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

10 (96) 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. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
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. САФОЕВ (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
Г.У. НУРОВА
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 (Азарбайджан)
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)

10 (96)

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

2026
Октябрь

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 618.3-007.1-089:616-053.2

САҚЛАНГАН КЛОАКАНИ ДАВОЛАШДА ХИРУРГИК ЁНДОШУВЛАРНИ АСОСЛАШ

[1]Умаров Косимжон Мирзакулович https://orcid.org/0009-0001-8675-5492
E-mail: qosimjon81@mail.ru
[1,2]Эргашев Насриддин Шамсиддинович https://orcid.org/0000-0003-2005-8309
E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru

[1] Болалар Миллий Тиббиёт Маркази, Узбекистон 100171, Тошкент, Юнусобод тумани, Паркент кўчаси, 294 тел: +998 (95) 341-00-03 e-mail: info@bmtm.uz
[2]Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, 100109 Тошкент, Ўзбекистон Фаробий кўчаси 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ ***Резюме***

Сақланган клоакада жарроҳлик ёндашувларни клиника маълумотлари ва сўнгги 10 йиллик адабиётлар асосида асосланди. 2005–2026 йилларда реконструкция қилинган 56 қиз боланинг ретроспектив таҳлили; 1-гуруҳ (2005–2018, n = 19) ва 2-гуруҳ (2021–2026, n = 37) таққосланди. Умумий канал >3 см 37,5% беморда учради. Операциягача анатомиянинг тўлиқ аниқланиши 42,1% дан 94,6% га ошди (p < 0,001); яра инфекцияси 63,2% дан 2,7% га, стационарда ётиш 26 дан 13 кунга камайди (p < 0,001). Тўлиқ урогенитал мобилизацияда сийдик тута олиш 24/24 беморда, алоҳида ажратишда 6/15 беморда кузатилди. Қин стенози Мюллер аномалияси (дуплекс/тўсиқ) борларда 40,9%, якка қинлиларда 10,0% бўлди (p = 0,017). Хулоса: Усулни анатомияга (канал ва уретра узунлиги, Мюллер тизими) қараб танлаш ва реконструкциягача анатомияни тўлиқ аниқлаш лозим.

Калит сўзлар: сақланган клоака, урогенитал мобилизация, аноректал нуқсон, қин стенози, болалар жарроҳлиги.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ

Умаров К.М,[1] Эргашев Н.Ш.[1 2].

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

✓ ***Резюме***

Цель: обосновать хирургические подходы при персистирующая клоака на основе клинических данных и литературы за последние 10 лет. Ретроспективный анализ 56 девочек, оперированных в 2005–2026 гг.; группа 1 (2005–2018, n = 19) и группа 2 (2021–2026, n = 37). Общий канал >3 см выявлен у 37,5%. Доля полностью уточненной дооперационной анатомии выросла с 42,1% до 94,6% (p < 0,001); раневая инфекция снизилась с 63,2% до 2,7%, срок госпитализации — с 26 до 13 сут. При полной урогенитальной мобилизации мочевая континенция отмечена у 24/24, при раздельном разделении — у 6/15. Стеноз вагины при аномалиях Мюллерова протока (удвоение/перегородка) — 40,9%, при единой вагине — 10,0% (p = 0,017). Вывод: выбор метода должен основываться на анатомии (длина канала и уретры, аномалии Мюллерова протока), полная дооперационная диагностика обязательна.

Ключевые слова: клоака, урогенитальная мобилизация, аноректальная мальформация, стеноз вагины, детская хирургия.

RATIONALE FOR SURGICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF PERSISTENT CLOACA

Umarov Q.M.[1], Ergashev N.Sh.[1,2],

[1]National Children's Medical Center,
[2]Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ ***Resume***

To substantiate surgical approaches to persistent cloaca using clinical data and literature of the last 10 years. Retrospective analysis of 56 girls operated in 2005–2026; group 1 (2005–2018, n = 19) vs group 2 (2021–2026, n = 37). A common channel >3 cm was present in 37.5%. Complete preoperative anatomical definition rose from 42.1% to 94.6% (p < 0.001); wound infection fell from 63.2% to 2.7% and hospital stay from 26 to 13 days (p < 0.001). Urinary continence was achieved in 24/24 after total urogenital mobilization versus 6/15 after separate mobilization. Vaginal stenosis occurred in 40.9% with duplex/septate mullerian anomalies versus 10.0% with a single vagina (p = 0.017). Conclusion: the operative strategy should be anatomy-driven (channel and urethral length, mullerian anomalies), and complete preoperative anatomical definition is essential.

Keywords: Persistent cloaca, urogenital mobilization, anorectal malformation, vaginal stenosis, pediatric surgery.

Долзарблиги

Сақланган клоака —тўғри ичак, сийдик йўли ва қин битта умумий канал орқали сохага жинсий лаблар орасига очиладиган, камдан-кам учрайдиган (тахминан 50 000 тирик туғилишга 1 ҳолат) мураккаб туғма аноректал нуқсон бўлиб, унинг мураккаблиги умумий канал узунлиги, сакрал нисбат ва бошқа анатомик омиллар билан белгиланади [1]. Жарроҳлик режасини тўғри тузиш учун умумий канал ва уретра узунлигини аниқ ўлчаш ва гинекологик ва туғри ичак топографик холати ўрганиш зарур, аммо олти марказда 72 бемор устида ўтказилган таққослашда эндоскопия ва 3D клоакаграмма ўлчамлари фақат 10% ҳолда мос келган ва режалаштирилган операция тури 21% беморда ўзгарган [2]. Реконструкция икки қисмдан иборат: тўғри ичакни урогенитал қисмдан ажратиш ҳамда урогенитал синусни бошқариш. Бунда уретра узунлиги тўлиқ урогенитал мобилизация (TUM) ёки урогенитал ажратиш танловида ҳал қилувчи ўрин тутади [1]; ажратиш қўлланганда қин хосил қилиш эҳтиёжи сезиларли ортади (50 бемор таҳлилида TUM қилинганларнинг ҳеч бирига қин хосил қилиш керак бўлмаган, ажратиш қилинганларнинг 58% ида керак бўлган) [3]. Узоқ муддатли натижаларга умумий канал узунлиги ва умуртқа поғонаси аномалиялари таъсир қилади, шу сабабли кўп тармоқли ёндашув ва тажрибаси юқори ҳажмли марказларда даволаш тавсия этилади [4]. Охирги йилларда ҳам сийдик тута олиш ва ичак фаолияти кўрсаткичлари марказларга қараб кенг ўзгаради [5, 6], лапароскопик усулларнинг функционал устунлиги эса ҳали исботланмаган [7]. Маҳаллий шароитда бундай беморлар натижаларини тизимли таҳлил қилиш муҳим.

Тадқиқот мақсади — Сақланган клоакани билан касалланган 56 нафар беморни даволаш натижалари асосида (2005–2026) жарроҳлик ёндашувларни, жумладан урогенитал мобилизация тури ва қорин бўшлиғи орқали киришни асослаш ҳамда сўнгги 10 йиллик адабиётлар билан таққослаш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот дизайни. Ретроспектив тахлил икки марказда (Болалар миллий тиббиёт маркази ва Тошкент давлат тиббиёт унверситети базаси) 2005–2026 йиллар оралиғида сақланган клоака кўра реконструктив жарроҳлик амалиёти бажарилган 56 нафар қиз бола маълумотлари таҳлил қилинди. Маълумотлар 56 нафар беморга тегишли бўлган (Excel) файлга киритилган маълумотлар базасидан фойдаланиб: беморни аниқлаш, клоака тавсифи, ҳамроҳ аномалиялар ва буйраклар ҳолати, операция олди тайёргарлик, реконструкция, эрта ва кечки асоратлар ҳамда функционал натижалар тахлил қилинган.

Гуруҳлар. Беморларда амалга оширилган хирургик даврига кўра икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ — 2005–2018 йиллар, ресурслари чекланган давр (n = 19); 2-гуруҳ — 2021–2026 йиллар, тўртинчи даражали ихтисослаштирилган марказ босқичи (n = 37).

Баҳоланган кўрсаткичлар. Умумий канал узунлиги (<1 см, 1–3 см, >3 см), қин ва сийдик чиқариш канали узунлиги, гидрокольпос, Мюллер тизими аномалиялари, умуртқа поғонаси ва буйрак аномалиялари; колостома ва реконструкция муддати; операциядан олдин анатомиянинг тўлиқ аниқланганлиги; уретрогенитал мобилизация тури (тўлиқ — TUM, қисман, алоҳида ажратиш); қорин бўшлиғи орқали кириш (лапаротомия, лапароскопия); операция давомийлиги, қон йўқотиш, реанимацияда ва шифохонада ётиб даволаниш муддати; жарроҳлик асоратлари; Krickenbeck таснифи бўйича ахлат тута олиш ва сийдик тута олиш (3 ёшда баҳоланган).

Натижа ва таҳлиллар

Беморлар тавсифи. Тадқиқотга реконструкция пайтида ўртача ёши 13,5 ой (Q1–Q3: 10,0–26,2) бўлган 56 нафар қиз бола киритилди; 25 таси (44,6%) 12 ойгача операция қилинган. Беморларнинг учдан биридан кўпида (37,5%) умумий канал 3 смдан узун эди, яъни анатомия жиддий мураккаб тоифага киради (1-жадвал).

Кўрсаткич	Натижа (n = 56)
Реконструкция ёши, ой, Me [Q1–Q3]	13,5 [10,0–26,2]
Тана вазни, кг, Me [Q1–Q3]	10,0 [7,0–14,0]
Умумий канал узунлиги, см, Me [Q1–Q3]	2,8 [2,0–3,5]
Умумий канал <1 см / 1–3 см / >3 см	7 (12,5%) / 28 (50,0%) / 21 (37,5%)
Уретра узунлиги, см, Me [Q1–Q3]	1,5 [1,4–1,6]
Гидрокольпос	8 (14,3%)
Қин: якка / дуплекс / тўсиқли / йўқ	31 (55,4%) / 15 (26,8%) / 7 (12,5%) / 3 (5,4%)
Буйрак аномалияси	20 (35,7%)
Гидронефроз / сийдик қопи-сийдик найи рефлюкси	6 (10,7%) / 6 (10,7%)
Умуртқа поғонасининг пастки қисми боғланиб қолиши (Тетринг синдроми)	14 (25,0%)
VACTERL, ≥2 компонент	5 (8,9%)
Колостома хосил килинганлар	50 (89,3%)
Икки босқичли даволаш	52 (92,9%)
Кузатув муддати, ой, Me [Q1–Q3]	38 [24–48] (диапазони 1–72)

1-жадвал. Беморларнинг клиник-анатомик тавсифи.

Даврлар бўйича таққослаш. Икки гуруҳда бемор ёши (p = 0,86) ва канал узунлиги (p = 0,17) тенг эди, аммо операциягача тўлиқ анатомия аниқланганлик даражаси 1-гуруҳда 42,1%, 2-гуруҳда 94,6% бўлди (p < 0,001). 2-гуруҳда барча 37 беморга комплекс (колостография, эндоскопия, МРТ, клоакаграфия) текширув ўтказилган; 1-гуруҳда ишлатилган усул колостография (10), МРТ (6) ёки цистоскопия (3) эди. Шу фонда қон йўқотиш ва қон қуйиш частотаси, Реанимация ва стационарда ётиш муддати 2-гуруҳда анча кам, сийдик тута олиш эса анча юқори эди (2-жадвал).

Урогенитал мобилизация тури. Тўлиқ урогенитал мобилизация (TUM) 24 беморда бажарилди (23 таси 2-гуруҳда) ва уларнинг ҳаммасида сийдик тута олиш холати яхши бўлди (24/24); бошқа усуллар 19/30 (63,3%) (p < 0,001). 1-гуруҳда УГСни алоҳида ажратиш (18 та нафар бемордан 16 тасида) бажарилган ва бу гуруҳда сийдик тута олиш анча паст булди (3-жадвал). Ёндошувни таққослашда мобилизация тури ва давр бир-бири билан узвий боғлиқ: фақат 2-гуруҳ беморларида TUM натижаси 23/23 (100%) ва бошқа усуллар натижаси 12/14 (85,7%) бўлиб, фарқ катта эмаслиги аниқланди (p = 0,14).

Кўрсаткич	1-гуруҳ, 2005–2018 (n = 19)	2-гуруҳ, 2021–2026 (n = 37)	p
Операциягача анатомия тўлиқ аниқланган	8 (42,1%)	35 (94,6%)	<0,001
Реконструкция ёши, ой	14,0 [9,0–23,5]	13,0 [10,0–27,0]	0,86
Умумий канал, см	3,0 [2,5–3,8]	2,5 [1,5–3,5]	0,17
Операция давомийлиги, дақ	190 [175–228]	235 [178–323]	0,36
Қон йўқотиш, мл	40 [33–75]	20 [15–25]	<0,001
Қон қуйиш	17 (89,5%)	17 (45,9%)	0,002
Реанимацияда ётиш, кун	5 [2,5–7,5]	2 [1–2]	<0,001
ИВЛ, соат	24 [22–38]	5 [4–7]	<0,001
Стационарда ётиш, кун	26 [18–32]	13 [11–14]	<0,001
Жарохат инфекцияси	12 (63,2%)	1 (2,7%)	<0,001
Анастомоз етишмовчилиги	3/18 (16,7%)	0/37	0,031
Анал канал стенози	12/17 (70,6%)	14/37 (37,8%)	0,040
Қин стенози	7/18 (38,9%)	5/37 (13,5%)	0,043
Ихтиёрий дефекация	11/18 (61,1%)	24/37 (64,9%)	1,0
Ахлат тутолмаслик (суртилиб туриши) ≥2-даража (Krickenbeck)	11/18 (61,1%)	21/37 (56,8%)	1,0
Қабзият ≥2-даража (Krickenbeck)	7/18 (38,9%)	22/37 (59,5%)	0,25
Сийдик тута олиш (қуруқ оралиқлар)	9/18 (50,0%)	35/37 (94,6%)	<0,001
Қовуқни тоза доимий катетеризацияси	3/18 (16,7%)	2/37 (5,4%)	0,32

2-жадвал. Даврлар бўйича жарроҳлик ва функционал натижалар.

Урогенитал мобилизация	n	Сийдик тута олиш	Қин стенози
Тўлиқ (TUM)	24	24/24 (100%)	4/24 (16,7%)
Қисман	8	7/8 (87,5%)	2/8 (25,0%)
Алоҳида ажратиш	16	6/15 (40,0%)	5/15 (33,3%)
Бажарилмаган (ажратиш талаб этилмаган)	7	6/7 (85,7%)	0/7

3-жадвал. Урогенитал мобилизация тури ва натижалар (Урогенитал синусни операция вақтида алоҳида ажратиш фақат 1-гуруҳда қўлланилган).

Умумий канал узунлиги ва қин анатомияси. Сийдик тута олиш умумий канал 1–3 см ташкил қилган беморларда 25/27 (92,6%), 3 смдан узун бўлганда 14/21 (66,7%) ташкил қилди. Қин стенози якка қинли беморларда 3/30 (10,0%), дуплекс ва тўсиқли қинда эса 9/22 (40,9%) учради (p = 0,017). Қин хосил қилиш (ичак сегменти билан кин ясаш) 4 беморда (7,1%) лозим бўлди (ингичка ичак — 1, йўғон ичак — 3; барчаси 2-гуруҳда); уларнинг ҳаммасида Мюллер тизими аномалияси (дуплекс, тўсиқ ёки қин йўқлиги) кузатилди, 3 тасида кейинчалик қин стенози ривожланди.

Қорин бўшлиғи орқали кириш. 1-гуруҳда 9 та (47,4%) беморда лапаротомия қўлланилди, лапароскопия эса қўлланилмади. 2-гуруҳда 25 та (67,6%) беморда фақат перинеал (орта сагиттал кесим) кириш амалга оширилди, 5 тасида лапаротомия, 6 тасида лапароскопия ва 1 тасида

комбинация қўлланилди. Лапароскопия бажарилган 6 беморда қон йўқотиш ўртача 17,5 мл, операция давомийлиги 267,5 дақ, стационарда ётиш 14 кун бўлди; асоратлар қайд этилмади, сийдик тута олиш 6/6, ихтиёрий дефекация 4/6 беморда аниқланди. Бу гуруҳ кичик бўлгани учун маълумотлар фақат тавсифий хусусиятга эга.

Бошқа натижалар. Стационарда 1 бемор (1,8%) вафот этди (1-гуруҳ, 2005 йил, 3 ойлик, 4 кг). Ректовагинал фистула 2 та (3,6%), уретровагинал фистула ва уретра стриктураси ҳар бири 1 нафар беморда, 30 кун ичида қайта операция 2 та (3,6%) беморда керак бўлди. Узоқ муддатда умумий кузатувда ихтиёрий дефекация 35/55 (63,6%), ахлат тутаолмаслик ≥2-даража 32/55 (58,2%), қабзият ≥2-даража 29/55 (52,7%), сийдик тута олиш 44/55 (80,0%) бўлди; доимий колостома 2 та (3,6%) бемор қўлланилди, тотал ахлат тутаолмасликда антеград хуқна Malone амалиёти 1 нафар беморда амалга оширилди, тоза оралик қовуқ катетеризация 5 та (9,1%) беморда қўлланилди. Қин ҳолати 44 тада (80,0%) меъёрда, 7 тада стеноз (12,7%), 2нафар беморда қайта реконструкция талаб этилди.

Муҳокама

Асосий топилмалар. Бизнинг маълумотларда уч йўналиш кузатиш мумкин: (1) операциягача анатомиянинг тўлиқ аниқланиши (42,1% дан 94,6% га) асоратлар ва стационар муддатини кескин камайтирди; (2) урогенитал мобилизациянинг тўлиқ (TUM) тури сийдик тута олиш билан узвий боғлиқ эди (24/24); (3) қин стенози ва қин хосил қилиш муаммоси асосан Мюллер тизими аномалияси бор беморларда амалга оширилди. Ихтиёрий дефекация натижалари эса даврлар орасида катта фарқ қилмади (61,1% ва 64,9%).

Операция олди диагностика — усул танлашнинг шарти. Адабиётларда умумий канал ва уретра узунлиги реконструкция мураккаблигини аниқлаб берувчи асосий омил деб кўрсатилади; TUM одатда умумий канал 3 смдан кам ва уретра камида 1,5 см бўлганда кўрсатилади [1]. Аммо узунликни ўлчаш усулига боғлиқ: олти марказда 72 беморда эндоскопия ва 3D клоакаграмма ўлчамлари фақат 10% ҳолда мос келган, режалаштирилган операция тури (TUM ёки ажратиш) 62 тадан 13 тасида (21%) усулга қараб фарқ қилган [2]. Бизнинг 2-гуруҳда барча беморлар комплекс текширувдан ўтган ва шу гуруҳда TUM учратилган частота 62,2% бўлди, 1-гуруҳда эса 5,6% (1/18). Бу тузилмадаги ўзгариш тасодифий эмас: уретра ва каналнн аниқ билмасдан операция турини танлаш мумкин эмас.

TUM ва ажратиш. Бизнинг натижаларда TUM сийдик тута олиш билан (24/24) ва қин стенози (16,7%) билан характерланди, УГСни алоҳида ажратишда эса бу гурух беморларда сийдик тута олиш 40,0% бўлди. Бу фарқни усулга тўлиқ бериш мумкин эмас, чунки ажратиш фақат биринчи даврда (2005–2018) қўлланилган ва у даврда текширув, анестезия ва парвариш сифати ҳам паст эди. 2-гуруҳ ичида фарқ статистик аҳамиятга эга бўлмади (23/23 билан 12/14, p = 0,14), лекин бу танланмада қатъий хулоса қилиш учун сон жуда кам. Адабиётлар ҳам шу фикрга мос: марказда 50 бемор таҳлилида TUM қўлланилган 17 беморда кин хосил қилиш керак бўлмаган, ажратиш бажарилган 33 бемордан 19 тасида (58%) хосил қилиш зарур бўлган [3]. Бизнинг маълумотларда ҳам қин хосил қилиш (n = 4) фақат 2-гуруҳда ва барчаси Мюллер аномалияси бор беморларда керак бўлди.

Умумий канал узунлиги ва узоқ муддатли натижалар. Узун каналли беморларда сийдик тута олиш пастроқ эди (66,7%, канал 1–3 см бўлганда 92,6%). Бу адабиёт маълумотлари билан уйғун: 20 бемор кузатувида умумий канал >3 см 55% беморда учраб, сийдик тута олиш 8/20 беморда кузатилган, канал узунлиги ва Тетринг синдроми таъсир кўрсатиши қайд этилган, муаллифлар юқори имкониятли марказларда кўп тармоқли даволашни тавсия қилган [4]. Латин Америкаси марказида (23 бемор) узун каналда урогенитал мобилизация асосан қорин орқали (58,3%) бажарилган, сийдик тута олиш қисқа каналда 54,5%, узун каналда 27,2% бўлган [5]. Каира университети марказида (20 бемор, 2021–2024) операциялар қин узунлиги (2 см) ва канал узунлиги (3 см) кесимида танланган: лапароскопик тушириш — 7, қисман ва тўлиқ мобилизация — мос равишда 5 ва 6, сигмасимон ичакдан қин хосил қилиш — 2 беморда; қин стриктураси 35%, ректал стриктура 20% бўлган [6]. Бу рақамлар бизнинг қин стенози (21,8%) ва анал стеноз (48,1%) частоталари билан ҳисобланганда қин стенози адабиёт диапазонида эканини, анал торайиш эса анча юқори эканини кўрсатади. Бу таърифлар тафовутига боғлиқ бўлиши мумкин: анал стеноз операция вақтида тортилиб тушган йўғон ичак анус стенозига сабаб бўлган бўлиши мумкин, (дилятация талаб этадиган холатлар).

Қорин бўшлиғи орқали ва лапароскопик ёндошув. Бизнинг 2-гуруҳда беморларнинг учда иккиси қорин бўшлиғисиз операция қилинган, қорин орқали кириш танлаб қўлланилганда

лапароскопик усул устунлик қилди. Адабиёт шарҳида (72 бемор) лапароскопияда асосан тўғри ичак компоненти (80%) мобилизация қилинган, урогенитал қисмни қориндан ажратиш узун (>3 см) каналларда тавсия этилган; тез-тез асорат — тўғри ичак пролапси (11 бемор); лапароскопиянинг очик операцияга нисбатан функционал устунлиги ҳали исботланмаган [7]. Бизнинг 6 та лапароскопик кузатув шу тавсифни таъкидлайди: асоратлар кузатилмади, аммо операция давомийлиги узоқроқ (267,5 дақиқа), ва беморлар сони кам бўлди. Шунинг учун лапароскопияни махсус танланган беморларда (юқорида жойлашган тўғри ичак, узун канал) тажрибали жарроҳлар учун асосли кўрсатма сифатида, умумий усул сифатида эмас, тавсия қилинади.

Таклиф этиладиган алгоритм. Маълумотларимиз ва адабиётлар асосида қуйидаги тартиб тавсия қилинади: Реконструкциядан олдин анатомияни тўлиқ аниқлаш: цистовагиноскопия, клоакаграмма, кичик чаноқ МРТси, Сийдик ажратиш тизими ва умуртқа поғонаси текшируви. Умумий канал <3 см ва уретра ≥1,5 см бўлса — орқа сагиттал кесимда TUM [1, 3]. Канал >3 см, уретра қисқа ёки тўғри ичак юқорида бўлса — ихтисослаштирилган марказда қорин орқали (лапароскопик ёки очик) кириш, ажратиш ва қин хосил қилишга тайёргарлик [3, 5, 7]. Мюллер тизими аномалияси (дуплекс, тўсиқ) бор беморларда қин стенози хавфини тузилмада кутиш (бужлаш режаси, динамик кузатув). Ҳар бемор учун узоқ муддатли кузатув: ичак давоси, урологик ва гинекологик назорат [4, 5].

Хулоса

Сақланган клоакада жарроҳлик усулни анатомияга қараб танлаш лозим, бунинг учун эса операциягача анатомия тўлиқ аниқланиши шарт. Операциягача анатомия тўлиқ аниқланган беморлар улуши 42,1% дан 94,6% га ошган даврда жарохат инфекцияси (63,2% → 2,7%), қон қуйиш (89,5% → 45,9%), Реанимацияда ётиш (5 → 2 кун) ва стационар муддати (26 → 13 кун) кескин камайди; бу фарқни фақат усулга қаратиш мумкин эмас, давр омили ҳам таъсир қилган. Тўлиқ урогенитал мобилизация (TUM) қўлланилган 24 беморда сийдик тута олиш ҳаммасида (100%) таъминланди; алоҳида ажратишда бу кўрсаткич 40,0% бўлди. Умумий канал анатомияси ва уретра узунлиги усул танлашда асосий мезон бўлиши керак. Умумий канал >3 см (37,5%) ва Мюллер тизими аномалияси (қин стенози 40,9% билан 10,0%) юқори хавфли гуруҳни ташкил қилади; уларни марказлаштирилган ихтисослаштирилган марказда даволаш мақсадга мувофиқ. Қорин бўшлиғи (лапароскопик) кириш фақат юқорида жойлашган тўғри ичак ва узун каналда танланган беморларда қўлланилиши мақсадга мувофиқ; унинг устунлиги кенгроқ, кўп марказли тадқиқотда тасдиқланиши лозим. Ичак функцияси бузилиши кўп учради (ахлат тутаолмаслик ≥2-даража — 58,2%, қабзият ≥2-даража — 52,7%), шунинг учун жарроҳлик даволаш билан бирга ичак бошқариш дастури ва узоқ муддатли кузатув (жарроҳ, уролог, гинеколог) режалаштирилиши керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Wood RJ, Reck-Burneo CA, Levitt MA. Cloacal Malformations: Technical Aspects of the Reconstruction and Factors Which Predict Surgical Complexity. Front Pediatr. 2019;7:240. doi:10.3389/fped.2019.00240
2. Halleran DR, Smith CA, Fuller MK, et al. Measure twice and cut once: comparing endoscopy and 3D cloacagram for the common channel and urethral measurements in patients with cloacal malformations. J Pediatr Surg. 2020;55(2). doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.10.045
3. Vilanova-Sanchez A, Halleran DR, Reck CA, et al. Factors predicting the need for vaginal replacement at the time of primary reconstruction of a cloacal malformation. J Pediatr Surg. 2020;55(1):71–74. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.09.054
4. Pellegrino C, Agamennone M, Iacobelli BD, et al. Long-term urological outcome of cloaca patients with multidisciplinary management. Pediatr Surg Int. 2023;39:247. doi:10.1007/s00383-023-05539-2
5. Rodríguez-Romero LX, Moreno-Villamizar MD, Cely-Arévalo JG, et al. Management and long-term outcomes of cloacal anomalies: quality of life, intestinal and urinary function at a Latin American pediatric center. Pediatr Surg Int. 2026;42(1):138. doi:10.1007/s00383-026-06364-z
6. Arafa A, Abdelhafez M, Abdelhakeem ON, et al. Tailoring surgical approaches in different cloacal cases. Front Surg. 2026;13:1780883. doi:10.3389/fsurg.2026.1780883
7. Laparoscopic management of common cloaca: current status. J Pediatr Urol. 2022;18(2):142–149. doi:10.1016/j.jpurol.2021.12.014

Поступила 20.09.2026