

ОСЛОЖНЕНИЯ РАЗОБЩЕНИЯ МОЧЕКИШЕЧНЫХ СОУСТИЙ, КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ И ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Тарасова Дарья Сергеевна^{1,3}, Морозов Дмитрий Анатольевич^{1,2}, Морозова Ольга Леонидовна¹, Айрян Эдуард Каренович^{1,3}, Бокова Елизавета Олеговна¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2.

² Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю. Е. Вельтищева» 125412, г.Москва, ул.Талдомская, д.2

³ Детская городская клиническая больница №9 имени Г.Н. Сперанского». 123317, г. Москва, Шмитовский проезд, 29

dtarasowa@yandex.ru

Ключевые слова: аноректальные мальформации; хроническая инфекция мочевыводящих путей; персистирующая клоака; дети

Введение. осложнения мобилизации прямой кишки, ректопластик, разобщения ректоуретральных и ректопузырных свищей, персистирующих клоак могут являться причиной стойких нарушений уродинамики и/или создавать предпосылки к развитию и персистенции инфекции мочевыводящих путей у пациентов с аноректальными мальформациями.

Цель исследования. анализ структуры осложнений, возникающих после разобщения мочекишечных соустьев у пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ).

Материалы и методы. исследование проведено на основании ретроспективного анализа результатов хирургического лечения 72 пациентов с АРМ. Все пациенты находились на стационарном лечении и диспансерном наблюдении в период с 2016 по 2021 гг. на клинических базах кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского университета).

В исследование включены пациенты с мочекишечными соустьями — персистирующей клоакой (21/29,1%), уретральными (43/59,7%) и везикальными (8/11,1%) свищами в возрасте от 1 мес. до 17 лет. Анализировали форму АРМ, вид хирургического лечения, структуру осложнений.

Всем пациентам с персистирующей клоакой на момент исследования был выполнен радикальный этап лечения. Основным критерий при определении хирургической тактики — длина общего канала клоаки: при длине до 3 см, была выполнена заднесагиттальная аноректовагиноуретропластика (ЗСАРП) по А.Рена (n = 16), при длине канала более 3 см — брюшно-промежностная аноректопластика (n = 5).

Из 43 пациентов с уретральным свищом, у 37 на момент исследования была выполнена радикальная коррекция порока: ЗСАРП по А.Рена 22, брюшно-промежностная аноректопластика — 10, лапароскопически-ассистированная аноректопластика — 3, промежностная аноректопластика — 2. При АРМ с везикальным свищом радикально оперированы — 7, всем выполнена брюшно-промежностная аноректопластика.

Результаты. при персистирующей клоаке сохранившийся урогенитальный синус после операции был установлен у 6 девочек, у всех длина общего канала превышала 3 см.

Сохранившийся урогенитальный синус во всех случаях осложнился развитием урино/пиогематокльпос и инфравезикальной обструкцией, что потребовало катетеризации мочевого пузыря и выполнения повторных реконструктивных операций: операция ASTRA (anterior sagittal

transanorectal approach) — 2, тотальной урогенитальной мобилизации — 1, разделения урогенитального синуса — 3. Послеоперационная дистопия уретры (длинная извитая уретра), обуславливающая инфравезикальную обструкцию и трудности при периодической катетеризации мочевого пузыря, была выявлена у одной пациентки (выполнена уретропластика в возрасте 8 лет); посттравматический уретро-вагинальный свищ диагностирован у двух девочек (выполнена интроитопластика), травма мочевого пузыря с развитием флегмоны таза у одного пациента потребовала ревизии и ушивания дефекта мочевого пузыря. Таким образом, разные «урологические проблемы», осложнения, выявили у 11 пациенток, что составило 52.3%

Анализ структуры осложнений у пациентов с уретральным свищом: дивертикул задней уретры (остаточная кишечная культя) установлен в трех наблюдениях (двое оперированы посредством ЗСАРП по А.Рена, один — лапароскопически-ассистированно). Рецидив уретрального свища был отмечен у двух мальчиков, оба первично оперированы промежностным доступом, в первом случае после операции отмечались рецидивы пиелонефрита, выделение газов и кала через уретру, в 9 лет выполнена ЗСАРП по А.Рена. У второго мальчика в возрасте 3 лет родители обратили внимание на выделение мочи из ануса, выполнена цистуретрография, после введения 80 мл рентгеноконтрастного вещества законтрастирован мочевой пузырь, деформированная уретра и узкий извитой свищевой ход до 1,5 см, заканчивающийся в нижней трети прямой кишки. Выполнено разобщение свища, однако через 6 мес. выделение мочи через анус возобновилось, принято решение о консервативном ведении, установлен уретральный катетер на 1 мес., при контрольном обследовании через 6 мес., данных за функционирование свища нет. Ятрогенное повреждение задней уретры отметили у одного мальчика. Осложнения при АРМ с уретральным свищом выявлены у 6/5,6% пациентов. При АРМ с везикальным свищом — осложнений не зарегистрировано.

Выводы. в общей сложности различные «урологические проблемы» и осложнения после разобщения мочекишечных соустьев выявлены практически у каждого третьего пациента — 16/29%. Формирование различных осложнений у пациентов с АРМ, в итоге влияющих на уродинамику и значимых в генезе и персистенции хронического воспаления в мочевых путях, является важной проблемой, определяя технические задачи в ходе открытых и лапароскопических вмешательств.