



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 февраль

UDK 616.34-007.271:618.13-007.271-053.2

КОМПЛЕКС ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ

^{1,2}Эргашев Н.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru

²Умаров К.М. <https://orcid.org/0009-0001-8675-5492> E-mail: qosimjon81@mail.ru

¹Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

² Национальный детский медицинский центр, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Паркентская, 294, Тел: +998953410003 e-mail: info@bmtm.uz

✓ Резюме

Цель. Определить подходы к улучшению диагностики и повышению эффективности хирургического лечения персистирующей клоаки у девочек на основе анализа клинических случаев в специализированном центре. **Материалы и методы.** В исследование включены 33 пациентки с диагнозом персистирующая клоака, наблюдавшиеся и пролеченные в Национальном детском медицинском центре в период с 2021 по 2025 год. Всем пациенткам проводились УЗИ, МРТ, контрастная клоакоскопия, дистальная колостография, при необходимости — диагностическая лапароскопия. Оценивались анатомические варианты, сопутствующие аномалии, методы хирургической коррекции и частота осложнений. **Результаты.** У 43,3 % пациенток длина общего канала составляла до 2,0 см, у 50,0 % — от 2,1 до 3,5 см, и у 6,7 % — более 4,0 см. Заднесагиттальный доступ с одномоментной аноректо-уретро-вагинопластикой применён в 83,3 % случаев. У двух пациенток с протяжённым каналом использованы лапароскопический и лапаротомный доступы. Осложнения в виде эвагинации колостомы отмечены у 7 пациенток, вторичное заживление раны — у 2, недержание кала — у 1, сочетанное недержание кала и мочи — у 1 пациентки. Последняя получала лечение в рамках программы консервативной коррекции отведения стула с формированием повторной колостомы. У остальных пациенток осложнений не выявлено. Максимальный срок амбулаторного наблюдения составил более 4 лет. **Выводы.** Длина общего канала, а также анатомические особенности клоаки определяют выбор хирургической тактики и прогноз функционального исхода. Эффективность лечения напрямую зависит от комплексной диагностики, своевременного формирования колостомы и этапной реконструкции в условиях специализированного центра.

Ключевые слова: персистирующая клоака, девочки, хирургическое лечение, врождённые аномалии, лапароскопия

QIZ BOLALARDA PERSISTIRLANGAN KLOAKANI TASHXISLASH VA XIRURGIK DAVOSI

^{1,2}Ergashev N.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru

²Umarov Kosimjon Mirzakulovich <https://orcid.org/0009-0001-8675-5492>
E-mail: qosimjon81@mail.ru

¹Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Bolalar milliy tibbiyot markazi, O'zbekiston, Toshkent sh, Parkent ko'chasi 294, Tel: +998953410003 e-mail: info@bmtm.uz

✓ Resume

Maqsad. Qiz bolalarda persistirlangan kloakani tashxislashni takomillashtirish hamda jarrohlik davolash samaradorligini oshirishga qaratilgan yondashuvlarni aniqlash. **Materiallar va usullar.**

Tadqiqotga 2021–2025-yillar davomida Milliy bolalar tibbiyot markazida davolangan persistirlangan kloaka tashxisi qo'yilgan 33 nafar qiz bola kiritildi. Barcha bemorlarga ultratovush tekshiruvi, MRT, kloakoskopiya va distal kolostografiya o'tkazildi, zarur hollarda diagnostik laparoskopiya qo'llanildi. Tadqiqot davomida PKning anatomik variantlari, hamroh tug'ma anomaliyalar, jarrohlik korreksiyasi usullari hamda operatsiyadan keyingi asoratlarni chastotasi baholandi. Natijalar. Bemorlarning 43,3 foizida umumiy kanal uzunligi 2,0 sm gacha, 50,0 foizida 2,1–3,5 sm oralig'ida va 6,7 foizida 4,0 sm dan ortiq bo'lgan. 83,3 foiz holatda orqa-sagittal yondashuv orqali bir bosqichli anorekto-uretro-vaginoplastika bajarildi. Umumiy kanali uzun bo'lgan ikki bemorda laparoskopik va laparotomik yondashuvlardan foydalanildi. Operatsiyadan keyingi asoratlarni sifatida kolostoma evaginatsiyasi 7 bemorda, yara ikkilamchi bitishi 2 bemorda, najas tutolmaslik 1 bemorda va najas hamda siydik tutolmaslik 1 bemorda kuzatildi. So'nggi holatda konservativ ichak boshqaruvi dasturi doirasida qayta kolostoma shakllantirildi. Qolgan bemorlarda asoratlarni aniqlanmadi. Ambulator kuzatuv muddati 4 yildan ortiqni tashkil etdi. Xulosa. Umumiy kanal uzunligi va kloakaning anatomik xususiyatlari jarrohlik taktikani tanlash hamda funksional natijani prognozlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Davolash samaradorligi kompleks diagnostika, kolostomani o'z vaqtida shakllantirish va ixtisoslashgan markaz sharoitida bosqichma-bosqich rekonstruktiv jarrohlikni amalga oshirishga bevosita bog'liq.

Kalit so'zlar: persistirlangan kloaka, qiz bolalar, jarrohlik davolash, tug'ma anomaliyalar, laparoskopiya.

DIAGNOSIS AND SURGICAL MANAGEMENT OF PERSISTENT CLOACA IN GIRLS

^{1,2}Ergashev N.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru

²Umarov Kosimjon Mirzakulovich <https://orcid.org/0009-0001-8675-5492> E-mail: qosimjon81@mail.ru

¹Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²National Children's Medical Center, Uzbekistan, Tashkent city, Parkent street 294,
Tel: +998953410003 e-mail: info@bmtm.uz

✓ Resume

Objective. To identify effective approaches for improving diagnostic accuracy and increasing the effectiveness of surgical treatment of persistent cloaca in girls. **Materials and Methods.** This study included 33 female patients diagnosed with persistent cloaca who were observed and treated at the National Children's Medical Center between 2021 and 2025. All patients underwent comprehensive diagnostic evaluation, including ultrasonography, magnetic resonance imaging, contrast cloacoscopy, and distal colostography. Diagnostic laparoscopy was performed when indicated to clarify pelvic anatomy and associated anomalies. The anatomical variants of the malformation, length of the common channel, associated congenital anomalies, applied surgical techniques, and postoperative complications were analyzed. **Results.** In 43.3% of patients, the length of the common channel was up to 2.0 cm; in 50.0%, it ranged from 2.1 to 3.5 cm; and in 6.7%, it exceeded 4.0 cm. A posterior sagittal approach with single-stage anorecto-urethro-vaginoplasty was performed in 83.3% of cases. In patients with a long common channel, laparoscopic or laparotomic approaches were required. Postoperative complications included colostomy prolapse, secondary wound healing, fecal incontinence, and combined fecal and urinary incontinence. Most patients demonstrated satisfactory short- and mid-term functional outcomes during follow-up exceeding four years. **Conclusions.** The length of the common channel and anatomical features of persistent cloaca play a decisive role in selecting surgical strategy and predicting functional outcomes. Comprehensive diagnostics, timely colostomy formation, and staged reconstructive surgery in specialized centers significantly improve treatment results.

Keywords: persistent cloaca, girls, surgical treatment, congenital anomalies, laparoscopy.

Актуальность

Персистирующая клоака (ПК) — редкая врождённая аномалия развития у девочек, характеризующаяся слиянием уретры, влагалища и прямой кишки в единый канал. Порок формируется во втором месяце внутриутробного развития; его этиология до настоящего времени окончательно не установлена. Клинически патология проявляется отсутствием анального отверстия и выделением мочи и мекония через единое отверстие, расположенное между гипоплазированными половыми губами [1, 4–6, 8]. Для установления диагноза применяются ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, исследование мочевого выделительной системы, магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза, инвертограмма, эхокардиография и электрокардиография [1, 5, 6, 11, 12].

Хирургическая коррекция аноректальной аномалии проводится с учётом анатомических особенностей порока, его классификационного типа и наличия сопутствующих аномалий. По данным различных авторов, частота встречаемости персистирующей клоаки составляет 1 случай на 40 000–50 000 живорождённых девочек [1, 4–6, 8–10]. Ранее в классификации аноректальных мальформаций использовались термины «низкий», «промежуточный» и «высокий» тип порока. Однако они оказались недостаточно информативными в анатомическом отношении и были заменены на более точную систематику, предложенную в классификации Krickenberg 2005 г. [1, 3, 6, 9, 10]. Унификация терминологии и диагностических подходов крайне важна для обеспечения сопоставимости данных и корректного выбора хирургической тактики. Правильное понимание анатомического варианта порока с самого начала определяет стратегию лечения и прогноз функционального исхода. Ошибки в анатомической интерпретации могут привести к неудовлетворительным результатам вмешательства.

Таким образом, непосредственные и отдалённые результаты лечения напрямую зависят от точной анатомической характеристики патологии: длины и конфигурации общего канала, степени развития вовлечённых органов, наличия сопутствующих аномалий, а также полноты предоперационного обследования и адекватности выбранной хирургической тактики [1, 3, 4, 9].

Цель исследования — определить пути оптимизации диагностики и повышения эффективности хирургического лечения персистирующей клоаки у девочек на основе анализа клинического опыта, накопленного в условиях специализированного медицинского учреждения.

Материал и методы

В отделении детской хирургии Национального детского медицинского центра в период с 2021 года по май 2025 года проходили обследование и лечение 213 девочек в возрасте от 1 дня до 16 лет с аноректальными мальформациями (АРМ). У 33 пациенток (15,5%) была диагностирована персистирующая клоака (ПК). Из числа включённых в исследование 2 случая составили пациентки с клоакальной экстрофией, а у одной девочки диагностирован OEIS-синдром, при котором была сформирована колостома. Ввиду анатомических и клинических отличий данные пациентки не были включены в статистический анализ настоящего исследования. Из 33 пациенток с ПК 5 (16,7%) были госпитализированы в центр первично, без предшествующих оперативных вмешательств. Остальные 25 (83,3%) были переведены из других медицинских учреждений республики после наложения колостомы. У 5 первично поступивших пациенток с коротким общим каналом проведены диагностическая лапароскопия с ревизией органов малого таза и видеоассистированное формирование колостомы.

Всем пациенткам выполнялось комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и мочевого выделительной системы;
- клоакоскопию с контрастным исследованием общего канала и его компонентов с последующей рентгенографией;
- магнитно-резонансную томографию органов малого таза;
- дистальную колостографию.

В случаях, когда по данным УЗИ и МРТ было невозможно точно визуализировать внутренние половые органы, диагностика дополнялась лапароскопическим исследованием. При наличии

сопутствующих аномалий со стороны других органов проводились дополнительные обследования в соответствии с клинической картиной.

Хирургическая техника

Операция начинается с диагностической цистоскопии с оценкой анатомии клоаки и измерением длины общего канала, уретры и влагалища. Пациент укладывается на живот (prone position), ягодицы умеренно разводятся; под таз помещается валик для оптимального доступа к анально-промежностной области, нижние конечности согнуты в коленных суставах. По анатомическим ориентирам определяется проекция сфинктерного комплекса и выполняется разметка срединного разреза от копчика к центру промежности (предполагаемое положение ануса). При заднесагиттальном доступе разрез проводят по срединной линии от копчика до центра промежности; его длина варьирует в зависимости от степени мальформации (рисунок 1,2,3,4).



Рис. 1,2. Положение пациентка

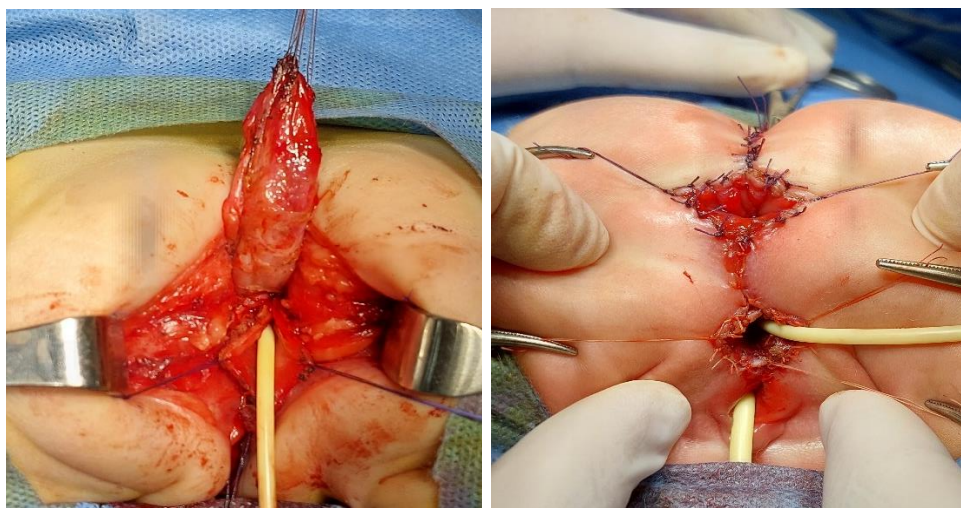


Рис. 3. Задне сагиттальный доступ. Рис. 4. Послеоперационный вид пациента.

Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку и мышцы промежности, включая элементы сфинктерного комплекса, с последующим их восстановлением. В первую очередь отделяют прямую кишку от общего канала; идентифицируют общий канал клоаки, уретру и влагалище, выполняют их мобилизацию с последующим выделением урогенитального синуса и формированием отдельных перинеальных отверстий уретры и влагалища. Прямую кишку

проводят через центр сфинктерного комплекса, формируют неоанус; сфинктерную мускулатуру и мягкие ткани восстанавливают послойно.

Результат и обсуждения

Многообразие анатомических вариантов общего канала, влагалища и матки — таких как удвоение, агенезия и гипоплазия — определяет формирование различных клинических форм персистирующей клоаки, что осложняет как диагностику, так и последующую хирургическую коррекцию. Эти изменения могут проявляться в различные возрастные периоды и существенно влияют на функциональные исходы лечения. Ключевым фактором, влияющим на выбор оперативной тактики и прогноз, является длина общего канала. У 13 пациенток (43,3 %) она составляла до 2,0 см, у 15 (50,0 %) — от 2,1 до 3,5 см, и у 2 пациенток (6,7 %) — превышала 4,0 см (см. Таблицу №1). Осложнения, связанные с ранее наложенными колостомами, наблюдались у 7 пациенток (13,3 %). У двух из них была диагностирована подвесная колостома с поступлением каловых масс в дистальный сегмент, ещё у двух — эвагинация колостомы. У трёх пациенток дистальный сегмент толстой кишки оказался недостаточным по длине для последующей реконструкции. Во всех осложнённых случаях выполнялась реконструкция колостомы. С увеличением длины общего канала отмечалось повышение частоты сопутствующих аномалий, ассоциированных с выраженными анатомическими и функциональными нарушениями, затрудняющими хирургическое вмешательство и снижающими его эффективность. Аномалии мочевыделительной системы выявлены у 10 пациенток (33,3 %), аномалии позвоночника — у 11 (36,7 %). У трёх пациенток (10,0 %) имела место агенезия влагалища, у девяти (30 %) — удвоение влагалища, у трёх (10 %) — гидрокольпос. В одном случае (3,3 %) диагностирована гемангиома в области половых губ, в двух случаях (6,7 %) — удвоение матки. У трёх пациенток (10,0 %) отмечены множественные врождённые пороки развития. При проведении операций во многих случаях отмечались сложные анатомические особенности, требующие индивидуального подхода и, нередко, этапной коррекции. Хирургическая тактика предусматривала не только разделение анатомических структур, но и обеспечение функционального контроля за мочеиспусканием, аноректальной функцией, а также сохранение перспективы сексуальной и репродуктивной функции. Метод хирургической коррекции определялся длиной общего канала и возможностью создания уретропластики, вагинопластики и низведения мобилизованной прямой кишки. У 25 пациенток (83,3 %) поставленные цели были достигнуты путём выполнения заднесагиттальной аноректо-уретро-вагинопластики. В трёх случаях (10 %) при наличии агенезии влагалища была выполнена только аноректопластика, а вагинопластика запланирована на возраст 6–8 лет. У одной пациентки с протяжённым узким каналом (более 4 см) влагалище и прямая кишка были низведены лапароскопическим путём, ещё у одной — с использованием открытого лапаротомного доступа. Оперативное лечение указана в таблице №1.

Таблица №1. Распределение пациенток по длине общего канала и типу хирургического вмешательства

Длина общего канала	Число пациенток (n=33)	Выбранный доступ	Выполненная операция
≤ 2,0 см	13 (39,4%)	Заднесагиттальный	Аноректо-уретро-вагинопластика
2,1–3,5 см	15 (45,5%)	Заднесагиттальный	Аноректо-уретро-вагинопластика
> 4,0 см	2 (6,1%)	Лапароскопический / лапаротомный	Абдоминальное низведение прямой кишки и влагалища
Агенезия влагалища	3 (9,0%)	Заднесагиттальный	Только аноректопластика (вагинопластика отложена)

Осложнения после хирургического лечения персистирующей клоаки были зарегистрированы у части пациенток и в основном касались послеоперационного состояния колостомы и нарушений функций тазовых органов. У 7 пациенток была отмечена эвагинация колостомы, что потребовало последующего оперативного вмешательства – реконструкции колостомы. У двух пациенток имело место расхождение краёв раны с формированием вторичного заживления, не осложнившего дальнейшее течение реабилитационного периода. Нарушения сфинктерной функции представлены в виде изолированного недержания кала у одной пациентки, а также сочетанного недержания кала и мочи — ещё у одной. В случае тотального недержания обеих функций была применена программа по контролю за функцией кишечника (bowel management), включающая индивидуально подобранные слабительные, очистительные клизмы и специализированную диету. Указанной пациентке также была повторно сформирована колостома для облегчения контроля над кишечным содержимым и улучшения качества жизни. Остальные пациентки (81,8%) перенесли лечение без осложнений и находятся под динамическим амбулаторным наблюдением. Максимальная продолжительность наблюдения на момент анализа составляет более 4 лет.

Обсуждение: персистирующая клоака (ПК) представляет собой одну из наиболее сложных форм врождённых аномалий развития, требующую, как правило, многоэтапного хирургического вмешательства с обязательным формированием колостомы на первом этапе [10-12]. Выбор доступа для окончательной реконструкции определяется анатомическими особенностями конкретного клинического случая, прежде всего — уровнем впадения прямой кишки в общий канал [1-5,10-12,14]. При высоком расположении прямой кишки относительно уровня впадения в общий канал предпочтительным считается брюшно-промежностный доступ, обеспечивающий возможность безопасного мобилизационного этапа и адекватного низведения кишки. В случае низкого слияния уретры, влагалища и прямой кишки оправдано применение заднесагиттального доступа, позволяющего выполнить одномоментную аноректо-уретро-вагинопластику. Анализ клинических наблюдений показал, что осложнения, связанные с ранее наложенной колостомой, в ряде случаев обусловлены тактическими и техническими ошибками [4,11,13]. Основными причинами подобных осложнений являются недооценка индивидуальных анатомических особенностей порока и вариабельности строения ободочной кишки [2,4,11]. Особенно значимым для последующего этапа реконструкции является выбор уровня формирования колостомы и состояние её дистального сегмента [15]. Оптимальной представляется двустольная колостома, сформированная в пределах фиксированного участка нисходящей ободочной кишки. Такой подход позволяет предотвратить осложнения, улучшить качество жизни пациента в промежутке между операциями и обеспечить анатомическую пригодность сигмовидной кишки для последующего перинеального низведения [10,13]. При планировании уровня и локализации колостомы особую ценность представляет ирригография с введением водорастворимого контраста через общий канал [9,10]. Этот метод позволяет получить достоверную рентгенологическую картину строения толстой кишки и выявить её индивидуальные особенности. Дополнительно, в сложных случаях или при недостаточной визуализации, диагностическая лапароскопия служит высокоинформативным инструментом [10]. Она обеспечивает визуальный контроль за анатомией ободочной кишки и позволяет с высокой точностью определить оптимальное место наложения колостомы, повысить безопасность вмешательства, а также уточнить состояние внутренних половых органов. По мере накопления опыта хирурги, все чаще прибегают к новым методикам планирования предстоящего оперативного вмешательства, что должно привести не только к уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений, но и к улучшению функциональных результатов [1,2,4,10]. Следует подчеркнуть, что лапароскопия особенно эффективна у детей раннего возраста, когда традиционные методы визуализации — такие как УЗИ и МРТ — могут быть малоинформативными вследствие небольших размеров органов и сложности их анатомической дифференцировки [4,9,10]. Использование лапароскопии на этапах диагностики и подготовки к реконструкции позволяет существенно повысить качество хирургического планирования и снизить риск интраоперационных и послеоперационных осложнений [9,10].

Заключение

Персистирующая клоака — это тяжёлый врождённый порок развития, требующий не только высокотехнологичного хирургического вмешательства, но и комплексной анатомической диагностики. Для точной верификации варианта аномалии и выявления сопутствующих пороков развития необходимо проведение расширенного спектра инструментальных исследований, включающих современные методы визуализации и, при необходимости, лапароскопию. Успешность хирургической коррекции определяется совокупностью факторов, среди которых ключевое значение имеют длина и диаметр общего канала, степень сформированности вовлечённых анатомических структур, а также наличие сопутствующих системных аномалий. Формирование колостомы и дальнейшие этапы реконструктивного лечения должны осуществляться своевременно, в условиях специализированных медицинских учреждений, обладающих достаточным опытом ведения пациентов с тяжёлыми формами аноректальных мальформаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Левитская М.В., Чундокова М.А., Халафов Р.В., Шугина Ю.В., Петрова Л.В., Кошко О.В., Эмирбекова С.К. Результаты лечения пятидесяти детей с персистирующей клоакой в условиях одного центра. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2021;11(3):315–324. doi: 10.17816/psaic985
2. Отамурадов Ф.А., Эргашев Н.Ш. Персистирующая клоака у девочек: проблемы диагностики и хирургической коррекции. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2016;6(4):37–42. doi: 10.17816/psaic289
3. Якубов Э., Отамурадов Ф., Сафаралиев Ж. Диагностика и лечение персистирующей клоаки у девочек. *GOLDEN BRAIN*. 2023;1(13):287–293. URL: <https://researchedu.org/index.php/goldenbrain/article/view/3505>
4. AbouZeid AA, Radwan AB, Eldebeiky M, Persistent cloaca: persistence of the challenge. *Ann Pediatr Surg*. 2020;16:3. doi: 10.1186/s43159-019-0010-z
5. Al-Shamaileh TY, Badillo AT, Levitt MA. Overview of cloacal malformations. In: *Cloacal Malformations: Case Studies*. 1st ed. CRC Press; 2024. p.18. doi: 10.1201/9781003275442-3
6. Bischoff A, Levitt MA, Peña A. Update on the management of anorectal malformations. *Pediatr Surg Int*. 2013;29(9):899–904. doi: 10.1007/s00383-013-3355-z
7. Georgeson KE, Inge TH, Albanese CT. Laparoscopically assisted anorectal pull-through for high imperforate anus—a new technique. *J Pediatr Surg*. 2000;35(6):927–930. doi: 10.1053/jpsu.2000.6925
8. Holschneider A, Hutson J, Peña A, Beket E, Chatterjee S, Coran A, Davies M, Georgeson K, Grosfeld J, Gupta D, Iwai N, Kluth D, Martucciello G, Moore S, Rintala R, Smith ED, Sripathi DV, Stephens D, Sen S, Ure B, Grasshoff S, Boemers T, Murphy F, Söylet Y, Dübbers M, Kunst M. Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations. *J Pediatr Surg*. 2005;40(10):1521–1526. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.08.002
9. Levitt MA, Peña A. Anorectal malformations. *Orphanet J Rare Dis*. 2007;2:33. doi: 10.1186/1750-1172-2-33. Erratum in: *Orphanet J Rare Dis*. 2012;7:98
10. Levitt MA, Peña A. Cloacal malformations: lessons learned from 490 cases. *Semin Pediatr Surg*. 2010;19(2):128–138. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2009.11.012
11. Nah SA, Ong CC, Lakshmi NK, Yap TL, Jacobsen AS, Low Y. Anomalies associated with anorectal malformations according to the Krickenberg anatomic classification. *J Pediatr Surg*. 2012;47(12):2273–2278. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2012.09.017
12. Peña A, Hong A. Advances in the management of anorectal malformations. *Am J Surg*. 2000;180(5):370–376. doi: 10.1016/S0002-9610(00)00491-8
13. Versteegh HP, van Rooij IA, Levitt MA, Sloots CE, Wijnen RM, de Blaauw I. Long-term follow-up of functional outcome in patients with a cloacal malformation: a systematic review. *J Pediatr Surg*. 2013;48(11):2343–2350. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2013.08.027
14. Vilanova-Sanchez A, McCracken K, Halleran DR, Wood RJ, Reck-Burneo CA, Levitt MA, Hewitt G. Obstetrical outcomes in adult patients born with complex anorectal malformations and cloacal anomalies: a literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(1):7–14. doi: 10.1016/j.jpag.2018.10.002
15. Wood RJ, Levitt MA. Anorectal malformations. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018;31(2):61–70. doi: 10.1055/s-0037-1609020

Поступила 20.01.2026