

РОЛЬ ВИДА КОЛОСТОМЫ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СО СВИЦАМИ В МОЧЕВУЮ СИСТЕМУ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Койнов Ю.Ю.¹, Грамзин А.В.^{1,2}, Павлушин П.М.¹, Цыганок В.Н.¹,
Кривошеенко Н.В.¹, Охотина А.А.¹

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование. Встречаемость аноректальных мальформаций, по данным литературы, составляет от 1:2000 до 1:5000 новорожденных, и только у мальчиков отмечаются врожденные свищи в мочевую систему (уретру или мочевого пузыря). Более 60 % случаев аноректальных пороков сопровождаются нарушениями развития других органов — трахеопищеводный свищ, гидронефроз, мегауретер, патология крестца, аномалии спинного мозга. Первым этапом хирургического лечения данных пациентов является превентивная колостомия, которая выполняется в первые сутки жизни ребенка. Вторым этапом проводится разобщение свища с мочевой системой с одномоментной анопроктопластикой. Данное оперативное вмешательство выполняется в возрасте 2–6 мес. жизни. Учитывая наличие функционирующего свища, у детей данной категории часто персистирует инфекция мочевыводящих путей (ИМПВ). Большое значение имеет вид наложенной превентивной колостомы в профилактике ИМПВ.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2022 г. в детском хирургическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ пролечено 25 детей с врожденным пороком развития: атрезия прямой кишки с ректоуретральным и ректопузырным свищом. Проведен ретроспективный анализ частоты ИМПВ и ее зависимость от вида колостомы у детей между 1-м и 2-м этапами оперативного вмешательства. У 11 пациентов (44 %) первым этапом оперативного лечения было выполнено наложение петлевой превентивной колостомы на дистальные отделы толстой кишки. Остальные 14 пациентов (56 %) оперированы в объеме раздельной колостомии. Всем детям оперативные вмешательства выполнены в промежутке 20–28 ч жизни. Второй этап оперативной коррекции порока выполнялся в возрасте 3–6 мес. жизни.

Результаты. У 9 детей с петлевой колостомой наблюдалась персистирующая ИМПВ, с необходимостью в антибиотикотерапии. У пациентов, оперированных в объеме раздельной колостомии, мочевого синдрома не наблюдалось. Сопутствующая урологическая патология (гидронефроз, мегауретер) наблюдалась у 12 детей (5 — петлевая колостома, 7 — раздельная колостома). Однако выраженных нарушений уродинамики, требующих срочного оперативного вмешательства не было. Коррекция данной патологии выполнена после ликвидации колостомы.

Выводы. Раздельная колостомия у детей с аноректальными мальформациями со свищами в мочевую систему показала отсутствие ИМПВ в наших наблюдениях. Наличие сопутствующей урологической патологии не всегда проявлялась ИМПВ. Таким образом, раздельная колостомия значительно снижает риски возникновения ИМПВ, и в результате не приводит к удлинению сроков ожидания 2-го этапа оперативного лечения.

Ключевые слова: раздельная колостомия; аноректальная мальформация; ректоуретральный свищ; ректовезикальный свищ.