



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 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
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
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
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. ШЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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 (60)

2023

октябрь

УДК 618.18-053.2-06-089.844

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Рахмонов Д.Б., Хамраев А.Ж., Хамроев У.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси
223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

Самарқандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарқанд, ул.
Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Авторами обследованы 68 больных детей с различными осложнениями в аноректальной зоне после коррекции аноректальных мальформаций (АРМ). Проведены 147 реконструктивных операций. Диагностический алгоритм состоял из клинического, рентгенологического, лабораторного обследования, МРТ и эндоскопические методы исследования. Анализ отдаленных результатов после коррекции АРМ показал, что неточности первичной диагностики АРМ, неадекватная предоперационная подготовка, выбор метода операции привели к развитию послеоперационной недостаточности анального сфинктера (ПНАС), которое требовало проведения большого количества повторных реконструктивных операций (ПРО). Изучены причины осложнений, проанализированы ошибки, оптимизированы показания, сроки, доступы, объем и методов повторной операции. В результате оптимизации тактических подходов, методов хирургического и реабилитационного лечения привела к улучшению результатов лечения ПНАС до 85,4%.

Ключевые слова: аноректопластика, послеоперационные осложнения, аноректальные пороки, коррекция

QAYTA KONSTRUKTIVIIY AMALIYATLAR NATIJALARI BOLALARDA ANOREKTAL MALFORMATSIYA ASORLARI UCHUN

Raxmonov D.B., Xamraev A.J., Xamraev U.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O‘zbekiston 100140, Toshkent, ko‘chasi. Bog‘ishamol,
223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O‘zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur, Tel: +99818
66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Mualliflar anorektal malformatsiyalarni (ARM) tuzatgandan so'ng, anorektal sohada turli xil asoratlari bo'lgan 68 kasal bolalarni tekshirdilar. 147 ta rekonstruktiv operatsiyalar bajarildi. Diagnostika algoritmi klinik, rentgenologik, laboratoriya tekshiruvi, MRI va endoskopik tadqiqot usullaridan iborat edi. APM tuzatishdan so'ng uzoq muddatli natijalarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, APMning birlamchi tashxisidagi noaniqliklar, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning etarli emasligi va jarrohlik usulini tanlash operatsiyadan keyingi anal sfinkter etishmovchiligining (PNAS) rivojlanishiga olib keldi, bu esa ko'plab takroriy rekonstruktiv operatsiyalarni talab qildi. operatsiyalar (RPS).

Asoratlarning sabablari o'rganildi, xatolar tahlil qilindi, ko'rsatmalar, vaqtlar, yondashuvlar, qayta ishlash hajmi va usullari optimallashtirildi. Taktik yondashuvlarni, jarrohlik va rehabilitatsiya davolash usullarini optimallashtirish natijasida PNASni davolash natijalarini 85,4% gacha yaxshilashga olib keldi.

Kalit so'zlar: anorektoplastika, operatsiyadan keyingi asoratlari, anorektal nuqsonlar, tuzatish

THE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF ANORECTAL MALFORMATION IN CHILDREN

D.B. Rakhmonov, A.J. Khamraev, U.A. Khamroev,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz
Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ *Resume*

To improve the results of surgical correction of postoperative complications in children's anorectal zone. 68 patients with IB in the anorectal zone during primary and repeated correction of anorectal malformations (ARM), who underwent 147 reconstructive operations, were examined. The diagnostic algorithm consisted of traditional complex methods of clinical, radiological, laboratory examination, including ultrasound, MRI and endoscopic methods of examination. The analysis of long-term results showed that unreliable primary diagnostics, lack of preoperative preparation, inadequate indications for the choice of surgery method led to the development of software for primary and repeated correction of ARM, which required a large number of repeated operations to treat. At the same time, the causes of the complication were studied, errors were analyzed, indications, terms, accesses, volume and efficiency of the primary operation were optimized, as well as failures leading to the necessity of repeated operations in children. Optimization of tactics, methods of surgical and rehabilitation treatment led to improvement of software results up to 85,6%.

Keywords: anorectoplasty, postoperative complications, anorectal malformations, correction

Актуальность

Высокая частота послеоперационных осложнений (ПО) в аноректальной зоне остается актуальной проблемой детской хирургии. По данным авторов, удовлетворительные результаты после однократного вмешательства составляет 50-80% [2,5,10]. После коррекции АРМ функциональные нарушения сфинктерного аппарата прямой кишки наблюдаются у 30–60% пациентов, что в дальнейшем приводит к недержанию кала (НК) и хроническому запору [1,3,4,6]. ПО при АРМ обусловлены диагностическими, тактическими и техническими ошибками [7,8,9,]. Выполнение реконструктивных операций хирургами без достаточного опыта приводит к развитию ПО [10,11]. Нами ретроспективно и проспективно проанализировав причины, наиболее часто встречающихся повторные патологические состояния в аноректальной зоны у детей, соответственно тактические подходы, методы их коррекции и меры профилактики.

Цель исследования – улучшить результаты лечения детей с ПО в аноректальной зоне на основе изучения их причин, разработать тактики и методы коррекции и меры профилактики их.

Материал и методы

Под нашим наблюдением на базах (1-ГКДБ г.Ташкента и МДОБ г.Самарканда) госпитальной детской хирургии ТашПМИ и СамГосМУ в 2007-2021г. находились 189 больных, которым выполнили различные первичные корригирующие операции. Среди них, ретроспективно изучен 68 (36%) больных, поступивших для ПРО в аноректальной зоне по поводу ПНАС заднего прохода и прямой кишки. Возраст больных составили: 3–12 мес. – 8 (11,7%); 1–3 года – 28 (41,1%); 3–7 лет – 22 (32,3%); 8–14 лет – 10 (14,7%). Этим больным проведены 159 ПРО: однократно – 59 (41,6%), дважды – 28 (12,8%), трижды – 11 (8,8%) и четырежды – 2 (1,6%). Мальчики составили – 32, девочек-36.

Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза и катанез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторную диагностику, УЗИ

с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миографию запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические, МРТ и эндоскопические исследования.

Нами проведен ретроспективный клинический анализ причин возникновения ПО при первичной и повторной коррекции АРМ, изучены ошибки, риск развития осложнения в ходе операции и разработаны способы их коррекции. Больные были распределены на две группы. Первая группа - 49 (72%) больных с ПНАС в результате диагностического, тактического, технического и сочетанного характера ошибок при повторных корректирующих операциях. Вторая группа - 19 (28%) больных с ПНАС вследствие врожденной неполноценности запирающего аппарата прямой кишки в сочетании с регионарными пороками развития.

Результат и обсуждение

В первой группе изучены ретроспективные и проспективные клинические данные обследований 49 больных с ПО в аноректальной зоне после хирургической коррекции АРМ. Выявлены следующие ошибки диагностического, тактического, технического и сочетанного характера: *Диагностические*: недостаточная оценка соматического статуса, пороков соседних органов и дооперационного обследования больных; неправильная рентгенологическая укладка больного для определения высоты атрезии, протяженности стеноза или отклонения аноректального угла; недиагностированные врожденные ректоуретральные свищи (РУС); неточная идентификация аномалии; неполноценное выявление причин и неточный анализ осложнений после первичной коррекции АРМ. *Тактические*: неправильный выбор показаний, доступа, радикального метода операции или наложения колостомы при коррекции порока и осложнений; излишняя попытка промежностным доступом поиска высокого атрезированного слепого конца кишки, что в большинстве случаев приводит к повреждениям мышц сфинктера; недостаточная квалификация хирурга. *Технические*: некорректный выбор операционного доступа, нарушения техники операции, приводящие к ранним ПО: *некроз культи низведенной кишки* в результате недооценки состояния аркадных сосудов брыжейки и, как следствие, нарушение кровоснабжения в низведенной кишке; тазовый перитонит в раннем послеоперационном периоде; *повреждения мышц сфинктеров в результате* чрезмерной дивульсии при внутрибрюшинной туннелизации при высокой форме атрезии, полном заращении дна таза после неоднократной коррекции; случайное ранение уретры при повторной мобилизации толстой кишки на фоне массивного спаечного процесса на дне таза, внесфинктерного низведения дистальной части толстой кишки; *рецидивы ректovesибулярных свищей (РВС) и РУС* вследствие технических погрешностей операции, неадекватного выбора метода и доступа; *хроническая ишемия низведенной кишки* после неоднократной мобилизации и низведения короткого остатка толстой кишки, натяжения кишки или перерастяжения брыжеечных сосудов и значительного пересечения магистральных крупных сосудов, приводящих к обеднению кровообращения. *Сочетанные* - сюда вошли сочетание всех видов ошибок.

В ряде случаев диагностические ошибки приводили к тактическим в отношении выбора доступа, а они, в свою очередь, – к техническим. В результате возникали следующие ПО: *стенозы заднего прохода и прямой кишки; вторичный мегаректум*, возникающий в поздние сроки; длительные воспалительные процессы в области раны промежности в раннем послеоперационном периоде, расхождения швов раны, нередко возникающие на фоне плохой предоперационной подготовки; *деформация ануса с рубцовым перерождением наружного сфинктера и дефекты ректо-вагинальной перегородки* после многократной промежностной проктопластики. Развитие рубцового процесса обусловлено натяжением брыжейки и недостаточным кровоснабжением стенки низведенной толстой кишки. *Дефекты перегородки органов промежности* анатомически проявляются в виде «искусственной клоаки», а клинически – недержанием кала и газа. *Избыточная слизистость низведенной кишки*, возникающая после низведения прямой кишки. *Параректальный свищ*, возникающий в раннем послеоперационном периоде на фоне повышения давления каловыми массами, «камнями» или при ретракции низведенной кишки приводит к частичному расхождению швов анастомоза. Параректальный свищ на фоне воспалительного процесса или при клизме формирует ход в направлении промежности и открывается далеко от заднего прохода или ягодичной области.

Таким образом, локальные проявления вторичных деформаций и патологические состояния изучаемой 68 больных были разнообразны. Наши клинические данные о виде и количество патологических состояний, приводящих к ПНАС при хирургической коррекции АРМ у детей (табл. №1).

Таблица 1

Виды и количество патологических состояний, приводящих к ПНАС

№	Виды осложнений	Кол-во	%
1	Дефект ректовлагалишной перегородки	6	8,8
2	Рецидив РУС	2	3,6
3	Рубцовая деформация ануса и влагалища	4	7,1
4	Непротяженный стеноз ануса и прямой кишки	14	20,5
5	Протяженный стеноз ануса и прямой кишки	5	8,9
6	Преобритенная «Искусственная клоака»	2	3,6
7	Послеоперационная дистопия ануса	4	7,1
8	Рецидив РВС	10	14,7
9	Внесфинктерное низведение толстой кишки	2	3,6
	Параректальной свищ с деформацией ануса	1	1,8
	Рубцовая деформация ануса	9	13,2
	Выстояние слизистой низведенной кишки	7	12,5
	Деформация ануса с рубцовым перерождением наружного сфинктера	2	3,6
	ВСЕГО	68	100%

Таким образом, мы исходя перечисленных всех причины неудовлетворительных функциональных результатов ПНАС различаем на две группы больных: непосредственно связанной с диагностическими, тактическими и оперативно-техническими ошибками и не связаны с ними.

К первой группе причин ПНАС относятся интраоперационная травма, неудачные повторные операции и гнойно-воспалительные осложнения вследствие диагностических, тактических и технических ошибок, которые приводят к стенозу или дистопии анального канала, деформации околоанальной области, выстоянию слизистой низведенной кишки, рецидиву свища в мочевую или половую систему приведём клинические примеры (рис.1а и1б.). а)



Больная Д.9 лет;
Причина-техническая ошибка:
1) неполная мобилизация высокой формы РВС
2) упушения передней



Больная С. 15 лет.
Причина- технические и тактические ошибки:
1) неполноценная мобилизация РВС,
2)упущение передней леваторопластики,
3) нагноение



Больной С.7 лет.
Причина-диагностические и тактические ошибки:
1)удвоение влагалища и ректовагинальный свищ, неправильно диагностированной как «РВС»,
2)необоснованный выбор метода,



Больной С.6 лет.
Причина-диагностические и технические ошибки:
1)неполноценная мобилизация РВС,
2)упущение передней леваторопластики,
3) нагноения ран с расхождением швов

б)



Больной X.2г. Причина: технические ошибки при БППП, неполноценное укрепление наружных сфинктеров и избыток слизистой на промежностном этапе коррекции патологии привело к НАС и выстояние слизистое

Больной X.4г. Причина: технические ошибки при коррекции бесвишцевой формы АРА и недооценка агенезии копчика. При БППП на промежностном этапе – упущение сфинктеролеваторопластики привело к НАС и зияния и деформации ануса

Больной М.12л. Причины диагностических и тактических ошибок при определении высоты бесвишцевой формы АРА; недооценка агенезии копчика и крестца и БППП на промежностном этапе упущение передней и задней леваторопластики привело к НАС и деформации ануса

Больной М.12л. Причины диагностических и тактических ошибок при коррекции бесвишцевой формы АРА; при БППП внесфинктерного низведение кишки и образования параректального свища привело к НАС и дистопии и деформации ануса

Рис.1. Патологические состояния приводящей к ПНАС, вследствие диагностических и технических ошибки и осложнения после первичной коррекции ректовестибулярного свища-А); и высокой свишцевой и безвишцевой формы аноректальной атрезии -Б).

Ко второй группе причин ПНАС относились: нарушения иннервации тазовых органов за счет утолщения терминальной нити спинного мозга; недоразвитие каудального отдела позвоночника (аплазии или агенезии крестца и копчика) и мышечных структур сфинктерного аппарата (аплазии или гипоплазия мышечного комплекса); нарушение иннервации органов малого таза несмотря на корректную первичную или повторную аноректопластику (рис.2).



Спинномозговая грыжа



Аномалия позвоночника



Тератома крестцо-копчиковой области



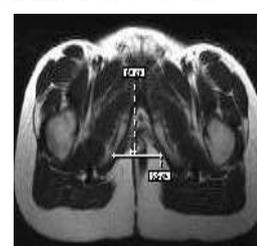
Отсутствие правой половины крестца



Агенезия крестца



Утолщение терминальной нити



Гипоплазия мышечного комплекса

Рис. 2. Врожденные патологии приводящей к ПНАС (неуправляемый) на фоне нарушения иннервации тазовых органов, недоразвитие каудального отдела позвоночника и мышечных структур сфинктерного аппарата.

Среди врожденной патологии приводящей к ПНАС у 19 (28%) ПРО больных нами выявлено агенезия копчиковой и крестцово-копчиковых позвонков.

Лечение. На основе комплексного обследования 58 больных, подвергшихся повторным операциям, разработана тактические подходы хирургической коррекции, оптимизированы диагностика, методы хирургической коррекции, интра- и послеоперационные меры профилактики ПНАС для каждой группы больных. В зависимости от выраженности ПНАС оптимизированы показания к консервативному (реабилитация) и хирургическому (повторной коррекции) лечению.

Мы при хирургической коррекции ПНАС всегда стремились обеспечить сохранности сфинктерного аппарата прямой кишки, разобраться в тонкостях топографо-анатомических взаимоотношений органов промежности, восстановить физиологическое состояние созданных прямой кишки и заднего прохода, назначить адекватное реабилитационное лечение.

Показания к хирургическому лечению первой группе больных определяли по степени тяжести повреждения мышечных структур анального сфинктера, деформации аноректальной области и выстоянием слизистой. При отсутствии выраженной деформации лечение начинали с консервативных мер, при их неэффективности выполняли повторную коррекцию. Бужирование анального канала бужами возрастающего диаметра с 14 дня после оперативного лечения, использование мази и ректальных свечей с лидазой и электростимуляция анального жома. Ректальная гимнастика и тренировочные клизмы по принципам биологически обратной связи (БОС) детям старше 3-5 лет. Выработка индивидуального стиля жизни для больного с крайне тяжелой формой порока. При наличии деформации (стеноз, эктопии, свищи, дефекты) и выстоянии слизистой проводили оперативное лечение независимо от степени повреждения сфинктеров.

Для профилактики ПО при ПРО мы использовали следующие технические приемы и интраоперационную тактику: по возможности при коррекции осложнений обойтись без брюшного доступа; для сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации промежности стремиться к минимальной диссекции тканей; точное выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; стремиться к восстановлению физиологического аноректального угла; сохранения внутреннего анального сфинктера; исключать натяжение в зоне вновь сформированного неоануса. Повторные корригирующие операции мы выполняли при меньшем выборе проктопластики в классическом варианте на фоне грубых рубцовых изменений тканей промежности. При этом, нами получены значительно лучшие результаты лечения детей (табл. №2).

Благодаря оптимизации диагностики, тактики, методов интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационных мер профилактики осложнений у первой группы больных удалось корригировать ПНАС в 36 случаях из 42, что составляет 85,6% случаев хороших и удовлетворительных результатов. Оптимальными критериями явились: оптимизация качества дооперационной диагностики, подготовки больного к операции; своевременное выявление сопутствующих аномалий соседних органов, профессиональность хирурга, адекватность выбора тактики и техники выполнения корригирующей операции, качественное реабилитационное лечение.

Вторая группа больных с с ПНАС вследствие врожденной неполноценности запирающего аппарата прямой кишки в сочетании с регионарными пороками развития (аплазии, агенезии крестца и копчика, гипоплазия мышечного комплекса); нарушение иннервации органов малого таза, долгое время сохранились НК, несмотря на корректную первичную аноректопластику. В этой группе больных у 13 больных с агенезии копчика, при повторной корригирующей операции дополнительно восстанавливали анококцигеальной связки. У этих категории больных, длительная электростимуляция анального жома, ректальная гимнастика, тренировочные клизмы, индивидуальный образ жизни, неврологическое лечение в течение 3 лет, привело у 30% случаев к удовлетворительному результату.

Таблица 2

Результаты хирургического лечения НАС у первой группы больных, допущенной ошибок и осложнений

Осложнение	Консервативное лечение и методы повторной коррекции	Результаты, количество пациентов (%)			Всего (%)
		хор.	удов.	неуд.	
1. Без значительного повреждения наружного сфинктера и легкой деформаций ануса (НАС 1 степени)	Консервативное (бужирование, ЭСМ анального жома, физиотерапия, ректальная гимнастика и тренировочные клизмы, неврологическое лечение)	11 (23,2)	3 (8,9)	-	14 (32,2)
2. Значительное повреждение мышечных структур + выстояние слизистой (НАС 1–2 степени)	Удаление избыточной слизистой + леваторопластика или анопластика + консервативное	6 (16)	5 (10,7)	1	12 (26,8)
3. Значительное повреждение мышечных структур + рубцовая деформация аноректальной области (НАС 2–3 степени)	Передней или задней сагитальным доступом проводит сфинктеролева торопластика+ многократное консервативное	5 (5,4)	4 (10,7)	2 (7,3)	11 (25)
4. Повреждения всех элементов запирающего аппарата (НАС 3 степени)	БППП, ПСАРП, ЗСАРП или АРП с реконструкцией ануса с восстановлением пуборектальной петли, анатомических дефектов + многократное консервативное лечение	-	2 (5,4)	3 (10,7)	5 (16)
ИТОГО		22 (52,3)	14 (33,3)	6 (14,4)	42 (100)

Таким образом, тактические подходы к хирургической коррекции послеоперационных осложнениях в аноректальной зоне у детей приводящие к ПНАС не ограничивается лишь совершенствованием хирургической техники, изучением причин ошибки, осложнения, выявления врожденной сопутствующей патологии, а также при ПРО разработать меры интраоперационной и послеоперационные меры их профилактики, медицинской и социальной реабилитации больных.

Выводы

1. Анализ причин ошибок, оптимизация диагностики, тактики интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационные меры профилактики способствуют улучшению результатов лечения детей.
2. Оптимизация тактических подходов, методов хирургического и реабилитационного лечения привела к улучшению результатов лечения ПНАС до 85,4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аверин В.И. и др. (2015). Аноректальные мальформации у детей (федеральные клинические рекомендации): научное издание. // Детская хирургия. 2015;19(4):29-35.
2. Наврузов С.Н и др. (2014). Ошибки и осложнения при выполнении операции на аноректальной зоне. // Хирургия Узбекистана. 2014;1(61):65-68.



3. Гераскин А.В., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. (2012). Детская колопроктология. Москва. Издательская группа «Контент». 664.
4. Хамраев А.Ж. (2020). Хирургия тольтой кишки у детей. Т. Изд. “Noshirlik yog’dusi”: 2020;665.
5. Хамраев А.Ж., Раҳмонов Д.Б. Тактика хирургической коррекции при повторной операции аноректальной зоне у детей. // Журнал «Здравоохранения Таджикистана». Душанбе. 2019;4(343):49-55.
6. Shiryaev N.D., Kaganov I.M. Essays on reconstructive surgery of the external genitalia in children. Part 2. Syktyvkar, 2017, p. 81. (In Russian)]
7. Creighton S. M., Chernausek S.D., Romao R., Ransley P.G., Pippi Salle J. Timing and nature of reconstructive surgery for Disorder of Sex Development – Introduction. // J. Pediatr. Urol., 2013;8:602-610.
8. Pippi Salle L., Lorenzo A. J., Jesus L. E., et al. Surgical treatment of high urogenital sinuses using the anterior sagittal transrectal approach: A useful strategy to optimize exposure and outcomes. // J. Urol., 2015;187:1024-1031.
9. Gonzalez R., Ludwikiwski B. Management of the high urogenital sinus – Risk of overexposure? // J Urol., 2014;187:787-788.
10. Khamraev A.J., Rakhmanov D.B./Repeated Reconstructive Surgeries for postoperative Complications of Malformations in Children. //Журнал «Mediko-legal Update» New Delhi. 2020;4(20):1034-1042.
11. Khamraev A.J., Rakhmanov D.B., Raupov F.S. Reconstructive surgeries for postoperative complications of anorectal malformations in children. // Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases 2021 y. <https://www.Skopus.com/sorceid/12513>. 2021;117-125.

Поступила 10.09.2023