

- ваний: сб. инструктив.-метод. док. (офиц. изд.). – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – Вып. 10. – Т. 1-7. – Т. 1: Гигиена труда и профессиональная патология. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Физиотерапия. – С. 3–16.
2. Сенякович, В.М. Клиника, диагностика, хирургическое лечение детей с портальной гипертензией / В.М. Сенякович, А.Ф. Леонтьев // Педиатрия. – 1999. – № 2. – С. 19-21.
  3. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений портального генеза / А.Е. Борисов [и др.] // Вестн. хирургии им. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 2. – С. 22-25.
  4. Clinical and laboratory predictors of esophageal varices in children and adolescents with portal hypertension syndrome / E.D. Fagundes [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2008. – Vol. 46, № 2. – P.178-83.
  5. Garcia-Tsao, G. Portal hypertension / G. Garcia-Tsao // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 16, № 3. – P. 282-289.

## **ХИРУРГИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ - РАДИКАЛЬНАЯ ОДНОМОМЕНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРОКА**

**Аверин В.И.\* – д.м.н., профессор, зав. каф. детской хирургии БГМУ;  
Дардынский А.В. – к.м.н., зав. 2-м хирургич. отд.; Коростелев О.Ю. –  
врач-детский хирург; Заполянский А.В. – к.м.н., врач-детский хирург**

*\*УО «Минский государственный медицинский университет», кафедра  
детской хирургии, УЗ «1-я ГКБ», ДХЦ, Минск, Беларусь*

Персистирующая клоака является одним из самых сложных врожденных пороков развития аноректальной области. Оперативная коррекция данного порока до настоящего времени является актуальной проблемой. В связи с этим у хирурга перед операцией должно быть четкое представление об анатомии порока, на основании которого будет выбран оптимальный метод хирургической коррекции.

В 2011 году в ЦДХ впервые оперировано 2 детей в возрасте 1 года и 2 лет с врожденной персистирующей клоакой с одновременной пластикой уретры, влагалища и прямой кишки. У обеих девочек была низкая форма клоаки, у одной из них имелось удвоение влагалища. У обеих была липома промежности диаметром 5 см.

Для определения формы клоаки детям проведены клоакоскопия с помощью цистоскопа, рентгенография клоаки, экскреторная урография, УЗИ органов брюшной полости. В результате обследования у одного ребенка выявлены множественные пороки развития – врожденный порок

сердца (дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток) с легочной гипертензией, агенезия правой почки, пояснично-подвздошная дистопия дисплазированной левой почки, кожная привеска в области шеи.

Одномоментная коррекция порока позволила достигнуть хорошего функционального результата (есть удержание мочи и кала, отсутствует каломазание и запоры).

Как первый этап коррекции порока обоим больным были наложены двуконцевые сигмостомы. Обоим детям проведена коррекция порока из промежностного доступа без лапаротомии – промежностная заднесагитальная уретровагиноректопластика. Доступ заднесагитальный от середины крестца до устья общего канала с рассечением мышц наружного сфинктера. Вскрывалась задняя стенка прямой кишки точно по средней линии с рассечением общего канала и его устья. На края стенки прямой кишки накладывалось множество держалок. Повторно измерялась длина общего канала. Прямая кишка отсепаровывалась от влагалища. Далее проводилось выделение уrogenитального синуса целиком (общий канал, уретра и влагалище). Это произвести технически легче и при этом сохраняется лучшее кровоснабжение уретры в отличие от раздельной мобилизации уретры и влагалища. Накладывалось множество держалок на влагалище и общий канал, а также на устье уrogenитального синуса, отступя 5 мм от клитора. Между клитором и держалками делался разрез и далее уrogenитальный синус мобилизовался от лонной кости до ее верхней поверхности с пересечением связки (удерживатель уретры и мочевого пузыря), что позволяло мобилизовать уrogenитальный синус на 2-3 см. Проводилась мобилизация латеральных и задней стенки влагалища. Стенка общего канала рассекалась спереди посередине и из двух половинок формировались малые половые губы. Устье уретры подшивалось под клитором к коже. Иссекалась перегородка влагалища для ликвидации удвоения влагалища и края влагалища подшивались к коже. Электростимулятором проверялись границы мышц наружного сфинктера, формировалась промежность и сшивалась передняя порция мышц наружного сфинктера. Прямая кишка укладывалась на свое место и сшивалась задняя порция мышц наружного сфинктера. Выполнялась анопластика узловыми швами. В послеоперационном периоде через 2 недели проводилось бужирование анального канала 2 раза в день до возрастного бужа и колостома закрывалась.

Для выбора тактики оперативного лечения нами использовалась классификация Пена и Гендрена:

1 тип – ультранизкая форма клоаки – передняя эктопия ануса с ультракоротким уrogenитальным синусом и нормально сформированными женскими гениталиями

2 тип – низкая форма клоаки – короткий уrogenитальный синус менее 3 см – слияние ниже пубококцигеальной линии

3 тип – высокая форма клоаки – длинный уrogenитальный синус

более 3 см - слияние на уровне или выше пубококцигеальной линии

4 тип – влагалище и (или) прямая кишка впадают в мочевой пузырь.

В связи с этим следует подчеркнуть, что оперативное лечение клоаки зависит от длины общего канала: если длинна общего канала более 3 см (40% всех клоак) - это сложный комплексный порок с выраженными аномалиями мочеполовой системы – мобилизация влагалища трудна и часто требуется замещение влагалища, и реконструктивная операция на устьях мочеточников. В таких случаях необходима лапароскопия или лапаротомия для мобилизации кишки. Если длинна общего канала менее 3 см (60% всех клоак) – это более благоприятный порок, при котором обычно хорошо сформированы промежность, крестец, нервный аппарат и мышечный комплекс. Порок может быть коррегирован из заднесагитального доступа без лапаротомии. Операции по коррекции клоаки должны проводиться в специализированном стационаре, имеющем достаточный опыт в коррекции пороков аноректальной области.

#### **Список литературы:**

1. Hendren WH (1998) Cloaca, the most severe degree of imperforate anus: experience with 195 cases. *Ann Surg* 228:331–346
2. Hendren WH (1982) Further experience in reconstructive surgery for cloacal anomalies. *J Pediatr Surg* 17:695–717
3. Hendren WH (1996) Urogenital sinus and cloacal malformations. *Semin Pediatr Surg* 5:72–79
4. Hendren WH. Repair of cloacal anomalies: current techniques. *J Pediatr Surg* 1986; 21:1159-1176.
5. Holschneider AM. (2006). Anorectal Malformations in Children
6. Peña A, et al (2004) Surgical management of cloacal malformations: a review of 339 patients. *J Pediatr Surg* 39:470–479
7. Peña A (1997) Total urogenital mobilization – an easier way to repair cloacas. *J Pediatr Surg* 32:263–267