

Society of Cardiology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011. 1480 p.

6. Mutaftyan O. A. *Poroki serdtsa u detey i podrostkov: rukovodstvo* [Heart defects in children and adolescents: guideline]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 560 p.

7. Ismoilov K.I. *Osobennosti razlichnykh zvenev gemostaza pri pnevmonii u detey grudnogo vozrasta* [Features of the various parts of hemostasis during pneumonia in infants]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 4 (327), pp. 16-19.

8. Tatchenko V. K. *Bolezni organov dykhaniya u detey: prakticheskoe rukovodstvo* [Respiratory Diseases in Children: Manual]. Moscow, Pediatr Publ., 2012. 480 p.

9. Timchenko O. I. *Genofond i zdorove: rasprostranennost i faktory riska vzniknoveniya rassheliny guby i / ili neba* [Gene pool and health: prevalence and risk factors for cleft lip and/or palate]. Moscow, Medinform Publ., 2008. 155 p.

10. Shkolnikova M. A. *Osnovnye tendentsii zabolevayemosti i smernosti ot serdechno-sosudistyykh zabolevaniy detey i podrostkov v Rossiyskoy Federatsii* [The main trends in morbidity and mortality from cardiovascular diseases of children and adolescents in the Russian Federation]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii - Russian herald of perinatology and pediatrics*, 2008, No. 4, pp. 4-14

11. *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life: World Health Organization*. Geneva, 2002. 250 p.

ХУЛОСА

Ф.А. Файзуллоев, З.Н. Набиев, Б.А. Шамсов,
Ш.З. Набиева, З.А. Тоджибоева,
Х.Дж. Аминов

УДК 616.352:616.643-007.253-053.2-07

Н.Ш. Эргашев, Э.А. Якубов, Ф.М. Дусалиев

РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫЕ СВИЩИ В СТРУКТУРЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ

Кафедра госпитальной детской хирургии, детской онкологии Ташкентского педиатрического медицинского института, г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Эргашев Насриддин Шамсиддинович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной детской хирургии, детской онкологии ТашПМИ; тел: +(998)903741954. E-mail: nasridin.ergashev@mail.ru

Цель исследования. Определить частоту, клинико-анатомические особенности и диагностику ректоуретральных свищей у мальчиков.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 246 мальчиков с различными формами аноректальных мальформаций, у 51 (20,7%) из них установлено ректоуретральные свищи (ректопростатический - 29, ректобульбарный - 22), у 1 (0,4%) ребенка ректобульбарный свищ при нормально сформированном анусе.

ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ ПНЕВМОНИЯИ ШАДИД ДАР КӮДАКОНИ СИНУСОЛИ БАРМАҲАЛ БО БАЪЗЕ НАМУДҲОИ НУҚСОНИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ “МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ ПЕДИАТРИЯ ВА ҶАРРОҲИИ КУДАКОНА”

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни пневмония дар кӯдакони хурдсоли нукси модарзоди модарзод.

Маводҳо ва усулҳо. Дар соли 2019 мо 47 кӯдаки гирифтори намудҳои гуногуни НМД дар шӯъбаи кӯдакони дилу тарбоди кудакони Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар синни то 3-солагӣ табобат гирифтанд, муоина кардем.

Натиҷаҳо ва баҳсҳо. Пурхунии гардиши хурди хун дар кудакони дорои НМД ҷараёни тӯлонии пневмония ва инкишофи тез-тези оризаҳо оварда мерасонад. Радшавии нишонаҳои клиникӣ ба ҳисоби миёна дар охири ҳафтаи дуюм ва аввали ҳафтаи сеюми беморхона ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Хусусияти клиникии пневмония барои нукси модарзодии дил (НМД) ин ҷараёни шадид ва рушди босуръати оризаҳои гуногун мебошад. Дар ҳолати пайдошавии нишонаҳои клиникии сирояти роҳи нафас, кӯдакони дорои НМД, барои пешгири аз оризаҳо бояд беморхона бистарӣ карда шаванд.

Калмаҳои калидӣ: кудакони синну соли бармаҳал, нукси модарзодии дил, пневмония.

Проведены общеклинические, лучевые и специальные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. У части больных свищ остается неустановленным до- и в ходе операции. Комплексное обследование позволяет не только выявить свищ, но и уточнить его анатомический вариант, локализацию, составить представление об изменениях мочеиспускательного канала, дистальных отделов кишечника и определить характер ассоциированной патологии.

Заключение. Наши данные свидетельствуют, о том, что клинический осмотр и методы обследования новорожденных с аноректальными мальформациями в большинстве случаев позволяют установить вид аномалии и принять решение о тактическом подходе коррелируют с литературными. Исключение составляют ректоуретральные свищи, представляющие сложность не только на этапе диагностики, но и во время операции.

Ключевые слова: аноректальные мальформации, ректоуретральные свищи, мальчики, диагностика.

N.Sh. Ergashev, E.A. Yakubov, F.M. Dusaliev

RECTO-URETHRAL FISTULAS IN THE STRUCTURE OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN BOYS

Department of Hospital Pediatric Surgery, Pediatric Oncology of Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich – Doctor of Medical Sciences; professor; head of the Department of Hospital Pediatric Surgery, Pediatric Oncology of Tashkent Pediatric Medical Institute; tel: +998 903741954

Aim. To determine the frequency, clinical-anatomical features, and diagnosis of recto-urethral fistulas in boys.

Materials and methods. 246 boys with various forms of ARM participated in the study: 51 (20.7%) patients had recto-urethral fistulas (recto-prostatic - 29, recto-bulbar - 22), 1 (0.4%) patient had recto-bulbar fistula with a normally formed anus. General clinical, x-ray, and other special examination methods were conducted.

Research and discussion. In some patients, the fistula remains undetermined before and during the operation. A comprehensive examination allows not only identifying the fistula but also to clarify its anatomical type, localization, get an idea of changes in the urethra, distal intestines, and determine the nature of the associated pathology.

Conclusion. The data indicate that in most cases, the examination of newborns with ARM allows us to establish the type of anomaly and decide on a tactical approach that correlates with those presented in the literature. An exception is a recto-urethral fistula, which is difficult not only at the stage of diagnosis but also during surgery.

Keywords: ARM, rectourethral fistula, boys, diagnosis.

Актуальность. Анатомо-топографические особенности органов таза и различия половых органов у мальчиков и девочек обуславливают разную частоту аноректальных мальформаций в зависимости от пола больных. Касательно клинических форм у мальчиков чаще наблюдается атрезия с ректоуретральным или ректопромежностным свищом, у девочек – ректовестибулярный свищ. Ректоуретральные свищи (РУС) составляет 14,5-25,9% при аноректальных мальформациях (АРМ) [2, 3, 6, 7, 9] и локализуются в простатической и бульбарной части мочеиспускательного канала. Редко встречается такие свищи у мальчиков при нормально сформированном анусе, в литературе представлены единичные случаи [10]. Высокая вариабельность частоты РУС можно объяснить тем, что свищи данной локализации в ряде случаев остаются незамеченным на этапе диагностики и во время первичной операции. Сочетанные пороки развития встречаются при всех формах АРМ при РУС преобладают аномалии мочеполовой системы

[2, 8, 10, 11]. В публикациях многих авторов указывается большие разницы в частоте, характере и тяжести сопутствующих аномалий в зависимости от высоты расположения АРМ. Несмотря на развитие инновационных технологий неудовлетворительные результаты и инвалидизация пациентов после проведения радикальных корригирующих вмешательств по поводу АРМ колеблется от 45 до 75% [2-7].

Цель исследования. Определить частоту, клинико-анатомические особенности, диагностику ректоуретральных свищей у мальчиков по материалу клиники.

Материалы и методы исследования. В клиникских базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009 – 2019 гг. находились на лечении 504 больных в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ. У 246 (48,8%) мальчика установлены различные формы аномалии. Больные распределены в соответствии с Международной классификацией, принятой в Крикенбеке и Российскому консенсу-

су по АРМ [1, 9]. Диагностированы следующие формы АРМ: аноректальная агенезия без свища – у 80 (32,5%) больных, промежностный свищ – у 65 (26,4%), аноректальная агенезия с РУС (ректо-простатический – 29 и ректобульбарный – 22) – у 51 (20,7%), РУС при нормально сформированном анусе «Н-форма» – у 1 (0,4%), ректовезикальный свищ – у 9 (3,7%), анальный стеноз – у 6 (2,4%), аноректальный стеноз – у 8 (3,3%), прикрытый анус – у 15 (6,1%), эктопия ануса – у 5 (2,1%), ректальный мешок – 6 (2,4%) детей.

Для уточнения анатомической формы АРМ и выявления сопутствующих пороков развития других органов и систем проводилось комплексное обследование, оценивали состояние промежности, определяли анатомию и топографию наружных половых органов; выполняли ультразвуковые, рентгенологические, МСКТ исследования. Результаты клинко-инструментальных исследований верифицированы операционными данными.

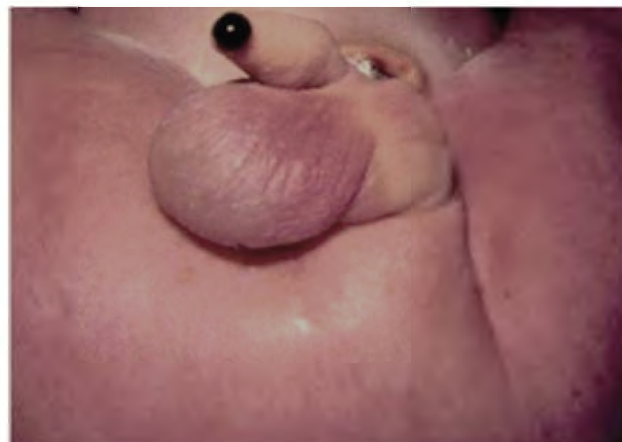
В работе использованы описательные методы статистики. Приводятся качественные значения, которые отражены в виде абсолютных величин и процентных долей.

Результаты исследования и их обсуждение.

При осмотре новорожденных с отсутствием анального отверстия проводили обследование для оценки общего состояния и выявления ассоциированных аномалий. Зондирование желудка выполняли для исключения атрезии пищевода, определения количества и характера желудочного содержимого, выявления непроходимости кишечника. Учитывая редкость бессвищевых форм ректальной агенезии в структуре АРМ, тщательно обследовали детей для выявления «невидимых», трудно диагностируемых патологических соустьев прямой кишки с прилегающими органами, в том числе с уретрой.

У новорожденных с атрезией прямой кишки отсутствует анальное отверстие, на месте которого определяется небольшое углубление или гиперпигментированный валик. Срединный шов промежности в этом месте прерывается. Раздражение этой области острым предметом или электростимулятором вызывает анальный рефлекс. Это косвенно свидетельствует о сохранности анатомических структур, обеспечивающих функции запирающего механизма прямой кишки. Результаты анального рефлекса были различными: от едва заметного до нормального. Это объясняется тем, что выраженность анального рефлекса зависит не только от состояния запирающего аппарата прямой кишки, но и соматического фона, обусловленного различными сопутствующими заболеваниями, степени зрелости новорожденного. В сомнительных случаях или при отрицательной реакции анального рефлекса в ходе наблюдения у части детей в последующих осмотрах определялась положительная динамика. Оценить стойкие функциональные нарушения, обусловленные недоразвитием мышечного комплекса и аномалиями развития крестца и копчика, установить высоту атрезированного конца прямой кишки относительно расположения в норме клинически очень сложно, поэтому необходимы специальные методы обследования. Патогномичными проявлениями атрезии прямой кишки свищем с мочеполовой системой являются меконурия и пневмоурия, обнаруживаемые в срок от нескольких часов до 2 суток после рождения ребенка (рис. 1).

При уретральном свище во время мочеиспускания моча вначале мутная, затем – более прозрачная; периодически независимо от акта мочеиспускания отходят газы и кал. При ректовезикальном свище кишечное содержимое посто-



А

Б

Рис. 1. А) вид промежности при атрезии; Б) меконурия при РУС.

янно смешивается с мутной мочой в течение всего мочеиспускания. Отсутствие этих признаков не исключают свищевую форму атрезии, поскольку они зависят от степени пневматизации кишечника и заполнения слепого мешка терминального отдела кишечной трубки, что необходимо для повышения в нем давления до порогового уровня. Не менее важны анатомо-морфологические особенности (диаметр, протяженность, направление) свищевого хода. Узкие свищи могут блокироваться вязким меконием или слизью. Указанные изменения могут быть следствием нарушения проходимости вышележащих отделов кишечной трубки (атрезии пищевода, двенадцатиперстной кишки), родовых травм и недоношенности. В этих условиях признаки полной или частичной обструкции свища более выражены при узком ходе. В ходе активного наблюдения необходимы меры, направленные на восстановление водно-электролитного баланса, коррекцию гемодинамических нарушений, способствующие увеличению содержимого кишечника, разжижения мекония, оживления эвакуации в кишечнике и повышения давления в конечном его отделе. В диагностике помогают катетеризация, промывание мочевого пузыря, повторные микроскопические анализы мочи для выявления патологических примесей.

В последние годы в диагностике бессвищевых форм атрезии мы отказались от инвертограммы по Вангенстену. Для определения уровня слепого отрезка прямой кишки у новорожденных через 16-20 часов после рождения начали проводить исследования в положении лежа с приподнятым на валике животом, согнутыми бедрами на 45°. Как показали наши исследования, эхоскопическое сканирование промежности в указанном положении и промежуток времени позволяет получить дополнительные информации по высоте слепого отрезка атрезии от кожи промежности.

Анализ клинического материала показал, что РУС в основном наблюдаются при атрезии прямой кишки (51 из 52). Н-формы сообщений при сформированном анусе крайне редкий вид аномалии (1 – 0,4%), что соответствует литературным данным. При неполноценной диагностике и неадекватной оперативной тактике РУС часто ошибочно принимают бессвищевой формой. Из 52 больных с РУС правильный дооперационный диагноз установлен в период новорожденности у 4 (7,7%), которым выполнено ранняя промежностная проктопластика с ликвидацией свища, у 15 (28,8%) после промежностной проктопластики. У 26 (78,8%) из

33 больных, перенесших наложение сигмостомы, патология расценена бессвищевой формой. Наличие ректоуретрального сообщения установлено в клинике в ходе комплексного обследования. У части этих детей не исключен риск ятрогенного повреждения уретры при выполнении первичной операции хирургом недостаточной квалификации. Наложение раздельной превентивной сигмостомы или операции промежностным доступом без тщательной ревизии в периоде новорожденности усложняет выявление ректоуретральных сообщений без таких специальных методов исследования, как восходящая уретроцистография и дистальная колостография под повышенным давлением водорастворимым контрастным веществом.

Обследование детей при наличии Н-форм свищей включает изучение анатомо-функциональных особенностей аноректальной зоны и локализации свищей. Наиболее простым и информативным диагностическим приемом является осмотр прямой кишки с помощью зеркала при введении метиленовой сини через наружное отверстие мочеиспускательного канала. Необходимо проводить также уретроцистоскопию, уретроцистографию, антеградную и ретроградную ирригографию с водорастворимым контрастным веществом и экскреторную урографию. Ценные для диагностики сведения можно получить при катетеризации свищевого хода при выполнении уретроцистоскопии под медикаментозным потенцированием. Комплексное обследование позволяет не только выявить свищ, но и уточнить его анатомический вариант, локализацию; составить представление об изменениях мочеиспускательного канала, дистальных отделов кишечника; определить характер ассоциированной патологии мочевыводящих путей. Данные комплексного исследования, направленного на выявление сопутствующих аномалий и оценку анатомо-функционального состояния аноректальной зоны, позволяют определить тактику и метод лечения.

Как правило, Н-формы РУС врожденного и ятрогенного происхождения или при рецидиве из-за несостоятельности культи пересеченного свища (6-11,5%) после первичных операций выявляются у детей в грудном возрасте или в последующие годы. У больных наблюдаются нефизиологические варианты отхождения мочи или кишечного содержимого (через уретры и заднепроходное отверстие) различной интенсивности, зависящие от начала свища в косо-нисходящем направлении от уретры или прямой кишки. При свищах, начинающихся

от уретры, при мочеиспускании наблюдается выделение мочи из уретры и через задний проход 5 (9,6%). Со временем количество выделяемой мочи естественным путем уменьшается. Видимо, это обусловлено постепенным стенозированием дистальной части уретры по отношению к локализации свища. У 6 (11,5%) детей со свищем косо-нисходящего направления от прямой кишки отмечено отхождение кишечного содержимого газа из уретры. В 10 (19,2%) наблюдениях при мочеиспускании моча равномерно выделяется из уретры и прямой кишки. Эпизодически через наружное отверстие мочеиспускательного канала отходили кал и газы. Такая картина обусловлена протяженным сообщением прямой кишки с поврежденной при проктопластике уретрой. У части детей после паллиативного вмешательства (наложение сигмостомы) исключается или резко снижается попадание кишечного содержимого в мочевой тракт, что затрудняет выявление свища. У некоторых больных после проктопластики и/или стомирования толстой кишки развивались осложнения в виде недержания кала разной интенсивности, рубцовых деформации ануса или в их комбинации. В этих условиях идентифицировать характер свища сложно, хотя можно выделить нехарактерные для врожденных и приобретенных ректоуретральных коммуникаций изменения. Врожденные свищи, как правило, открываются в простатическую и бульбарную часть уретры, имеют более или менее выраженный переходной канал. Свищи ятрогенного происхождения чаще локализуются в мембранозной части с припаиванием к стенке кишки и уретры, которая в месте соустья деформирована и стенозирована. При РУС часто развивается восходящая инфекция мочевых путей. Инфицирование происходит тем легче, чем больше свищевое отверстие и дольше задерживается кал в прямой кишке из-за рубцового сужения заднепроходного отверстия. Подтекание мочи через прямую кишку причиняет ребенку дополнительные страдания, поддерживает мацерацию кожи промежности и зуд в этой области. Осложнения после промежностных операций у части больных проявляются нарушениями в виде недостаточности заднего прохода с недержанием кала или хроническим запором различной интенсивности. При декомпенсированном колостазе дистальные отделы толстой кишки постепенно расширяются, возникает синдром мегаколона. Указанное состояние, протекающее с астенизацией, анемией и гипотрофией более выражено, когда аноректальная аномалия сочетается

с удлинением различных отделов толстого кишечника и мегаректосигмоидом, устанавливаемым при контрастной ирригографии.

При комплексном обследовании у 38 (73,1%) больных выявлены 65 сопутствующих порока развития. У 15 (39,5%) пациентов сочетанные аномалии были изолированными. Ассоциированные аномалии двух и более систем – множественные пороки развития обнаружены у 23 (60,5%) детей. Наряду с видимыми аномалиями в ходе комплексного обследования установлены пороки развития других органов и систем. В их структуре значительно преобладала патология позвоночника – у 25 (65,8%); аномалии развития мочевыводящих систем – 23 (60,5%), желудочно-кишечного тракта – у 8 (21,0%), сердечно-сосудистой системы – у 4 (10,5%). Количество аномалий превалировало у больных с ректопростатическим свищем (26 – 68,4%) по сравнению с пациентами с ректобульбарным свищем (12 – 31,6%), что совпадает с данными отдельных авторов и отражается на результатах лечения [3, 4, 5, 10, 11]. Наши данные свидетельствуют, о том, что клинический осмотр и методы обследования новорожденных с АРМ в большинстве случаев позволяют установить вид аномалии и принять решение о тактическом подходе коррелируют с литературными. Исключение составляют ректоуретральные свищи, представляющие сложность не только на этапе диагностики, но и во время операции.

Выводы

1. Ректоуретральные свищи в структуре АРМ у мальчиков составляют 20,7%, преимущественно наблюдаются при атрезии прямой кишки и локализуются в простатической и бульбарной части уретры.

2. Н-форма ректоуретрального свища при сформированном анусе встречается редко. Выявляемые после проктопластики или наложения превентивной стомы подобные соустья не диагностируются, как и ятрогенные повреждения при хирургической коррекции.

3. Диагностика ректоуретральных свищей сложна. Для убедительного подтверждения наличия или отсутствия подобных сообщений, выявления сопутствующей патологии требуются специальные методов диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

(пп 6-10 см. в REFERENCES)

1. Аверин В.И. Аноректальные мальформации у детей (Федеральные клинические рекомендации) / А.Л.

Ионов, С.А. Караваева [и др.] // Детская хирургия. – 2015. – № 4. – С. 29-35.

2. Дегтярев Ю.Г. Диагностика и лечение ректoureтральных свищей у детей // Медицинский журнал. – 2016. – №1. – С. 97-101.

3. Джонгирхонов Л.М. Диагностика и лечение аноректальных пороков развития у детей // Здравоохранение Таджикистана. – №3. – 2017. – С. 72-79.

4. Ибодов Х. Эффективность сфинктеропластики нежной мышцей бедра при анальной недостаточности у детей / Х. Ибодов, В.Р. Убайдуллоев, Р. Рофиев, Л.М. Джонгирхонов, А.С. Саидов // Здравоохранение Таджикистана. – № 1. – 2016. – С. 38-44.

5. Ионов А.Л. Послеоперационные осложнения в колоректальной хирургии у детей / О.В. Щербакова // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – №4. – С. 50-58.

REFERENCES

1. Averin V. I., Karavaeva S.A. Anorektalnye malformatsii u detey (Federalnye klinicheskie rekomendatsii) [Anorectal malformations in children (Federal clinical guidelines)]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric surgery*, 2015, No. 4, pp. 29-35.

2. Degtyarev Yu. G. Diagnostika i lechenie rektouretralnykh svishchey u detey [Diagnosis and treatment of recto-urethral fistula in children]. *Meditsinskiy zhurnal - Medical journal*, 2016, No. 1, pp. 97-101.

3. Dzhongirkhonov L. M. Diagnostika i lechenie anorektalnykh porokov razvitiya u detey [Diagnosis and treatment of anorectal malformations in children]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, No. 3, 2017, pp. 72-79.

4. Ibodov L. Kh. Effektivnost sfinkteroplastiki neznoy myshetsey bedra pri analnoy nedostatochnosti u detey [The effectiveness of sphincteroplasty with the musculus gracilis for anal failure in children]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, No. 1, 2016, pp. 38-44.

5. Ionov A. L. Posleoperatsionnye oslozhneniya v kolorektalnoy khirurgii u detey [Postoperative complications in colorectal surgery in children]. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii - Russian herald of pediatric surgery, anesthesiology and critical care medicine*, 2013, No. 4, pp. 50-58.

6. Fanjul M, Samuk I, Bagolan P, Leva E, Sloots C, Giné C, Aminoff D, Midrio P. Tethered cord in patients affected by anorectal malformations: a survey from the ARM-Net Consortium. *Pediatric Surgery International*, 2017, Vol. 33, No. 8, pp. 849-854.

7. Holschneider A., Hutson J., Pena A., Bekhit E., Chatterjee S., Coran A. et al. Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations. *Journal of Pediatric Surgery*, 2005, Vol. 40, No. 5, pp. 1521-1526.

8. Nisar M. U., Akhtar N, Gondal M. F., Sikander S., Viqar S., Aphallia A. Very Rare Congenital Anomaly, With

Associated Genitourinary And Ano-Rectal Malformation. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 2018, Vol. 30, No. 2, pp. 275-277.

9. Stoll C., Dott B., Alembik Y., Roth M. P. Associated anomalies in cases with anorectal anomalies. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 2018, Vol. 176, No. 12, pp. 2646-2660.

10. Tiwari C., Shah H., Bothra J., Kumbhar V. Anal stenosis with H-type rectourethral fistula in a male: A rare anorectal malformation. *Saudi Surgical Journal*, 2017, No. 5, pp. 40-42.

ХУЛОСА

Н.Ш. Эргашев, Э.А. Якубов, Ф.М. Дусалиев

НОСУРИ РЕКТОУРЕТРАЛӢ ДАР СОХТОРИ МАЛФОРМАТСИЯИ МАҚЪАДУ РӢДАИ РОСТ ДАР МАВРИДИ ПИСАРҲО

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани басомад, хусусиятҳои клиникӣ-анатомӣ ва ташҳиси носури мақъаду рӯдаи рост дар мавриди писарҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 246 писари гирифтори шаклҳои мухталифи ММРР мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд, ки дар ҳолати ба таври муътадил ташаққул ёфтани мақъад зимни 51 (20,7%) и бемор носури мақъаду рӯдаи рост (дар 29 нафар ректопростатӣ ва зимни 22 нафар ректобулбарӣ) ва дар мавриди 1 (0,4%) қӯдак бошад, носури ректобулбарӣ ташҳис карда шуд. Усулҳои умумии клиникӣ, шуӣ ва махсуси таҳқиқот иҷро гардиданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Носур, дар бархе аз беморон, то ҷарроҳӣ ва дар ҷараёни амалиёт ташҳис нашуда боқӣ мемонад. Муоинаи комплексӣ на танҳо ошкор кардани носур, балки аниқ кардани варианти анатомии он, мавзёғирӣ, дар бораи тағйиотҳои каналди пешоббарор тасаввурот ҳосил намудан, қисмҳои дисталии рӯдаҳо ва муайян кардани хусусияти патологияи якшударо имконпазир мегардонад.

Хулоса. Маълумотҳои дар дастдоштаи мо аз он дарак медиҳанд, ки дар аксари ҳолатҳо муоинаи клиникӣ ва усулҳои муоинаи наводони мубтало ба ММРР муайян кардани навъи нуқсон ва роҳи ҳалли муносибати тактиро бо адабиёти илмӣ тағйир медиҳанд. Носури мақъаду рӯдаи рост, ки на танҳо дар марҳилаи ташҳис, балки ҳангоми амалиёт низ душворӣ эҷод мекунад, аз ин шумора истисно.

Калимаҳои калидӣ: ММРР, носури мақъаду рӯдаи рост, писарҳо, ташҳис.