

2013, No. 17 (1), pp. 21-25.

9. Giannini I., Amato A., Basso L, et al. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. *Coloproctology*, 2015, No. 19 (6), pp. 339-45.

ХУЛОСА

**К.М. Курбонов, О.Ю. Назирбоева,
М.Х. Саидова, Г. Бахронова**

ВАЙРОНШАВИИ МУБОДИЛАИ МАГНИЙ ВА КОРРЕКСИЯИ ОН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ БАВОСИРИ МУЗМИН ДАР ҲОМИЛАДОРОН

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши нишондодҳои миқдори магний ва кислотаи аскорбинӣ дар давраҳои гуногуни ҳомиладорӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои омӯзиши нақши ионҳои магний ва миқдори кислотаи аскорбинӣ дар пайдошавӣ ва афзоишӣ БО 60 занҳои ҳомиладор дар давраҳои гуногуни ҳомиладорӣ дар зардоби хун санҷида шуда буданд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми ҳомиладорӣ санҷидани

миқдори магний дар эритроцитҳо дар занон бо БО ва БО яқчо бо ректоселе дараҷаҳои гуногуни тағирёбии гипомагниемия нишон дода аст.

Табобати медикаментозии БО дар ҳомиладорон дар 39 (65%) ҳолат гузаронида шудааст. Барои пешгирӣ ва табобати БО дар ҳомиладорон усули коррексияи гипомагниемия ва дисплазияи бофтаи пайвастананда коркард карда шудааст. Ба сифати модулятори синтези коллаген магний оротат истифода шудааст, ки барои протсеси синтези коллаген таъсир мерасонад. Оротат магнийро 1000мг 3 бор дар 1 рӯз дар давоми 7 рӯз ва баъдан 500 мг 2-3 бор дар 1 рӯз таъин карда шуда буд. Мавади доруворӣ ба занони ҳомиладор бо нишонаҳои клиникӣ дисплазияи бофтаи пайвастананда бо гипомагниемия (1,34 ммол/л) таъинот карда шуда буд. Дар давраи мушоҳида (2 сол) таъсири манфии дорувориҳо ҷой надошт.

Хулоса. Ҳамин тариқ, истифодабарии коррексияи комплекси гипомагниемия ба паст намудани хуруҷёбии БО ва оризаҳои он, инчунин ба комилан мувофиқӣ раванди ҳомиладорӣ дар ҳомидорони мушоҳидавӣ мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: бавосири музмин, ҳомиладорӣ, вайроншавии мубодилаи магний, коррексия.

УДК 616-085 (575•3)

К.С. Олимова¹, М.С. Талабзода¹, Х. Дҷ. Аминов²

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

¹Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

²Таджикский национальный университет

Цель исследования. Оценка качества проведения комбинированного наркоза с использованием перидуральной анестезии у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ клинического течения наркоза 61 больного, в возрасте от 2 до 14 лет, которым проводились плановые хирургические вмешательства по поводу пороков развития мочевыводящих путей за 2011- 2015 годы, в НМЦ РТ, клинике детской хирургии.

Из оперированных больных 38 детей были с двусторонними врожденными обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей. Из них, с дисплазией пузырно-мочеточникового сегмента – 21, с дисплазией ЛМС – 13.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде регистрировали минимальный расход препаратов, с улучшением показателей гемодинамики, насыщением артериальной крови кислородом, ранним восстановлением пассажа кишечника. В зависимости от вариантов послеоперационной аналгезии, больные были распределены на 2 группы. В 1-ой группе 31 больным послеоперационное обезболивание проводилось продленной перидуральной аналгезией + промедол (0,1 мл/кг). В 2-ой группе 30 больным проводилась продленная перидуральная аналгезия раствором лидокаина. Продолжительность аналгезии составляла 3-4 сутки. Учитывая относительную простоту выполнения, более короткий латентный период и более выраженную

аналгезию послеоперационного течения, дозировка местного анестезина, при оперативных вмешательствах продолжительностью более 1,5 часов, а также при необходимости поддержания постоянного уровня анестезии в интра- и послеоперационном периоде, целесообразно использовать сбалансированную перидуральную анестезию с катетеризацией в послеоперационном периоде.

Заключение. Методы комбинированной анестезии с перидуральной анестезией в детской урологии позволяют отказаться от использования наркотических анальгетиков, миорелаксантов, или значительно снизить дозировки, обеспечивают надежную аналгезию, быстрое восстановление сознания и благоприятный эмоциональный фон в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: анестезией в детской урологии, пороки развития мочевыделительной системы у детей, острое почечноповреждение.

K.S. Olimova, M.S. Talabzoda, H.J. Aminov

ANESTHETIC MANAGEMENT OF CHILDREN WITH MALFORMATIONS OF URINARY SYSTEM DEVELOPMENT ASSOCIATED WITH ACUTE RENAL FAILURE

*Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan
Tajik National University, Dushanbe, Tajikistan*

Aim. To assess the quality of combined anesthesia with an application of epidural anesthesia in children.

Materials and methods. The clinical course of anesthesia of 61 patients, aged 2 to 14 years, who underwent planned surgical interventions for malformations of the urinary tract in the Hospital of pediatric surgery, was analyzed.

38 of the operated patients had bilateral congenital obstructive diseases of the upper urinary tract. Of these, 21 patients had dysplasia of the vesicoureteral segment and 13 patients had dysplasia of ureteropelvic segment

Results and discussion. In the postoperative period, minimal usage of drugs was recorded, with an improvement of hemodynamics, oxygen saturation of arterial blood, and early restoration of intestinal passage. Patients were divided into 2 groups according to the applied approaches of postoperative analgesia. The 1st group included 31 patients that received prolonged epidural analgesia + promedol (0.1 ml/kg) as postoperative analgesia. The 2nd group included 30 patients who underwent extended epidural analgesia with a lidocaine solution. The duration of analgesia was 3-4 days. Given the relative ease of the implementation, a shorter latent period and a more pronounced analgesia in the postoperative course, during surgeries lasting more than 1.5 hours, and when it is necessary to maintain a constant level of anesthesia in the intra- and postoperative period, it is recommended to use balanced epidural anesthesia with catheterization in the postoperative period.

Conclusion. Methods of combined anesthesia with epidural anesthesia in pediatric urology allow to abandon the use of narcotic analgesics, muscle relaxants, or significantly reduce the dosage, provide reliable analgesia, quick consciousness recovery and a favorable emotional background in the early postoperative period.

Keywords: anesthesia in pediatric urology, malformations of the urinary system in children, acute renal failure.

Актуальность. Болевая импульсация, исходящая из операционной раны и достигающая супраспинальных структур центральной нервной системы, является основной причиной развития у оперируемых пациентов ряда эндокринных и метаболических изменений, активации симпатoadrenalовой системы, системного воспаления, гемостаза, сопровождающих любое оперативное вмешательство. Данные изменения, происходящие в организме пациента, объединяются в общее понятие «хирургический стресс-ответ», выраженность которого определяется, с одной стороны, травматичностью операции и адекватностью периоперационного анестезиологического пособия, с другой [1, 4]. Учитывая вышеизложенное, выбор метода анестезии (общей и/или регионарной), обеспечивающего полноценную ноцицептивную

защиту пациента от хирургического стресс ответа, является весьма актуальной проблемой современной анестезиологии.

Успехи современной детской урологии в оперативном лечении заболеваний почек и мочевыделительных органов в значительной степени связаны с совершенствованием принципов предоперационной подготовки и методов обезболивания

Больные, с пороками развития мочевыделительной системы, имеют нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, также наблюдаются явления метаболических изменений, ацидоз, анемия, уремическая интоксикация. Адекватное обезболивание и хорошие условия обеспечивают, как эпидуральная, так и спинномозговая анестезия.

Целью современной анестезиологии является

не только обезбоживание хирургического вмешательства и создание благоприятных условий для оперирующего, но и управление жизненно важными функциями органов в период преднаркозной подготовки, операции и послеоперационном периоде [2, 3, 5]. Для благоприятного течения обезбоживания, операции и послеоперационного периода необходим наиболее благоприятный ход физиологических процессов перед началом операции. Оптимальный ход физиологических процессов в организме достигается в основном двумя путями; воздействием лечебных мероприятий на нервно-соматический статус. Для возможного устранения патологических явлений, вызванных в основном сопутствующими заболеваниями, психопрофилактической и медикаментозной подготовкой больных, столь важной для устранения отрицательных эмоций и благоприятного течения жизненных процессов организма больного, помогающих противостоять внешним воздействиям [2, 4, 5].

Цель исследования. Оценка качества проведения комбинированного наркоза с использованием перидуральной анестезии у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы клинические течения наркоза 61 ребёнка, в возрасте от 2 до 14 лет, которым проводились плановые хирургические вмешательства по поводу пороков развития мочевыводящих путей за 2011-2015 годы, в НМЦ РТ, клинике детской хирургии.

Из оперированных больных 38 детей с двусторонними врожденными обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей. Из них, с дисплазией пузырно-мочеточникового сегмента – 21, с дисплазией ЛМС – 13. Всем детям проводился мониторинг оценки адекватности анестезии по показателям центральной гемодинамики (ЧСС, S_p , O_2 , C-A/D, УО, ОПСС, СИ), вегетативного статуса, а также газового состава крови на разных этапах анестезии: до операции, во время оперативного этапа и в конце вмешательства.

Методика анестезиологического пособия различалась между группами и включала следующие компоненты: премедикация: атропин 0,1% в дозе 0,01 мг/кг, внутримышечно за 30 минут до операции; вводный наркоз оксибутират натрия из расчета 80-100 мг/кг превышающим минутный объем дыхания пациента (МОД), далее выполнялась установка ларингеальной маски, либо после введения фентанила в дозе 2 мкг/кг и ардуан в дозе 0,5 мг выполнялась интубация трахеи. Подбор ларингеальной маски и эндотрахеальной

трубки осуществлялся по массе тела и возраста. Катетеризация перидурального пространства осуществлялась на T_{12} - L_1 предварительным в/в введением кетамина 1-1,5 мг/кг. Интраоперационный седативный эффект достигался дробным внутривенным введением кетамина из расчёта 1 мг/кг. Перидуральная анестезия осуществлялась лидокаином в дозе 6-8 мг/кг. Интра-операционный мониторинг состояния пациента включал электрокардиографию, ЧСС, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрию, термометрию, контроль газового состава (концентрации кислорода) во вдыхаемом и выдыхаемом воздухе, определение минимальной альвеолярной концентрации. Нами также производилась регистрация параметров вентиляции: дыхательного объема, минутного объема дыхания, пикового давления на вдохе (P_{max}), сопротивления дыхательных путей, комплаенс. Для оценки уровня глубины анестезии контролировали биспектральный индекс (BIS). С учетом всех вышеперечисленных параметров оценивали адекватность течения анестезии.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде регистрировали минимальный расход препаратов, с улучшением показателей гемодинамики, насыщением артериальной крови кислородом, ранним восстановлением пассажа кишечника. В зависимости от варианта послеоперационной аналгезии, больные были распределены на 2 группы. Первая группа - 31 больных которым проводилась продленная перидуральная аналгезия + промедол (0,1 мл/кг). Вторая группа - 30 больных которым проводилась продленная перидуральная аналгезия раствором лидокаина. Продолжительность аналгезии составляла 3-4 сутки. Объем проведенной инфузионной терапии и кровопотери во время оперативного вмешательства достоверно не отмечался в обеих группах. У 4 из 61 больных во время и после обезбоживания, отмечались осложнения: угнетение и снижение А/Д (3), нарушение микроциркуляции (1), аллергические реакции на введение анальгетика после введения тест-дозы лидокаина. У 7 из 61 больных наблюдались послеоперационные осложнения (пневмония-3, нагноение-2, непроходимость кишечника-2). При проведении послеоперационной перидуральной аналгезии не зарегистрированы осложнения, связанные с пункцией перидурального пространства и введения препаратов. В отделении реанимации и интенсивной терапии больные получили комплексную инфузионную терапию с учетом имеющейся патологии, и прово-

дилась коррекция кислотно-основного состояния и электролитного баланса. Необходимо отметить, что во 1-ой группе в перидуральное пространство вводился раствор лидокаина 2% и фентанила, а и во 2-ой группе только лидокаин.

Первые и вторые послеоперационные сутки достоверного различия в дополнительном парентеральном введении промедола не отмечалось. У 7 больных из 2-ой группы на 3 сутки дополнительно введен парентерально баралгин 1 раз в сутки. Продолжительность послеоперационной аналгезии, при перидуральной анестезии, составила 180 ± 85 мин.

Учитывая относительную простоту выполнения, более короткий латентный период и более выраженную аналгезию послеоперационного течения, дозировка местного анестезина, при оперативных вмешательствах продолжительностью более 1,5 часов, а также при необходимости поддержания постоянного уровня анестезии в интра- и послеоперационном периоде, целесообразно использовать сбалансированную перидуральную анестезию с катетеризацией в послеоперационном периоде.

Методы комбинированной анестезии с перидуральной анестезией в детской урологии позволяют отказаться от использования наркотических анальгетиков и миорелаксантов; или значительно снижают их дозировки; обеспечивают надежную аналгезию; быстрое восстановление сознания и благоприятный эмоциональный фон в раннем послеоперационном периоде.

Вывод. Таким образом, из полученных результатов следует, что продленная перидуральная аналгезия лидокаина с промедолом обеспечивает более качественное обезболивание после травматичных операций, по сравнению с парентеральным введением опиоидов. В послеоперационном периоде больным 1-ой группы (ПА+промедол) обезболивание проводилось двукратно, а больным 2-ой группы (ПА), после определения всех параметров гемодинамики, аналгезия проводилась каждые 6 часов.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 6 см. в REFERENCES)

1. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев // СПб.: СОТИС. - 2007. - 139 с.

2. Гранки В.И. Острая почечная недостаточность. Патогенез, диагностика и лечение. Национальный медицинский каталог / В.И. Гранки //

БДЦ. - 2016. - №1(8). - С. 63-67.

3. Исмаилов К.И. Особенности течения острого почечной недостаточности у детей раннего возраста при анемии / К.И. Исмаилов // Педиатрия и детский хирургии Таджикистана. - 2013. - №2. - С. 18-21

4. Икромов Т. Ш. Состояние почечной гемодинамики у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек / Т.Ш. Икромов, А.М. Мурадов, Х. Ибодов // Медико-биологическое журнал Ульяновск. - №1. - С. 16-22

5. Икромов Т.Ш. Гемодиализ, как предоперационный компонент интенсивной терапии у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек / Т.Ш. Икромов, А.М. Мурадов, А. Хамрокулов, П.Т. Каримова // Здравсохранение Таджикистана. - 2017. - №1. - С. 25-33.

REFERENCES

1. Aleksandrovich Yu. S. *Otsenochnye i prognosticheskie shkaly v meditsine kriticheskikh sostoyaniy* [Evaluation and prognostic scales in emergency medicine]. St. Petersburg, SOTIS Publ., 2007. 139 p.

2. Granki V. I. *Ostraya pochechnaya nedostatocnost. Patogenez, diagnostika i lechenie. Natsionalnyy meditsinskiy katalog* [Acute renal failure. Pathogenesis, diagnosis and treatment. National Medical Directory]. BDC, 2016, No. 1 (8), pp. 63-67.

3. Ismailov K.I. *Osobennosti techenie ostryy pochechnoy nedostatocnosti u detey rannego vozrasta pri anemii* [Features of the course of acute renal failure in young children with anemia]. *Pediatrya i detskiy khirurgii Tadjikistana - Pediatrics and pediatric surgery in Tajikistan*, 2013, No. 2, pp. 18-21

4. Ikromov T. SH., Muradov A. M. *Sostoyanie pochechnoy gemodinamiki u detey s urolitiazom, oslozhnennym khronicheskoy boleznii pochek* [Renal hemodynamics in children with urolithiasis complicated by chronic kidney disease]. *Mediko-biologicheskoe zhurnal - Ulyanovsk medical and biological journal*, No. 1, pp. 16-22.

5. Ikromov T. Sh., Muradov A. M. *Gemodializ, kak predoperatsionnyy komponent intensivnoy terapii u detey s urolitiazom, oslozhnennym khronicheskoy boleznii pochek* [Hemodialysis as a preoperative component of intensive care in children with urolithiasis complicated by chronic kidney disease.]. *Zdravsookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 1, pp. 25-33.

6. Lanugos O., Wald R., O’Bell J.W. et al. *Epidemiology and outcomes of acute renal failure in hospitalized patients: a national survey. Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2013, Vol. 1, pp. 4351.

ХУЛОСА

К.С. Олимова, М.С. Талабзода, Х.Ч. Аминов

**ТАЪМИНОТИ АНЕСТЕЗИОЛОГӢ ДАР
МАВРИДИ КӢДАКони ГИРИФТОРИ
НУҚСОНҲОИ ИНКИШОФИ СИСТЕМАИ
ПЕШОБҲОСИЛКУНАНДА, КИ ОНРО ИЛ-
ЛАТИ ШАДИДИ ГУРДА ҲАМБАСТА АСТ**

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии сифати гузаронидани наркози омехта бо истифода аз анестезияи перидуралӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз ҷониби мо таҳлили чараёни клиникӣ наркоз зимни 61 кӯдаки синашон аз 2 то 14 сола ба амал оварда шуд, ки дар мавриди онҳо солҳои 2011 то 2015 дар ММТ ҚТ, клиникаи ҷарроҳии кӯдакона амалиёти нақшавӣ бобати нуқсонҳои инкишофи роҳҳои пешоббарор гузаронида шудааст. Аз зумраи беморони ҷарроҳишуда 38 кӯдак гирифтори нуқсони модарзодии дутарафаи инсидодии бемориҳои бо-лоии пешоб буданд. Аз ҷумла, 21 бемор гирифтори дисплазияи сегменти масонаву ҳолиб ва 13 пациент гирифтори дисплазияи ЛМС буданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар давраи пасазҷарроҳӣ харчи минималии препаратҳо бо беҳтар гардидани нишондиҳандаҳои гемодинамика, бо оксиген пурра таъмин будани хуни шарёнӣ, барвақт барқарор шудани пассажи рӯдаҳо

ба қайд гирифта шуд. Дар робита ба вариантҳои анестезияи пасазҷарроҳӣ беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Зимни гурӯҳи якум ба 31 бемор беҳисгардонии пасазамалиётӣ тавассути анестезияи дарозмуддати перидуралӣ+промедол (0,1 мл/кг) ба амал оварда шуда. Дар мавриди гурӯҳи дуюм бошад, ба 30 пациент анестезияи дарозмуддати перидуралӣ бо маҳлули лидокаин гузаронида шуд. Давомнокии анестезия 3-4 шабонарӯзро ташкил медод. Бо назардошти содагии қиёсии иҷро, давраи нисбатан кӯтоҳи ниҳонӣ ва анестезияи нисбатан зухурёфтаи чараёни пасазҷарроҳӣ ҳангоми амалиётҳои давомнокиашон зиёда аз 1,5 соат, инчунин ҳангоми зарурати нигоҳ доштани сатҳи доимии анестезия дар марҳилаи дохилиҷарроҳӣ ва пас аз он ба қор бурдани анестезияи мувозинатёфтаи перидуралӣ бо қастарақунонӣ дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ мувофиқи мақсад хоҳад буд.

Хулоса. Усулҳои омехтаи анестезия бо анестезияи перидуралӣ дар урологияи кӯдакона даст кашидан аз истифодаи аналгетикҳои муҳадирӣ, миорелаксантҳо ё зиёдтар коҳиш додани вояро имконпазир гардонида, анестезияи боэътимод, зудтар барқарор шудани ҳуш ва заминаи мусоиди эмотсионалиро дар марҳилаи барвақти пасазамалиётӣ таъмин менамояд.

Калимаҳои калидӣ: анестезия дар урологияи кӯдакона, нуқсонҳои инкишофи системаи пешобҳосилкунанда дар кӯдакон, иллати шадиди гурда.

УДК 616.35-089.193.4-053.2

А.Ж. Хамраев, Д.Б. Рахмонов

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ
АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ.**

Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского Педиатрического Медицинского Института

Хамраев Абдурашид Журакулович - д.м.н, профессор кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ; email: abdurashid-56@rambler.ru; тел: +998909706162;

Цель исследования. Улучшение результатов лечения послеоперационных осложнений повторной операции на аноректальной зоне.

Материал и методы исследования. С 2007 по 2019 гг в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ ТашПМИ и МДОБ СамМИ находились на ПРО аноректальной зоны 62 больных. Всем больным проводилась комплексное обследование: клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторная диагностика, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миография запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические методы исследования, МРТ и эндоскопические исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения катamnестических и клинических данных

обследованных 62 детей до 18 лет, нуждающихся к ПРО, выявлены ошибки и недостатки, которые имели диагностический, тактический и технический характер.

Выводы. Анализ причин, оптимизации диагностики, тактики интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационные меры профилактики способствует улучшению результатов лечения ПРО на аноректальной зоне у детей.

Ключевые слова: послеоперационные осложнения, повторные корректирующие операций, аноректальная зона, тактические и технические ошибки.

A.Zh. Khamraev, D.B. Rakhmonov

SURGICAL APPROACH TO THE REOPERATION OF THE ANORECTAL AREA IN CHILDREN

Department of Hospital Pediatric Surgery, Tashkent Pediatric Medical Institute

Hamraev Abdurashid Zhurakulovich - doctor of medical sciences, professor of the Department of Hospital Pediatric Surgery of Tashkent Pediatric Medical Institute; e-mail: abdurashid-56@rambler.ru; tel: +998909706162;

Aim. To improve results of postoperative complications of reoperation of the anorectal zone.

Material and methods. From 2007 to 2019 the department of pediatric surgery № 1 accepted 62 patients for repeated reconstructive operations of the anorectal area. All patients underwent complex examination: clinical examination including rectal examination, laboratory diagnostics, ultrasound with doppler scanning of the abdominal cavity and pelvic organs, myography of sphincter apparatus of the rectum, x-ray examination, MRI and endoscopic examination.

Results and discussion. Studying the results of follow-up observation and clinical data of 62 patients that require recurrent postoperative surgery, some errors, and flaws of diagnostic methodic and technical character were discovered.

Conclusion. Analysis of the etiology, optimization of diagnostics, intra-operational correction approach and postoperative prevention measures improve the results of recurrent reconstructive surgery of anorectal area in children.

Keywords: postoperative complications, recurrent reconstructive surgery, anorectal area, methodic and technic errors.

Актуальность. При хирургическом лечении аноректальных мальформаций (АРМ), послеоперационные осложнения (ПО) аноректальной зоны остаются далеко нерешенной проблемой в детской хирургии. После хирургической коррекции АРМ, в результате функциональных нарушений сфинктерного аппарата прямой кишки у 30-60% пациентов в дальнейшем наблюдается недержание кала или запоры [1-3]. При этом, основной причиной неудовлетворительных результатов лечения АРМ составляют диагностические, тактические и технические ошибки, которое часто приводят к развитию ПО аноректальной зоны, которые требуют повторных реконструктивных операций (ПРО). При этом, оптимизация хирургической тактики, показаний и выбора метода при повторной операции является актуальной проблемой в детской хирургии [4-6].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ПО аноректальной зоны на основе изучения причин осложнений, разработка мер профилактики путем оптимизации диагностики ПРО у детей.

Материалы и методы исследования. С 2007 г. по 2019 г. в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ (ТашПМИ) и МДОБ (СамМИ) находились

на ПРО аноректальной зоны у 62 больных. Возраст больных составлял: 3-12 мес.-5 (8%); 1-3 года-26 (41,9%); 3-7 лет-19 (30,6%); 8-14 лет - 9 (14,5%), 14-18 лет-3(4,8%). При этом, нами проведено 139 ПРО: двухкратно в 24 (37,5%) случаях, – трёхкратно в 23 (35,9%), четырёхкратно и больше – в 15 (24,3%) случаях. Мальчики - 29 и девочек - 33.

Всем больным, проводилось комплексное обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза и катамнез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторная диагностика, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миография запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические методы исследования, МРТ и эндоскопические исследования (рис. 1).

Среди всех повторно оперированных у 21 (40,4%) больных детей отмечались агенезия копчиковой и крестцово-копчиковых позвонков.

Нами проведен клинический анализ причин возникновения осложнений, возникшей при первичной и повторной коррекции осложнения АРМ, были изучены ошибки в ходе операции и разработаны возможные меры их коррекции. Больные были распределены на 2 группы. В 1-й группе были 38 больных детей с осложнениями, ранее