

атрезії отримано гарні функціональні результати, після етапного лікування високих і проміжних форм частота хороших результатів становила 58%, задовільних – 38%, незадовільних – 4%. Функціональні порушення замикаючого апарату прямої кишки після радикальної корекції АВР, які виникають у 30 – 60% хворих, призводять до труднощів соціальної адаптації дітей у суспільстві. Таким чином все вищевикладане визначає актуальність роботи.

**Мета роботи.** покращити результати лікування дітей з аноректальними вадами розвитку на основі використання інформативних діагностичних заходів та власне вдосконалених хірургічних технологій.

**Матеріал та методи дослідження.** В клінічних хірургічних відділеннях кафедри дитячої хірургії НУОЗ України імені П.Л.Шупика МОЗ України, за 25 років знаходилося на лікуванні 38 дітей з аноректальними вадами розвитку. Хворих жіночої статі 16 (42,10%), а чоловічої 22 (57,90%). У 11 (28,95%) новонароджених була висока форма атрезії прямої кишки, у 6 (15,78%) – проміжна, у 16 (42,10%) – низька, у 3 (7,89%) – промежинна ектопія ануса та у 2 (5,28%) – анальна мембрана. Госпіталізовані в першу добу життя 22 (57,90%) дітей, у них діагноз відсутності анального отвору у типовому місці зазвичай не викликав труднощів під час огляду промежини. Поміж тим шпиталізовано пізніше 5–ї доби життя 16 (42,10%) новонароджених, які мали норицеві форми аноректальної атрезії. Недоношеними були 9 (23,68%) новонароджених з АВР. Пренатально в жодному спостереженні атрезія анального отвору та прямої кишки не була діагностована. Усім хворим під час госпіталізації, окрім загальноприйнятих лабораторних та біохімічних досліджень застосовували спеціальні методи дослідження. Інвертограма за Wangenstein and Rice проведена у 18 (47,37%) хворих. Всі хворі мали обстеження УЗД черевної порожнини та нирок, ЕХО КГ, нейросонографію. Для безпосередньої візуалізації сфінктерних м'язів використовували магнітно–резонансну томографію (МРТ) малого таза.

**Результати.** За результатами комплексного обстеження супутні недуги встановлені у 27 (60,71%) хворого, із яких вади розвитку серцево–судинної системи (додаткова хорда в порожнини шлуночка, відкрите овальне вікно) у 9 (23,68%); урогенітальної системи (гідронефроз, гіпоспадія) у 4 (10,53%); тимогегалії різних ступенів у 4 (10,53%); вади розвитку центральної нервової системи – у 3 (7,89%); синдром Дауна – у 2 (5,26%); релаксацію лівого купола діафрагми у 1 (2,63%) дитини. За даними МРТ у 29 (%) було встановлене точне розташування нориці та його відношення до м'язів та сфінктерного апарату тазового дна, а також дані про стан м'язів тазового дна та сфінктерів. У всіх 100% хворих встановлена гіпоплазія м'язів сфінктерного апарату, що впливало на хірургічну тактику, а також на результати лікування.

Поміж тим залежно від форми АВР виконували різні оперативні втручання. Тривалість підготовки залежала від тяжкості стану та наявності супутніх вад розвитку. З приво-

ду форм аноректальної атрезії виконували передню, промежину та задню сагітальну проктопластику за Рена. За звичай хірургічна корекція проводиться у 3 етапи: накладення стоми, радикальна корекція та закриття стоми. В нашому дослідженні хірургічна корекція АВР проведена в 3 етапи у 34 (89,48%), у два етапи – накладення стоми з одночасною корекцією недуги у 2 (5,26%), а також корекція недуги без накладення стоми у 2 (5,26%) .

У 36 (94,73%) хворих роздільну колостому у вигляді anus preter naturalis накладали на рухому петлю сигмоподібної кишки, так, щоб можливо було фіксувати калоприймач тільки на привідну кишку. Висока надлеаторна атрезія встановлена у 11 (28,95%) новонароджених, а рівні сфінктерного апарату у 1 (2,63%) хворого. Високу атрезія без нориці встановлена у 5 (13,16%) хворих, із яких у одного (2,63%) хворого відкрилася нориця в продовж першого місяця життя після накладення стоми.

При хірургічному лікуванні аноректальної вади розвитку використані наступні методи її корекції: Черевно–промежинна проктопластика з заднім сагітальним доступом у 12 (31,58%); промежинна проктопластика з використанням заднього сагітального доступу у 9 (23,68%); промежинна проктопластика з використанням переднього сагітального доступу у 15 (39,48%), проктопластика з промежеечного доступу у 2 (5,26%). Під час проведення реконструктивно – відновлювальної операції використовували електроміоідентифікацію м'язів сфінктерного апарату та його пластику. В післяопераційному періоді проводилося бужування за стандартною схемою. Закриття стоми виконувалось в проміжок від 2 місців до 5 років з різних причини в тому числі і соціально–економічних.

Ускладнення встановлено у 13 (34,21%) хворих, із яких переважували парастомальні та перианальні дерматити, а у одного пацієнта не спроможність швів.

Попри ускладнення, всі хворі одужали та виписані з клініки в задовільному стані, проте реабілітаційні заходи проводились в продовж до шкільного віку.

**Висновки.** Візуалізація АВР повинна проводитися пренатально, а в подальшому підтвердитися в пологовому будинку та окрім візуалізації доцільна консультація дитячого хірурга. УЗД черевної порожнини та нирок, ЕХО КГ та нейросонографія є скринінгом стосовно встановлення супутніх вроджених та набутих недуг. МРТ дозволяє точно встановити вид атрезії, розташування нориці та його відношення до м'язів тазового дна, а також дані про стан м'язів тазового дна та сфінктерів. Основним методом лікування є хірургічна корекція з використанням як переднього чи заднього сагітального доступу, а також черевно–промежинної проктопластики з заднім сагітальним доступом з обов'язковим проведенням електроміоідентифікації м'язів сфінктерного апарату. Після операції необхідна тривала реабілітація з метою адекватного тримання кишкового вмісту, а як наслідок покращення якості життя пацієнтів.