Из 75 детей с анальной недостаточностью промежностная проктопластика выполнена у 31 (41,9%), а комбинированная брюшно-промежностная – у 44 (58,1%) детей.

Исследование показало, что хотя у 52 (69,3%) детей после первой проктопластики прямая кишка была выведена на обычное место, продолжалось недержание кала, по причине недоучета состояния мышц анального сфинктера и пуборектальной мышцы. У 23 (30,7%) пациентов в результате неоднократной корригирующей операции на область промежности и прямой кишки отмечались грубые рубцовые изменения анального отверстия.

У 37 (49,3%) детей выявлена дисфункция кишечника, когда запоры сменялись жидким стулом. При этом временами боли в животе были у 11 (15,0%) больных, а вздутие живота отмечено у 26 (34,66%), что характерно для колитического синдрома. У 33 (44%) из 75 пациентов были зияние ануса и анального канала. У 10 (13,3%) больных анус не зияет, но при пальцевом исследовании тонус мышц сфинктера отсутствовал.

Таким образом, причины всех патологических изменений у детей с анальной недостаточностью напрямую связаны с различными диагностическими, тактическими ошибками и осложнениями при первичной коррекции аноректальных пороков развития, с результатами гнойно-воспалительного процесса параректальной клетчатки, с недостаточной мобилизацией прямой кишки, повреждением мышц наружного и внутреннего сфинктера, а также пуборектальной мышцы.

Состояние гемостаза и реологии у детей с анальной недостаточностью.

Показатель гемостаза изучен у 49 из числа обследованного контингента детей в возрасте 7–16 лет. При этом анальная недостаточность I степени была у 13 (26,5%) пациентов, II степени- у 17 (34,7%) и III степени- у 19 (38,8%). Распределение по группам проведено с учетом степени и выраженности несостоятельности заднепроходного жома.

Более углубленное изучение системы гемостаза у детей показало, что нарушение коагуляции и реологии зависит от давности и тяжести патологического процесса. Данные гемореологических свойств крови изучались в смешанной венозной крови (СВК), оттекающей артериальной крови из легких (ОАК), а также по артерио-венозной разнице (А-В).

В настоящее время существует много способов хирургического лечения несостоятельности сфинктера заднего прохода. При этом не снижается удельный вес послеоперационных осложнений, остающийся достаточно высоким. Наиболее часто встречающимся осложнением после сфинктеропластики является ишемия мышц с последующим их некрозом. В возникновении этих осложнений огромную роль играет нарушение коагуляции и реологии крови. Вместе с тем, исследователи указывают на роль легких в нарушении коагуляционных и реологических свойств крови при различных

патологических состояниях. Ранее проведены исследования, подтверждающие явную взаимосвязь НФЛ при хронизации процесса, как в легких, так и в других органах и системах. Хирургические операции изменяют систему гемокоагуляции [И.В. Киргизов, Ш.Э. Латипов]. В этой связи, изучение нарушений системы гемостаза (тромбоцитарный гемостаз, плазменный гемостаз, фибринолитическая активность крови) позволит своевременно предупредить осложнения, возникающие в ходе операций у больных с анальной недостаточностью и после них.

Изучая показатели системы гемостаза и реологии в смешанной венозной крови (СВК), у детей I группы по сравнению со здоровыми детьми статистически значимой разницы не выявлено. В I группе у 13 (26,5%) детей с анальной недостаточностью изучение показателей гемокоагуляционного потенциала выявило их выраженные отклонения. Выявлена незначительная гиперкоагуляция в СВК, кровь, пройдя через легкие, гипокоагулируется как у здоровых детей. Гипокоагуляция в ОАК подтверждается статистически достоверной А-В разницей: время свертывания крови (ВСК) достоверно увеличивается на 58,9% ($p < 0,05$); активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ) - на 26,7% ($p < 0,05$); время рекальцификации плазмы (ВРП) увеличено на 22,0% ($p < 0,001$). Показатели протромбинового индекса (ПТИ) достоверно снизились на 12,7% ($p < 0,05$), что подтверждается международным нормализованным отношением (МНО), возросшим на 14,9% ($p < 0,001$), что свидетельствует о большей гипокоагуляции в артериальной крови, нежели в смешанной венозной. По результату образования фибрина выявлено снижение фибриногена в СВК на 10,4%, а после прохождения через легкие в ОАК наблюдалось увеличение на 10,8%. В I группе показатели гипокоагулирующей функции по А-В разнице - антитромбин III (АТ III) - возрастают на 12,4% ($p < 0,001$). Об активации антисвертывающей системы легких и эндотелия сосудов свидетельствует некоторое удлинение (на 11,0%) времени свободного гепарина (ВСГ). По содержанию Ca^{2+} , фибринолитической активности крови (ФАК), продуктам деградации фибриногена (ПДФ), содержанию гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), тромбоцитов и вязкости крови в смешанной венозной и артериальной крови достоверных различий по группам не выявлено, что свидетельствует о сохранности реологических свойств и фибринолиза.

Таким образом, у 13 больных с I стадией АН выявлено нарушение состояния системы гемостаза в СВК и ОАК. В СВК отмечается некоторое сгущение крови с сохранением свертывающей и фибринолитической активности крови, в ОАК отмечается нормокоагуляция. У 13 детей негазообменная функция легких (НФЛ) не изменена.

Анализ гемореологических свойств в СВК у 17 (34,5%) детей II группы с анальной недостаточностью II степени, показал умеренную гиперкоагуляцию по отношению как к здоровым, так и к I группе пациентов. ВСК по Ли-Уайту не превышало $3,8 \pm 0,8$ мин., МНО - $0,86 \pm 0,01$, АЧТВ - $33,4 \pm 1,0$. При изучении результатов исследования в ОАК и исследования А-В разни-

цы было выявлено увеличение в ОАК, по сравнению с СВК. Так, различия ВСК по Ли-Уайту составили 51,6% ($p < 0,05$), по АЧТВ - 17,66% ($p < 0,01$) и 10,0%, а по ВРП - 16,7% ($p < 0,05$), указывающие на повышенное по сравнению со здоровыми детьми образование протромбиназы и нарушение ГФЛ в стадии компенсации, гипокоагуляции. В ОАК, по сравнению с СВК, об этом свидетельствуют данные А-В разницы: ПТИ снижен на 10,9% ($p < 0,001$); МНО увеличена на 9,3% ($p < 0,001$). При исследовании Ca^{2+} в СВК и ОАК, по сравнению со здоровыми, отмечается тенденция к снижению его уровня в оксигенированной крови, вследствие задержки его легкими, как фактора свертывания.

У данной категории больных также, по отношению к здоровым и обследованным детям I группы, выявлено снижение противосвертывающей активности крови в системе легких и ее кровеносного русла, по снижению А-В разницы, данным АТ III, статистически достоверность ВС гепарина ($p < 0,01$) и ФАК в оксигенированной крови отмечалось его достоверное повышение.

У пациентов со II ст. АН анализ показателей продуктов деградации фибрина, уровня гемоглобина, гематокрита и текучести крови не имел статистически значимой разницы по сравнению с показателями у здоровых детей и больных I группы.

Таким образом, у 17 больных детей со II стадией АН выявлены разнообразные нарушения в системе гемостаза в СВК и ОАК. Наблюдалась незначительная активизация антисвертывающей системе; в ОАК - нормокоагуляция. У детей со II стадией АН гипокоагулирующая функция легких (ГФЛ) вполне обеспечивает гемостатическую функцию крови. У 7 детей с анальной недостаточностью II степени коагуляционная функция практически не изменялась, о чем свидетельствовали гомеореологические данные и уровень тромбоцитов. Время свертывания крови не превышало $3,8 \pm 0,9$ мин, что указывало на умеренное сгущение по отношению к группе здоровых детей и больных I группы ($3,9 \pm 0,7$).

Также выявлены незначительные изменения МНО - $0,87 \pm 0,02$ и $0,86 \pm 0,01$, АЧТВ - $34,4 \pm 4,2$ и $33,4 \pm 1,0$ в I и II группах, соответственно. В показателях гемостаза и реологии в анализе ОАК и определение (А-В) разницы выявлен некоторый рост. А-В разница показателей ВСК по Ли-Уайту в I и II группах составили 58,9% и 51,6%, АЧТВ - 26,7 и 17,66%, ВРП - 22,0 и 16,7%, соответственно.

Эти показатели указывают на начавшиеся отклонения в системе гемостаза в стадии компенсации. Также в этой группе установлено увеличение фибриногена в ОАК. Эти показатели являются неблагоприятными факторами в развитии расстройств в системе кровообращения (микроциркуляции и тромбообразования) о пониженной гемокоагуляции также свидетельствуют сниженные показатели ВС гепарина и фибринолитической активности крови.

Исходя из вышеизложенного, у обследованных детей с несостоятельностью ануса II степени отмечена дезорганизация системы гемостаза СВК, проявляющаяся незначительным сгущением крови, но без активации гемокоагулирующей системы и ОАК (нормокоагуляция), так как у данного контингента детей гипокоагулирующую функцию притекающей к ней крови выполняет легочная система.

У детей III группы с анальной недостаточностью III степени изучение показателей гемостаза в СВК показало, что имеется тенденция к анемии легкой степени, снижение показателей МНО, фибриногена, АТШ, Нт, ВСК по Ли-Уайту, АЧТВ, ВРП, МНО, сдвиг фибриногена, АТ Ш, ВС гепарина. Все сказанное указывает на развитие синдрома гиперкоагуляции и анемии. Это в свою очередь подтверждает активацию факторов свертывающей и антисвертывающей системы.

Необходимо указать, что в ОАК выявлены значительные нарушения гипокоагулирующей функции легких и выявлено недостоверное увеличение показателей А-В разницы по Ли-Уайту (44,8%), АЧТВ (17,2%), ВРП (14,9%). Легкие статистически достоверно не влияют на эти показатели, кроме ВРП, которое увеличилось на 14,9%, хотя у больных I и II групп гипокоагулирующая функция легких носила компенсированный характер.

Признаки начальных проявлений нарушений микроциркуляции в легких подтверждают снижение показателей МНО ($0,84 \pm 0,03$), отсутствие достоверного увеличения фибриногена ($3,42 \pm 0,4$) в ОАК, снижение показателей АТ Ш и ВС гепарина ($8,6 \pm 0,18$) и увеличение ПДФ ($472 \pm 17,0$), снижение Нт ($38,7 \pm 1,1$) и тромбоцитов ($243,2 \pm 11,3$).

Таким образом, у 19 детей с III степенью анальной недостаточности выявлены изменения системы гемостаза в СВК по типу гиперкоагуляции с признаками потребления факторов протромбинового комплекса и антисвертывания, а в ОАК - нормокоагуляция.

Все это имеет прогностическое значение для определения степени тяжести состояния, ранней диагностики микроциркуляторных нарушений и проведения профилактики нарушений микроциркуляции перемещенной мышцы при проведении сфинктеропластики. Резюмируя вышеизложенное надо отметить, что для определения истинных показателей системы гемостаза и ее нарушения при патологических состояниях, особенно при анальной недостаточности, необходим анализ смешанной венозной крови, взятой из подключичной вены и оттекающей артериальной крови из легких, взятой из лучевой, локтевой или бедренной артерии. По данным СВК и ОАК мы можем судить о состоянии системы гемостаза с учетом гипокоагулирующей функции легких. На основе выявленных нарушений системы гемостаза у детей с анальной недостаточностью составлен план мероприятий для профилактики тромбообразования в перемещенной мышце при сфинктеропластике с целью сохранения жизнеспособности мышц.

Биологическая электрическая активность мышц ануса и тазового дна в диагностике анальной недостаточности у детей.

В Республике Таджикистан метод электромиография широко не распространена, однако внедрение её в научную работу даёт положительные результаты.

Надо отметить, что в данной работе мы в основном сделали акцент на пациентов с анальной недостаточностью II - III степени, количество которых составило 59 детей.

В качестве группы сравнения были исследованы 32 пациента с паховыми грыжами, у которых функциональное состояние сфинктера не было нарушено. Исследование референтной группы проведено по письменному согласию родителей.

Таблица 1.- Показатели биоэлектрической активности мышц сфинктерного аппарата прямой кишки у детей в возрасте 7-11 лет (n=32)

Степени АН	Количество больных	Средняя длительность ПДЕ(сек)	Средняя амплитуда ПДЕ(сек)	Среднее число фаз	Полифазные ПДЕ
Норма	32	47,1±3,5	81,0±6,3	5,1±0,4	61,3±4,3
I	7	50,3±4,2	86,4±6,2	5,4±0,5	65,4±5,7
II	10	62,9±5,3*	108,1±9,8*	6,8±0,7*	81,8±7,1
III	18	71,7±6,6**	123,4±11,0**	7,8±0,9*	93,4±9,3**

Примечание. Значение *p<0,05; **p<0,01

При электромиографии мы определяли потенциал действия двигательных единиц (ПДЕ), среднее число фаз и полифазных потенциалов двигательных единиц мышц сфинктерного аппарата прямой кишки.

У всех детей проводили исследование биоэлектрической активности мышц последовательно одним электродом. Определено, что показатели средней амплитуды, средняя длительность ПДЕ и число фаз, а также полифазных ПДЕ биоэлектрической активности мышц при покое и самопроизвольном сокращении соответствует электрической активности пациентов с органной недостаточностью сфинктера ануса.

Таблица 2. - Показатели биоэлектрической активности мышц сфинктерного аппарата прямой кишки у детей в возрасте 12-16 лет (n=40)

Степени АН	Количество больных	Средняя длительность ПДЕ (сек)	Средняя амплитуда ПДЕ (сек)	Среднее число фаз	Полифазные ПДЕ
Норма	32	49,0±3,2	43,4±2,1	4,9±0,3	37,3±2,1
I	9	52,5±3,6	46,5±2,7	5,2±0,5	39,9±2,3
II	18	65,0±5,7*	57,6±5,7*	6,5±0,6*	49,5±3,6**
III	13	74,3±7,2**	65,8±6,4**	7,4±0,8*	56,5±4,7**

Примечание. Значение *p<0,05; **p<0,01

При анализе полученных данных миографии у пациентов с органной недостаточностью сфинктера ануса I - II - III степени было отмечено снижение базовой и самопроизвольной биоэлектрической активности мышц сфинктера ануса по отношению к степени недостаточности.

Необходимо отметить, что анализ полученных данных электромиографии у детей с анальной недостаточностью I степени показал небольшое откло-

нение от показателей группы сравнения, отмечалось снижение электрической активности на 10,1%. Частота амплитуды миографии у больных с АН II степени в среднем снизилась на 21,2%, что, по нашему мнению, связано с повреждением мышечного аппарата аноректальной области в результате неоднократной корригирующей операции на промежности. У детей с III степенью недостаточности сфинктера ануса отмечалось снижение сокращения мышц на 38,1%. Судя по имеющимся изменениям, у детей с III степенью анальной недостаточности имеются большие повреждения мышц сфинктерного аппарата прямой кишки в результате неоднократных операций в аноректальной области.

Из результатов проведенных исследований электромиографии анального жома у детей в зависимости от степени недержания (таблицы 1, 2) следует, что процент снижения показателей электрической активности в покое и при волевом сокращении, практически совпадал, при этом различия в полученных данных считались статистически недостоверными.

Низкие показатели или отсутствие показателей электрической активности отражают органические изменения мышц анального жома.

Необходимо отметить, что с помощью электромиографии определена степень анальной недостаточности. Исследованием выявлена I степень анальной недостаточности у 16 детей. У 28 больных отмечена II степень недержания ануса, а у 31 пациента III степень.

Для анальной недостаточности характерно снижение электрической активности мышц анального жома в среднем на 10,0% при I степени, на 21,2 % при II степени и на 38,1% при III степени при сопоставлении с группой сравнения.

Таким образом, электромиографическое исследование мышц анального жома дает возможность выбрать тактику оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода, контролировать состояние вновь созданного сфинктера, функциональную активность перемещенной мышцы и дать оценку эффективности оперативного вмешательства.

Лучевые методы диагностики анальной недостаточности у детей.

Для оценки анатомических состояний толстого кишечника всем детям с анальной недостаточностью проведена ирригография, в результате которой у 18 (24,0%) из 75 больных обнаружено расширение прямой и сигмовидной кишки. В основном были дети с I степенью анальной недостаточности. Расширение прямой кишки было у 14 (18,6%) больных. Расширение, в основном, выявлено в области ампулы прямой кишки.

У 27 (36,0%) пациентов анус и анальный канал были свободны, проходимы и у них не наблюдалось расширение толстой кишки. Необходимо отметить, что важную роль в оценке состояния пуборектальной мышцы играет определение аноректального угла.

Нами у 75 больных с анальной недостаточностью при ирригографии был определен аноректальный угол. В среднем показатель аноректального угла при ирригографии у пациентов с анальной недостаточностью составлял $112,5 \pm 5,7$ при норме $90,4 \pm 0,3$. Аноректальный угол во время акта дефе-

кации составлял $124 \pm 6,3$ ($p < 0,05$).

На исход оперативного вмешательства влияет правильное определение состояния пуборектальной мышцы, наружного и внутреннего сфинктера, патологии крестца и копчика. В связи с этим у 43 (54,6%) пациентов выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ). При этом у 9 детей с анальной недостаточностью I степени отмечено, что положение прямой кишки и пуборектальной мышцы соответствует нормальному анатомическому положению. У 3 детей диагностирована гипоплазия копчика и у 2 - расширение дужек в крестце (Spinabifida), что отрицательно влияет на степень недержания кала. Это указывает на нарушение развития нервных структур, выходящих из этой области и иннервирующих органы малого таза.

Различные нарушения структур мышц сфинктерного аппарата и мышц тазового дна выявлены у 27 пациентов с анальной недостаточностью.

Таким образом, комплексное исследование рентгенологическими методами позволяет оценить состояние аноректальной зоны и толстой кишки, установить причины и степень анальной недостаточности, а также выбрать методы консервативного или оперативного лечения.

Эндоскопическое исследование толстой кишки у детей с анальной недостаточностью.

Показанием для проведения фиброколоноскопии являются изменения кала, нарушение акта дефекации, патологические выделения из прямой кишки, подозрение на воспалительные изменения прямой кишки, язвы и эрозии, полипы, полипомотоз прямой кишки и длительно функционирующие кишечные стомы. Фиброколоноскопия выполнена у 43 больных с анальной недостаточностью (I ст. – 5, II ст. – 15, III ст. – 23).

Детям дошкольного возраста проводится фиброколоноскопия под кетаминным обезболиванием. У детей от 6 лет и старше методика обезболивания решается в зависимости от психического состояния больного, для каждого ребенка индивидуально. Целесообразно проводить исследование после премедикации атропином с промедолом. Детей в возрасте 12-16 лет обычно исследуют без наркоза. При фиброколоноскопии у 5 детей выявлено множество эрозий сигмовидной и ободочной кишки, у 2 - кровотокающие язвы в поперечно-ободочной и сигмовидной кишке, у 2 - полипозное разрастание и у 3 - явления проктита.

Все это свидетельствует о том, что при длительно существующих кишечных стомах и дисфункции толстой кишки развиваются стрессовые ситуации, сбой иммунной системы и дисбактериоз, которые приводят к воспалительным изменениям в слизистой толстой кишки, появлению эрозий и язв.

Принципы лечения анальной недостаточности у детей.

Особенности предоперационной подготовки детей с анальной недостаточностью II – III степени.

Учитывая нарушения нереспираторной функции легких в регуляции гемостаза больных со II и III степенью анальной недостаточности, необходимо проведение тщательного предоперационного обследования и подготовки к операции.

Больные были распределены на 2 группы: получившие традиционную терапию – 28 (37,3%) больных, и которым проведена предоперационная подготовка с учетом изменений в системе гемостаза – 47 (62,7%) пациентов. Нами изучена эффективность лечения латреном в сочетании с озонотерапией, которое выполнено у 17 детей с анальной недостаточностью и нарушениями некоторых звеньев системы гемостаза.

Глюкокортикостероиды (преднизолон или дексаметазон) назначены непосредственно перед оперативным вмешательством для предупреждения гормональной недостаточности, которая может возникнуть в ходе или после него. Деконтаминацию проводили также до операции (за 2 дня). Предоперационная подготовка в основном направлена на улучшение реологических свойств крови.

Известна эффективность проводимого лечения с применением раствора латрена и медицинского озона, как метода стабилизации гемодинамики, улучшающего микроциркуляцию, задерживающего активацию свертывающей системы. Перед операцией (за 10 дней) проводили озонотерапию путем внутривенной инфузии озонированного физиологического раствора. Озонокислородная смесь с концентрацией озона до 150 мг/л при потребляемой мощности 85 ВА и скорости газового потока от 0,25 до 1,0 л/мин., оказывает положительный эффект в регуляции процесса гемостаза. Осложнения, связанные с применением озонотерапии, не наблюдались.

Данный вид лечения способствует сохранению кислородной емкости крови и улучшению ее реологических свойств. Проводимая предоперационная терапия с учетом изменений системы гемостаза, терапия медицинским озоном и латреном содействует благоприятному течению интра- и послеоперационного периода заболевания.

Выбор методов оперативного вмешательства при анальной недостаточности II-III степени.

Нами изучены результаты оперативного лечения анальной недостаточности II и III степени у детей.

Показанием для проведения сфинктеропластики является анальная недостаточность II и III степени, возникшая после неоднократной попытки коррекции аноректальных пороков развития, наличие тяжелых рубцовых изменений, отсутствие рефлексов анальной области и постоянное зияние ануса, отсутствие мышц сфинктера.

Пациентам основной группы сфинктеропластика выполнена с использованием нежной мышцы бедра в модификации сотрудниками кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения

Республики Таджикистан. По данной методике получен патент на изобретение №ТJ696, от 10.06.2015 г. Данная методика заключалась в следующем: разрез по внутренней стороне правого или левого бедра в области *m. Gracilis* по направлению от верхней части 1/3 бедра до точки ее прикрепления к внутреннему надмыщелку (рисунок. 1 А).

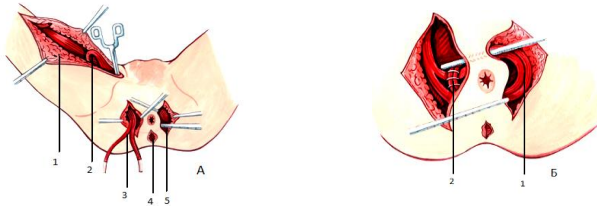


Рисунок 1.- Этапы операции. А: 1 - разрез на внутренней поверхности бедра, 2 - проведение нежной мышцы бедра через тоннель, 3 - разделение нежной мышцы бедра на две части, 4, 5 - разрезы вокруг анального отверстия; Б: 1 - проведение мышечных лоскутов через тоннель вокруг анального отверстия, 2 - наложение швов на сухожильную часть обоих мышечных лоскутов

С использованием оптического прибора выделяли *m. gracilis* и отсекали у места ее прикрепления в сухожильной части, сохраняя иннервацию и кровоснабжение. Затем два разреза по обе стороны ануса, отступая на 3 см, и дополнительный по задней средней линии промежности позади ануса длиной 3 см. После чего формировали в области бедра и заднего прохода подкожный тоннель, не нарушая кровоснабжение и иннервацию, рассекали *m. gracilis* на две равные половины по длине мышечных волокон по бессосудистой зоне, а потом проводили через сформированный проход с обеих сторон ануса (рисунок 1Б). Сначала проводили одну половину мышцы, а затем вторую половину так, чтобы оказались друг против друга. Обязательным условием является то, что два мышечного лоскута должны лежать свободно в восзданном тоннеле вокруг ануса друг на друге. Оба конца мышцы сшиваются между собой капроновыми швами в области сухожильной части.

Завершающий этап операции заключался в зашивании раны на бедре и вокруг ануса (рисунок 2).

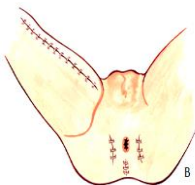


Рисунок 2. - Завершающий этап операции

Через 30 дней с момента оперативного вмешательства для устойчивого функционирования сформированного ануса и укрепления мышц, контролирующих его сокращение, приступали к гимнастике по методу Кегеля.

Таким образом, анализ разного вида операций при анальной недостаточности показал высокую эффективность предложенной методики сфинктеропластики с использованием нежной мышцы бедра при недержании кала у детей. Формирование двух мышечных колец при данной методике способствует равномерному сокращению анального отверстия со всех сторон. Несмотря на некоторые косметические неудобства, предлагаемая методика в модификации клиники позволила достичь хороших результатов у 20 (64,5%) детей, удовлетворительных - у 4 (12,9%) и неудовлетворительных - у 7 (22,5%) пациентов. Применение данной методики эффективно у детей старше 10 лет.

Особенности послеоперационного ведения детей с анальной недостаточностью II и III степени.

После операции с использованием нежной мышцы бедра или мышцы ягодич, в силу их перемещения однозначно претерпевают микроциркуляторные нарушения, что в свою очередь приводит к нарушению тканевого обмена в мышцах. Эти изменения наблюдались у детей, которым предоперационная подготовка проведена без учета нарушений системы гемостаза. Такие изменения отмечены у 16(51,1%) обследованных детей из группы контроля. В основной группе на фоне внутривенного введения латрена и медицинского озона нарушение микроциркуляции в перемещенной нежной мышце бедра были у 2. В этой связи, необходимо проведение комплексного лечения после операции с целью профилактики микроциркуляторных нарушений и гипоксии мышц, используемых для сфинктеропластики.

В течение 10 дней после сфинктеропластики с использованием нежной мышцы бедра в модификации, необходимо продолжить терапию внутривенным введением латрена и медицинского озона. Чтобы ввести озон внутривенно оптимальным раствором в качестве носителя использовали изотонический раствор натрия хлорида 0,9%. Концентрация озона в растворе была в пределах 500 мкг/л, а число вливаний – в 2 дня один раз. Обязательным условием при озонотерапии является приготовление медицинского озона непосредственно перед внутривенной инфузией.

При лабораторном исследовании периферической крови обследованных основной группы выявили значительное уменьшение количества лейкоцитов- $5,5 \times 10^9$, увеличение удельного веса лимфоцитов (26,6%) и снижение скорости оседания эритроцитов (от 2,0 до 6,0мм/час). Отмечались положительные изменения системы гемостаза по сравнению с показателями контрольной группы.

Таким образом, проведение комплексного лечения показало положительные результаты. На основании общего состояния и показателей гемодинамики, обследованных судили об эффективности проведенной после операции интенсивной терапии.

Для профилактики развития хирургической инфекции нами применена методика направленного транспорта антибиотиков (НАТ) в аутологических эритроцитарных телях [Т.А. Абдуфатаев, М.Т. Слонов, рацпредложение № 39 от 8.04.2000 г., принятое ВОИР ТИППМК]. Используя данную методику, достигается высокая концентрация антибиотиков пролонгированного действия в очаге поражения. Курс НТА составляет 7 дней.

Результаты оперативного лечения анальной недостаточности у детей

Применение комплекса консервативной терапии до и после операции и способов восстановительной терапии у детей с анальной недостаточностью способствует качественному улучшению функции анального сфинктера.

Для определения жизнеспособности и функциональной активности мышц ануса в ближайшие и отдаленные сроки необходимо проведение электромиографии. У 31 больного основной группы в послеоперационном периоде определили электрическую активность мышц, которые были использованы для сфинктеропластики.

С помощью ЭМГ оценивали сохранность электрической активности вновь созданного сфинктера, начиная с 20 дня после операции. У 20 (64,5%) больных основной группы в этот срок была отмечена биоэлектрическая активность, которая свойственна самопроизвольному сокращению мышц бедра. Её показатели для детей первой возрастной группы были следующими: средняя длительность ПДЕ - $43 \pm 2,3$ сек, средняя амплитуда - $78 \pm 3,8$ сек, среднее число фаз - $5,4 \pm 0,5$ и полифазных ПДЕ - $65,4 \pm 5,7\%$, а для детей второй возрастной группы соответственно $45,3 \pm 2,1$; $47,5 \pm 3,9$; $5,0 \pm 0,4$; $39,7 \pm 2,9$, что свидетельствовало о жизнеспособности и активности работы перемещенной нежной мышцы бедра в качестве пластического материала. Полученные данные, прежде всего, основаны не только на дифференциации частоты сокращения нежной мышц бедра и наружного сфинктера, а связаны с деиннервационным и иннервационным процессом на замещенной мышце.

С целью предупреждения деструктивных нарушений, а также адаптации нежной мышцы бедра к функционированию в качестве наружного сфинктера, был проведен комплекс функциональной реабилитации, который заключается в методах улучшения реологических свойств крови, электростимуляции и гимнастике Кегеля. Согласно проведенным курсам консервативной терапии был осуществлён динамический электромиографический контроль в ближайшие и отдаленные сроки после оперативного лечения: на 20 день, 2, 4, 6, 8 месяцев и через один год.

Через 20 дней после проведения сфинктеропластики у 7 (22,5%) пациентов основной группы определялось снижение электрической активности замененной мышцы, показатель средней длительности ПДЕ составил $77,7 \pm 6,6$ сек., средняя амплитуда ПДЕ - $123,4 \pm 11,0$ сек., среднее число фаз - $7,8 \pm 0,9$, полифазных ПДЕ - $95,4 \pm 9,3$, что указывает на дегенеративные изменения мышцы, использованной для сфинктеропластики. В результате

исследования в отдаленные сроки установлено, что перемещенная нежная мышца бедра в качестве пластического материала жизнеспособна и функционирует у 24 из 31 ребёнка.

Результаты функционального исследования через 12 месяцев после проведения операции и 4 курсов реабилитации показали, что у 20 из 31 больного основной группы жизнеспособность нежной мышцы бедра и её функциональная активность хорошие.

У 4 (12,9%) пациентов из 31 признаков дегенеративных изменений мышц не выявлено, однако отмечалось увеличение биологической активности мышц в пределах ПДЕ 50-52. Почти стойкая БЭА мышц не установлена. В связи с этим больным проведён дополнительный курс реабилитации.

При функциональных исследованиях сфинктера в функциональном отношении у 20 детей из 31 через 12 месяцев после операции и 4-6 курсов реабилитационной терапии отмечена стойкая в функциональном отношении БЭА перемещенной мышцы, что свойственно наружному сфинктеру. Данная активность характерна в начале адаптации и трансформации нежной мышцы бедра в качестве наружного сфинктера.

У 31 больного комплекс реабилитационной терапии был направлен на возможность со стороны пациента, осознано контролировать функционирование наружного сфинктера и увеличение его сократительной способности.

Отдаленные исходы оперативного лечения (от 1 до 5 лет), изученные у обследованных обеих групп выявили положительные результаты у 78%, хотя при наличии жидкого стула были единичные случаи каломазания. Анальные рефлексы сохранены, при пальцевом исследовании ощущается сокращение анального сфинктера. У детей сохранено чувство позыва на акт дефекации. При сфинктероманометрии в покое давление составило $28,5 \pm 4,6$ мм рт. ст. а при сокращении $48,5 \pm 5,2$ мм рт.ст. При электромиографии анального жома определение электрической активности мышц ануса показало 51,3 сек. Исход, оцененный как хороший, отмечен у 64,5% оперированных.

По функциональности сфинктера заднего прохода судили об удовлетворительности достигнутых результатов. В дальнейшем больные изредка предъявляли жалобы на каломазание, задержку дефекации или утрату чувства позыва на акт дефекации. Анальные рефлексы были сохранены, однако при пальцевом исследовании отмечалось слабое сжатие анального сфинктера, а сфинктероманометрия показывала давление, равное $23,2 \pm 2,3$ мм рт.ст. при покое $34,5 \pm 4,1$ мм рт.ст. при сокращении. Также была определена биоэлектрическая активность мышц сфинктера $51,2 \pm 1,8$ МКВ. В основной группе удовлетворительные результаты были получены у 12,9%, а в контрольной – у 42,9% больных.

Неудовлетворительные результаты отмечены у 22,5% обследованных основной и 57,1% - контрольной группы. У них диагностировано зияние заднего прохода, невозможность оценки позыва на дефекацию, атония сфинктера заднего прохода при объективном ректальном исследовании,

каломазание и «сфинктеральный резонанс». Следует отметить, что по причине зияния заднепроходного отверстия и атонии анального жома нами не проведена сфинктероманометрия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. Причины развития анальной недостаточности напрямую связаны с различными диагностическими- 11 (14,6%), тактическими- 33 (44,0%), техническими- 28 (37,3%) ошибками и осложнениями- 3 (4,0%) при первичной коррекции аноректальных пороков развития, в результате гнойно-воспалительных процессов в анальной области и параректальной клетчатке[1,3]

2. Для определения истинных показателей системы гемостаза и ее нарушений при патологических состояниях, особенно при анальной недостаточности, необходим анализ СВК крови, взятой из подключичной вены и ОАК, взятой из лучевой, локтевой или бедренной артерии, т.к. по результатам мы можем судить об анализе системы гемостаза (свертывание, антисвертывание и фибринолиз) с учетом гипокоагулирующей функции легких[2,3,8]

3. Электромиографическое исследование мышц анального жома дает возможность выбора тактики оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода, контролировать состояние вновь созданного сфинктера, функциональную активность перемещенной мышцы и позволяет оценить эффективность оперативного вмешательства[2,4,5,8]

4. Проводимая предоперационная терапия с учетом изменения системы гемостаза, терапия латреном и медицинским озоном способствуют благоприятному течению интра-и послеоперационного периодов[3,7,8]

5. Дифференцированная предоперационная подготовка с применением щадящих способов оперативного вмешательства приводит к снижению числа послеоперационных осложнений и способствует достижению наилучших результатов[1,4]

6. Предложенная сфинктеропластика с использованием нежной мышцы бедра в модификации клиники детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» является оптимальной при анальной недостаточности II–III степени. При этом достигнуты хорошие результаты в 64,5%, удовлетворительные в 12,9% и неудовлетворительные в 22,5% случаев[2,5,6]

7. Основным моментом в послеоперационном ведении больных является оптимальный выбор комплексной терапии (латрен, медицинский озон, послеоперационная анальгезия, антибактериальная терапия), а также целенаправленное проведение реабилитационной терапии[1,3,7,8]

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Для предупреждения развития функциональных нарушений анального сфинктера обязательно проводить полную мобилизацию прямой кишки и избегать травматизации мышц, сокращающих наружный и внутренний сфинктер, включая пуборектальную.

2. С целью сохранения жизнеспособности мышц при проведении сфинктеропластики необходимо проведение профилактики тромбообразования в перемещенной мышце.

3. Повреждение пуборектальной мышцы и расположение прямой кишки не в мышцах приходится на долю, в основном, брюшно-промежностной и промежностной проктопластики, когда вслепую при первичной операции выводится кишка.

4. Для профилактики развития хирургической инфекции необходимо применение метода направленного транспорта антибиотиков (НАТ) в аутологических эритроцитарных тенях.

5. Общее состояние больного и показатели гемодинамики следует использовать в качестве критерия эффективности проводимой интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

6. Анализ разного вида операций при анальной недостаточности показал высокую эффективность предложенной методики сфинктеропластики при недержании кала у детей. Образовавшиеся два мышечных кольца при данной методике способствует равномерному сокращению анального отверстия со всех сторон. Применение данной методики эффективно у детей старше 10 лет.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах:

1-А. Убайдулоев В.Р. Современные вопросы диагностики и лечения анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов // Здравоохранение Таджикистана. - 2014. - № 4. - С. 94-103.

2-А. Убайдулоев В.Р. Эффективность сфинктеропластики нежной мышц бедра при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рофиев, А.С. Саидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - №1. - С. 38-44.

3-А. Убайдулоев В.Р. Микроциркуляторные нарушения при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Л.М. Джонгирхонов // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - №2. - С. 52-57.

Статьи и тезисы в сборниках конференций:

4.-А. Убайдулоев В.Р. Лечение анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рофиев, А.С. Саидов //Материалы62-й научно-практической конференции, ТГМУ им Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2014. – С. 210-211.

5.-А. Убайдулоев В.Р. Лучевая диагностика аноректальных пороков развития / Х.И. Ибодов, Л. Джонгирхонов, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов // Материалы съезда педиатров и детских хирургов. Приложение №1. Ж. Здравooхранение Таджикистан. - 2015. - С. 150-151.

6-А. Убайдулоев В.Р. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей / Х.И. Ибодов, А.А. Баротов, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2015. - №3. - С. 64-65.

7-А. Убайдулоев В.Р. Сфинктеропластика при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - №1 - С.77-78.

8-А. Убайдулоев В.Р. Нарушение системы гемостаза при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - №4. - С. 77.

Патент на изобретение

9-А. Убайдулоев В.Р., Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Саидов А.С., Баходуров Дж.Т. // Сфинктеропластика нежной мышцей бедра при недержании кала у детей// - патент РТ №ТJ 696 от 10.06.2015г.

Рационализаторское предложения

1. Способ лечения микроциркуляторного нарушения у детей с анальной недостаточностью II- III ст. (№ 000260 от 12.04.2019г. Выдано ГОУ Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан) (соавт. Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р.)

2. Способ определения микроциркуляторного нарушения у детей с анальной недостаточностью II- III ст. (№ 000264 от 12.04.2019г. Выдано ГОУ Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан) (соавт. Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р.)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АН – анальная недостаточность

ВСК – время свертывания крови

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

ВРП – время рекальцификации плазмы

МНО – международное нормализованное отношение

МРТ – магнитнорезонансная томография

НАТ – направленная антибиотикотерапия

НФЛ – нереспираторные функции легких

ОАК – отекающая артериальная кровь

ПДЕ – потенциал двигательных единиц

ПДФ - продукты деградации фибрина и фибриногена

СВК – смешанная венозная кровь

ФАК - фибринолитическая активность крови

Hb - гемоглобин

Ht – гематокрит

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ
КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН»**

УДК 616-053.2-089

УБАЙДУЛОЕВ ВАЛИХОН РАҶАБОВИЧ

**МУСОИД СОХТАНИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ
ҶАРРОҶИИ НОРАСОИИ МАҚЪАД ДАР КӯДАКОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ
НОМЗАДИ ИЛМҲОИ ТИБ
аз рӯи ихтисоси 14.01.19 – ҷарроҳии кӯдакон**

Душанбе 2019

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии кӯдакона, анестезиология ва реаниматологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Ибодов Ҳабибулло** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакона, анестезиология ва реаниматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризи расмӣ: **Султонов Шерали Раҳмонович** – доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдакони Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Пулатов Камолҷон Ҷамолович – номзади илмҳои тиб, ходими калони илмии МД «Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣю иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъёбон». Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи давлатии «Маркази клиникӣ илмии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон»

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2019 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-025 Муассисаи давлатии таълимии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмӣ (734003, Рӯдакӣ, 139) ва сайти расмӣ Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2019 ирсол гардид.

Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб

Ш. Қ. Назаров

МУҚАДДИМА

Мубрамият. Баррасӣ намудани норасоии маъъад ҳамчун оризаи пас аз ислоҳи нуқсонҳои аноректалӣ пайдошуда, яке аз вазифаҳои муҳимтарини колопроктологияи кӯдакон ба ҳисоб меравад [Воробьев Г.И., Полетов Н.Н., 2007]. Малформатсияҳои аноректалӣ зиёда аз 85% -и ҳамаи нуқсонҳои модарзодии инкишофро ташкил медиҳанд. Таносуби миқдори кӯдакони бемор нисбат ба миқдори умумии зинда таваллудшудаҳо фарқияти калон дорад ва 1:5000 мебошад, имрӯзо тамоюли пастшавии ин нишондиҳандаҳо ба назар намерасад [Абдуфатоев Т.А., 2007; Абелевич А.И., Комаров Д.В., Ларин А.А., Дезорцев И.Л. Паценкер Е.Н., 2008; Алиева Э.И., 2003; Brown S.R., Seow-Choen F., 2000; Rintoul, R.F., 2000]. Таҷрибаи бузурги гузаронидани ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои аноректалӣ сади роҳи натиҷаҳои ғайриқаноатбахш шуда наметавонанд ва оризаҳои зиёд аз 15 то 75% ба назар мерасанд [Батурин, В.И. 1996; Аипов Р.Р., 2009; Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Полетов Н.Н., 2007; Жерлов, Г., Панкратов И., 2008; Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д. А., Наумов А.В., Братищева Н.Н., 2016; Помазкин В.И., 2018]. Сабабҳои асосии пайдо шудани натиҷаҳои ғайриқаноатбахши давраи пасазҷарроҳӣ нодуруст интиҳоб кардани намуни амалиёти ҷарроҳӣ, вайрон шудани фаъолнокии функционалии сфинктери (ҳалкамушаки) беруни дар 40-65%-и беморон ба ҳисоб мераванд, ки ба инконтиненсия ва нигоҳ дошта, натавонистани наҷосат оварда мерасонад. [Бондарь В.В., 2000; Burjonrappa S., Youssef S. Lapiere S., 2010; Berquist W.E., 1995].

Норасоии маъъад ба ҳаёти кӯдак хатар надорад, аммо барои кӯдакон ва волидайн онҳо мушкilotи зиёдеро ба бор меорад, инкишофи шхсияти кӯдакро душвор мегардонад ва тамоси кӯдакро бо олами беруни назар ба дигар бемориҳо хеле маҳдуд месозад [Васильев С.В., Недозимованный А.И., Попов Д.Е., Дементьева Е.А., 2016; Подмаренков В.А., Фоменко О.Ю., 2005; Olagne E, Baulieux J., 2000; M. Hibi, N. Iwai, O. Kimura et. al., 2003; H. Ros Mendoza, L. Sargia Octaviode Toledo, E. Martinez Mombila, J. Elias Pollina, 2008].

Дар адабиёти илмӣ муосир ба масъалаҳои ташхис ва табобати норасоии аноректалӣ, такмил додани усулҳои ҷарроҳӣ таваччуҳи махсус зоҳир карда мешавад [Алиева Э.И., 2003; Даценко, Б.М., Бардюк А.Я., 2004; Каримов, У.Ш., Лёнюшкин А.И., 2007; A. Pena, A.R. Hong, P. Midulla, M. Levitt, 2003]. Ба ҳар ҳол, ба тағйироти мусбат нигоҳ накарда, масъалаи мушкilot то ҳанӯз ҳалнашуда боқӣ мемонад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ

Таҳқиқоти илмӣ дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи анестезиология ва реаниматологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тан-

дурустии чумхурии тоҷикистон» «Мусоид сохтани ташхис ва табобати чарроҳии норасоии мақъад дар кӯдакон» (мухлати иҷро 2-13-2018) иҷро карда шудааст

Мақсади таҳқиқот. Мусоид сохтани ташхис ва ислоҳи чарроҳии такрорӣ норасоии мақъад дар кӯдаконе, ки чароҳии чатан ва проктопластикаи батну чатанро аз сар гузаронидаанд.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Омӯзиши сабабҳои асосии пайдо шудани норасоии мақъад дар кӯдаконе, ки аз хусуси инкишофи нуқсонҳои аноректалӣ чароҳии проктопластикаи чатан ва батну чатанро аз сар гузаронидаанд.

2. Муайян кардани имкониятҳои усулҳои ташхис дар кӯдакони гирифтори норасоии мақъадӣ.

3. Таҳия кардани усулҳои аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноки омодагии пешазчарроҳӣ ва мувоқибати пасазчарроҳии кӯдакони гирифтори норасоии мақъад.

4. Такмил додани усулҳои мавҷудани табобати чарроҳии кӯдакони гирифтори норасоии мақъад.

5. Арзёбӣ намудани табобати барқарорсозандаи кӯдакони гирифтори норасоии мақъад.

Навгонии илмӣ. Омӯзиши ретроспективии маводи клиникии кӯдакон як қатор сабабҳои пайдошавии норасоии баъдичарроҳии мақъад, монанди хатоҳои ташхисӣ, тактикӣ, ба ҳисоб нагирифтани хусусиятҳои техникӣ ҳангоми иҷро намудани табобати чарроҳии нуқсонҳои аноректалӣ инкишофро муайян карданд. Омилҳои пайдошавии норасоии мақъадӣ пас аз проктопластикаи чатан ва батнӣ-чатанӣ, ба қадри нокифоя гузаронидани чорабиниҳои реабилитатсионӣ дар давраи пас аз чарроҳӣ, ҳамчунин вайрон шудани баъзе нишондиҳандаҳои гемостази чарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ муқаррар карда шуданд.

Самаранокӣ истифодаи гемодилютсия дар якҷоягӣ бо озонотерапия дар давраҳои пешазчарроҳӣ, байничарроҳӣ ва баъдичарроҳӣ исбот карда шудааст, ки вай гипоксияи гемии мушакҳои бечошударо ҳангоми сфинктеропластика, пайдо шудани ихтилолҳои тромбозӣ бартараф месозад. Усули сфинктеропластика бо истифода аз мушаки нарми рон таҳия карда шудааст.

Аҳамияти амалӣ. Натиҷаҳои таҳқиқотҳои илмӣ дар кӯдакони гирифтори норасоии мақъадӣ гузаронидашуда дар самти омӯзиши баъзе ҷанбаҳои гемостаз, тағйиротҳои микросиркулятории мушакҳои бечошуда пас аз чарроҳӣ дар давраи дур, фаъолнокии биоэлектрикии сфинктери мақъад, барқароршавии функционалии мушакҳои мавзевӣ аноректалӣ дорои аҳамияти амалӣ ва назариявӣ мебошанд. Гуфтаҳои боло барои муайян кардани ҳаҷми чорабиниҳои ташхисӣ ва табобатӣ, интиҳоби муҳлат ва усулҳои ислоҳи чарроҳӣ ва консервативии норасоии мақъади кӯдакон, усулҳои ре-

абилитатсияи тиббӣ ва иҷтимоӣ дар давраи дур мусоидат меку-
нанд.

Дар натиҷаи муносибати патогенетикӣ бо истифода аз гемо-
дильютсия дар якҷоягӣ бо озонотерапия бо дарназардошти вайрон-
шавии системаи гемостаз, микроциркулятсияи мушаки бечошуда,
ҳамчунин интиҳоби расионалии табобати ҷарроҳӣ ва консервативӣ
дар беморони гирифтори дараҷаҳои II - III –и норасоии мақъад
паст кардани дараҷаи басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ ба даст
оварда шуд.

Татбиқи натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ дар
амалияи клиникӣи шуъбаи ҷарроҳӣи кӯдакони Муассисаи давлатии
«Маҷмааи тиббии Истиқлол» -и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи
иҷтимоии аҳолии Ҷмҳурии Тоҷикистон ва дар раванди таълими
кафедраи анестезиология ва реаниматологияи Муассисаи таълими
давлатии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони
соҳаи тандурустии ҷумҳурии тоҷикистон» татбиқ мешаванд.

Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда.

1. Омилҳои хатари ошкоршудаи пайдошавии норасоии
мақъад дар кӯдакон яке аз меъёрҳои асосии сари вақт интиҳоб на-
мудни усулҳои табобати консервативӣ ё ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад.

2. Арзёбии ҳолати ҷатан, рӯдаи ғафс, ғаъолнокии биологии
барқии мушакҳои сфинктер ва системаи гемостаз дар кӯдакони ги-
рифтори норасоии мақъад, ки бояд амалиёти ҷарроҳӣ шаванд, имкони-
ят медиҳад, ки тактикаи мураккаби беморон муайян ва ҳаҷми воқеии
амалиёти ҷарроҳӣ, таъминоти анестезиологӣ ва гузаронидани профи-
лактикаи пайдошавии оризаҳо муайян карда шаванд.

3. Ба қадри нокифоя гузаронидани тайёрии пешазҷарроҳӣ ва
табобати пасазҷарроҳӣ бе дар назардошти тағйироти системаи гемо-
стаз боиси пайдо шудани оризаҳои гуногун мегардад.

4. Ҳангоми интиҳоб намудани табобати ҷарроҳӣ барои нойил
шудан ба натиҷаҳои максималии мусбат, дараҷаи норасоии мақъад,
муҳлатҳои иҷрои ҷарроҳӣҳои қаблӣ ва мавҷуд будани тағйиротҳои
ҳадшавии ҷатанро ба ҳисоб гирифта зарур мебошад.

5. Муносибатҳои методологӣ ба реабилитатсия ва диспансе-
ризатсияи кӯдакони гирифтори норасоии мақъад асоси барта-
рафсозии пайдошавии оризаҳоро ташкил медиҳанд.

Саҳми шахсии муаллиф. Муаллифи диссертатсия мавзӯи
омилҳои боисшавандаи норасоии мақъадро мустақилона таҳлил
карда, усулҳои асосноки тайёрии пешазҷарроҳӣ, тактикаи ҷарроҳӣ,
ислоҳи ихтилоли гемостазро анҷом додааст. Муаллиф 60%-и ама-
лиётҳои ҷарроҳии норасоии мақъадро иҷро карда, усулҳои гуногу-
ни таҳқиқотҳои инструменталӣ гузаронида шудаанд.

Тасвиби таҳқиқот. Вобаста аз нуктаҳои асосии диссертатсия
маводҳои он дар конференсияҳои солонаи илмӣ- амалии ДДТТ ба
номи Абӯалӣ ибни Сино бахшида ба «Илми тиб ва таҳсилоти тиббӣ»

(Душанбе, 2013, 2014), конференсияи илмӣ- амалии ҷарроҳон ш. Душанбе (Душанбе, 2015), Конгресси байналмилалии EUROMEDICA, Ганновер, Германия (2015) гузорш ва таҳлилу баррасӣ шудаанд. Дар ҷаласаҳои ассотсиатсия ҷарроҳони кӯдакон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2018), ҷаласаҳои байникафедравии Шӯрои экспертии фанҳои ҷарроҳии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», суратҷаласа №4/2 аз 08 феввали соли 2019. таҳлил ва баррасӣ шудаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Дар доираи мавзӯҳои рисола 8 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА – и назди Президенти ҶТ ва 1 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА ФР ба ҷоп расидааст, муаллиф дорои як ихтироъ («Усули сфинктеропластикаи мушаки нарми рон дар кӯдакон ҳангоми норасоии мақъад») №ТҶ 299 аз 21.10. с.2015 мебошад. Муаллиф ду шаходатномаи пешниҳоди ратсионализаторӣ мебошад: «Усули муайян кардани ихтилолҳои микроциркуляторӣ дар кӯдакони гирифтори дараҷаҳои 2-3-и норасоии мақъад» - №000265, аз 12.04.с.2019., «Усули табобати ихтилолҳои микроциркуляторӣ дар кӯдакони гирифтори дараҷаҳои 2-3-и норасоии мақъад» - №000261, аз 12.04.2019.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар 115 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи *Times New Roman 14, фосолаи 1,5*) таълиф шуда, 8 ҷадвал, 14 расм ва 4 диаграмма иборат аст. Диссертатсия аз муқаддима, 4 боб, хулоса, тавсияҳо барои тандурустии амалӣ, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар феҳристи адабиёт 216 номгӯй, аз ҷумла 128 сарчашмаи донишмандони ватанӣ, 88 сарчашмаи хориҷӣ оварда шудааст.

МУҲТАВОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 180 кӯдаки гирифтори нуқсонҳои инкишофи мавзиеи аноректалӣ буд, ки дар давраи солҳои 2000-2017 дар беморхонаи клиникӣи ҷарроҳии кӯдакони шаҳри Душанбе ва дар шӯъбаи ҷарроҳии кӯдакони ш. Хучанд табобат шудаанд. Ҳангоми таҳлили ретроспективӣ дар 75 (41,6%) аз 180 бемор бемориро нигоҳ дошта натавонистани наҷосат ҳамроҳӣ мекард. Дар ҳамаи кӯдакон дошта натавонистани наҷосат пас аз амалиётҳои ҷарроҳии гуногун аз хусуси нуқсонҳои аноректалии инкишоф ба мушоҳида расиданд: атрезияи анус- дар 21(28,0%), атрезияи анус ва роstrӯда- дар 39(52,0%) ва атрезия роstrӯда - дар15(20%) –и беморон. Синну соли беморон аз 5 то 16 сола буд. Дар аввал дар 31 (41,9%)-и беморон ҷарроҳии омехтаи батнӣ-ҷатанӣ, 44 (58,1%) – и беморон проктопластикаи ҷатан иҷро

карда шуд. Хангоми муайян кардани норасоии мақъад аз таснифи А.И. Ленюшкина (1999) истифода карда шуд. мувофиқи ин таснифот норасоии мақъад ба се дараҷа ҷудо карда шудааст. Беморон вобаста аз тағйиротҳои патофизиологии ошкоркардашуда, тайёрии пешазҷарроҳӣ, мувоқибат дар байни ҷарроҳӣ, пас аз ҷарроҳӣ, ҳамчунин вобаста аз усули табобати барқароркунанда ба ду гурӯҳи аз ҷиҳати синну сол, ҷинс, дараҷаи дошта натавонистани наҷосат ба ду гурӯҳи муқоисашаванда ҷудо кардем: дар гурӯҳи асосӣ 31 (41,3%) бемор ва дар гурӯҳи муқоисашаванда -28(37,3%) буданд. Аз миқдори умумии беморон дар 16(21,3%) бемор дараҷаи якуми норасоии мақъад дида шуд, онҳо ба таври консервативӣ табобат карда шуданд. Аз 75 бемор дар 59 (78,7%) бемор норасоии сфинктери мақъад ба назар расид, ки аз онҳо дар 28(48,2%) норасоии дараҷаи II ва дар – у 31(52,5%) норасоии дараҷаи III ба қайд гирифта шуд.

Беморон вобаста аз дошта натавонистани наҷосат табобати муносиб (консервативӣ ё ҷарроҳӣ) гирифтанд. Дар ҳамаи кӯдакон гирифтори дараҷаҳои II ва III-и норасоии мақъад ҷарроҳии ислоҳкунӣ гузаронида шуд. Дар гурӯҳи муқоисашаванда (назоратӣ) кӯдаконе дохил карда шуданд, ки дар онҳо ҷарроҳии сфинктеропластика бо усули Фаерман- дар 6(8,0%) нафар, пластикаи мушакҳои суриш – дар 10 (13,3%) нафар, пластикаи мушакҳои дарунӣ ва берунии сфинктер -дар 12(16,0%) нафар гузаронида шуда буд. Дар вобаста аз дараҷаи норасоӣ пас аз ҷарроҳии сфинктеропластики по методике 31(41,3%) –и беморони гурӯҳи асосӣ сфинктеропластика бо истифода аз мушаки нарми рон дар модификатсияи кафедраи анестезиология ва реаниматологияи Муассисаи таълимии давлатии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии ҷумҳурии тоҷикистон» (Патенти №ТJ696, аз 10.06.с.2015) иҷро карда шуд.

Ҳарду гурӯҳ аз рӯйи синну сол, ҷинс, сабаби пайдошавӣ, вазнинии ҳолати умумӣ, шакл ва дараҷаи норасоии мақъад тавақаллан интиҳоб карда шуда буданд.

Аз рӯйи синну сол ҷудо кардани кӯдакон нишон дод, ки нигоҳ дошта натавонистани наҷосат бештар дар кӯдакони синну соли 5-8-сола дида шуд, ки 53,3%-ро ташкил дод, дар кӯдакони синну соли 9-11-сола- 28,4%, 12-16-сола- 19,30% ҳолат буд.

Дар 61 (81,3%) аз 75 бемор сабаби пайдошавии норасоии мақъадсодир кардани хатоҳои тактикӣ ва техникӣ буд, дар 14 (18,7%) ҳолат бошад, гипоплазияи мушакҳои қаъри кос, дар 5 (6,6%) ҳолат гипоплазияи думғоза, ҳамчунин равандҳои фасоднок ва мувоқибати нокифоя дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дида шуд. Таъкид кардан ба маврид аст, ки беморони гирифтори норасоии мақъад якҷанд маротиба ҷарроҳӣ шудаанд: 2 маротиба – 25 (33,3%) кӯдак, 3 маротиба – 28 (37,3%), 4 маротиба – 16 (21,3%) ва 5 маротиба - 6 (8,0%) беморон.

Ҳар як дафъа хангоми иҷро намудани ҷарроҳии ислоҳкунанда мушакҳои қаъри кос, махсусан мушакҳои сфинктери анус осеб дидаанд.

Таҳқиқоти мо нишон дод, ки дар 43 (57,3%) беморон ба таври ғайриихтиёрӣ хориҷ шудани наҷосат дар давоми як шабонарӯз 3-5 маротиба бо ҳиссаҳои кам буд, аммо дар 16 (21,4%) - ба таври ғайриихтиёрӣ хориҷ шудани мухтавои рӯдаҳо 2-3 маротиба дар давоми рӯз ба мушоҳида расид. Дар 16 кӯдаки дорои дараҷаи 1-и норасоии мақъад олудашавӣ бо наҷосат дида шуд, ки дар коллектив ҳузур доштани беморро душвор месохт.

Усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот ҳамчунин усулҳои махсуси таҳқиқот бо тартиби зерин ба қор бурда шуданд: таҳқиқотҳои контрастии роҳи ҳозима (ирригография), электромиография, томографияи магниторезонансӣ, таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС бо ёрии дастгоҳи ширкати «Panasonic» «Multivisor» ADR-2000).

Таҳқиқотро аз муайян кардани шикоятҳо ва муфассал омӯхтани таърихи беморӣ, алгоритми амалиётҳои ҷарроҳии аз сар гузаронидашуда сар қардем, намудҳои ҷарроҳӣ, оризаҳои он, ҷараёни давраи пасазҷарроҳӣ, ҳамчунин вақти пайдо шудани олудашавӣ аз наҷосат ва ғайриихтиёрӣ хориҷ шудани наҷосат ва қабзиятро муайян қардем.

Дар гузоштани ташҳиси норасоии мақъад ғайр аз усулҳои клиникӣ таҳқиқот таҳқиқотҳои инструменталии рӯдаҳои ғафс ва борик, яъне колонофиброскопия, бо мақсади муайян кардани тағйироти илтиҳобии пардаи луобии рӯдаи ғафс ва ҳолати релефи он низ анҷом дода мешаванд. Колоноскопия аз 75 кӯдак дар 43 (57,4%) бо дастгоҳи фиброколоноскопиҳои KARL-STORS истехсоли Олмон иҷро қарда шуд.

Усули дигари муҳим муайян кардани фаъолнокии биологии барқии мушакҳои сфинктер ва мушакҳои қаъри кос мебошад. Ин усул тавассути электромиография сурат гирифт. Таҳқиқот бо электромиографии истехсоли «Synapsis» сурат гирифт. Электромиография дар 75 бемори гирифтори норасоии мақъад иҷро қарда шуд. Электромиография дар Маркази миллии ташҳис ва лабораторияи МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» аз тарафи табиб, номзади илмҳои тиб Алиева З.Ҷ. гузаронида шуд.

Зикр қардан ба маврид аст, ки хангоми сфинктеропластика бо истифода аз мушакҳои сурин ё мушакҳои нарми рон бештари вақтҳо аз ҳисоби ихтилолҳои микросиркуляторӣ некроз (мавти) ё тағйироти фиброзӣ ба амал меояд. Вобаста аз ин мо муайян кардани ҳолати системаи гемостази беморонро зарур меҳисобем. Барои ҳамин ҳам, мо тағйироти системаи гемостазро дар ҳуни омехтаи варидӣ ва ҳуни ҷоришавандаи шарёнӣ омӯхтем. Ҳуни омехтаи варидӣ (ХОВ) бо тавассути катетеризатсияи вариди рости зерикулфақӣ гирифтём, ҳуни

чоришавандаи шарёниро бошад, бо роҳи тазриқи шарёнҳои соид ва ё рон чамъоварӣ кардем.

Ҳамаи таҳқиқотҳои клиникӣ ва биохимиявӣ дар лабораторияи беморхонаи клиникаи шаҳрии ҷарроҳии кӯдакони ш. душанбе ва дар лабораторияи ДИАМЕД гузаронида шуданд.

ТУС асосан бо мақсади муайян кардани патологияҳои ҳамроҳшуда, махсусан патологияҳои узвҳои системаи пешоббарор гузаронида шуд. ТУС бо ёрии дастгоҳи ширкати «Panasonic», тамғаи «Multivisor» ADR-2000 иҷро гардид. Ҳамчунин доплерографияи мушакҳои бечошудаи рон гузаронида шуд ва ҳолати мушакҳои қаъри кос, сфинктерҳои дарунӣ ва беруни муайян карда шуданд. Таҳқиқот дар Маркази илмӣ-клиникии Урологияи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз тарафи номзади илмҳои тиб Ибодова Г.Х. анҷом дода шуд. ТУС дар 59(78%) иҷро карда шуд.

Дар интиҳоби амалиёти ҷарроҳӣ, пешгӯии оризаҳо ва самаранокии табобат гузаронидани томографияи магнитӣ-резонансӣ зарур аст. Ин усул имконияти медиҳад, ки ҳолати мушакҳои пуборектлӣ, мушакҳои сфинктери маъяд ва роstrӯда муайян карда шаванд. Томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) дар 43 (57,3%) кӯдаки дорои норасоии маъяд иҷро гардид.

Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии компютери инфиродии Pentium IV-512 ва барномаи омории Statistica 6,0 бо бастаи барномаи Microsoft Office 2003, аз ҷумла Microsoft Word 7,0 ва Microsoft Excel 4,0 анҷом дода шуд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда бо усули омори вариатсионӣ бо ҳисоб кардани $M \pm m$ ва арзёбӣ намудани эътимоднокии натиҷаҳо аз рӯи меъёри Стюдент коркард шуданд. Аз рӯи маълумотҳои ҷадвал бузургии p муайян карда шуд. Фарқияти нишондиҳандаҳо бо ифодаҳои омории хангоми $p \leq 0,05$ будан ҳисоб карда шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Ташҳиси норасоии маъяд дар кӯдакон. Зухуроти клиникӣ ва таҳқиқотҳои клиникӣ-биохимиявӣ кӯдакони гирифтори норасоии маъяд.

Таҳқиқоти клиникӣ муоинаи муфассали чатан ва мавзеи пераналиро дар бар гирифт. Ба вучуд доштани хадшаҳо, боқӣ мондани рефлексии пӯсту маъяд, боз мондан ё танг шудани маъяд, пролапси луобпардаи канали маъяд диққат дода шуд. Дар 23(30,7%) – и кӯдакон деформатсияҳои дағали хадшавӣ дида шуд. Дар 33(44%) – и кӯдакон боз мондани маъяд ва деформатсияҳои хадшавӣ ба назар расид.

Дар 7(9,3%)-и кӯдакон – тангшавии маъяд бо пролапси пардаи луобии роstrӯда ва кӯдакон деформатсияҳои дағали хадшавӣ дида шуд.

Дар 12 кӯдак ҳангоми проктопластикаи сӯроҳии мақъад на дар ҷойи пешбинишуда бароварда шуд, эктопия ба рост ё ба чап дида мешавад.

Ҳангоми муоинаи якумин муайян карда шуд, ки дар 35(46,6%) кӯдакон рефлексии пӯсту мақъад вучуд надорад, дар 24(32%) - сусти аст, дар 16(21,3%) нигоҳ дошта шудааст.

Баъдан, бо мақсади муайян кардани тонуси мушакҳои дастгоҳи сфинктери роstrӯда таҳқиқоти канали мақъад бо ангуштон гузаронидани шуда, ҳолати он баҳогузори карда шуд. Дар ин маврид қувваи маҳкамкунии (фишурдани) мушакҳои сфинктери анус, вучуд доштани тангшавии сфинктери мақъад арзёбӣ гардид. Дар 27 кӯдак танг шудани мақъад, дар 32 нафар сусти будан ё вучуд надоштани тонуси мушакҳои мақъад дида шуд.

Иттилоотнокии ин марҳалаи таҳқиқот хеле олӣ аст барои гузоштани қадами минбаъда имконият медиҳад, ки дар хусуси зарур будани гузаронидани амалиётҳои минбаъдаи ташхисӣ ва ҷарроҳӣ қарор қабул карда шавад.

Дар кӯдакони гирифтори норасоии функцияи сфинктери мақъад вобаста аз омил ба ин беморӣ мусоидаткунанда хориҷшавии ғайриихтиёрии наҷосат ё олудашавӣ аз наҷосат ба назар расид.

Қобили зикр аст, ки таҳлили ретроспективӣ инҳоро нишон дод: беморони дорои норасоии мақъад қаблан яқинд маротиба ҷарроҳӣ шудаанд: 2 маротиба – 25(33,3%) кӯдак, 3 маротиба – 28(37,3%), 4 маротиба – 16(21,3%) ва 5 маротиба – 6(8,0%) нафар. Ҳагони иҷро намудани ҳар як ҷарроҳии такрорӣ хатоҳои тактикӣ ва техникӣ содир карда мешуданд, мушакҳои сфинктери дарунӣ ва берунӣ, ҳамчунин мушакҳои пуборекталӣ осеб мебинанд.

Яке аз сабабҳои пайдошавии норасоии мақъад дар тақиқшудагон иҷро намудани проктопластикаи батнӣ-чатанӣ мешавад, ки дар он ҷудо кардан ва поён овардани рӯдаҳо дар ҷойи пешбинишавандаи анус кӯр-кӯрона иҷро карда мешавад. Дар 12(16%) беморон пас аз проктопластикаи батнӣ-чатанӣ рӯдаҳо дар ҷойи худ бароварда нашуданд ва аз ҷойи пешбинишудаи сӯроҳии мақъад эктопия (бечо) шудаанд.

Ҳамин гуна манзара ҳангоми проктопластикаи чатанӣ бо усули Стоун низ дида мешавад. Аз 75 кӯдаки гирифтори норасоии мақъад проктопластикаи чатанӣ дар 31(41,9%), проктопластикаи омехтаи батнӣ-чатанӣ бошад, дар 44 (58,1%) кӯдакон сурт гирифт.

Таҳқиқот нишон дод, ки гарчанде дар 52 (69,3%) кӯдак пас аз проктопластикаи якум роstrӯда дар ҷойи маъмулиаш бароварда шуда бошад, ҳам, нигоҳ дошта натавонистани наҷосат идома дошт, ки сабабаш ба ҳисоб нагирифтани ҳолати мушакҳои сфинктери мақъад ва мушакҳои пуборекталӣ буд. Дар 23 (30,7%) бемор дар натиҷаи ҷарроҳии чандинқаратаи ислоҳкунанда дар мавзеи чатан ва роstrӯда тағйироти дағали ҳадшавии сӯроҳии мақъад ба қайд гирифта шуд.

Дар 37(49,3%) кӯдак дисфунксияи рӯдаҳо дида шуд, қабзият ба наҷосати обакӣ иваз гашт. Дар ин маврид, гоҳ-гоҳ дарди шикам дар 11(15,0%) бемор ва дамиши шикам дар 26(34,66%) ҷой дошт, ки барои синдроми колит хос аст. Дар 33 (44%) аз 75 бемор кушода мондани анус ва канали мақъад дида шуд, аммо ҳангоми таҳқиқоти ангуштӣ то-нуси мушакҳои сфинктер вучуд надошт.

Ҳамин тавр, сабабҳои ҳама тағйиротҳои патологӣ дар кӯдакони гирифтори норасоии мақъад мустақиман бо хатоҳои гуногуни таъхисӣ, тактикӣ ва оризаҳо ҳангоми ислоҳи якуми нуқсонҳои аноректалии инкишоф пайдошуда, бо натиҷаҳои протсессии фасодӣ-илтиҳобии ҳуҷайрабодии параректалӣ, бо мобилизатсияи нокифояи рострӯда, осебҳои мушакҳои берунӣ ва дарунии сфинктер, ҳамчунин мушакҳои пуборекталӣ алоқаманд мебошанд.

Ҳолати гемостаза ва реология дар кӯдакони гирифтори норасоии мақъад.

Нишондиҳандаҳои гемостаз дар 49 бемор аз ҷумли контингенти таҳқиқшудаи кӯдакони синну соли 7-16-сола омӯхта шуд. дар ин маврид норасоии мақъад дараҷаи I дар 13 (26,5%) бемор ва дараҷаи II дар 17 (34,7%) бемор, дараҷаи III дар 19 (38,8%) кӯдак дида шуд. Ба гурӯҳҳо тақсим кардани беморон бо дар назардошти дараҷа ва возеҳии ноустувории сфинктери мақъад анҷом дода шуд.

Омӯзиши нисбатан амиқтари системаи гемостази кӯдакон нишон дод, ки ихтилоли когулятсия ва реология аз давомнокӣ ва вазнинии протсесси патологӣ вобаста аст. Маълумотҳои хосиятҳои гемореологияи хун дар хуни омехтаи варидӣ, хуни ҷоришавандаи шарёӣ аз шушҳо, ҳамчунин дар фарқияти шараёӣ-варидӣ омӯхта шуданд.

Дар айни замон бисёр усулҳои таъбаоти ҷарроҳии устувории сфинктери мақъад мавҷуд аст. Дар ин маврид вазни ҳолиси оризаҳои пасазҷарроҳӣ зиёд боқӣ мемонанд. Бештар зиёд оризаҳои дучоршаванда пас аз сфинктеропластика ишемияи мушакҳо ва минбаъд некрози онҳо ба ҳисоб мераванд. Дар пайдошавии ин оризаҳо нақши асосиро ихтилоли когулятсия ва реологияи хун мебозад. Дар баробари ин, муҳаққиқон нақши шушҳоро дар вайроншавии хосиятҳои когулятсионӣ ва реологияи хун ҳангоми патологияҳои гуногун таъкид мекунанд. Таҳқиқотҳои қаблан гузаронидашуда, алоқамандии байниҳамдигарии функсияи ғайриреспиратории шушҳоро (ФҒШ) ҳангоми музмин шудани протсес, ҳам дар шушҳо ва ҳам дар дигар узвҳо ва системаҳоро тасдиқ мекунанд. Амалиётҳои ҷарроҳӣ системаи гемокогулятсиरो тағйир медиҳанд. Вобаста аз ин омӯзиши ихтилолҳои системаи гемостаз (гемостази тромбоситарӣ, гемостази плазменӣ, фаъолнокии фибринолитикии хун) имконият медиҳанд, ки оризаҳое, дар ҷараёни ҷарроҳии беморони гирифтори норасоии мақъад ва баъди он пайдо мешаванд, сари вақт пешгирӣ карда шаванд.

Нишондиҳандаҳои системаҳои гемостаз ва реологияро дар хуни омехтаи варидӣ омӯхта, дар кӯдакони гурӯҳи I дар муқоиса бо кӯдакони солим тафовути аз ҷиҳати омӯри муҳим муайян карда нашуд. Дар гурӯҳи I дар 13 (26,5%) кӯдакони гирифтори норасоии мақсад омӯхтани нишондиҳандаҳои потенциали гемокоагулятсионӣ возеҳии тағйиротро нишон дод. Гиперкоагулятсия на чандон зиёд дар ХОВ муайян карда шуд, хун аз тариқи шушҳо гузашта, монанди кӯдакони солим гипокоагулятсия мешавад. Гипокоагулятсия дар хуни ҷоришавандаи шарёнӣ (ХҚШ) аз ҷиҳати омӯри бо фарқияти эътимодноки А-В тасдиқ карда мешавад: замони лахташавии хун (ЗЛХ) ба таври эътимоднок ба андозаи 58,9% ($p < 0,05$) зиёд мешавад; замони қисман фаъолнокшудаи тромбопластинӣ - то на 26,7% ($p < 0,05$); замони рекалсификатсияи плазма то 22,0% ($p < 0,001$) зиёд шудааст. Нишондиҳандаҳои шохиси протромбинӣ ба таври эътимоднок то 12,7% ($p < 0,05$) паст шудааст, ки инро таносуби байналмилалӣ меъёрсозӣ тасдиқ мекунад, вай то 14,9% ($p < 0,001$) баланд шудааст, ин аз гипокоагулятсияи зиёд дар хуни шарёнӣ назар ба хуни омехтаи варидӣ гувоҳӣ медиҳад (ҷадвали 2). Аз рӯйи натиҷаҳои тавлид шудани фибрин пастшавии фибриноген дар ХОВ то 10,4%, баъди аз тариқи шушҳо гузаштан бошад, дар ХҚШ то 10,8% зиёд шудан ба назар расид. Дар гурӯҳи I нишондиҳандаҳои функсияи гипокоагулятсионӣ дар А-В фарқият-антитромбин 111 (АТ III) – то 12,4% ($p < 0,001$) зиёд мешаванд. Дар бораи фаъолнокии функсияи гипокоагулятсионии системаҳои шушҳо ва эндотелияи рағҳо баъзе дарозшавихои (то 11,0%) замони гепарини озод (ЗГО) гувоҳӣ медиҳад. Мувофиқи муҳтавои Ca^{2+} , фаъолнокии фибринолитикии хун (ФФХ), маҳсулоти деградатсияи фибриноген (МДФ), муҳтавои гемоглобина (Hb), гематокрит (Ht), тромбоситҳо ва часпакии хун дар хуни омехтаи варидӣ ва шарёнӣ дар гурӯҳҳои фарқиятҳои боэътимод муайян карда нашуд, ки ин аз беосеб будани хосиятҳои реологӣ ва фибринолиз гувоҳӣ медиҳанд.

Ҳамин тавр, дар 13 бемори гирифтори дарачаи I НМ ихтилоли ҳолати системаи гемостаз дар ХОВ ва ХҚШ ҷой дошт. Дар ХОВ каме ғафс шудани хун бо беосеб мондани фаъолнокии лахташавӣ ва фибринолитикии хун дида мешавад, дар ХҚШ нормокоагулятсия мушоҳида мешавад. Дар 13 кӯдак функсияи мубодилаи ғайригазии шушҳо бо тағйир аст.

Таҳлили хосиятҳои гемореологии ХОВ дар 17 (34,5%) кӯдаки гурӯҳи II бо НМ дарачаи II нисбат ба кӯдакони солим ва беморони гурӯҳи I гиперкоагулятсияи муътадилро нишон дод. Дар замони лахташавии хун мувофиқи усули Ли-Уайт аз $3,8 \pm 0,8$ дақ. МНО - $0,86 \pm 0,01$, АЧТВ - $33,4 \pm 1,0$ боло набуд. Ҳангоми омӯхтани натиҷаҳои таҳқиқот дар ХҚШ ва таҳқиқоти фарқиятҳои А-В зиёд шудан дар ХҚШ назар ба ХОВ ба мушоҳида расид. Ҳамин тавр, фарқияти ЗЛХ (замони лахташавии хун) мувофиқи усули Ли-Уайт 51,6% ($p < 0,05$) - ро ташкил дод,

мувофиқи ЗФҚТ (замони фаъолнокшавии қисман тромбопластинӣ) - 17,66% ($p < 0,01$) ва 10,0%, бо ЗРП (замони рекалсификатсияи плазма) - 16,7% ($p < 0,05$) буд, инҳо нисбат ба кӯдакони солим баланд будани тавлидшавии протромбиназҳо ва ихтилоли вазифаи детоксикатсионии шушҳоро (ВДШ) дар марҳалаи компенсатсия, гипокоагулятсия нишон медиҳанд. Дар ХҚШ нисбат ба ХОВ дар ин хусус маълумотҳои фарқиати А-В гувоҳӣ медиҳанд: ТБМ (таносуби байналмилалӣ муътадилшуда) то 9,3% ($p < 0,001$) зиёд шудааст. Ҳангоми таҳқиқ намудани Ca^{2+} дар ХОВ ва ХҚШ, дар муқоиса аз кӯдакони солим тамоюли паст шудани сатҳи он дар хуни оксигендор ба мушоҳида мерасад, ки дар натиҷаи онро нигоҳ доштани шушҳо, ҳамчун омили лахташавӣ ба амал меояд.

Дар ин гурӯҳи беморон, нисбат ба кӯдакони солим ва кӯдакони таҳқиқшудаи гурӯҳи I, паст шудани фаъолнокии зидди коагулятсионии хун дар системаи шушҳо ва маҷрои хунбари он мутобиқи паст шудани фарқиати А-В муайян карда шуд, маълумотҳои АТ 111, эътимоднокии омории замони лахташавии (ЗЛ) геприн ($p < 0,01$) ва фаъолнокии фибринолитикии хун (ФФХ) дар хуни оксигендор баландшавии боэътимоди он дида шуд.

Дар беморони дорои дараҷаи II–и NM таҳлили нишондиҳандаҳои маҳсулоти дегидрататсияи фибрин, сатҳи гемоглобин, гематокрит ва ҷараёни хун нисбат ба нишондиҳандаҳои кӯдакони солим ва беморони гурӯҳи I фарқиати муҳимми омӯрӣ надоштан. Дар системаи гемостаз дар ХОВ ва ХҚШ ихтилолҳои гуногун ба мушоҳида расид. Фаъолнокшавии на чандон зиёди системаи зиддилахташавӣ дида шуд: дар ХҚШ- нормокоагулятсия. Дар беморони дорои дараҷаи II –и NM функцияи гипокоагулятсионии шушҳо (ФГШ) функцияи гемостатикии хунро пурра таъмин мекунад. Дар 7 кӯдаки гирифтори дараҷаи II –и NM функцияи гипокоагулятсионӣ қариб, ки тағйир наёфтааст, дар ин хусус маълумотҳои гомеорологӣ ва сатҳи тромбоситҳо гувоҳӣ медиҳанд. Замони лахтабандии хун аз $3,8 \pm 0,9$ дақ. зиёд набуд, ки ин аз ғализшавии муътадил нисбат ба кӯдакони солим ва беморони гурӯҳи I ($3,9 \pm 0,7$) гувоҳӣ медиҳад.

Ҳамчунин тағйироти на чандон назарраси ТБМ - $0,87 \pm 0,02$ и $0,86 \pm 0,01$, ЗФҚТ - $34,4 \pm 4,2$ и $33,4 \pm 1,0$ мутаносибан дар гурӯҳҳои I ва II ба қайд гирифта шуд. Дар нишондиҳандаҳои гемостаз ва реология дар таҳлили ХҚШ ва муайян кардани (А-В) фарқиат камее болоравӣ дида шуд нишондиҳандаҳои ЗЛХ (замони лахташавии хун) тибқи Ли-Уайт дар гурӯҳҳои 1 ва 2 мутаносибан 58,9% ва 51,6%, ЗФҚТ- 26,7 ва 17,66%, ЗРП - 22,0 ва 16,7%-ро ташкил карданд.

Ин нишондиҳандаҳо ба тағйироти оғозшуда дар системаи гемостаз дар марҳалаи компенсатсия ишора мекунанд. Дар ҳамин гурӯҳ зиёд шудани фибриноген дар ХҚШ муқаррар карда шуд. Ин нишондиҳандаҳо дар инкишофи ихтилолҳои системаи гардиши хун (мик-

росиркулятсия ва тромбҳосилшавӣ) омилҳои нохуб ба шумор мераванд, аз хусуси паст шудани гемокоагулятсия инчунин нишондиҳандаҳои пастии замони лахташавии гепарин ва фаъолнокии фибринолитикии хун низ гувоҳӣ медиҳанд.

Бо дар назардошти гуфтаҳои боло, дар кӯдакони таҳқиқшудаи дорои НМ - дараҷаи II дезорганизацсияи системаи гемостази ЗЛХ ба назар мерасад, ки бо каме ғализшавии хун, аммо бе фаъолнокшавии системаи гемокоагулятсионӣ ва ХҚШ (нормокоагулятсия) зоҳир мешаванд, чунки дар ин гурӯҳи кӯдакон функсияи гипокоагулятсионии хуни ба он ҷоришавандаро системаи шуш иҷро мекунад.

Дар кӯдакони гурӯҳи III дорои дараҷаи III НМ (ҷадвали 4) омӯзиши нишондиҳандаҳои гемостаз дар ХОВ нишон дод, ки тамоюл ба камхунии дараҷаи сабук, пастшавии нишондиҳандаҳои ТБМ, фибриноген, АТ III, Нt, ЗЛХ тибқи Ли-Уайт, ЗФҚТ, ЗРП, ТБМ, тағйироти фибриноген, АТ III, ЗЛ гепарин мавҷуд аст. Гуфтаҳои боло ба инкишофи синдроми гиперкоагулятсия ва анемия ишор мекунад. Ин дар навбати худфаъолнокшавии омилҳои системаҳои лахтабандӣ ва зиддилахтабандиро тасдиқ мекунад.

Зикр кардан зарур аст, ки дар ХҚШ ихтилолҳои хеле назарраси функсияи гипокоагулятсионии функсияи шушҳо ба назар расид ва зиёдшавии безътимоди нишондиҳандаҳои А-В фарқият тибқи Ли-Уайт (44,8%), ЗФҚТ (17,2%), ЗРП (14,9%) ошкор карда шуд. Шушҳо аз ҷиҳати омори бозътимод ба ин нишондиҳандаҳо таъсир намерасонанд, ғайр аз ЗРП то 14,9% зиёд шудааст, гарчанде дар беморони гурӯҳҳои I ва 2 функсияи гипокоагулятсионии шушҳо хусусияти ҷуброншавандагӣ доштанд.

Аломатҳои зуҳуроти ибтидоии ихтилолҳои микросиркулятсионӣ дар шушҳо пастшавии нишондиҳандаи ТБМ ($0,84 \pm 0,03$), набудани зиёдшавии бозътимоди фибриноген ($3,42 \pm 0,4$) дар ХҚШ паст шудани нишондиҳандаҳои АТ III ва ЗЛ гепарин ($8,6 \pm 0,18$) ва зиёд шудани МДФФ ($472 \pm 17,0$), пастшавии Нt ($38,7 \pm 1,1$) ва тромбоситҳо ($243,2 \pm 11,3$) –ро тасдиқ мекунад.

Ҳамин тавр, дар 19 кӯдаки дорои дараҷаи III НМ тағйироти системаи гемостаз дар ХАВ аз рӯи типии гиперкоагулятсия бо аломатҳои истифодаи омилҳои комплекси инсидодшуда (тромбшуда) ва зиддилахтабандӣ, дар ХҚШ бошад- нормокоагулятсия муайян карда шуд.

Ҳамаи ин барои муайян кардани дараҷаи вазнинии ҳолат, ташхиси барвақти ихтилолҳои микросиркуляторӣ ва гузаронидани профилактикаи ихтилолҳои микросиркулятсияи мушакҳои бечошуда ҳангоми гузаронидани сфинктеропластика аҳамияти пешгӯйикунандагӣ доранд. Гуфтаҳои болоро ҷамъбаст намуда, қайд бояд кард, ки барои муайян кардани нишондиҳандаҳои ҳақиқии системаи гемостаз ва ихтилолҳои он ҳангоми ҳолатҳои патологӣ, махсусан ҳангоми НМ, таҳлили хуни омехтаи варидагӣ, ки аз варидаи зерӣ кулфак ва хуни ҷоришавандаи ша-

рёнӣ аз шушхо, аз шарёнҳои соид, оринҷ ва рон гирифта мешаванд, зарур мебошад. Мувофиқи маълумотҳои ХОВ ва ХҚШ мо аз хусуси ҳолатҳои системаи гемостаз бо дар назардошти фунсияи гипокоагулятсионии шушхо хулоса барорем. Дар асоси ихтилолҳои ошкоркардашудаи системаи гемостаз дар кӯдакони дорои норасоии мақъд (НМ) бо мақсади ҳифзи қобилияти ҳаётии мушакҳо нақшаи чорабиниҳои профилактикаи тромбхозилшавӣ ва мушаки бечошуда тартиб дода шуд.

Фаъолнокии биологӣи электрикии мушакҳои мақъад ва қазри кос дар ташҳиси норасоии мақъади кӯдакон.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин усул ба таври васеъ паҳн нашудааст, аммо татбиқи амалии электромиография дар қорҳои илмӣ натиҷаҳои мусбат медиҳанд.

Таъкид бояд кард, ки дар ин диссертатсия мо асосан ба беморони дорои дараҷаҳои II - III НМ таваҷҷуҳ зоҳир кардем, миқдори онҳо 59 кӯдак буд.

Ба сифати гурӯҳи муқоисашаванда 32 бемори дорои чурраи қадқашак таҳқиқ карда шуд, дар онҳо ҳолати функционалии сфинктер вайрон нашуда буд. Таҳқиқоти гурӯҳи референтивӣ мувофиқи розигии ҳаттии волидайн сурат гирифт.

Ҳангоми электромиография мо потенциали амали воҳидҳои ҳаракатиро муайян намудем, миқдори миёнаи фазаҳо ва потенциали полифазии воҳидҳои ҳаракатии мушакҳои дастгоҳи сфинктерии дастгоҳи рӯдаи ростро муайян кардем.

Дар ҳамаи кӯдакон таҳқиқоти фаъолнокии биоэлектрикии мушакҳо ба тартиби пай дар пай бо як электрод гузаронида шуд. Муайян карда шуд, ки нишондиҳандаҳои амплитудаи миёна, давомнокии миёнаи ПОҲ ва миқдори фазаҳои ПОҲ-ҳои полифазаҳои фаъолнокии электрикии мушакҳо ҳангоми оромӣ ва кашишхӯриҳои ғайриихтиёрӣ бо норасоии узви сфинктери мақъад муайян карда шуд.

Ҷадвали 1.- Нишондиҳандаҳои фаъолнокии биоэлектрикии мушакҳои дастгоҳи сфинктерии рострӯда дар кӯдакони синну соли 7-11лет (n=32)

Дарачаи НА	Микдор больных	Давомнокии миёнаи ПОХ (сония)	Амплитудаи миёнаи ПОХ (сония)	Микдори миёнаи фазаҳо	ПОХ-и полифазӣ
Меъёр	32	47,1±3,5	81,0±6,3	5,1±0,4	61,3±4,3
I	7	50,3±4,2	86,4±6,2	5,4±0,5	65,4±5,7
II	10	62,9±5,3*	108,1±9,8*	6,8±0,7*	81,8±7,1
III	18	71,7±6,6**	123,4±11,0**	7,8±0,9*	93,4±9,3**

Эзоҳ. *p<0,05; **p<0,01

Ҳангоми таҳлили маълумотҳои ба даст овардашудаи миография дар беморони дорои норасоии узвии сфинктери мақъад дарачаҳои I - II - III паст шудани фаъолнокии биоэлектрикии мушакҳои сфинктери мақъад ва фаъолнокии ғайририхтиёрии биоэлектрикии мушакҳои сфинктери мақъад нисбат ба дарачаи норасоӣ ба мушоҳида расид.

Ҷадвали 2. – Нишондиҳандаҳои фаъолнокии биоэлектрикии мушакҳои дастгоҳи сфинктери рострӯда дар кӯдакони синну соли 12-16 сола (n=40)

Дарачаи НА	Микдори беморон	Давомнокии миёнаи ПОХ (сония)	Амплитудаи миёнаи ПОХ (сония)	Микдори миёнаи фазаҳо	ПОХ-и полифазӣ
Меъёр	32	49,0±3,2	43,4±2,1	4,9±0,3	37,3±2,1
I	9	52,5±3,6	46,5±2,7	5,2±0,5	39,9±2,3
II	18	65,0±5,7*	57,6±5,7*	6,5±0,6*	49,5±3,6**
III	13	74,3±7,2**	65,8±6,4**	7,4±0,8*	56,5±4,7**

Эзоҳ. *p<0,05; **p<0,01

Таъкид кардан ба маврид аст, ки таҳлили маълумотҳои ба даст овардашудаи электромиография дар кӯдакони дорои НМ дарчаи I аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи муқоисаашанда каме дур шудани онҳоро нишон дод, пастшавии фаъолнокии электрикӣ то 10,1% ба назар расид. Басомади амплитудаи миография дар беморони дорои дарчаи II ба ҳисоби миёна то 21,2% паст шуд, ки ин, ба ақидаи мо, ба осебҳои дастгоҳи мушакҳои дастгоҳи мавзеи аноректалӣ дар натиҷаи гузаронидни якҷанд чарроҳии ислоҳкунанда дар чатан алоқамандӣ дорад. Дар кӯдакони дорои дарчаи III норасоии сфинктери мақъад то 38,1% пастшавии кашишӯриҳои мушакҳо ба назар расид. Дар асоси тағйиротҳои мавҷудбуда, дар беморони дорои дарчаи III НМ осебҳои калони мушакҳои дастгоҳи сфинктерии рострӯда дар натиҷаи якҷанд маротиба чарроҳӣ кардани мавзеи аноректалӣ мавҷуд аст.

Аз натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашудаи электромиографияи сфинктери мақъад дар кӯдакон вобаста аз дарачаи нигоҳ дошта натавонистан ҳулоса баровардан мумкин аст, ки фоизи пастшавии фаъолно-

кии электрикӣ дар оромӣ ва ҳангоми кашишхӯриҳои иродавӣ, тақрибан ба маълумотҳои ба даст овардашуда аз ҷиҳати оморӣ безътимод ҳисобида шуданд.

Кам будани нишондодҳо ва ё набудани нишондодҳои фаъолнокии электрикӣ тағйироти узви мушакҳои сфинктери (жоми) мақъадро инъикос мекунад.

Қайд кардан зарур аст, ки бо ёрии электромиография дараҷаи НМ муайян карда шуд. дар таҳқиқот дараҷаи I –и НМ дар 16 кӯдак муайян карда шуд. дар 28 бемор дараҷаи II-и ноустувории мақъад ва дар 31 нафар дараҷаи III ба мушоҳида расид.

Назар ба гурӯҳи муқоисашаванда барои норасоии мақъад паст шудани фаъолнокии электрики мушакҳои сфинктери мақъад ба ҳисоби миёна то 100% дар вақти дарҷаи I, то 21,2 % дар вақти дарҷаи II ва то 38,1% дар вақти дарҷаи III хос аст.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти электромиографии мушакҳои сфинктери мақад имконият медиҳад, ки тактикаи амалиёти ҷарроҳӣ ва муроқибати беморон интиҳоб карда шавад, ҳолати сфинктери аз нав сохташуда назорат, фаъолнокии функционалии мушакҳои бечошуда назорат ва самаранокии амалиёти ҷарроҳӣ баҳогузори карда шавад.

Усулҳои ташҳиси шуоии норасоии мақъад дар кӯдакон.

Барои арзёбии қардани ҳолатҳои рӯдаи ғафс дар ҳамаи кӯдакони дорои норасоии мақъад ирриография гузаронида шуд, ки дар натиҷаи ин дар 18 (24,0%) аз 75 бемор васеъшавии рӯдаҳои рост ва сигмашакл муайян карда шуд. асосан кӯдакони дараҷаи I НМ буданд. Васеъшавии рӯдаи рост дар 14 (18,6%) бемор дида шуд. Васеъшавӣ, асосан, дар мавзеи ампулаи роstrӯда муайян карда шуд.

Дар 27 (36,0%) беморон анус ва канали мақъад озод ва онҳо гузаранда буданд, дар онҳо васеъшавии рӯдаи ғафс дида намешуд. Бояд таъкид кард, ки дар арзёбии намудани ҳолати мушаки пуборекталӣ муайян кардани кунҷи аноректалӣ нақши асосӣ дорад.

Мо дар 75 беморони дорои НМ ҳангоми ирриография кунҷи аноректалиро муайян намудем. Ба ҳисоби миёна нишондиҳандаи кунҷи аноректалӣ ҳангоми ирриография дар беморони дорои НМ $112,5 \pm 5,7$ -ро ташкил дод, дар меъёр вай $90,4 \pm 0,3$ мебошад. Кунҷи аноректалӣ ҳангоми қазои ҳоҷат кардан $124 \pm 6,3$ ($p < 0,05$) буд.

Ба натиҷаи амалиёти ҷарроҳӣ дуруст муайян кардани ҳолати мушаки пуборекталӣ, сфинктерҳои дарунӣ ва берунӣ патологияи ҷорбанд ва думғоза таъсир мерасонанд. Вобаста аз ин дар 43 (54,6%) бемор томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) гузаронида шуд. Дар ин маврид, дар 9 кӯдаки дорои норасоии дараҷаи I муайян карда шуд, ки мавзеи роstrӯда ва мушаки пуборекталӣ ба мавзеи меъёрии анатомӣ мувофиқат мекунад. Дар 3 кӯдак гипоплазияи

думғоза ва дар ду нафар васеъшавии камонакҳои думғоза (*spinabifida*) таъхис гузошта шуд, ки ба дараҷаи нигоҳ дошта натавонистани наҷосат таъсири манфӣ мерасонад. Ин аз вайроншавии инкишофи сохторҳои асабҳое, ки аз ин мавзъ мебароянд ва узвҳои коси хурдро бо асаб таъмин месозанд, гувоҳӣ медиҳад.

Ихтилолҳои гуногуни сохторҳои мушакҳои дастгоҳи сфинктерӣ ва мушакҳои қаъри кос дар 27 бемори дорои НМ муайян карда шуд.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти комплексии бо усулҳои рентгенологӣ иҷрошуда имконият медиҳанд, ки ҳолати минтақаи аноректалӣ ва рӯдаи ғафс баҳогузори, сабабҳо ва дараҷаи НМ муқаррар ва инчунин усулҳои табобати консервативӣ ё ҷарроҳӣ интихоб карда шаванд.

Таҳқиқотҳои эндоскопии рӯдаи ғафс дар кӯдакони дорои НМ.

Нишондодҳо барои гузаронидани фиброколоноскопия тағйироти наҷосат, вайроншавии амали қазои ҳоҷат кардан, ифрозоти патологӣ аз роstrӯда, полипомотози роstrӯда ва тӯлонӣ фаъолият кардани рӯдахр ба ҳисоб мераванд. Фиброколоноскопия дар 43 бемори дорои НМ (дараҷаи I – 5, дараҷаи II – 15, дараҷаи III - 23) гузаронида шуд.

Фиброколоноскопия таҳти бедардсозии кетаминӣ гузаронида мешавад. Дар кӯдакони аз 6-сола боло усули бедардсозӣ вобаста аз ҳолати рӯҳии бемор барои ҳар як кӯдак ба таври инфиродӣ интихоб карда мешавад. Кӯдакони 12-16-сола бе наркоз таҳқиқ карда мешаванд. Ҳангоми фиброколоноскопия дар 5 кӯдак эрозияҳои зиёди рӯдаҳои сигмашакл ва қулун, дар 2 кӯдак решҳои хуншор ва дар 3 кӯдак зухуроти проктит муайян карда шуд.

Ҳамаи ин аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки ҳангоми муддати тӯлонӣ вучуд доштани стомаҳои рӯдаҳо ва дисфунксияи рӯдаи ғафс ҳолатҳои стрессӣ, нуқсони системаи иммунӣ ва дисбактериоз пайдо мешаванд, ки боиси пайдо шудани тағйиротҳои илтиҳобӣ дар пардаи луобии рӯдаи ғафс, пайдо шудани эрозия ва решҳо мешаванд.

Принсипҳои табобати НМ дар кӯдакон. Хусусиятҳои тайёрии пешазҷарроҳӣ дар кӯдакони дорои НМ дараҷаҳои II – III.

Ихтилоли ғайриреспиратории шушҳоро дар танзими гемостаз ба эътибор гирифта, гузаронидани таҳқиқоти ҳаматарафаи пешазҷарроҳии системаи гемостаз дар 47 (62,7%) бемор гузаронида шуд. Мо самаранокии табобати латрен дар якҷоягӣ бо озонотерапияро омӯхтем, ки дар 17 кӯдаки дорои НМ ва ихтилолҳои як қатор звеноҳои системаи гемостаз мавриди омӯзиш қарор додем.

Глюкокортикостероидҳо (преднизолон ё дексаметазон) бевосит пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ бо мақсади пешгирӣ намудани норасоии

гормоналӣ, ки метавонад дар чараёни чарроҳӣ ва ё пас аз он пайдо шавад, таъйин карда мешаванд.

Тайёрии пешазчарроҳӣ асосан ба беҳтарсозии хосиятҳои реологии хун равона карда шудааст.

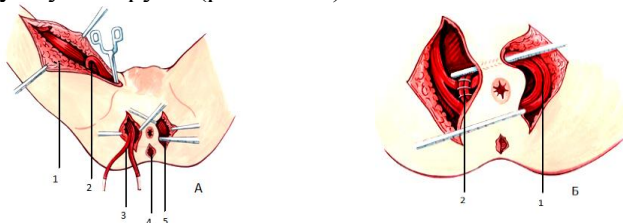
Самаранокии табобати бо истифодаи маҳлули латрен ва озони тиббӣ ҳамчун усули босуботсозии гемодинамика, беҳтарсозандаи микроциркулятсия, манъкунандаи фаъолнокшавии системаи лахтабандӣ маълуму маъруф аст. Пеш аз чарроҳӣ (10 рӯз қабл) озонотерапия бо усули инфузияи и дохиливаридии маҳлули физиологии озондор иҷро намуданд. Омехтаи озонooksигородӣ бо концентратсияи озон то 150 мг/л ҳангоми истифодаи қувваи 85 ВА ва суръати мавҷи газ аз 0,25 то 1,0 л/дақ. ба танзими протсеси гемостаз таъсири мусбат мерасонад.

Ин намуди табобат барои нигоҳ доштани зарфияти оксигени хун ва беҳтар соختани хосиятҳои реологии он мусоидат мекунад. Табобати пеш аз чарроҳӣ гузаронидашуда бо дар назардошти тағйироти системаи гемостаз, табобат бо озони тиббӣ ва таъсир латрен барои хуб шудани чараёни давраҳои чарроҳӣ ва пасазчарроҳии беморӣ мусоидат мекунад.

Интиҳоби усулҳои чарроҳӣ ҳангоми НМ дараҷаҳои II - III.

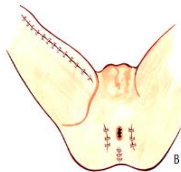
Мо натиҷаҳои табобати чарроҳии НМ дараҷаҳои II ва III дар кӯдаконро омӯхтем.

Нишондод барои гузаронидани сфинктеропластика норасоии мақъад дараҷаҳои II ва III ба ҳисоб мераванд, ки пас аз кӯшишҳои чандинқаратаи ислоҳи нуқсонҳои аноректалӣ, мавҷуд будани тағйиротҳои вазнини хадшавӣ, вучуд надохтани рефлексҳои мавзеи мақъад ва доимо кушода мондани анус, набудани мушакҳои сфинктер пайдо мешаванд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ сфинктеропластика бо истифода аз мушаки нозуки рон дар модификатсияи кормандони кафедраи чарроҳии кӯдакон, анестезиология ва реаниматологияи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шуд. Барои ин усул патенти ихтироъ №ТJ696, аз 10.06.с.2015 гирифта шудааст. Ин усул аз қисмҳои зерин иборат мебошад: бурриш дар сағхи дарунии рони рост ё чап дар мавзеи m. Gracilis ба самти аз қисми болоии 1/3 рон то нуқтаи васлшавӣ бо рӯймучи дарунӣ (расми 1 А).



Расми 1. - Марҳалаҳои ҷарроҳӣ. А: 1 – бурриш дар сатҳи дарунии рон, 2 – гузаронидани мушаки нозук и рон аз тариқи тоннел (нақб), 3 – ба ду қисм ҷудо кардани мушаки нозуки рон, 4, 5 – бурриш дар атрофи сӯрохии мақъад; Б: 1 – гузаронидани дарбеҳҳои мушакӣ аз тариқи тоннел дар атрофии сӯрохии мақъад, 2 – кӯк гирифтани дар қисми пайии ҳарду дарбеҳҳои мушакӣ.

Бо истифода аз асбоби оптикӣ бо эҳтиёт *m. Gracilis* ҷудо карда шуда, дар ҷойи васлшавии он бо қисми пайӣ бурида шуд, асабтаъминшавӣ ва хунтаъминшавиаш нигоҳ дошта шуд. Баъдан ду бурриш дар ҳарду тарафи анус ба дарозии то 3 см ва буриши иловагӣ дар равиши хатти ақибии миёнаи чатан дар ақибии анус ба дарозии 3 см гузаронидем. Баъди ин дар мавзеи рон ва мақъад тоннели зерипӯстиро сохтем, хунтаъминшавӣ ва асабтаъминшавӣ ҳалалдор нашуданд, *m. Gracilis*-ро ба ду ҳиссаи баробар дар дарозии лифҳои мушакҳо дар минтақаҳои берағ ҷок кардем, баъд аз ин аз тарихи роҳи сохташуда аз ҳарду тарафи анус (расми 1 Б) гузаронидем. Дар аввал як қисми мушакро гузаронидем, баъдан қисми дуюмро, то ин ки онҳо муқобили ҳамдигар истанд. Шартӣ асосӣ он аст, ки иду дарбеҳи мушакӣ бояд дар тоннели сохташуда озод дар атрофии анус болои ҳам бихобанд. Ҳарду нӯги мушакҳоро байни якдигар, дар мавзеи қисми пайӣ бо кӯкҳои капронӣ меҷустанд.



Расми 2. - Марҳалаи охирини ҷарроҳӣ

Марҳалаи охирини ҷарроҳӣ аз дӯхтани ҷароҳат дар рон ва атрофии анус (расми 2) иборат мешавад.

Натиҷаҳои наздиктарин ва дури таъобати гурӯҳи назоратиро таҳлил намуда, самаранокии нокифояи ҷарроҳии сфинктеропластика бо усули Фаерман, мушакҳои суриш, пластикаи мушакҳои сфинктери берунӣ ва дарунӣ, бо басомади баланди ҳамин гунна оризаҳо, мисли нигоҳ дошта натавонишани наҷосат - 57,1% ҳолат муқаррар карда шуд.

Бо мақсади бартараф кардани нуқсонҳои зикршуда дар таъобати НМ дараҷаҳои II-III хангоми ислоҳи патологияҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ мо усули дар боло зикршудаи сфинктеропластикаро бо истифода аз мушаки нозуки рон ҳамчун маводи пластикӣ таҳия ва татбиқ намудем. Дар баробари ин, таъобати консервативии пеш- ва пасазҷарроҳӣ яке аз ҷузъҳои асосии таъобати ин гурӯҳи беморон боқӣ мемонад.

Пас аз 30 рӯзи лаҳзаи амалиёти ҷарроҳӣ барои устувории фаъолияти ануси сохташуда ва мустаҳкам намудани мушакҳое, ки кашишхӯрии онро назорат мекунанд, ба гимнастикаи усули Кегел шурӯъ кардем.

Ҳамин тавр, таҳлили намудҳои гуногуни ҷарроҳӣ ҳангоми НМ самаранокии баланди усули пешниҳоднамудаи сфинктеропластика бо истифодаи мушаки нозуки рон ҳангоми нигоҳ дошта натавонистани наҷосат дар кӯдаконро нишон дод. Сохтани ду ҳалқаи мушакӣ ҳангоми ин усул кашишхӯрии баробари сӯрохии мақъадро аз ҳамаи тарафҳо таъмин мекунад. Ба базе ноқулайӣҳои косметикӣ нигоҳ накарда, усули пешниҳодшуда дар модификатсияи клиника ба натиҷаҳои хуб дар 20 (64,5%) кӯдак, қаноатбахш дар 4 (12,9%) ва ғайриқаноатбахш дар 7 (22,5%) бемор нойил гашт. Истифодаи ин усул дар кӯдакони аз 10-сола боло самаранок аст.

Хусусиятҳои мувоҷибаи пасазҷарроҳии кӯдакони дорои НМ дарачаҳои II ва III.

Пас аз ҷарроҳӣ бо истифода аз мушаки нозуки рон ва ё мушакҳои суринонҳо қуввати ҷойивазкунии онҳоро доранд ва ба ихтилолҳои микроциркуляторӣ дучор мегарданд, ки ин дар навбати худ барои вайрон шудани мубодилаи бофтаҳо дар мушакҳои мусоидт менамояд. Ин тағйирот дар кӯдаконе дида мешавад, ки дар онҳо тайёрии пешазҷарроҳӣ бе дар назардошти ихтилолҳои системаи гемостаз гузаронида шудааст. Чунин тағйирот дар 16 (51,1%) кӯдакони таҳқиқшудаи гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи асосӣ дар заминаи таъриқи дохиливаридии латрен ва озони тиббӣ вайрон шудани микроциркулятсия дар мушаки ивазкардашудаи нозуки рон дар 2 нафар дида шуд. Дар дарбита аз ин, бо мақсади пешгирии намудани ихтилолҳои микроциркулятсионӣ ва гипоксияи мушакҳое, ки барои сфинктеропластика истифода шудаанд, гузаронидани табоати комплексӣ зарур аст.

Дар давоми 10 рӯзи пас аз сфинктеропластика бо истифода аз мушаки нозуки рон дар модификатсия, давом додани табоат тавассути таъриқи дохиливаридии латрен ва озони тиббӣ муҳим мебошад. Бо мақсади таъриқи дохиливаридии маҳлули оптималии озон ба сифати ноқил аз маҳлули изотоникии хлориди натрии 0,9% истифода кардем. Концентратсияи озон дар маҳлул дар ҳудуди 500 мкг/л, миқдори таъриқҳо 2 маротиба дар як рӯз буд. Шартӣ асосӣ дар вақти озонотерапия тайёр кардани озони тиббӣ бевосита пеш аз инфузияи дохиливаридӣ ба ҳисоб меравад.

Ҳангоми таҳқиқоти лаборатории хуни канорӣ таҳқиқшудагони гурӯҳи асосӣ хеле кам шудани миқдори лейкоцитҳо- $5,5 \times 10^9$, зиёд шудани вазни ҳолиси лимфоситҳо (26,6%) ва паст шудани суръати тағшиншавии эритроцитҳо (аз 2,0 то 6,0мм/соат) муайян карда шуд.

тағйироти мусбати системаи гемостаз дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ мусбат буд.

Ҳамин тавр, гузаронидани табобати комплексӣ натиҷаҳои мебастро нишон дод. Дар асоси ҳолати умумӣ ва нишондиҳандаҳои гемодинамикаи таҳқиқшудагон аз хусуси самаранокии табобати интенсивии пас аз ҷарроҳӣ гузаронидашуда ҳулоса бароварда шуд.

Бо мақсади профилактикаи пайдошавии сирояти ҷарроҳӣ мо усули интиқоли самтноки антибиотикҳоро (ИСА) дар сояҳои эритроцитҳои аутологӣ истифода намудем [Т.А. Абдуфатаев, М.Т. Слонов, пешниҳоди ратсионлии № 39 аз 8.04 соли 2000, ки ШИЗ ДТБКСТ ҚТ]. Бо истифода аз ин усул концентратсияи олиии антибиотикҳои таъсиршон давомнок дар лонаи осеб ба даст оварда мешавад. Курси ИСА аз 7 рӯз иборат аст.

Натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳии НМ дар кӯдакон

Истифодаи комплекси табобати консервативӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ ва усулҳои табобати барқарорсозӣ дар кӯдакони дорои НМ барои сифатан беҳтар гаштани функсияи сфинктери мақъад мусоидат менамояд.

Барои муайян кардани қобилияти ҳаётӣ ва фаъолнокии функционалии мушакҳо дар муҳлатҳои наздиктрин ва дур гузаронидани электромиография зарур мебошад. Дар 31 бемори гурӯҳи асосӣ дар давраи пасазҷарроҳӣ фаъолнокии электрики мушакҳо ба қайд гирифта шуд, ки онҳо барои сфинктеропластика ба кор бурда шуданд.

Бо ёрии ЭМГ ҳифз шудани фаъолнокии электрикӣ дар сфинктери аз нав сохташуда баъди 20 рӯзи сипарӣ шудан ҷарроҳӣ арзёбӣ карда шуд. Дар 20 (64,5%) беморони гурӯҳи асосӣ дар ин муддат фаъолнокии биоэлектрикӣ ба қайд гирифта шуд, ки вай ба кашишхӯрии ғайриихтиёрӣ мушакҳои рон хос аст. Нишондиҳандаҳои вай барои кӯдакони гурӯҳи якуми синнусолӣ чунинаст: давомнокии миёнаи ПОХ - $43 \pm 2,3$ сек, амплитудай миёна - $78 \pm 3,8$ сон, миқдори миёни фазаҳо - $5,4 \pm 0,5$ ва ПОХ-и полифазӣ - $65,4 \pm 5,7\%$, барои кӯдакони гурӯҳи дуюми мутаносибан $45,3 \pm 2,1$; $47,5 \pm 3,9$; $5,0 \pm 0,4$; $39,7 \pm 2,9$ буд, ки аз қобилияти ҳаётӣ ва фаъолнокии кори мушаки ивазкардашудаи нозуки рон ба сифати маводи пластикӣ гувоҳӣ медиҳад. Маълумотҳои ба даст овардашуда, пеш аз ҳама на танҳо дар заминаи дифференсатсияи басомадҳои кашишхӯрии мушаки нозуки рон ва сфинктери берунӣ асос ёфтаанд, балки бо бо протсессҳои деиннерватсионӣ ва неиннерватсионӣ дар мушаки ивазкардашуда низ иртиботдоранд.

Бо мақсади пешгирӣ намудани ихтилолҳои деструктивӣ, ҳамчунин мутобиқшавии мушаки нозуки рон ба сифати сфинктери берунӣ фаъолият кардан, комплекси реабилитатсияи функционалӣ гузаронида

шуд, ки аз усулҳои беҳтарсозии ҳосиятҳои реологии хун, электрости-мулятсия ва гимнастикаи Кегел иборат аст. Мувофиқи курси гузаронидашудаи табобати консервативӣ назорати динамики электромиографӣ дар муҳлатҳои наздиктарин ва дури табобати пасазчарроҳӣ амалӣ карда шуд: дар рӯзи 20-ум, моҳи 2, 4, 6, 8 ва пас аз як сол.

Баъди 20 рӯзи гузаронидани сфинктеропластика дар 7 (22,5%) бемори гурӯҳи асосӣ паст шудани фаъолнокии электрики мушакҳои ивазкардашуда муайян карда шуд, нишондиҳандаи давомнокии миёнаи ПОҶ $77,7 \pm 6,6$ сон, амплитудаи миёнаи ПОҶ - $123,4 \pm 11,0$ сон. миқдори миёнаи фазаҳо - $7,8 \pm 0,9$, ПОҶ-и полифазӣ - $95,4 \pm 9,3$ -ро ташкил дод, ки ин аз тағйироти дегенеративии мушакҳои барои сфинктеропластик истифодашаванда гувоҳӣ медиҳанд. Дар натиҷаи таҳқиқот дар муҳлатҳои дур муқаррар карда шуд, ки иваз кардани мушаки нозуки рон ба сифати маводи пластикӣ 24 нафар аз 31 бемор қобилияти ҳаёти дорад ва фаъолият мекунад.

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои функционалӣ баъди 12 моҳи гузаронидани чарроҳӣ ва 4 курси реабилитатсия нишон дод, ки дар 20 нафар аз 31 нафари бемори гурӯҳи асосӣ қобилияти ҳаётии мушаки нозуки рон ва фаъолнокии функционалии хуб дорад.

Дар 4(12,9%) бемор аз 31 нафар аломатҳои тағйироти дегенеративӣ муайян карда нашуд, аммо зиёдшавии фаъолнокии биологии мушакҳо дар ҳудуди ПОҶ 50-52 ба мушоҳида расид. БЭА-и тақрибан устувори мушакҳо муқаррар карда нашуд. Вобаста аз ин дар беморон курси иловагии реабилитатсия гузаронида шуд.

Ҳангоми таҳқиқотҳои функционалии сфинктер дар 20 кӯдак аз 31 кӯдаки бемор баъди 12 моҳи чарроҳӣ ва 4-6 курси табобати реабилитатсионӣ ҳолати функционалии устувори БЭА –и мушаки ивазкардашуда ба мушоҳида расид, ки ин ба сфинктери берунӣ хос аст. Ин фаъолнокӣ ба оғози мутобиқшавӣ ва трансформатсияи мушаки нозуки рон ба сифати сфинктери берунӣ хос мебошад.

Дар 31 бемор комплекси табобати реабилитатсионӣ ба имконпазир гардонидани бошуурона идора намудани фаъолияти сфинктери берунӣ аз тарафи ҳуди бемор ва зиёд намудани қобилияти кашишхӯрии он равона карда мешавад.

Натиҷаҳои дури амалиёти чарроҳӣ (аз 1 то 5 сол) дар ҳарду гурӯҳи таҳқиқшуда омӯхта шуд, натиҷаҳои мусбат 78% буданд, гарчанде ҳангоми обакӣ будани қазои хочат баъзан олудагии начосат ба мушоҳида мерасид. Рефлексҳои мақъад маҳфуз мондаанд, ҳангоми бо ангушт муоина кардан кашишхӯрии сфинктери мақъад дида мешавад. дар кӯдакон ҳисси майл кардан барои қазои хочат нигоҳ дошта шудааст. Ҳангоми сфинктероманометрия дар ҳолати оромӣ фишор

28,5±4,6 мм сут. сим. ҳангоми кашишхӯрӣ бошад, 48,5±5,2 мм сут. сим. буд.

Дар электромиографияи сфинктери мақъад муайян кардани фаъолнокии электрикии мушаки мақъад 51,3 сонияро нишон дод. Натиҷаи он ҳамчун хуб дар 64,5% бемори чарроҳишуда арзёбӣ шуд.

Аз ҷиҳати функционалии сфинктери мақъад дар хусуси қаноатбахш будани натиҷаҳои ба даст овардашуда хулоса карданд. Минбаъд беморон хеле кам аз бобати олудашвӣ аз наҷосат, таваккуф кардани дефексия ва ё аз даст додани ҳиссиёти майл кардан ба қазои ҳочат шикоят мекарданд. Рефлексҳои мақъадҳифз карда шуда буданд, аммо ҳангоми муоина бо ангуштон суғма маҳкам шудани сфинктери мақъад мушоҳида шуд, сфинктероманометрия дар ҳолати оромӣ фишори 23,2±2,3 мм сут. симобро нишон дод, вай дар вақти кашишхӯрӣ ба 34,5±4,1мм сут. сим.баробар буд. Ҳамчунин фаъолнокии биоэлектрикии мушакҳои сфинктер 51,2±1,8 МКВ муайян карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ натиҷаҳои қаноатбахш дар 12,9%, дар гурӯҳи назоратӣ дар 42,9% бемор ба даст оварда шуд.

Натиҷаҳои ғайри қаноатбахш дар 22,5% таҳқиқшудаи гурӯҳи асосӣ ва 57,1% - гурӯҳи назоратӣ ба назар расид. Дар онҳо кушода мондани мақъад, номумкин гаштани арзёбии майл ба дефекатсия, атонияи сфинктери мақъад, ҳангоми таҳқиқоти объективи ректалӣ олудшавӣ аз наҷосат «резонанси сфинктерӣ» ташхис карда шуд. Қайд кардан ба маврид аст, ки бинобар сабаби кушода мондани сӯроҳии мақъад ва атонии сфинктери мақъад мо сфинктероманометрияро гузаронидем.

ХУЛОСА НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАСИЯ

1. Сабабҳои пайдо шудани НМ мустақиман аз хатоҳои гуногуни ташхисӣ – 11 (14,6%), тактикӣ- 33 (44,0%), техникӣ- 28 (37,3%) ва оризаҳо – 3 (4,0%) ҳангоми ислоҳи аввалини нуқсонҳои аноректалии инкишоф, ки дар натиҷаи протсессҳои фасодӣ-илтиҳобии мавзеи мақъад ва ҳуҷайрабофти параректалӣ пайдо мешаванд, вобаста аст.[1,3]

2. Бо мақсади муайян кардани нишондиҳандаҳои ҳақиқии системаи гемостаз ва ихтилолҳои онҳангоми ҳолатҳои патологӣ, махсусан ҳангоми НМ, таҳлили ХОВ-и хун, ки аз вариди зери қулфак ва ХҚШ, аз шарафни соид, оринҷ ё рон гирифта мешавад, зарур аст, зеро аз рӯйи натиҷаҳои он мо метавонем, ки дар хусуси таҳлили системаи гемостаз (лахташавӣ, зиддилахташавӣ ва фибринолиз) бо дар назардошти функсияи гипокоагулятсионии шушҳо хулоса барорем. [2,3,8]

3. Таҳқиқоти электромиографияи мушакҳои сфинктери мақъад имконият медиҳад, ки тактикаи амалиёти чарроҳӣ ва муруқибати

давраи пас аз чарроҳӣ интиҳоб, ҳолати сфинктери аз нав сохташуда, ҷағноқии функционалии мушаки ивазкардашуда назорат ва самаранокии амалиёти чарроҳӣ баҳогузорӣ карда шавад.[2,4,5,8].

4. Табобати пеш аз чарроҳӣ гузаронидашуда бо дар назардошти тағйироти системаи гемостаз, табобат бо латерен ва озони тиббӣ барои хуб гузаштани ҷараёнидавраҳои чарроҳӣ ва пасазчарроҳӣ мусоидат мекунад.[3,7,8].

5. Тайёрии дифференсиявии пешазчарроҳӣ бо истифода аз усулҳои эҳтиёткоронаи амалиёти чарроҳӣ барои кам шудани миқдори оризҳои пасазчарроҳӣ ва ба даст овардани натиҷаҳои беҳтарин мусоидат мекунад.[1,4]

6. Сфинктеропластикаи пешниҳодшуда бо истифода аз мушаки нозуки рон дар модификатсияи клиникаи чарроҳии кӯдакони Муассисаи таълимии давлатии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ҳангоми НМ дараҷаҳои II–III оптималӣ ба ҳисоб меравад. Дар ин маврид натиҷаҳои хуб дар 64,5%, қаноатбахш дар 12,9% ва ғайри қаноатбахш дар 22,5% ҳолат ба қайд гирифта шуд. .[2,5,6]

7. Лаҳзаи асосии мувоҷибаи пасазчарроҳии беморон интиҳоби оптималии табобати комплексӣ (латрен, озони тиббӣ, аналгезияи баъдичарроҳӣ, табобати антибактериалӣ), ҳамчунин мақсаднок гузаронидани табобати реабилитатсионӣ ба ҳисоб меравад. .[1,3,7,8]

ТАВСИЯҶО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҶО

1. Бо мақсади пешгирӣ намудани пайдошавии ихтилолҳои функционалии сфинктери мақсад мобилизатсияи пурраи роstrуд ва роҳ надодан ба травматизатсияи мушакҳое, ки кашӣшхӯрии сфинктери дарунӣ ва беруниро таъмин мекунанд, аз ҷумла мушакҳои пуборекталиро гузаронидан ҳатмӣ мебошад.

2. Бо мақсади ҳифз кардани қобилияти ҳаётии мушакҳо ҳангоми гузаронидани сфинктеропластика гузаронидани профилактикаи тромбҳосилшавӣ дар мушаки ивазкардашуда зарур мебошад.

3. Осеби мушакҳои пуборекталӣ ва ҷойгиршавии роstrуда берун аз мушакҳо асосан ба проктопластикаи батнӣ-ҷатанӣ ва ҷатанӣ тааллуқ доранд, дар ин вақт ҳангоми аввалин чарроҳӣ рӯда кӯр-кӯрона берун бароварда мешавад.

4. Бо мақсади пешгирӣ намудани пайдошавии сироятҳои чарроҳӣ истифодаи усули мақсадники интиқоли антибиотикҳо ба сояҳои эритроцитарии аутологӣ муҳим мебошад.

5. Ҳолати умумии бемор ва нишондиҳандаҳои гемодинамикаро ба сифати меъёри самаранокии табобати интенсивии дар давраи пасазчарроҳӣ гузаронидашуда истифода кардан лозим аст.

6. Таҳлили намудҳои гуногуни амалиёти чарроҳӣ ҳангоми норасоии мақсад самаранокии олии усули пешниҳодкардаи сфинктеропластикаро ҳанго-

ми нигоҳ дошта натавонистани начосат дар кӯдакон нишон дод. Ду ҳалкаи мушакии бо ин усул ташкилшуда кашишхӯрии баробари ҳамаи тарафҳои сӯроҳии мақъадро таъмин мекунад. Истифодаи ин усул дар кӯдакон аз 10-сола боло самаранок мебошад.

ФЕҲРИСТИ ТАЪЛИФОТИ ИНТИШОРЕҶТА АЗ РҶӢИ ТАҲҚИҚОТИ ДИССЕРТАСИОНӢ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

1-М. Убайдулоев В.Р. Современные вопросы диагностики и лечения анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов // Здоровоохранение Таджикистан. - 2014. - № 4. - С. 94-103.

2-М. Убайдулоев В.Р. Эффективность сфинктеропластики нежной мышцей бедра при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рафиев, А.С. Саидов // Здоровоохранение Таджикистан. - 2016. - №1. - С. 38-44.

3-М. Убайдулоев В.Р. Микроциркуляторные нарушения при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Л. Джонгирхонов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2017. - №2. - С. 52-57.

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо:

4-М. Убайдулоев В.Р. Лечение анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р.Р. Рафиев, А.С. Саидов // Материалы 62-й научно-практической конференции, ТГМУ им Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2014. – С. 210-211.

5-М. Убайдулоев В.Р. Лучевая диагностика аноректальных пороков развития/ Х.И. Ибодов, Л. Джонгирхонов, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов // Материалы съезда педиатров и детских хирургов. Приложение №1. Ж. Здоровоохранение Таджикистан. - 2015. - С. 150-151.

6-М. Убайдулоев В.Р. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей / Х.И. Ибодов, А.А. Баротов, Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов// Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2015. - №3. - С. 64-65.

7-М. Убайдулоев В.Р. Сфинктеропластика при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов// Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - №.1 - С.77-78.

8-М. Убайдулоев В.Р. Нарушение системы гемостаза при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - №4. - С. 77.

Патентҳо ихтироот

9–М. Убайдулоев В.Р., Ибодов Х.И., Рофиев Р., Саидов А.С., Баходуров Дж.Т. // Сфинктеропластика нежной мышцей бедра при недержании кала у детей // Патент РТ №ТJ 696 от 10.06.2015г.

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

1. Способ лечения микроциркуляторного нарушения у детей с анальной недостаточностью 2- 3 ст. (№ 000260от12.04.2019г. Выдано ГОУ Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан) (соавт. Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р.)

2. Способ определения микроциркуляторного нарушения у детей с анальной недостаточностью 2- 3 ст. (№ 000264от12.04.2019г. Выдано ГОУ Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан) (соавт. Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р.)

Рӯйхати ихтисораҳо

НА – норасоии маъд

ЗЛХ –замони лахташавии хун

ЗФҚТ – замони фаъолнокшавии чузъии тромбопластӣ

ЗРП – замони рекалсификатсияи плазма

МБМ – муносибати байналмилалии муътадил

ТМР – томографияи магнитӣ -резонансӣ

АТМ –антибиотикотерапияи мақсаднок

ФҒРШ – функсияи ғайриреспиратории шушҳо

ХҚШ– хуни чоришавандаи шарёнӣ

ПВХ – потенциали воҳиди ҳаракат

ХОВ – хуни омехтаи варидӣ

ФФХ – фаъолнокии фибринолитикии хун

Нв - гемоглобин

АННОТАЦИЯ
УБАЙДУЛОВЕВА ВАЛИХОНА РАДЖАБОВИЧА
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: анальная недостаточность, сфинктеропластика, биологическая электрическая активность, нарушение микроциркуляции.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и повторной хирургической коррекции анальной недостаточности у детей после перенесённой операции промежностной и брюшно-промежностной проктопластикой.

Материал исследования и использования аппаратуры. В основу данной работы вошли результаты хирургического лечения 75 детей с анальной недостаточностью, в возрасте от 7 до 16 лет. В основной группе в результате внедрение новой технологии и усовершенствование оперативного вмешательства достигнуты следующие результаты: хорошие - 20 (64,5%), удовлетворительные - 4 (12,9%), неудовлетворительные - 7 (22,5%).

Предложенный новый хирургическое метод, способы пред- и послеоперационной терапии, а также проведение восстановительной терапии в ближайшем и отдаленном периоде позволили снизить неудовлетворительные результаты и осложнений.

Полученные результаты и их новизна: В результате внедрения нового оперативного вмешательства и разработка хирургической тактики у детей с анальной недостаточностью неудовлетворительные результаты снизились в два раза по сравнению с другими методами лечения. Сфинктеропластика с использованием нежной мышцы бедра в модификации выполнено 31 больным. Отдаленные результаты сфинктеропластики с использованием *m. gracilis* в модификации при анальной недостаточности II - III степени во многом зависит от состояние мышц тазового дна, количества раннее проведенной неоднократно коррегирующие операции, рубцовые изменение промежности и выраженные неврологические нарушения, а также возраста больного.

Практическая значимость. Предложенные новые разработки и усовершенствование хирургической коррекции анальной недостаточности, определение микроциркуляторных нарушение, тактики пред- и послеоперационное ведение больных с анальной недостаточности II - III степени должны использоваться среди хирургов и детских хирургов
Область применения. Детская хирургия, детская проктология.

АННОТАТСИЯ
УБАЙДУЛОЕВ ВАЛИХОН РАЧАБОВИЧ
МУСОИД СОХТАНИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ
ЧАРРОҶИИ НОРАСОИИ МАҚЪАД ДАР КӮДАКОН

Калимаҳои калидӣ: норасоии мақъад, сфинктеропластика, фаъолнокии биологии электрикӣ, ихтилоли микросиркулятсия.

Мақсад. Мусоид сохтани ташхис ва ислоҳи чарроҳии такрории норасоии мақъад дар кӯдаконе, ки чароҳии чатан ва проктопластикаи батну чатанро аз сар гузаронидаанд.

Маводи таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Асоси ин таҳқиқотро натиҷаҳои табобати чарроҳии 75 кӯдаки дорои норасоии мақъад, синну соли аз 7 то 16-сола ташкил кард. Дар гурӯҳи асосӣ дар натиҷаи татбиқ намудани технологияи нав ва такмил додани амалиётҳои чарроҳӣ натиҷаҳои зерин ба даст оварда шуданд: хуб - 20 (64,5%), қаноатбахш - 4 (12,9%), ғайриқаноатбахш - 7 (22,5%).

Усулҳои нави пешниҳодшудаи чарроҳӣ, тарзҳои табобати пеш аз чарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ, инчунин гузаронидани табобати барқарорсозӣ дар давраҳои наздик ва дур имконият доданд, ки натиҷаҳои ғайриқаноатбахш ва оризаҳо кам карда шавад.

Усулҳои таҳқиқотҳои клиникӣ, рентгенологӣ, ТУС (таҳқиқоти ултрасадоӣ), доплерография, миография, ҳолати системаи гемостази хуни аз шарёнҳо чоришаванда ва хуни омехтаи варидӣ истифода шуданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва наводӣ: Дар натиҷаи татбиқ намудани амалиётҳои чарроҳии нав ва коркарди тактикаи чарроҳӣ дар кӯдакони дорои норасоии мақъад, натиҷаҳои ғайриқаноатбахш ду маротиба кам шуд. Сфинктеропластика бо истифода аз мушакирон дар модификатсия дар 31 бемор иҷро карда шуд. Натиҷаҳои дури сфинктеропластика бо истифода аз *m. gracilis* дар модификатсия ҳагнгоми норасоии дараҷаҳои II - III аз бисёр ҷиҳатҳо аз ҳолати мушаки қарӣ кос, миқдори чарроҳӣҳои бисёрқаратаи ислоҳкунии қаблан аз сар гузаронидашуда, тағйироти хадшавии чатан ва ихтилолҳои возеҳи неврологӣ, ҳамчунин аз синну соли бемор вобастагӣ доранд.

Аҳамияти амалӣ. Коркардҳо ва такмилҳои нави пешниҳодшудаи ислоҳи чарроҳии норасоии мақъад, муайян кардани ихтилолҳои микросиркуляторӣ, тактикаи муҳофизати пеш- ва пас аз чарроҳии беморони гирифтори норасоии мақъад дараҷаҳои II - III бояд дар байни чарроҳон ва чарроҳони кӯдакон мавриди истифода қарор гиранд.

Соҳаи истифода. Чарроҳии атфол, проктологияи атфол.

ANNOTATION
UBAIDULOYEV VALIKHON RAJABOVICH
OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT
OF ANAL FAILURE IN CHILDREN

Key words: anal failure, sphincteroplasty, biological electrical activity, microcirculation disorder.

Purpose of the study. Optimization of diagnosis and re-surgical correction of anal failure in children after undergoing surgery with perineal and abdominal-perineal proctoplasty.

Material research and use of equipment. The basis of this work includes the results of surgical treatment of 75 children with anal insufficiency, aged from 7 to 16 years. As a result, the introduction of new technology and improvement of surgical intervention resulted in the following results: good - 20 (64.5%), satisfactory - 4 (12.9%), poor - 7 (22.5%).

The proposed new surgical method, the methods of pre- and postoperative therapy, as well as the carrying out of rehabilitation therapy in the immediate and distant period made it possible to reduce unsatisfactory results and complications. Clinical, X-ray methods of the study, ultrasound, Doppler sonography, myography, state of the hemostasis system of flowing arterial blood and mixed venous blood were used.

The results obtained and their novelty: As a result of the introduction of a new surgical intervention and the development of surgical tactics, pre- and postoperative management in children with anal insufficiency, unsatisfactory results were halved compared with other treatment methods. Sphincteroplasty with the use of tender thigh muscles in the modification was performed in 31 patients.

Long-term results of sphincteroplasty using m. gracilis in the modification in case of anal failure II - III degree depends on the state of the pelvic floor muscles, the number of previously performed corrective surgery, cicatricial perineal changes and pronounced neurological disorders, as well as the age of the patient.

Practical significance. Proposed new developments and improvement of surgical correction of anal failure, the definition of microcirculatory disturbance, tactics of pre- and postoperative management of patients with anal insufficiency of grade II-III should be used among surgeons and pediatric surgeons.

Application area. Pediatric surgery, pediatric proctology.