

## ОПЫТ ПОВТОРНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ У ДЕТЕЙ

Хворостов И.Н.<sup>1</sup>, Окулов Е.А.<sup>2</sup>, Гусев А.А.<sup>2</sup>, Игнатъев Р.О.<sup>2</sup>, Яцык С.П.<sup>2</sup>, Доценко А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

**Введение.** Несмотря на технические достижения в хирургическом лечении аноректальных мальформаций, осложнения, которые требуют повторной операции, по-прежнему распространены.

**Цель исследования.** Установить причины неудовлетворительных результатов лечения, определить показания к этапным (повторным) операциям у детей с аноректальными пороками развития.

**Материалы и методы.** Проведено нерандомизированное неконтролируемое исследование. Обследовано 99 больных с аноректальными мальформациями. Группы не формировали. Повторные и этапные операции выполнены 86 больным. В протоколе обследования использовали метод визуального осмотра, МРТ, УЗИ, электромиографию, рентгенологические исследования.

**Результаты.** Повторные операции выполнены 86 больным. 10 пациентам (6 мальчиков, 4 девочки) в связи с внесфинктерным низведением кишки на промежность выполнена повторная аноректосфинктеропластика заднесагиттальным доступом, 9 больным (все девочки) реконструкция промежности, в подавляющем большинстве — под защитой колостомы. В 43 случаях (38 мальчиков, 5 девочек) потребовалась проктопластика в связи с пролапсом стенки низведенной кишки как сегментарного, так и циркулярного характера. В 1-м случае выявлен сегментарный пролапс, оказавшийся формой тубулярного удвоения прямой кишки. При формировании стеноза неоануса (15 больных), не поддающегося бужированию (4 больных) с развитием патологического мегаректума, выполняли на уровне резекцию нижних отделов толстой кишки с ренизведением ее на промежность. У 5 пациентов (мальчики), имевших клинически значимую сохранившуюся культю после удаления ректоуретрального свища, выполнялась лапаротомия с ликвидацией культи и прецизионной пластикой входа в заднюю уретру. 4 больным с клиникой ретракции низведенной кишки потребовалось ренизведение на промежность с повторным формированием анального и ректального каналов. Причины необходимости этапных (повторных) операций у детей с аноректальными пороками развития можно классифицировать на отдельные подгруппы. Технические дефекты первичных операций: низкое расположение первично наложенной дистальной колостомы, отсутствие электромиоидентификации в ходе первичной операции для достоверного определения топики запирающего аппарата прямой кишки, низведение кишки на фоне явных нарушений микроциркуляции, высокая обработка дистальных отделов толстой кишки с оставлением культи при ректоуретральном свище, отсутствие циркулярного освобождения низводимой кишки от капсулы Денонвилье. Послеоперационные осложнения: гнойно-воспалительные осложнения, связанные с отсутствием защитной колостомы, отсутствие полноценной длительной реабилитации в послеоперационном периоде, включающей своевременное и непрерывное бужирование, контроль за частотой и полнотой опорожнения кишечника.

**Заключение.** Полученные результаты позволили объяснить причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения аноректальных мальформаций у детей и определить показания к повторным операциям.