



Юсупов Шухрат Абдурасулович (ORCID: 0000-0001-7259-028X), Атакулов Жамшед Останакулович, Шахриев Абдикадир Камалбаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА РЕКТАЛ ПРОЛАПСНИ ДАВОЛАШГА КОМПЛЕКС ЁНДАШУВ

Юсупов Шухрат Абдурасулович, Атакулов Жамшед Останакулович, Шахриев Абдикадир Камалбаевич Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF RECTAL PROLAPSE IN CHILDREN

Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Atakulov Jamshed Ostanakulovich, Shakhriev Abdikadir Kamalbayevich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shuchrat_66@mail.ru

Резюме. 2010 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда бизнинг назоратимиз остида 212 нафар тўғри ичак тушиши бўлган болалар бўлиб, улардан 135 нафари ўғил болалар, 77 нафар қизлар; бир ёшгача бўлган 11 нафар, 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 134 нафар, 4 ёшдан 7 ёшгача бўлган 59 нафар, 7 ёшдан ошган 8 нафар бола бор еди. I босқич тоғри ичак тушиши 69 беморда, II босқич - 112 беморда, III босқич - 31 беморда аниқланган.

Калим сўзлар: Сурункали қабзият, гипокинез, сфинктер, электромиография, полип, ректоанал босим, био-электр ўтказувчанлик.

Abstract. In the period from 2010 to 2022, under our control, there were 212 children with a mountain intestinal drop, of which 135 were boys, 77 girls; 11 children under one year old, 134 children from 1 to 3 years old, 59 children from 4 to 7 years old, 8 children over 7 years old. Stage I intestinal miscarriage was detected in 69 patients, Stage II - in 112 patients, stage III - in 31 patients.

Keywords: chronic constipation, hypokinesia, sphincter, electromyography, polyp, rectoanal pressure, bioelectrical permeability.

Актуальность проблемы. Непосредственными причинами ВПК были заболевания желудка и кишечника у 121 детей (дизентерия, диспепсия, энтероколит у 67, хронический запор - у 54), органов дыхания - у 22, мочевых и половых органов - у 22, длительное сидение на горшке - у 21, полипы прямой кишки - у 10, резкая гипотрофия после болезни - у 11, травма ягодично-крестцовой области - у 5.

Материалы и методы : Для уточнения диагноза и выработки тактики лечения применяли общеклинические, рентгенологические методы исследования, непрерывную профилометрию ректоанального давления, изучали моторную функцию, проводили сочетанную электромиографию и манометрию внутреннего наружного сфинктеров заднего и прохода, определяли ректоанальный рефлекс с помощью аппарата Disa-2100 (Дания) [17,18].

Результаты исследования: У 17,4% больных отметили снижение максимальной силы со-

кращения сфинктеров, у остальных она была в пределах нормы.

Давление в прямой кишке было снижено до $(0,91 \pm 0,03)$ кПа, или $(9,31 \pm 0,27)$ см вод. ст. Максимальное давление в заднепроходном канале зависело от стадии заболевания (табл. 1) и было в среднем в покое на 11,3%, а при произвольном сокращении сфинктеров - на 12,8% ниже нормальных величин. Снижение максимального давления приводит к нарушению герметичности и укорочению заднепроходного канала, изменению градиента давления в прямой кишке и заднепроходном канале и уменьшению силы противодействия интратректальному давлению в момент дефекации, что является одним из важных патогенетических аспектов возникновения ВПК [7]. Длина заднепроходного канала была уменьшена относительно нормальных величин и составляла в покое $(1,69 \pm 0,18)$ см, а при произвольном сокращении сфинктеров - $(2,03 \pm 0,28)$ см. Анальный рефлекс сохранялся у 81,1% больных.

Таблица 1. Максимальное давление в заднепроходном канале (М m)

Стадии ВПК	Максимальное давление кПа (см.вод.ст.)	
	В покое	При произвольном сокращении
I	4,15 ± 0,13	5,12 ± 0,17
	(42,3 ± 1,34)	(52,2 ± 1,74)
II	3,68 ± 0,18	4,79 ± 0,19
	(37,5 ± 1,8)	48,9 ± 1,92)
III	3,04 ± 0,22	4,44 ± 0,34
	(31,0 ± 2,2)	(45,3 ± 3,51)

Таблица 2. Показатели биоэлектрической активности сфинктерного аппарата mkВ (M m)

Стадии ВПК	Сфинктеры заднего прохода			
	Внутренний		Наружный	
	В покое	При произвольном сокращении	В покое	При произвольном сокращении
I	32,3 ± 1,27	73,0 ± 3,47	50,41 ± 2,8	114,11 ± 5,31
II	30,53 ± 1,49	82,1 ± 2,05	51,19 ± 3,15	119,18 ± 7,21
III	25,5 ± 3,34	81,16 ± 7,59	45,3 ± 5,59	117,12 ± 11,62

Снижение или отсутствие рефлекторного ответа наблюдалось у больных с выраженными явлениями проктосигмоидита, сопровождавшегося воспалительной реакцией кожи вокруг заднего прохода. Гипокинетический тип моторной активности дистального отдела толстой кишки отмечен у 72,6% пациентов, нормокинетический – у 17,9%, гиперкинетический – у 9,5%. Нарушения моторной деятельности обусловлены, с одной стороны, явлениями проктосигмоидита, с другой – перерастяжением и атрофией стенок прямой и сигмовидной ободочной кишки, и их нервных элементов.

Биоэлектрическая активность мышечных волокон внутреннего сфинктера была снижена на 8,3%, наружного на 2,8%. Изменения величины биопотенциалов при I и II стадиях были незначительными, при III стадии – существенными (табл. 2). Наиболее характерными для ВПК у детей были пороговые параметры ректоанального тормозного рефлекса, который у всех больных был положительным: порог рефлекторной чувствительности не отклонялся существенно от нормальных величин, порог субъективной чувствительности был увеличен на 81,3%, порог позыва к дефекации – на 49,7%, порог полного раскрытия внутреннего сфинктера был снижен на 17,1%, порог нетерпимости – повышен на 14,9% относительно нормы. Изменения перечисленных величин считаем нарушением как центрального генеза, так и местным, обусловленным поражением барорецепторов и других нервных структур прямой кишки [19]. Повышение внутрибрюшного и ректального давления, обусловленное натуживанием с целью дефекации при запоре, гипермоторика прямой кишки, повторяющиеся часто и длительно вызывают декомпенсированные изменения мышечной оболочки прямой кишки и сухожильной дуги мышцы, поднимающей задний проход, леваторно-сфинктерную диссинергию, которая сама по себе усугубляет запор, в результате возникает

«порочный круг» [5,14,16]. Последующие повышения внутрибрюшного давления становятся чрезмерной нагрузкой на мышцы тазового дна, которые постепенно теряют функциональную активность [1,2,6]. Снижение тонуса мышц прямой кишки, сухожильной дуги мышцы, поднимающей задний проход (увеличение аноректального угла), мышц тазового дна, а также леваторно-сфинктерная диссинергия, ослабление связочного аппарата приводят к ВПК. В результате этого через дилатированный сфинктер не только проходят плотные каловые массы, но и пролабирует часть прямой кишки. В последующем развивается вторичная недостаточность сфинктера, чем усугубляется патологический процесс [10,13,15]. Особое место при консервативном лечении занимала электростимуляция прямой кишки и сфинктером заднего прохода с помощью аппарата ЭСЛ-2 с ректальным электродом, разработанным в клинике продуцирующим моно- и биполярные электрические импульсы с частотой раздражающих импульсов 50 Гц [3,4,8]. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур по 15 мин. Для усиления анальных рефлексов и повышения тонуса сфинктерного аппарата назначали термоконтрастные тренировочные клизмы в течение 10 дней ежедневно, применяли массаж передней брюшной стенки, ягодичных мышц, области промежности, а также механическую тренировку наружного сфинктера заднего прохода на трубке в течение 10 дней. В процессе лечения необходима коррекция недостаточности питания. У 20% больных отмечена гипопроотеинемия (содержание общего белка 61-68 г/л), у 23% – понижение содержания гемоглобина, у большинства – снижение массы тела на 15-20%. Кожно-жировая складка на уровне средней трети плеча у 30% больных оказалась слабо развитой, у 60% – умеренно развитой [9,11,12]. Нами были разработаны и применялись три варианта питания детей. Первый вариант ис-

пользовали у 18 детей, страдавших частым запором, с целью ликвидации пролонгированной дефекации, второй - у 24 детей, страдавших длительной диареей, с целью перевода учащенной дефекации в одномоментную, третий - у 15 истощенных детей с целью коррекции выраженных нарушений обмена веществ. Кроме этого, изменяли режим питания, переводили детей на шестикратный прием пищи с уменьшенным разовым объемом [20,21]. В результате проведенной коррекции питания масса тела у больных увеличилась на 1,5-1,8 кг, кожно-жировая складка на уровне средней трети плеча за 10 дней увеличилась, заметно улучшились показатели содержания общего белка и белковых фракций в сыворотке крови.

Выводы. При комплексном консервативном лечении хорошие результаты получены у 203 (95,75%) больных, удовлетворительные - у 7 (3,3%), неудовлетворительные - у 2 (0,95%). После повторного курса лечения у этих 2 больных отмечен положительный результат.

Литература:

1. Атакулов Д.О. и др. Причины осложнений при аноректальных аномалиях у детей " Актуальные вопросы, достижения и инновации. 25 января 2021 г. в г. Пенза с. 231-233
2. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 135-176 стр
3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 198-237 стр
4. Шамсиев А.М., и др. Хирургическое лечение аноректальных пороков у детей
5. Хирургия детского возраста 2011 г. 40-43 стр
6. Шамсиев Ж.А. и др. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных мальформаций, развившихся после различных видов проктопластик. Проблемы биологии и медицины №2 Том: 127 (2021)
7. Шамсиев Ж.А. и др. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных пороков развития. «Проблемы медицины и биологии» 2021, №2 (127),-с.177-184.
8. Шамсиев Ж.А. и др. Анализ причин наложения стом при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных 2021 Детская хирургия 75-76
9. Шамсиев А.М. и др. Состояние нейрорецепторного аппарата прямой кишки Проблемы биологии и медицины Узбекистан, СамМИ 2020. №2 (118) с.134-136
10. Юсупов Ш.А. и др. Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;185(1): 127-132.

11. Юсупов Ш.А., Саидов М.С. Частота встречаемости аноректальных мальформации при антенатальной диагностике у детей Самарканда и Самаркандской области Доктор ахборотномаси №2 (94) 2020й. Самарканд с.107-111

12. Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Орипов Ф.С., Жовлиев Б.Б., Рахматов А.К. Влияние токсических препаратов на развитие аномалий кишечника и перспективы их хирургического лечения " Вятский медицинский вестник Научно-практический журнал 2(70) 2021 стр.9-13

13. Marellis C, Ue Blauw J, Brunner H. Chromosomal anomalies in the etiology of anorectal malformations. A review, Amv med. Genet Part A 2021;9999:1-13

14. Divarci, Ergun, D. General complications after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445

15. Shamsiyev A. et al. The causes of postoperative intra-abdominal abscesses in children and ways of their prevention The scientific heritage №48 (2020) с.5-9

16. Yusupov Sh. et al Complications In Anorectal Malformations In Children (Clinical Observation) 2021 Проблемы науки 56-58 стр.

17. Amrishi Tiwari, D.C. Naik, P. G. Khanwalkar, S. K. Sutrarakar. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. Int J Anat Res 2014;2(2):318-24.

18. Ahemad, S., Abdul Muqtadir, A.M., Wanjari, S., & Vairagad, P. Early after posterior sagittal anorectoplasty outcomes for anorectal malformation. International journal of scientific research. 2022 ;37(6):1232

19. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations // Pediatr. Surg. Int. 2013. Vol. 29, # 9. P. 899-904.

20. Divarci, E., & Ergun, O. General complications after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445.

21. Trajanovska M., Long Term Outcome After Catto-Smith Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, and Outcome, 2014

22. Tiwari A, Naik D.C., Khanwalkar P.G., Sutrarakar S.K. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. Int J Anat Res. 2014;2:318-24. [Google Scholar]. 218 Tonii H. Olrado

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Шахриев А.К.

Резюме. За период с 2010 по 2022 г. под нашим наблюдением находилось 212 детей с выпадением прямой кишки (ВПК), из них мальчиков 135, девочек - 77; в возрасте до года было 11, от 1 года до 3 лет - 134, от 4 до 7 лет - 59, старше 7 лет - 8 детей. ВПК I стадии выявлено у 69, II - у 112, III - у 31 больных.

Ключевые слова: хронический запор, гипокинез, сфинктер, электромиография, полип, ректоанальное давление, биоэлектрическая проводимость.