

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ

Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Дусалиев, Ф.А. Отамуратов, Э.А. Якубов, Д.С. Нурмаматов

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

В работе представлены данные о частоте и анатомических особенностях ректоуретральных свищей у 48 мальчиков в возрасте от 1 дня до 15 лет, наблюдавшихся в клинике в 2006-2018 г. 36 (75,0%) девочкам первичные операции проведены в клинике, 12 (25,0%) - поступили с различными осложнениями после проведенных операций в других стационарах. Сочетанные аномалии выявлены у 36 (75,0%) больных.

Ключевые слова: аноректальные мальформации, мальчики, диагностика, тактика лечения.

ЎҒИЛ БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРНИ РЕКТОУРЕТРАЛ ОҚМАЛАРИДА АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ

Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Дусалиев, Ф.А. Отамуратов, Э.А. Якубов, Д.С. Нурмаматов,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу ишда 2006-2018 йиллар мобайнида аноректал нуқсон билан даволанган 48 та 1 кунликдан 15 ёшгача бўлган ўғил болада учраш частотаси, ва анатомик турлари келтирилган. 36 (75,0%) бемор бирламчи муружат қилганлар ва 12 (25,0%) бошқа шифохоналарда жарроҳлик муолажаси бажарилган турли хил асоратлар билан келган беморлар. Ҳар бир тури ҳақида маълумот келтирилган. Ҳамроҳ нуқсонлар 36 (75,0%) тани ташкил қилди.

Калит сўзлар: аноректал нуқсонлар, ўғил бола, тасхислаш, даво усули.

ANATOMIC CHARACTERISTICS OF THE RECTOURETRAL FISTULAS WITH ANORECTAL MALFORMATIONS IN BOYS

N.Sh. Ergashev, F.M. Dusaliev, F.A. Otamuradov, E.A. Yakubov, D.S. Nurmamatov

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume,

This article presents data about prevalence and anatomic characteristics of some nosological forms of anorectal malformations in 48 boys at the age of 1 day to 15 years who were treated in the clinic from 2006 to 2018. Of them 36 (75,0%) boys underwent primary surgeries in the clinic, 12 (25,0%) - were admitted with various complications after operations being made in the other hospitals. The associated anomalies were revealed in 36 (75,0%) patients.

Key words: anorectal malformations, boys, diagnosis, therapeutic operative technique.

Актуальность

Аноректальные мальформации (АРМ) являются частыми врождёнными патологиями, составляют значительную часть проктологических заболеваний новорожденного возраста. Их частота за последние годы не имеет тенденции к снижению и, по данным различных авторов, колеблется в пределах на 1 новорожденного 2000-9000 [1,3,6]. В структуре АРМ 90-95% составляют свищевые варианты [2]. Около 50 % новорожденных с аноректальными аномалиями составляют мальчики. АРМ зависимости от пола отличаются анатомическими формами и частотой. У мальчиков чаще встречается атрезия с ректоуретральным свищом, у девочек - ректовестибулярный свищ [4,8].

Многочисленные работы в основном посвящены аспектам диагностики и хирургического лечения АРМ независимо от пола детей [7]. Ректоуретральные свищи при аноректальных мальформациях у детей до сих пор являются одной из сложных и далеко не решенных проблем детской колопроктологии и встречаются только у мальчиков который практически всегда

сочетаются с пороками развития прямой кишки. При ректоуретральных свищах чаще наблюдаются сложности в диагностике и рецидивы, неудовлетворительные результаты в отдаленные сроки составляют 20-40 % [5,9,10].

Цель работы: определить частоту и нозологическую структуру ректоуретральных свищей при АРМ у мальчиков; и изучить анатомические особенности, характер сочетанных аномалий, влияющих на выбор тактики лечения.

Материал и методы

В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2006-2018 г. находились на обследовании и лечении 216 мальчиков в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ; из них 48 (22,2%) составили больные с атрезией ануса с ректоуретральным свищом. Распределение больных по нозологическим формам и оценка результатов хирургической коррекции проведены в соответствии с Меж-

дународной классификацией, принятой в Крикенбеке, в 2005 г. Больным проводили комплексные клинические исследования для оценки анатомо-функционального состояния промежности и сфинктерного аппарата прямой кишки, а также лучевые методы диагностики: УЗИ внутренних органов с целью выявления сопутствующих заболеваний; контрастное рентгенологическое исследование прямой кишки, моче-выделительной системы; эндоскопические: уретроцистоскопия, прямое зондирование; МСКТ и др.

Результат и обсуждение

В наших наблюдениях только в 16 (33,3%) случаях, когда сообщение атрезированной кишки с мочевым трактом выявлено у новорожденных в первые часы и дни жизни, до выполнения первичной проктопластики. У 32 (66,7%) мальчиков до первичной операции признаки ректоруретрального свища не отмечено и они наблюдались либо в первые 3 - 7 сут после промежностной проктопластики, либо в поздние сроки.

В 12 (25,0%) случаев до поступления в нашу клинику оперированы по поводу ликвидации ректоуретрального свища, порой многократно, однако они были безуспешными. В этих случаях установить генез свищей далеко не просто. Кропотливо собранный анамнез и некоторые вспомогательные местные признаки (локализация в промежностной части уретры, соответствующий доступ при проведении первичной проктопластики), а также учет недостаточного опыта хирурга дают все основания считать такие свищи травматическими (ятрогенными).

Основной признак ректоуретрального свища это выделение кала и газов из наружного отверстия уретры или мочи через анус. Обычно подобное явление замечают во время мочеиспускания или дефекации, но иногда и вне их. Степень клинической выраженности, интенсивность несвойственных выделений из естественных отверстий заметно варьируют в зависимости от возраста ребенка, генеза свища, его локализации, диаметра и анатомической формы.

Особенности клиники состоят главным образом в том, что при наличии высоко расположенного свища (мочевой пузырь, простатический отдел уретры) кишечное содержимое смешивается с мочой, которая окрашена на протяжении всего акта мочеиспускания; последние порции окрашены более интенсивно и сопровождаются отхождением газов, скопившихся в мочевом пузыре. Выделение кишечного содержимого усиливается при надавливании на надлобковую область. Вне акта мочеиспускания газы через уретру не выделяются, ибо сфинктер пузыря удерживает их. При сообщении же прямой кишки с уретрой выделение фекалий и газов с мочой более скудное. Фекалии, не успевшие раствориться, выбрасываются в начале мочеиспускания почти неизменными, а последние порции мочи, как правило, прозрачные. Газы отходят через наружное отверстие уретры и вне акта мочеиспускания, поскольку сфинктер их не удерживает.

Другая особенность клинического проявления свища связана с его топографо-анатомическим вариантом. Бывает, что свищевой ход расположен косо. Если он идет от уретры вниз к кишке, то часто моча при мочеиспускании больше отходит через анальное отверстие, если же имеет горизонтальное направле-

ние, то наблюдается равномерное отхождение мочи через анус и наружное отверстие уретры. При этом важное значение имеет диаметр свищевых ходов. Чем он больше, тем отчетливее проявляются характерные клинические признаки соустья. Иногда малый диаметр маскирует наличие свища и лишь повторные рентгенологические исследования и использование цветной пробы позволяют поставить диагноз свища.

По анатомической локализации устье свища в просвете уретры от шейки мочевого пузыря различали: высокие - в простатическую часть уретры - 15 (31,25%), средние - в мембранозную часть уретры - 21 (43,75%), низкие - в бульбарную часть уретры - 12 (25,0%). От диаметра свища различали: широкие у 13 (1,0 см в диаметре); узкие у 28 (около 1мм. в диаметре) и нитевидные у 7.

Рентгеноконтрастное исследование (восходящая цистоуретрография) служит основным методом исследования, позволяющим не только объективизировать диагноз, но и уточнить локализацию, вид и диаметр фистул.

У повторных больных клиника ректоуретральных свищей имеет определенные особенности. Её варианты сводились к следующим: а) преимущественное выделение кала и газов через наружное отверстие мочеиспускательного канала (3 больных); при акте мочеиспускания моча либо не затекала в прямую кишку, либо попадала туда в небольшом количестве; б) преимущественное выделение мочи через заднепроходное отверстие при мочеиспускании (5 больных); периодически отмечалось выделение газов через уретру и в редких случаях - выделение небольших порций фекалий; в) равномерное выделение мочи как через уретру, так и через задний проход (2 больных). Кроме того, в 2 случаях мочеиспускание естественным путем полностью отсутствовало, моча отходила только через задний проход, что было обусловлено рубцовой стриктурой либо полным пересечением уретры ниже соустья.

Локальный статус характеризовался чаще всего рубцовой деформацией промежности и анального отверстия. На этом фоне 12 ребенок частично (5) или полностью (2) не удерживал мочу, а 5 больных также частично или полностью (3) страдали потерей анального контроля; у 7 детей отмечены запоры вследствие анальной стриктуры.

Заметно страдало общее состояние пациентов вследствие вторичных изменений в организме, связанных с хронической инфекцией мочевых путей, каловой интоксикацией при недостаточном опорожнении кишечника, сопутствующими пороками развития. Необходимо проведение специальных методов исследования для выявления сопутствующих аномалий других органов и систем. УЗИ и КТ - исследование позвоночника следует проводить во всех случаях для уточнения часто сочетаемых аномалий позвоночника и спинного мозга, мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы. Сочетанные пороки развития наблюдались у 36 (75,0%) больных.

Хирургическая тактика мальчиков с ректоуретральными свищами общий подход к лечению должен рассматриваться в контексте принятия решения о выборе тактики при АРМ в соответствии со специальным алгоритмом. Оптимальным видом первичной хирургической помощи, проводимой в неотложном порядке, считаем наложение одностольной терми-

нальной колостомы виде сигмостомы. Главной целью при этом является обеспечение полноценного пассажа кишечного содержимого и предотвращение возможного инфицирования мочевых путей. Недопустимо использовать пристеночную колостомию, которая не обеспечивает достаточной эвакуации фекалий и, таким образом, не соответствует идее операции.

Радикальную корригирующую операцию мы считаем целесообразным проводить не ранее, чем ребенок достигнет годовалого возраста. Свою позицию аргументируем в первую очередь тем, что период новорожденности является адаптационным и даже для здорового ребенка характеризуется перестройкой механизмов регуляции гомеостаза в новых (внеутробных) условиях жизни. Проведение в таких условиях реконструктивного вмешательства, тем более сложного брюшно-промежностного, не оправдано с многих позиций. Во-первых, оно слишком травматично для больного с множественными аномалиями. Во-вторых, требует специального ухода и контроля за жизненно важными функциями организма при отсутствии соответствующих условий во многих лечебных учреждениях. То же самое относится к профессиональной подготовленности хирургов. Наконец, немаловажную роль играет недоразвитие и ущербность тканей в аноректальной зоне, их нежность, слабая дифференцированность и легкая ранимость, тесные пространственные отношения в операционной ране и т.п., что значительно усложняет технику оперирования и повышает риск необратимых повреждений важных анатомических структур, в частности удерживающего аппарата прямой кишки, иннервации тазовых органов. В этой связи оптимальные сроки для радикальной операции находятся в границах между 12 - 13-ю месяцами и 1,5 - 2 годами жизни больного. До этого тщательно обследуют ребенка на предмет состояния его мочевой системы и наличия сопутствующих пороков развития, а при необходимости и коррекции их.

Выбор тактики и способа хирургической коррекции ректоуретральных свищей мы выбирали с учетом их генеза, топоики и анатомии. Всем больным с ректоуретральным свищем выполнена хирургическая коррекция. 13 (81,25%) детям первичная операция проведена в нашей клинике. 3 (18,75%) поступили с рецидивами после операции инвагинационной экстирпации свища в других стационарах. У 14 (87,5%) больных радикальная коррекция начата без предварительного наложения стомы. 8 (50,0%) пациенткам повторные операции при рецидивах проведены по адаптированной методике ликвидации свища с низведением передней стенки прямой кишки разработанного нами способа "Хирургическая коррекция при промежностных и низких свищевых формах аноректальных аномалий у детей" (Патент на изобретение Республики Узбекистан UZ IAP 04995). Адаптированный способ осуществлен следующим образом. Окаймляющим разрезом мобилизуется свищевое отверстие, разрез продолжается в дистальном направлении в передней промежности по срединному шву до верхнего контура анального отверстия. Далее разрез продолжаем в полулунном виде вдоль периметра анального отверстия, охватывающего 2/3 его окружности, оставляя нетронутым задний полюс. Диссекция мышц промежности, мобилизация свища и прямой кишки от прилегающих тканей в дистальном направлении по боковым поверхностям проводятся до кожно-слизистого перехода. Осуществ-

ляется отделение прямой кишки от задней стенки влагалища и леваторных мышц в проксимальном направлении. Протяженность мобилизации, низведения и резекции зависят от локализации свища в прямой кишке. Натягиванием по всей окружности мобилизованного проксимального отдела прямой кишки достигается ее низведение на 2-2,5 см. В последующем по мере перемещения передней ее стенки и поэтажной фиксации с восстановлением целостности мышечного комплекса на расстоянии 0,7- 1 см появляется возможность свободного низведения передней стенки органа за пределами анального кольца выше ректального отверстия свища. Резекция низведенной передней стенки прямой кишки, несущий свищ, проводится от вершины свища в косом направлении до углы раны кожного разреза, чтобы после иссечения нормальная стенка прямой кишки находилась на уровне полулунного кожного разреза, а свищ - в пределах зоны иссечения. Восстанавливается передняя порция наружного сфинктера. К краям полулунной раны промежности по окружности узловыми швами подшивается резецированная передняя стенка прямой кишки. Рана промежности ушивается послойно.

При использовании данного способа задняя порция сфинктерного аппарата остается нетронутой. Достигается широкий доступ к свищевому ходу, порционной резекцией низведенной передней стенки прямой кишки полностью ликвидируется свищ. Образование нового кожно-слизистого перехода осуществляется полноценным участком прямой кишки. Мобилизации по всей окружности прямой кишки в проксимальном сегменте и только передней ее стенки в дистальных отделах обеспечивает достаточную для низведения длину кишки. Поэтажное восстановление анатомических структур промежности исключает образование деформации и острого угла в прямой кишке, обеспечивает создание расстояния между влагалищем и прямой кишкой ближе к физиологичному. Осложнения, связанные с проведением данной операции, мы не наблюдали.

Особого упоминания заслуживает вопрос о сроках коррекции рецидивных свищей. Повторное реконструктивное вмешательство у маленького ребенка многократно усложняется воспалительным и рубцовым процессами в зоне соустья и окружающих тканях, которые зачастую трудно поддаются идентификации. Поэтому повторную операцию следует предпринимать лишь по стихании воспалительных явлений. При этом также следует учитывать опасность постоянного инфицирования через свищ верхних мочевых путей, что не позволяет затягивать время. Опыт свидетельствует, что повторное вмешательство показано не раньше чем через 6 мес после предыдущей операции. Это минимальный срок, в течение которого происходит стихание воспалительных явлений в зоне соустья и окончательное формирование свища как такового. При благоприятных условиях (наличие хорошо функционирующей колостомы, отсутствие анального стеноза и вторичного расширения ободочной кишки, а также узкий нисходящий свищ, при котором минимальна опасность постоянного инфицирования мочевых путей) повторная операция может быть отложена на более поздний срок (на 1 год и более). В течение этого времени проводят соответствующие лечебные мероприятия, способствующие максимальной

ликвидации воспалительных явлений, противорубцовую терапию и т. п., улучшающие прогноз.

Из 36 первично оперированных в нашей клинике больных у 32 (88,9%) послеоперационный период протекал без осложнений. У 4 (11,1%) больных наблюдались осложнения в виде несостоятельностью швов уретры и рецидивом свища.

Отдаленные результаты изучены у 37 (77,0%) пациентов (28 первично и 9 повторно оперированных), возраст которых составил от 5 до 12-х лет, а давность операции - от 3 до 10 лет.

В основу оценки окончательного исхода хирургического лечения ректоуретральных свищей положено анатомо-функциональное состояние тазовых органов промежности. В общей сложности хорошие результаты составили 50%, удовлетворительные 31% и неудовлетворительные - 19%.

Среди обследованного нами контингента первичных больных хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты зафиксированы во всех случаях, то в группе повторно оперированных аналогичные исходы отмечены лишь в 2/3 наблюдений, а у 1/3 результаты получили неудовлетворительную оценку.

Также значительно больший удельный вес при рецидивных свищах составляют и так называемые удовлетворительные результаты. Так или иначе, пациенты, отнесенные в группы с удовлетворительным и неудовлетворительным результатами требуют к себе пристального внимания и реабилитационного лечения с целью решения и проктологических, и урологических проблем, тем более что налицо ряд анатомических и функциональных изменений ректоанальной зоны и нижних мочевых путей.

В соответствии с вышеизложенными соображениями, нами по показаниям произведены реоперации у 6 из 9 больных с неудовлетворительными отдаленными результатами, из них четверым мальчикам выполнена переднесагиттальная аносфинктеропластика и двум - резекция дивертикула. Во всех случаях получены благоприятные исходы.

Заключение

Можно отметить, что выбор хирургической тактики и способа оперативного вмешательства зависят

от анатомической формы порока, его индивидуальных особенностей, обусловленных локализацией, размерами свищевого хода и характера сопутствующей патологии. Анатомическая форма и локализация порока определяют выбор оптимального способа хирургического доступа - промежностной или брюшно-промежностной проктопластики.

Осуществление основного этапа корригирующей операции в период новорожденности или в раннем грудном возрасте обладает несомненными преимуществами. Оптимальными сроками для корригирующих операций при свищевых формах атрезии прямой кишки считаем возраст от 3 до 6 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Alam S, Lawal TA, Pe?a A, et al. Acquired posterior urethral diverticulum following surgery for anorectal malformations. //J Pediatr Surg 2011; 46(6):1231-5.
2. Ghoniem G, Elmissiry M, Weiss E, Langford C, Abdelwahab H, Wexner S. Transperineal repair of complex rectourethral fistula using gracilis muscle flap interposition--can urinary and bowel functions be preserved? //J Urol. 2008 May; 179(5):1882-6.
3. Hechenbleikner EM, Buckley JC, Wick EC. Acquired rectourethral fistulas in adults: a systematic review of surgical repair techniques and outcomes. //Dis ColonRectum. 2013 Mar; 56(3):374-83.
4. Huang Y, Xu W, Xie H, Wu Y, Lv Z, Chen F. Cystoscopic-assisted excision of rectourethral fistulas in males with anorectal malformations. //J Pediatr Surg. 2015 Aug; 50(8):1415-7.
5. Koga H, Okazaki T, Yamataka A, et al. Posterior urethral diverticulum after laparoscopic-assisted repair of high-type anorectal malformation in a male patient: surgical treatment and prevention. //Pediatr Surg Int 2005; 21:58-60.
6. Koga H, Kato Y, Shimotakahara A, et al. Intraoperative measurement of rectourethral fistula: prevention of incomplete excision in male patients with high-/intermediate type imperforate anus. //J Pediatr Surg 2010; 45(2):397-400.
7. Lacarriere E, Suaud L, Caremel R, et al. Rectourethral fistulae: diagnosis and management. Review of the literature. //Prog Urol. 2011 Oct; 21(9):585-94.
8. Leva E, Macchini F, Arnoldi R, et al. Single-Stage Surgical Correction of Anorectal Malformation Associated with Rectourinary Fistula in Male Neonates. //Journal of Neonatal Surgery. 2013; 2(1):3.
9. Odaka A, Takahashi S, Tanimizu T, Kawashima H, Okada N, et al. Anorectal agenesis with a rectourethral fistula diagnosed in an adult: report of a case. //Surg Today. 2004; 34(2):170-2.
10. Tiwari C, Shah H, Bothra J, Kumbhar V. Anal stenosis with H-type rectourethral fistula in a male: A rare anorectal malformation. //Saudi Surg J 2017; 5:40-2.

Поступила 21.02. 2019