

РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ



Атакулов Жамшед Останакулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шахриев Абдикадир Камалбаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

УРЕТРОРЕКТАЛ ОҚМАЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Атакулов Жамшед Останакулович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Шахриев Абдикадир Камалбаевич
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR URETHRORECTAL FISTULAS

Atakulov Zhamshed Ostanakulovich, Shamsiev Zhamshid Azamatovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Shakhriev Abdikadir Kamalbaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shuchrat_66@mail.ru

Резюме. Ушбу тадқиқотнинг мақсади уретроректал оқмаларда реконструктив пластик операциялардан кейинги натижалар ва прогнозни яхшилашдир. Уретроректал оқмалар билан оғриган беморларнинг 10 йил ичидаги касаллик тарихлари ўрганилди.

Калим сўзлар: колостомия, эвентрация, оқма, Гирипрунг, аганглионар соҳа, радикал жарроҳлик.

Abstract. The purpose of this study is to improve outcomes and prognosis after reconstructive plastic surgery for urethral fistulas. The analysis of the treatment data of these patients for 10 years is considered.

Keywords: innervation, eventration, anorectal fistula, atresia, radical surgery.

Актуальность. Уретроректальные свищи у мальчиков как самостоятельный, изолированный порок развития встречается исключительно редко. Обычно они сочетаются с атрезией заднего прохода прямой кишки, а также возникают в результате повреждения мочеиспускательного канала во время операций в аноректальной зоне или являются следствием травмы промежности.

Результаты первичных операций не всегда оказываются благоприятными. Нередко свищ рецидивирует, и в этом случае задача хирурга значительно усложняется. При повторных вмешательствах больше вероятность неудачного исхода, в связи с чем эта проблема становится особенно актуальной.

Материалы и методы. За последние 10 лет мы наблюдали 39 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с подобными уретроректальными свищами. В первые дни жизни больные были оперированы в других лечебных учреждениях по поводу атрезии заднего прохода и прямой кишки: 36 детям вы-

полнена промежностная проктопластика, 3 - брюшно-промежностная. У 27 детей свищ был врожденным (свищевая форма атрезии заднего прохода), у 12 он образовался после праптопластики вследствие ранения уретры.

Результаты исследования. У всех больных ранее производились попытки устранить свищи, причем некоторые были оперированы 1-2 раза, один ребенок перенес 4 операций,

Ведущим клиническим признаком уретроректальных свищей является выделение мочи из заднепроходного отверстия. В большинстве наблюдений при акте мочеиспускания моча равномерно выделяется из уретры и прямой кишки. У 6 детей моча выделялась только из заднего прохода, чтобы было обусловлено резкой деформацией мочеиспускательного канала или его полным пересечением. У 7 детей отмечалось выделение кала и газов по мочеиспускательному каналу. Большинство больных (35) страдали неудержанием мочи, что объяснялось

присоединившейся инфекцией мочевых путей, а также нарушением иннервации тазовых органов. Неудержание причиняет больному дополнительные страдания, постоянно поддерживая мацерацию кожи промежности, зуд в этой области; неприятный запах делает невозможным пребывание ребенка в коллективе.

В диагностике уретроректальных свищей важно не только констатировать наличие соустья, но и уточнить анатомический вариант свища, его локализацию и уровень расположения, составить представление о характере изменений со стороны мочеиспускательного канала и окружающих тканей; все это имеет большое значение при выборе метода операции. Наиболее информативными диагностическими приемами являются: осмотр прямой кишки зеркалами, цистоуретрография в 2 проекциях, цветная проба с метиленовым синим, зондирование. В последнее время мы стали широко применять обследование под наркозом. Под кетминовым наркозом в уретру вводят металлический катетер, а указательным пальцем, введенным в заднепроходное отверстие, находят конец катетера. Данный прием позволяет судить о высоте расположения свища, размерах и локализации его внутреннего отверстия, наличии инородных тел и т. д.

Отмечена следующая закономерность: свищи врожденного генеза, как правило, открываются в простатическую часть уретры или на границе с мембранозной и имеют более или менее выраженную длину, а при ятрогеном происхождении свищей уретра позреждается в ее мембранозной части и тесно прилегает к стенке кишки.

Следует подчеркнуть, что детальная диагностика может быть затруднена и любой из упомянутых выше диагностических приемов не может выявить отдельные нюансы. Например, среди наблюдавшихся нами больных у 6 только в ходе операции выявлены дополнительные парауретральные ходы (у 2), камни в мочевом пузыре (у 1), камни в дивертикуле уретры (у 1) и в парауретральной клетчатке (у 1). Поэтому хирург должен быть готов к подобным «неожиданностям» и обязательно производить обзорный рентгеновский снимок перед операцией.

Лечение уретроректальных свищей только оперативное. Сроки проведения повторного вмешательства в наших наблюдениях составляли от 6 мес до нескольких лет после предыдущей операции. Опасность вторичного инфицирования мочевых путей является прямым показанием к проведению операции в ранние сроки - через 5-6 мес после очередного вмешательства, когда свищ

окончательно сформировался и стихли воспалительные явления в окружающих тканях.

Оперативная коррекция рецидивных форм уретроректальных свищей чрезвычайно сложна, что объясняется малыми размерами операционного поля у детей, наличием рубцовых изменений окружающих тканей, достигающих порой хрящевой плотности. Рецидивные свищи по размерам, как правило, превосходят первоначальные. Поэтому при выборе метода операции необходим индивидуальный подход. В первую очередь должен быть решен вопрос о доступе. Он может быть промежностным и брюшно-промежностным.

Промежностный доступ мы применяли, когда свищ располагался в мембранозной части уретры или на границе с простатической, а также если раньше не было многократных попыток ликвидировать свищ аналогичным способом. Здесь большое значение имеет состояние передней промежности, так как значительная рубцовая деформация последней затрудняет чреспромежностную операцию, а в ряде случаев делает ее невозможной.

Основные моменты операции. На операционном столе вскрываем мочевой пузырь эпицистостомическим разрезом и проводим по мочеиспускательному каналу металлический катетер. Иногда целесообразно ввести 2 катетера: один в наружное отверстие уретры, второй - во внутреннее, данный прием помогает лучше определить расположение и степень деформации уретры, диастаз ее концов в случае резкой стриктуры полного пересечения, облегчает выделение свища и уретры из рубцов.

Дугообразным разрезом кожи промежности между седалищными буграми на 2-2,5 см выше анального отверстия обнажают место соустья и осторожно выделяют свищ со всех сторон. Этот этап операции является наиболее трудоемким и ответственным, поскольку приходится работать в рубцово-измененных тканях. Свищевой ход пересекают в поперечном направлении, после чего открывается дефект стенки кишки и мочеиспускательного канала. Под контролем введенного в прямую кишку пальца мобилизуют переднюю стенку кишки, чтобы удалось ушить дефект в ней двумя рядами погружных швов.

Пластику уретры осуществляют в зависимости от величины дефекта ее стенки, степени и протяженности рубцовых изменений. Встречающиеся варианты схематически можно объединить в 3 группы: 1) уретра пересечена полностью и с кишкой соединяется ее центральная часть, а конец периферической части облитерирован; 2) на месте соустья резко выражена стриктура уретры или обоих ее концов;

3) с кишкой спаяна задняя стенка уретры, и после разъединения образуется ее дефект разных размеров.

В первых двух случаях и в третьем, если дефект значительный и ушить его без натяжения не представляется возможным, производим пластику уретры по Хольцову. Если в третьем случае дефект оказывается незначительным, а стенка уретры изменена мало, мы ограничиваемся простым ушиванием дефекта в поперечном или косом направлении.

При всех вариантах перед наложением швов на уретру мы проводим по мочеиспускательному каналу в мочевого пузыря (или в обратном направлении) полиэтиленовую дренажную трубку N 12-14 по шкале Шарьера и оставляем ее в виде *à demeure* Обязательно накладываем эпицистостому.

Рану послойно ушивают наглухо с таким расчетом, чтобы между швами на мочеиспускательном канале и кишке была прослойка неизмененных тканей. Лучше всего использовать для этой цели мышечную прокладку. В послеоперационном периоде назначают антибиотики широкого спектра действия в течение 6-7 сут. Очень важно, чтобы исправно функционировала эпицистостома. Уретральную дренажную трубку удаляют на 7-8-е сутки, эпицистостоматическую - спустя 2-3 сут. После этого важно также создать максимальный покой ране промежности и оберегать ее от инфицирования. Ребенка лучше держать в постели с разведенными и подвешенными к перекладине ногами, подложив под ягодицы мягкий валик.

Брюшно-промежностный доступ в определенных ситуациях оказывается более щадящим, а в ряде случаев - единственно приемлемым. Показаниями к его применению служат: а) грубая рубцовая деформация промежности, исключающая возможность использования чреспромежностного доступа; б) сочетание уретроректального свища с рубцовой стриктурой заднего прохода и вторичным расширением толстой кишки (мегаколон); в) локализация свища в простатической части уретры. Брюшно-промежностную операцию мы выполняем в так называемом интравектальном варианте, который в последние десятилетия прочно укрепился в хирургии при аноректальных аномалиях у детей (А. И. Ле нюшкин, 1976; Romnaldi, 1960; Rehbein, 1959). Смысл данной операции применительно к уретроректальным свищам состоит в том, что на мочеиспускательном канале практически никаких манипуляций не производят с тяжесть вмешательства переносится на прямую кишку.

Основные моменты операции. Нижняя срединная лапаротомия. Мобилизуют сигмовидную кишку, и на 5-6 см выше переходной складки брюшины кишку пересекают. В целях антисептики обрабатывают раствором сулемы слизистую оболочку прямой кишки. Затем дистальный отрезок кишки демукозируют от уровня пересечения до уровня свища спереди и до слизисто-кожного перехода сзади. Иногда удается обойти место соустья со всех сторон, а иногда приходится производить встречную демукозально от анального отверстия, одновременно устраняя его стриктуру. В любом случае надо стремиться к тому, чтобы четко визуально определялось соустье, а главная задача состоит в том, чтобы лишить свищ слизистой выстилки.

Все манипуляции выполняют строго под контролем введенного в уретру металлического катетера.

Обычно стенка мочеиспускательного канала близко соприкасается со стенкой кишки. После удаления слизистой оболочки с места соустья уретра чаще всего расправляется. По возможности на дефект накладывают 2-3 шва, захватывая стенку мышечного футляра прямой кишки.

Далее через мышечный футляр, оставшийся после демукозации (естественный аноректальный канал), выводят на промежность свободный конец мобилизированной толстой кишки. Последнюю резидируют за пределами анального отверстия, оставляя свободно висящую культю длиной 4-5 см. Край кожи в области анального кольца подшивают узловыми швами к серозной оболочке культи.

Операцию заканчивают наложением эпицистостомы, которая в послеоперационном периоде должна функционировать 16-18 дней. Свободно висящую культю кишки отсекают вторым этапом через 20-25 дней после первой операции. За указанный срок демукозированное место соустья и дефект в стенке уретры, плотно примыкающие к здоровой стенке низведенной толстой кишки, самостоятельно закрываются.

Кроме описанного выше типового варианта брюшно-промежностной операции, могут быть использованы и другие - в зависимости от ситуации. Так, у 2 детей нам пришлось отступить от типовой схемы, когда мы встретились с обширным щелевидным дефектом мембранозной части уретры протяженностью 3-3,5 см. Пришлось вначале со стороны промежности трансанально выкроить два лоскута из стенки кишки параллельно дефекту, мобилизовать их вместе с уретрой и ушив края лоскутов, закрыть дефект в мочеиспускательном канале.

Таблица 1. Результаты повторных операций при уретроректальных свищах у детей

Доступ и вид пластики уретры	Число больных	Результаты операции	
		Свищ устранен	Рецидив свища
Промежностный: пластика по Хольцову	6	6	0
Швы на дефект в стенке уретры	12	11	1
Брюшно-промежностный интравектальный: без ушивания дефекта в стенке уретры	11	10	1
С ушиванием дефекта пластинка	8	8	0
Лоскутами из стенки кишки	2	2	0
Всего	39	37	2

Затем произвели низведение толстой кишки с демукозацией оставшейся части прямой кишки. Низведенная толстая кишка прикрыла линию швов, а эпицистостомия и оставление свободно висящей культи кишки способствовали отведению мочи и кала от линии швов. Результаты выполненных операций приведены в таблице 1.

Как видно из представленных данных в таблице 1, в большинстве наблюдений получен благоприятный эффект. Лишь у 2 детей возник рецидив свища, что было обусловлено как локальными причинами (значительные размеры свищей, резкие рубцовые изменения тканей, натяжение в зоне наложения швов), так и дефектами послеоперационного ведения больного (раннее устранение эпицистостомы и неудовлетворительное ее функционирование). Оба ребенка оперированы нами повторно теми же методами, свищи устранены. Всего 39 детям выполнена 41 операция с хорошим благоприятным исходом.

В прежние годы мы несколько расширяли показания для брюшно-промежностных операций, но в последнее время все чаще отдаем предпочтение промежностному доступу. Опыт показал, что при отработанной технике можно надеяться на успех чреспромежностного доступа с пластикой уретры даже во 2-й или 3-й раз. В случае неудачи остается в резерве интравектальный брюшно-промежностный доступ. Однако при локализации свища в простатической части уретры целесообразнее сразу использовать интравектальную брюшно-промежностную проктопластику, ибо применяемая обычно в таких случаях пластика уретры по Соловову менее надежна при ней часто возникают рецидивы (Л. А. Кудрявцев и соавт., 1980).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 10 лет прослежены у 37 оперированных. У 15 детей отмечалось недержание мочи различной интенсивности и продолжительности. Если у 10 детей это явление было временными исчезло после лечения цистита, то 5 больных страдают постоянным недержанием, что связано с

нарушениями иннервации мочевого пузыря и его шейки. Причем у 3 из этих 5 больных отмечается нейрогенный мочевой пузырь. Тактика при нем и его лечение - особая проблема.

Выводы. Таким образом, залогом благоприятного исхода у детей является дифференцированный выбор метода операции, основанный на изучении анамнеза, выяснении деталей предшествовавшего вмешательства, обследовании больного, а также отработанная техника операции и создание оптимальных условий для заживления раны путем отведения мочи и кала в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Суванкулов У.Т., Рахимов А.К. Причины осложнений при аноректальных аномалиях у детей // Актуальные вопросы, достижения и инновации. 25 января 2021 г. в г. Пенза с. 231-233
2. Атакулов Д. О. Состояние мочеполовой системы при аноректальных аномалиях у детей // Автореф. Дисс. кандидата мед. наук. М, 1983
3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 135-176 стр
4. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 198-237 стр
5. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Суванкулов У.Т., Хирургическое лечение аноректальных пороков у детей // Хирургия детского возраста 2011 г. 40-43 стр
6. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Дж.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных мальформаций, развившихся после различных видов проктопластик. // Проблемы биологии и медицины №2 Том: 127 (2021)
7. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных пороков развития. // «Проблемы биологии и медицины» 2021, №2 (127), с.177-184.

8. Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Ибрагимов О.А. Анализ причин наложения стом при врождённой кишечной непроходимости у новорождённых //2021 Детская хирургия 75-76
9. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Сатаев В.У., Саидов М.С. Состояние нейрорецепторного аппарата прямой кишки после выполнения различных вариантов реаноректопластики // Проблемы биологии и медицины Узбекистан, СамМИ 2020. №2 (118) с.134-136
10. Юсупов Ш.А., Сувонкулов У. Т., Юсупов Ш. Ш., Сатаев В. У. Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;185(1): 127–132. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-127-132
11. Юсупов Ш.А., Саидов М.С. Частота встречаемости аноректальных мальформации при антенатальной диагностике у детей Самарканда и Самаркандской области // Доктор ахборотномаси №2 (94) 2020й. Самарканд с.107-111
12. Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Орипов Ф.С., Жовлиев Б.Б., Рахматов А.К. Влияние токсических препаратов на развитие аномалий кишечника и перспективы их хирургического лечения // Вятский медицинский вестник Научно-практический журнал 2(70) 2021 стр.9-13
13. Atakulov J, Baymuradov N, Shakhriev A, Kodirov N Adaptation of patients who underwent surgery for hypospadias in childhood //中华劳动卫生职业病杂志2022年13月第40卷第13期 Chin J Ind Hyg Occup Dis
14. Marellis C, Ue Blauw J, Brunner H. Chromosomal anomalies in the etiology of anorectal malformations. // A review, Amv med. Genet Part A 2021;9999:1-13
15. Divarci, Ergun, D. General compliatons after surgery for anorectal malformations. // Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445
16. Shamsiyev A., Юсупов Ш.А., Shakhriev A., Djalolov D. The causes of postoperative intra-abdominal abscesses in children and ways of their prevention // The scientific heritage №48 (2020) с.5-9
17. Yusupov Sh, Atakulov J, Rakhimov A, Suvankulov U. COMPLICATIONS IN ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN (CLINICAL OBSERVATION) // 2021 Проблемы науки 56-58 стр.
18. Amrishi Tiwari, D.C. Naik, P. G. Khanwalkar, S. K. Sutrarakar. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. // Int J Anat Res 2014;2(2):318-24.
19. Ahemad, S., Abdul Muqtadir, A.M., Wanjari, S., & Vairagad, P. Early after posterior sagittalanorectoplasty outcomes for anorectal malformation. // International journal of scientific research. 2022 ;37(6):1232-
20. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations // Pediatr. Surg. Int. 2013. Vol. 29, # 9. P. 899-904. doi: Anderson IM et al. Does posterosagittal 10.1007/s00383-013-3355-z.
21. Divarci, E., & Ergun, O. General complications after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445. <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04629-9>.
22. Trajanovska M., Taylor R. Long Term Outcome After Catto-Smith Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, and Outcome, // 2014 DOI:/ <http://dx.doi.org/10.5772/57072>
23. Tiwari A, Naik D.C., Khanwalkar P.G., Sutrarakar S.K. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. // Int J Anat Res. 2014;2:318- 24. [Google Scholar]. 218 Tonii H. Olrado

РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫХ СВИЦАХ

*Атакулов Ж.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А.,
Шахриев А.К.*

***Резюме.** Цель данного исследования заключается в улучшение исходов и прогноза после реконструктивно – пластических операций при уроректальных свищах. Рассматривается анализ данных лечения этих пациентов за 10 лет.*

***Ключевые слова:** иннервация, эквентрация, аноректальный свищ, атрезия, радикальная операция.*