

## ОСЛОЖНЕНИЯ РАЗОБЩЕНИЯ МОЧЕКИШЕЧНЫХ СОУСТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Тарасова Д.С.<sup>1,3</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,2</sup>, Мусазаде Джейхун Низами Оглы<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Обоснование.** Осложнения мобилизации прямой кишки, ректопластик, ректоуретральных, ректовезикальных свищей и персистирующих клоак могут являться причиной стойких нарушений уродинамики и/или создавать предпосылки к развитию и персистенции инфекции мочевыводящих путей у пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ).

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 72 пациентов с АРМ. В исследование включены пациенты с «мочекишечными соустьями» — персистирующая клоака — 21/29,1 %, уретральный свищ — 43/59,7 % и везикальный свищ — 8/11,1 %. Возраст 1 мес. — 17 лет. Анализировали форму АРМ, вид хирургического лечения, структуру осложнений. Персистирующая клоака: на момент исследования всем пациентам выполнено хирургическое лечение. При длине общего канала до 3 см, выполнена заднесагиттальная аноректовагиноуретропластика по А. Репа ( $n = 16$ ), при длине канала более 3 см — брюшно-промежностная аноректопластика ( $n = 5$ ).

Уретральный свищ: 37 мальчикам была выполнена операция на промежности: заднесагиттальная аноректопластика по А. Репа — 22, брюшно-промежностная аноректопластика — 10, лапароскопически-ассистированная аноректопластика — 3, промежностная аноректопластика — 2.

Везикальный свищ ( $n = 7$ ) всем пациентам выполнена брюшно-промежностная аноректопластика.

**Результаты.** При персистирующей клоаке урогенитальный синус после операции выявлен у 6, у всех длина общего канала превышала 3 см. Урогенитальный синус осложнился развитием урино/пио/гематокольпос и инфравезикальной обструкцией, все были повторно оперированы: anterior sagittal transanorectal approach — 2, тотальная урогенитальная мобилизация — 1, разделение урогенитального синуса — 3. Послеоперационная дистопия уретры (длинная извитая уретра) — 1 (выполнена уретропластика); посттравматический уретро-вагинальный свищ — 2 (выполнена интроитопластика), травма мочевого пузыря с развитием флегмоны таза — 1. Уретральный свищ: структура осложнений, дивертикул задней уретры — 3 (заднесагиттальная аноректопластика по А. Репа — 2, ЛА — 1). Рецидив уретрального свища — 2, обоим первично была выполнена промежностная аноректопластика. Ятрогенное повреждение задней уретры — 1. У пациентов с везикальными свищами каких-либо послеоперационных осложнений не зарегистрировано.

**Выводы.** Различные осложнения после разобщения мочекишечных соустий выявлены — 16/29 %, чаще всего у пациенток с персистирующей клоакой 10/47/6 %. Формирование различных осложнений у пациентов с АРМ, влияющих на уродинамику и значимых в генезе и персистенции ИМВП, является важной проблемой и определяет технические задачи в ходе открытых и лапароскопических операций.

**Ключевые слова:** аноректальные мальформации; аноректопластика; дивертикул уретры; дети.