

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ДЕТЕЙ

Новожилов В.А.^{1,2}, Степанова Н.М.^{1,2}, Петров Е.М.¹, Петров Ю.М.²

¹ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Персистирующая клоака — наиболее редкая и сложная в плане хирургической коррекции форма мальформаций у девочек. Основополагающим фактором выбора хирургической стратегии служат длина общего канала, морфологические составляющие порока, а также возникшие осложнения. В настоящее время имеет место единое мнение о проведении одномоментной коррекции всех составляющих порока. С развитием эндоскопической хирургии отдельные этапы коррекции проводятся лапароскопическим способом.

Материал и методы. Анализ карт 17 детей за период с 2008 года по настоящее время.

Результаты и обсуждение. Иногородные пациенты — 56,3 %. Гендерный состав: 2 мальчика (46XY) (12,5 %) и 14 девочек (46XX, в том числе 46XX del(6)) (87,5 %). Структура клоакальных аномалий: персистирующая (типичная) клоака — 11 (68,8 %), экстрофия клоаки — 4 (25 %), задняя клоака — 1 (6,2 %). В 50 % (8) отягощенный акушерский анамнез. В 93,8 % сопутствующие аномалии и пороки: со стороны костной системы — 81,3 %; МВС — 68,8 %; ВПС — 31,3 %; ЖКТ — 18,8 %. Недоразвитие промежности и таза (гипоплазия наружного сфинктера, разрастание тазовой клетчатки (липوما), агенезия копчика и дистальных крестцовых позвонков) — 100 %. Всем пациентам сформированы превентивные стомы: сигмостома — 12 (75 %), цекостома (в процессе коррекции была заменена на илеостому) — 1 (6,25 %), асцендостома — 1 (6,25 %), илеостома — 2 (12,5 %). Длина общего канала: 72,7 % (8) — до 3 см, 27,3 % (3) — более 3 см. В 12 случаях выполнялась заднесагиттальная аноректовагиноуретропластика в различных её модификациях, в том числе LAP-ассистированная — 4 (33,3 %).

Течение раннего послеоперационного периода на фоне присутствия превентивной стомы вне зависимости от ее уровня было благоприятным. В одном наблюдении отмечено грозное осложнение в виде множественных перфораций подвздошной кишки и развития перитонита, гнойных осложнений со стороны послеоперационных ран (брюшной стенки и промежности), что потребовало проведения повторных неоднократных вмешательств. Летальных исходов не отмечено. Катамнез составил от 1 до 7 лет: хороший косметический и функциональный результаты у 6 (50 %), удовлетворительные — у 3 (25 %). В 41,7 % случаев присутствуют различной степени нарушения функции тазовых органов: 3 (25 %) — недержание мочи и анальная инконтиненция 1–2 степени, 1 (8,3 %) — сфинктерно-детрузорная недостаточность и анальная инконтиненция 3 степени, 1 (8,3 %) — стеноз неовагины. В 25 % случаев — рецидивирующий хронический пиелонефрит.

Выводы. Основная цель коррекции порока — одномоментное разделение клоаки и проведение аноректовагиноуретропластики. Внедрение эндовидеохирургии позволяет выполнять мобилизацию минимально инвазивным способом. Дети, перенесшие реконструктивные вмешательства, должны находиться под диспансерным наблюдением группой специалистов до перевода во взрослую сеть. Считаем перспективным выполнение пособий, позволяющих социально адаптировать детей в обществе (операция Malone, аппендикovesикостомия по Митрофанову и т.п.).