

## ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

*Пименова Е.С.<sup>1</sup>, Тарасова Д.С.<sup>2</sup>, Морозов Д.А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

<sup>2</sup>Детская городская клиническая больница № 9 им Г.Н. Сперанского, Москва

**Цель.** Анализ ошибок и осложнений при лечении пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ)

**Методы.** Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов с АРМ, госпитализированных в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского (Москва) с 2017 по 2020 гг. ( $n = 68$ ); неоперированные (5) были исключены из анализа.

**Результаты.** Из 63 пациентов: мальчиков 33/52,4 %, девочек 29/46 %. 1 пациент с 46 XY-нарушением формирования пола, воспитываемый в женском поле (1,6 %). Формы АРМ включали в себя: уретральные свищи 17/27 %, промежностные 11/17,2 %, вестибулярные 10 /15,9 %, везикальные 4/6,3 %, клоаки 7/11,1 %, «клоака» с персиститующим урогенитальным синусом при нарушении формирования пола 1/1,6 %. Редкие формы 8/12,7 %: ректальный мешок — 1,1,6 %, ректальный стеноз (из них 2 в составе синдрома Куррарино) — 3/4,8 %, удвоение анального канала — 2/3,2 %, вагинальные свищи — 2/3,2 %.

При поступлении в клинику 6/9,5 % детей ранее не были оперированы, 9/14,3 % стомированные пациенты, 48/76,2 % детей ранее были оперированы радикально или этапно в других клиниках (коррекция АРМ завершена).

Ретроспективно были выявлены ошибки в диагностике (дооперационном ведении) у 30/47,6 %. Осложнения на разных этапах оперативного лечения были выявлены у 37/58,7 % детей. Неудовлетворительные функциональные результаты (отсутствие послеоперационной коррекции нарушений дефекации) присутствовали у 42/66,7 % пациентов.

Неотложные состояния, потребовавшие экстренного оперативного вмешательства, возникли у 14/22,2 % детей. Среди них: ошибки диагностики (нагноение недиагностированного удвоения прямой кишки, длительно недиагностированная АРМ с развитием непроходимости и перитонита) — у 4/28,6 %, осложнения аноректопластики (ретракция низведенной кишки с развитием парапроктита, стеноза с непроходимостью) 6/42,9 %, осложнения после наложения стомы (эвагинация кишки с ущемлением и без) — 3/21,4 %, после закрытия стомы (несостоятельность анастомоза) — 1/7,1 %.

**Выводы.** У большинства госпитализированных в клинику, коррекция АРМ была завершена (76 %). Показаниями для госпитализации в 59 % случаев служили осложнения после аноректопластики (стеноз, внесфинктерное низведение, выстояние слизистой или выпадение прямой кишки). У 67 % отмечены неудовлетворительные функциональные результаты, целью госпитализации было обследование и назначение консервативного лечения.

При анализе анамнеза выявлено, что 22 % пациентов с АРМ потребовались неотложные оперативные вмешательства, большей частью в результате осложнений после аноректопластики 6 из 14 (43 %). 28 % пациентов из данной группы подверглись неотложному хирургическому вмешательству в результате дефекта диагностики.

Лечение детей с АРМ необходимо проводить согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации детских хирургов. Ввиду разнообразия вариантов АРМ, предпочтительно обследование и планирование тактики в специализированных центрах коллективом детских хирургов, имеющих большой опыт ведения пациентов с АРМ на всех этапах лечения.