

**Concluzii:**

1. În baza unei prelucrări statistice, putem conchide: însăși prezența infecției urinare în malformațiile congenitale renale pare să inducă o creștere a peroxidării lipidice sistemice, deci un grad de stres oxidativ.

2. Intervenția chirurgicală individualizată de urgență și programată în malformațiile congenitale este însoțită de o creștere a peroxidării lipidice și induce un stres oxidativ

semnificativ. Durata intervenției chirurgicale (2-3 ore) pare a fi un factor foarte important de stres oxidativ în contextul sindromului de răspuns inflamator sistemic postagresiv.

3. Modificările constatate în sistemul de peroxidare lipidică ar putea coinstui un argument în favoarea folosirii acestui marker ca indicator de prognostic privind riscul dezvoltării complicațiilor și totodată justifică tentativa de profilaxie antioxidantă, în scopul reducerii stresului oxidativ și deci a nivelului răspunsului inflamator sistemic.

## PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI MEDICO-CHIRURGICAL ÎN ATREZIILE ANORECTALE CU FISTULE UROGENITALE LA COPII

M. Bacalîm, B. Curajos, G. Boian

Centru Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”,  
IMSP ICȘOSMC Chișinău

**Summary**

*In clause the results of inspection and surgical treatment 192 children with the various forms of anorectal atresia, from which 60,2 % with fistulas in urogenital system are given. Topical diagnostics of anatomic variant of defect and localization of a fistula requires the individual approach by way of application of clinical and paraclinical methods of research, on which productivity the choice of a method of surgical correction and remote anatomic and functional results depends.*

**Introducere.** Soluționarea problemei atreziilor anorectale (AAR) cu fistule în sistemul urogenital prezintă și la etapa actuală un șir de dificultăți diagnostic-curative, printre care mai serioase rămân a fi cele legate de tehnica intervenției chirurgicale și de complicațiile anatomo-funcționale limitrofe în perioada postoperatorie.

**Scopul** acestui studiu a fost analiza particularităților de diagnostic și de tratament medico-chirurgical al copiilor cu AAR asociate cu fistule urogenitale, orientată spre optimizarea eficienței curative.

**Material și metode.** Cercetările au fost efectuate în baza evaluării a 192 copii cu diferite forme anatomo-morfologice de AAR, internați în instituția noastră pe parcursul anilor 1986-2006. S-au analizat retrospectiv fișele de observație, protocoalele examenului clinico-paraclinic și ale intervențiilor chirurgicale, complicațiile intra- și postoperatorii, rezultatele curative la distanță.

**Rezultate și discuții.** Cercetările efectuate au relevat forma intermediară și înaltă a AAR în 56,2% din cazuri, fistule având 84,9% din numărul total de pacienți. După localizarea lor, fistulele digestive au fost repartizate în: perineale – 16,5%, vaginale – 15,8%, vestibulare – 19,2%, uretrale – 20,4%, vezicale – 2,6% și scrotale – 1,7%. Pentru formele înalte de AAR caracteristică era comunicarea fistulară a tractului digestiv cu uretra, vagina și vezica urinară. Cele mai complicate, din punct de vedere diagnostic-curativ și în plan funcțional, s-au dovedit a fi fistulele uretrale. În diagnosticul fistulelor urorectale s-a utilizat uretrografia retrogradă, cistografia și

uretrocistoscopia. Remarcăm că din 28 copii cu fistule uretrale, 71,5% erau deținători de malformații urogenitale concomitente (agenezia unui rinichi – 3,86%, hidronefroză – 6,4%, megaureterohidronefroză – 4,2%, etc.). Concomitent, în 19,8% cazuri din numărul total al copiilor luați în studiu, s-au depistat vicii ale tractului digestiv superior, sistemului cardiovascular, sistemului nervos central, etc., ce limitau acțiunile de corecție chirurgicală a AAR. Intervenții chirurgicale pe regiunea colorectanală și perineală au fost efectuate la 89,8% copii. Ceilalți (10,2%) n-au fost operați din motivul stării extrem de grave. Totodată, ținem să menționăm că 9,2% dintre copii au fost operați de 2-3 ori, aplicându-se colostomă de protecție în 23,5% dintre cazuri. În 43,9% am recurs la proctoplastia perineală, inclusiv perineotomia sagitală posterioară, după Pena (26,2%). În forma intermediară și cea joasă, cu fistule în vagin, vestibulul vaginal, uretra anterioară și în scrot s-a efectuat proctoplastia perineală (43,9%). Abordul abdomeno-perineal s-a folosit în 56,1% dintre cazuri, de regulă la copiii cu AAR forma înaltă și cea intermediară, care aveau fistule în vezica urinară și în uretra posterioară. Complicații postoperatorii la distanță s-au constatat în 32,6% dintre cazuri, printre care lezarea organică a sfincterului anal extern (2,8%), stenozarea orificiului anal prin cicatrizare (15,8%), deformarea cicatriceală a perineului și a vestibulului vaginal (9,1%), distopia anterioară a orificiului anal (6,4%) și, în 3 cazuri, recidiva fistulei uretrale. Aceste complicații organice erau însoțite de insuficiența funcțională al sfincterului anal, provocând decalare anală de diferit grad. Printre cei operați n-au fost înregistrate complicații organice și funcționale din partea tractului urinar.

**Concluzii.** AAR cu fistule în sistemul urogenital prezintă un grup de malformații congenitale dificile din punct de vedere diagnostic-curativ, având specificul lor tehnico-chirurgical. Conduita elaborării unui algoritm optim de examinare și de tratament necesită implimentarea unui diapazon larg de examenări clinico-paraclinice, funcționale și histomorfologice, a căror aplicare necesită o atitudine individuală.