

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

А.М. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, М.С. САИДОВ, Р.Р. АИПОВ, Д.О. АТАКУЛОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт;
2 - клиника Самаркандского Государственного медицинского института

БОЛАЛАР АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРИДА КЛАССИФИКАЦИЯНИНГ ЯНГИ ЁНДОШИШЛАРИ

А.М. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, М.С. САИДОВ, Р.Р. АИПОВ, Д.О. АТАКУЛОВ
Самарканд Давлат медицина институти;
Самарканд Давлат медицина институти 2 - клиникаси

NEW APPROACHES TO THE CLASSIFICATION OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

A.M. SHAMSIEV, J.A. SHAMSIEV, M.S. SAIDOV, R.R. AIPOV, D.O. ATAKULOV
Samarkand State Medical Institute;
2-clinic of the Samarkand State Medical Institute

Аноректальные мальформации (АРМ) одни из самых часто встречающихся патологий среди врожденных аномалий [10]. По данным различных авторов, встречаемость данной патологии колеблется от 1:2000 до 1:9000 новорожденных [6,11,12].

В структуре врожденных пороков развития доля АРМ составляет около 7%, занимая 9 место среди всех пороков развития по данным международного регистра [1]. Летальность при этих пороках составляет 16-19% и выше [4].

Несмотря на существенные достижения последних десятилетий в диагностике и лечении АРМ, эта патология остается одной из самых обсуждаемых проблем в детской хирургии [5,7-9,13-15]. Главным образом, это обусловлено разночтениями в понимании детскими хирургами различных стран терминологии этих пороков, отсутствием единой общепринятой и всеохватывающей классификации АРМ. В представленном обзоре литературы мы попытались определить наиболее информативную и удобную для клинического применения классификацию пороков развития аноректальной области.

С целью улучшения и усовершенствования методов диагностики и лечения этих пороков предложено около 40 классификаций, основой которых являются клинические, эмбриогенетические и анатомические особенности пороков. В странах постсоветского пространства чаще всего используются две классификации: Г.А. Баирова [4] и А.И. Ленюшкина [3]. В основе классификации Г.А. Баирова лежит модифицированная Мельбурнская классификация (табл. 1). В классификации А.И. Ленюшкина формы АРМ ранжированы по 5 разделам (табл. 2).

Не умаляя достоинств классификаций Г.А. Баирова и А.И. Ленюшкина, основанных на анатомическом расположении порока развития, все же следует отметить, что они являются очень гро-

мозкими, применяются в большей степени в специализированных колопроктологических отделениях, занимающихся научной и научно-педагогической деятельностью. Тогда как для основной массы детских хирургов применение их в клинической практике кажется затруднительной.

В странах дальнего зарубежья практически детские хирурги наиболее приемлемой считают классификацию Ladd&Gross, предложенную в 1934 г. Эти авторы опираются на клинические проявления и анатомическое расположения порока, различая при этом 4 типа пороков развития:

- Тип 1 – анальные стенозы;
- Тип 2 – неперфорированный анус;
- Тип 3 – анальная атрезия;
- Тип 4 – атрезия прямой кишки.

В 1970 году на Международном конгрессе детских хирургов в г. Мельбурне (Австралия) была предложена и принята классификация, в основе которой лежит развитие пороков на этапах эмбриогенеза. Мельбурнская классификация подразделяет пороки на высокие, промежуточные и низкие формы в зависимости от анатомии конечных отделов прямой кишки к пуборектальной мышце. Попытка учета всех вариантов анатомической характеристики каждого порока сделали эту классификацию громоздкой и неудобной для практического применения.

Более усовершенствованная международная классификация (табл. 3) была принята на Конференции по развитию стандартов в лечении аноректальных мальформаций, которая состоялась в г. Крикенбек (ФРГ) в 2005 году. Эта классификация предусматривает наличие высоких, промежуточных и низких аномалий, клоаку, а также редкие аномалии развития. В свою очередь эти же аноректальные мальформации подразделяются по полу. В настоящее время эта классификация завоевала наиболее число поклонников среди детских хирургов всего мира.

Таблица 1.

Классификация АРМ по Г.А. Баирову (1972) [4]

1. Атрезии:	
Низкие(подлеваторные):	Высокие (надлеваторные):
– мембранозная атрезия заднего прохода	– атрезия заднего прохода и прямой кишки
– атрезия заднего прохода и прямой кишки	– атрезия прямой кишки
2. Атрезии со свищами:	
Низкие(подлеваторные):	Высокие (надлеваторные)
– промежуточные	– пузырьные
– вестибулярные	– уретральные
	– маточные
	– влагалищные
3. Сужения:	
– заднего прохода	
– прямой кишки	
– заднего прохода и прямой кишки	
4. Клоака	
– пузырьная	
– вагинальная	

Таблица 2.

Классификация А.И. Ленюшкина (1990) [3]

I. Эктопия анального отверстия	– промежностная
	– вестибулярная
II. Врожденные свищи при нормально сформированном заднем проходе	– в половую систему (влагалище, преддверие влагалища)
	– в мочевую систему (мочевой пузырь, уретру)
	– на промежность
III. Врожденные сужения	– заднего прохода
	– заднего прохода и прямой кишки
	– прямой кишки
IV. Атрезии	
A. Простые	– прикрытое анальное отверстие
	– атрезия анального канала
	– атрезия анального канала и прямой кишки
	– атрезия прямой кишки
Б. Со свищами	– в половую систему (матку, влагалище, преддверие влагалища)
	– в мочевую систему (мочевой пузырь, уретру)
	– на промежность
В. Редкие случаи	врожденная клоака, удвоение прямой кишки и др.
V. Состояние после радикальной операции, требующие повторного вмешательства.	

Таблица 3.

Международная классификация АРМ

Большие клинические группы	Редкие/локальные варианты
– перинеальная фистула	– дивертикул прямой кишки
– ректоуретральная фистула	– атрезия/стеноз прямой кишки
○ простатическая	
○ бульбарная	
– ректовезикальная фистула	– ректовагинальная фистула
– вестибулярная фистула	– Н-фистула
– клоака	– другие
– атрезия без фистулы	
– стеноз ануса	

Наличие единой и унифицированной классификации АРМ позволяет практическому врачу выбрать оптимальное тактическое решение, направленное на оказание хирургической помощи конкретному ребенку, способствует снижению частоты неудовлетворительных результатов после хирургической коррекции аноректальных мальформаций.

Таким образом, Крикенбекская международная классификация АРМ на сегодняшний день является наиболее компактным и удобным для практического применения системой.

Литература:

1. Альбицкий В.Ю., Шайхутдинова Л.Н., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Внедрение региональной модели профилактики врожденной патологии у детей в Татарстане. Рос. пед. журнал. 2003; 1:59–61.
2. Николаев В.Н., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е. Результаты проктологических операций у детей по материалам хирургического отделения педиатрического центра Якутска // Детская хирургия 2010. №4. С. 15-18.
3. Новожилов В.А. Концепция диагностики и хирургического лечения сочетанных аноректальных аномалий у детей раннего возраста. Автореф. дисс. докт. мед. наук. 2001. Иркутск.
4. Савранин Д.В. Послеоперационная реабилитация детей с аноректальными пороками (патогенетическое обоснование диагностики и лечения). Автореф. дисс. канд. мед. наук. 2006. Омск.
5. Yugmurlu A, Harmon CM, Georgeson KE. Laparoscopic cecostomybatton placement for the management of fecal incontinence in children with Hirshsprung's disease and anorectal anomalies. // SurgEndosc. – 2006. - № 20. – P. 624-627.
6. Dewan P.A., Hrabovszky Z., Mathew M. Anorectoplasty in children in Papua New Guinea // P N G Med J. - 2000. - Vol. 43. – No 1-2. – P.105-109.
7. Davies MRQ Anatomy of the nerve supply of the rectum, bladder and internal genitalia in anorectal dysgenesis in the male. // J Pediatr Surg. – 1997. - №32. – P.536–541
8. Sayyari1, F Imanzadeh, J Ghoroubi. Role of anorectal manometry to improve the results of biopsy in diagnosis of chronic constipation. // APak J Med Sci. - 2007. - (Part-I) . - № 5 (20). – P. 689-691.
9. Hak NG, El-Hemaly M, Salah T, et al Normal Variation of Anorectal Manometry among the Egyptian Population.. // Arab J Gastroenterol. - 2007. - № 8(2). – P. 53-56.
10. Lam Y. H., Shek T., Tang M.H.Y. Sonographic features of anal atresia at 12 weeks. Ultrasound ObstetGynecol 2002; 19:523–524
11. Cuschieri A. Descriptive epidemiology of isolated anal anomalies: a survey of 4.6 million births in Europe // Am. J. Med. Genet. 2001. №103. P.207-215.
12. Cho S, Moore SP, Fangman T. One hundred three consecutive patients with anorectal malformations and their associated anomalies // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2001. №155. P.587–591
13. Nelson RI. Epidemiology of fecal incontinence. // Gastroenterol. – 2004. - № 126. – P.3-7.
14. Mandhan P, Qi BQ, Beasley SW Aberrations of the intrinsic innervation of the anorectum in fetal rats with anorectal malformations. // J Pediatr Surg. – 2005. - № 40. – P.397–402.
15. M.Levitt, A.Pena. Update on Paediatric Faecal Incontinence. // Eur J Pediatr Surg. – 2009. - № 19. – P. 1-9.