

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ. ЧТО, ГДЕ, КОГДА ИСКАТЬ И СТОИТ ЛИ ЧТО-ТО ДЕЛАТЬ

Хворостов И.Н., Окулов Е.А., Доценко А.В., Гусев А.А., Яцык С.П.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

**Обоснование.** Сохраняющиеся послеоперационные проблемы, когда «что-то пошло не так», включают широкий спектр необычных состояний, вызывающих у клиницистов ряд вопросов, решение которых не всегда укладывается в рамки стандартных решений. Попытки хирургического улучшения могут закончиться неудачей и ухудшить прогноз.

**Цель:** разработка индивидуальных протоколов до- или послеоперационного обследования детей с АМ с целью выработки оптимальной тактики лечения.

**Методы.** Проведено нерандомизированное, неконтролируемое исследование. Выборка включала 435 пациентов, поступивших на обследование и лечение после завершеного оперативного лечения АМ. Учитывались пол и возраст пациентов, вид АМ, объем и способ операции, послеоперационные жалобы пациентов. В протокол обследования включали осмотр и электромиоидентификацию мышечного аппарата неоректум, МРТ, УЗИ, генетические исследования (по показаниям), урологическое обследование (по показаниям). Полученные данные обрабатывались с использованием программы SPSS 17.0 методами описательной и вариационной статистики.

**Результаты.** У 10,9 % (47 детей, 42 мальчика, 5 девочек) обнаружен ректальный пролапс (РП) сегментарного или циркулярного характера. Существенных различий частоты РП от варианта АМ и характера сопутствующей патологии позвоночника и спинного мозга не выявлено. Всем больным выполнено иссечение избытка кишки с анопластикой и 5 пациентам модифицированная операция Делорма.

Стенозы на уровне анального канала после оперативного лечения АМ с патологическим мега-ректум выявлены у 6,4 % (28 пациентов). 5 детям (17,8 %) без эффекта от лечения по программе управления кишечником потребовалась резекция нижних отделов толстой кишки с ренизведением на промежность с использованием заднесагиттального доступа.

Ранее недиагностированный врожденный стеноз анального канала без признаков синдрома Курарино обнаружен у 3 пациентов (0,6 %, все мальчики). 1 ребенку после ранее проведенного оперативного лечения выполнена экстирпация прямой кишки и брюшно-промежностная проктопластика, 2 пациентам — модифицированная операция с сохранением задней полуокружности анального канала.

Небольшой группе детей с эктопией неоануса — 16 человек (3,6 %, все девочки) — выполнена реконструкция промежности, в подавляющем большинстве — под защитой колостомы.

Оперативное лечение проведено 8 пациентам (1,8 %, все мальчики) с культей кишки после удаления ректоуретрального свища, 7 — культи удалена из заднесагиттального доступа, 1 — через лапаротомический доступ после попытки лапароскопической ассистированной операции.

Ретракция низведенной кишки после лапароскопической ассистированной проктопластики обнаружена у 5 пациентов (1,14 %). Всем проведено ренизведение на промежность заднесагиттальным доступом с лапароскопическим ассистированием.

**Заключение.** Нами разрабатываются внутренние протоколы послеоперационного обследования пациентов с АМ, которые позволяют выявить осложнения первичных операций, требующих оперативного лечения, или проблем, связанных с конкретным видом аномалии, которые могут быть облегчены программой управления кишечником.

**Ключевые слова:** аноректальные пороки; результаты лечения; обследование; дети.