

твердити за допомогою МРТ плоду. Важливим та першочерговим етапом діагностики постнатально, є огляд неонатолога в родзалі. Від фаховості та досвіду неонатолога та рівня підготовки, залежить своєчасність виявлення промежинних форм аноректальної атрезії, а також атрезій прямої кишки при нормально сформованому анусі, а відтак – і раннього початку хірургічного лікування вади, адже сучасна стратегія хірургічної корекції АРМ прагне завершення до 3–6 місячного віку.

Після виявлення аноректальної мальформації у новонародженого, необхідно визначити клінічний варіант вади, що впливатиме на подальшу діагностику та хірургічну тактику.

Принципово важливим на першому етапі діагностики є розділ пацієнтів на три групи: АРМ з можливістю дефекації в період новонародженості; АРМ, що потребує невідкладного хірургічного втручання на промежині; АРМ що потребує колостомії.

Клінічна діагностика можлива лише в першій групі пацієнтів, тобто при промежинних та вестибулярних норичах. Дві інші групи потребують додаткових методів обстеження.

Матеріали та методи. Ми проаналізували досвід діагностики та хірургічного лікування 256 з АРМ. При діагностиці АРМ в першу чергу виключали поєднані вади розвитку, VATER-асоціацію. Наявність супутніх вад розвитку передбачала окрему програму лікування, з визначенням першочергових хірургічних втручань. Додатковими методами дообстеження були: УЗД органів малого тазу та промежини, рентгенографія поперекового та крижово–куприкового відділу хребта, фістулографія, МРТ органів черевної порожнини і малого тазу. Інвертографія за Вангестіном, яка широко застосовувалась раніше, наразі замінена «cross-table» рентгенографією. Дану рентгенографію виконували не раніше, ніж через 18–24 години після народження.

Результати. Превентивну кишкову стому виконували за принципом роздільної колостомії, для відведення та попередження потрапляння калових мас в дистальні відділи товстої кишки. Надважливим при формуванні превентивної колостоми, є вибір відділу товстої кишки на яку буде накладене стому. Занадто низько накладена колостома не дає можливості для проведення успішного зведення та потребує реколостомії.

Вибір лікувальної тактики на початковому етапі напряму впливає на подальші хірургічні втручання та на резуль-

тат в цілому. Тому особливо важливим є досвід та оснащеність лікувального закладу, глибоке знання анатомії аноректальної ділянки. Виконання хірургічних втручань на промежині, безумовно потребує використання електроміостимулятора для ідентифікації та моніторингу зовнішнього сфінктеру та м'язів леваторів. Основні принципи сучасного хірургічного лікування АРМ розділені на наступні радикальні оперативні втручання: промежинні операції переднім сагітальним доступом; промежинні операції заднім сагітальним доступом (PSARP – posterior sagittal anorectoplasty); черевно–промежинні операції заднім сагітальним доступом; лапароскопічно асистовані зведення.

Дотримувались певних термінів між проведенням оперативних втручань: колостомія в період новонародженості; радикальна анопроктопластика у віці 2–4 місяців (при клоаці 4–8 місяців); закриття колостоми може бути проведено через 1,5–2 місяці після радикальної операції.

Післяопераційне лікування обов'язково включало антибіотикотерапію, знеболення та ретельний догляд за післяопераційною ранюю. Принципово важливим було підсушування рани для профілактики неспроможності післяопераційних швів промежини та неануса. Також, в післяопераційному періоді, важливим та необхідним є встановлення катетера Фолея, який прибирають на 10 післяопераційну добу. Первинне, калібровочне бужування виконували бужами Гегара спершу лікарем, далі навчали батьків. Бужування проводили 2 рази на день, розмір збільшували на 0,5 розміру раз на тиждень. Бужування проводили до вільного проходження вікового бужа. Згідно рекомендацій Міжнародного колоректального центру, Цинциннаті, максимальні вікові розміри бужів: 1–4 міс. – №12, 4–8 міс. – № 13; 8–12 міс. – №14; 1–3 роки – №15; 3–12 років – №16, 12 років і старше – №17.

Задовільними результатами хірургічного лікування вважали щоденне одно або двократне самостійне випорожнення, відсутність каломазання, наявність стійких позивів до дефекації, утримання сечі та адекватне сечовипускання.

Висновки. Результати лікування АРМ напряму залежать від ранньої діагностики, правильно встановленого діагнозу та вибраної хірургічної тактики. Для досягнення доброї якості життя після перенесених хірургічних втручань у пацієнтів з АРМ необхідно ретельний післяопераційний догляд, диспансеризація та реабілітація.