

УДК 616.345-053.2-089.844

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ****М.Т. Аубакиров<sup>1</sup>, А.А. Дюсембаев<sup>1</sup>, М.С. Санбаев<sup>1</sup>, М.С. Дюсупжанов<sup>2</sup>, Е.А. Жумажанов<sup>2</sup>, Т.М. Шарипов<sup>2</sup>, А.Д. Жаркимбаева<sup>3</sup>, О.Т. Ван<sup>3</sup>, Л.Ю. Еремина<sup>3</sup>, Н.А. Абдухаимов<sup>4</sup>****Государственный медицинский университет города Семей<sup>1</sup>, Медицинский центра ГМУ г. Семей, Отдел медико-социальной экспертизы №11<sup>3</sup>, г. Семей, Абайское РМО<sup>4</sup>**

**Актуальность темы.** В целях повышения эффективности оперативных вмешательств в аноректальной зоне при пороках развития следует считать внедрение в практику основных положений реабилитации, под которой принято понимать совокупность медицинских, социально-экономических и других мероприятий, направленных на максимально быстрое и полноценное восстановление здоровья больного ребенка, т.е. более раннее возвращение его к нормальным условиям жизни, учебы и труду, предупреждая задержку развития и роста [1,5,6,10]. Существенным компонентом медицинской реабилитации является контроль за эффективностью лечения и конкретная оценка результатов [2,4,7,8,9].

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения послеоперационных больных детей по поводу пороков развития толстой кишки путем применения комплекса восстановительной терапии.

**Материалы и методы.** В детском хирургическом отделении Медицинского центра ГМУ г. Семей с 1997 по 2011 годы пролечено 60 детей с различными пороками развития толстой кишки. Использованы следующие методы исследования: клинический осмотр, ректальное исследование, УЗИ аноректальной зоны и брюшной полости, ирригография, ирригоскопия.

**Результаты обсуждения.** Распределение больных детей по нозологической форме болезни и по видам операции было следующим: болезнь Гиршпрунга (операция по Соаве-Ленюшкину) - в 5-ти случаях; болезнь Гиршпрунга (операция по Дюамеля-Баирову) - 1; передне-сагитальная проктопластика по Ленюшкину - 10; задне-сагитальная проктопластика по Пеня - 8; промежностная проктопластика по Дюффенбаху-Ленюшкину при низких атрезиях - 11; анопластика по Соломону - 5; анопластика по Баирову при стенозах анального отверстия - 5; анопластика по Гартману при стенозах анального отверстия - 3; устранение ректостомы при нормально функционирующем заднем проходе по Ленюшкину - 10; брюшно-промежностная проктопластика - 3.

В ближайшем послеоперационном периоде исходы хирургической коррекции из 60 оперированных больных были хорошими (полное клиническое улучшение с контролируемым ребенком акта дефекации, удержание кала и газа, т.е. полная социальная реабилитация) только у 11 детей эктопией анального отверстия, ректостомой при нормально функционирующем заднем проходе. У остальных пациентов отмечались частичное или полное недержание кала, т.е. социально не адаптированы. Эти функциональные отклонения, по сути, неизбежны после любой корригирующей операции в ближайшем послеоперационном периоде и временно остаются в более отдаленные сроки.

Учитывая все изложенное выше, мы начали программу реабилитации аноректальных аномалий и дру-

гих пороков развития ободочной и прямой кишки. До операции обычно ребенок как бы адаптируется к патологии, вследствие которой стали «нормой» физиологическое отклонение - потеря позывов к дефекации или недержание кала. Радикальная операция резко меняет ситуацию, и в течение определенного времени происходит реадaptация организма в целом и функции воссозданной прямой кишки и ее удерживающего аппарата в особенности. Для ускорения этих процессов в ближайшем послеоперационном периоде начали применять общие и местные лечебные процедуры.

Общие лечебные меры заключались в назначении лечебного питания, витаминотерапии, ферментных и бактериальных препаратов, стимулирующих средств. Пища ребенка должна быть легкоусвояемой: отварное мясо, рыба, сметана, яйца всмятку, молочные каши, пшеничный хлеб, сваренные на пару овощи (репа, брюква, лук) свежие ягоды и фрукты, исключаются острые блюда и продукты с большим содержанием клетчатки. Режим питания 6-8 раз в день. При склонности к запору в диету вводили больше продуктов способствующих послаблению (фрукты, овощи, мясной суп, зелень, кисломолочные продукты, капуста, мед, чернослив, свежий хлеб), а при склонности к диарее - укрепляющее (рис, нежирное мясо, мучные изделия, бананы, картофель).

Из стимулирующих препаратов наиболее эффективны были апилак (по 5 мг) и в виде свечей 3 раза 1-15 дней, препараты железа, пентоксил и метилурацил.

При тяжелых клинических формах патологии мы включали метаболитную терапию по схеме предложенной А.И. Ленюшкином, 1999 (кокорбаксилаза в/в, рибофлавин в/м, никотинамид в/м, панангин в р-ре глюкозы в/в, 20% кальция пантотенат в/в) [3].

У многих больных детей в послеоперационном периоде отсутствует навык самостоятельного опорожнения кишечника, также в результате радикальной операции в значительной степени нарушается местная анатомия и нервно-рефлекторные связи и вновь созданная кишка сразу не может выполнять несвойственную ему функцию. Все это требует местного лечения для выработки нормального позыва к дефекации, тренировки новообразованной прямой кишки и ее воссозданного запирательного аппарата.

Для улучшения анального контроля, снижения «анастомозита» и кожного зуда вокруг ануса проводили тщательный туалет промежности, обрабатывали нейтральным жиром, использовали теплые ванны с добавлением калия перманганата.

После купирования анастомозита, кожного зуда перешли к выработке рефлекса на дефекацию и приучали детей к регулярному опорожнению с применением очистительных и тренировочных клизм. Клизму ставили в течение 20-30 дней в одно то же время, лучше утром, чередуя воду комнатной температуры с более прохладной. Через 1-1,5 месяцев курс повторя-

ли. Одновременно ребенку делали упражнения на удержание: вначале он удерживает 100-150 мл воды, затем постепенно увеличивали до 300-450 мл в зависимости от возраста.

Для профилактики резидуального стеноза анального отверстия и прямой кишки проводили бужирование расширителями Гегера.

Продолжительность реабилитации длилась 6-8 месяцев, в основном в стационарных условиях через каждые 1-2 мес. так как в амбулаторных условиях реабилитационные мероприятия родители и врачи поликлиника не всегда выполняли.

С целью нормализации функции удерживающего аппарата прямой кишки применяли лечебно-воспитательные меры, ЛФК, физиотерапию.

Организирующую роль в лечебно-воспитательном процессе играет лечащий врач, родители, воспитатели детского учреждения и педагог. Они должны строго выполнять рекомендаций и указаний стационарного врача. В школе больному нужно создать условия, чтобы он любое время мог беспрепятственно покинуть класс для удовлетворения естественных нужд. При полном не удержании кала организовать обучение на дому.

Лечебная физкультура заключается в проведении лечебного массажа брюшной стенки в виде поглаживания, растирания по часовой стрелке, также для укрепления удерживающего аппарата прямой кишки проводили тренировку сфинктера, путем удержания газоотводной трубки на время и количества сокращений.

Физиотерапевтическое лечение способствовало нормализации сократительной способности ободочной и удерживающего аппарата прямой кишки. Проводили электростимуляцию диадинамическими токами (аппарат низкочастотной терапии) №7-110. Повторяли курс стимуляции через 3 мес.

Проводился электрофорез с 0,005% раствором прозерина на область живота и анального отверстия №10, курс терапии повторяли через 2-3 месяца.

В результате комплексной реабилитационной терапии течение 2-4 лет после операции нам удалось, из 49 больных детей с различными функциональными нарушениями после операции по поводу аномалий аноректальной зоны и пороков развития ободочной кишки значительно улучшить результаты и добиться хорошей социальной адаптации. Исходы хирургической и реабилитационной коррекции были хорошими (полное клиническое улучшение с контролем ребенка акта дефекации, удержание кала и газа, т.е. полная социальная реабилитация с адаптацией, промежность имеет нормальный косметический вид, анус сомкнут, рубцы нежные, тонус сфинктера и анальный рефлекс хорошо вызывается) у 30(61,2%) детей, удовлетворительными – (дети в большей степени контролировали стул, чувствовали позывы на дефекацию, но не удерживали жидкий кал. Ребенок сохраняет социальную адаптацию т.е. ходит в школу. Промежность имеет нормальный вид, анус расположен на есте-

ственном месте, сомкнут, анальный канал пропускает буж соответствующего возрасту номера, сфинктер эластичен) – 14 (28,6%), неудовлетворительными – (удерживающий аппарат прямой кишки отсутствует, полное недержание кала, социально не адаптированы) – 5 (10,2%). Больные с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами лечения продолжают получать реабилитационное лечение в условиях стационара и амбулаторий.

**Выводы.** Таким образом, чтобы достичь хороших и удовлетворительных исходов лечения аномалий прямой кишки и пороков развития ободочной кишки в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, реабилитация должна осуществляться непрерывно, пока не будет в максимально короткие сроки восстановлено здоровье, нормализована функция кишечника. Также программа реабилитации должна носить индивидуальный характер и учитывать особенности личности ребенка и своеобразия местных морфологических и функциональных изменений. Следует с сожалением признать, что проктологические больные далеко не всегда и в достаточном объеме получают восстановительное лечение, особенно на постгоспитальном этапе.

#### Литература:

1. Детская проктология / Под ред. И.И.В.-София. Медицина и физкультура. - 1986. - 223 с.
2. Лаптев Л.А. и др. Нейрогенные нарушения акта дефекации у детей // Актуальные вопросы неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЦНС, 1994. - С.107-108.
3. Ленюшкин А.И., Панкевич Т.Л., Алексеевских Ю.Г., Сафонова Е.Е. PEASP-Синдром (новая концепция патогенеза – триады - ASO) // Актуальные проблемы проктологии - СНТ, 1999. - С.125-126.
4. Пяттаев Ю.Г. Диагностика, хирургическое лечение, профилактика нарушений удерживающей функции прямой кишки у детей: Автореф. дисс. канд.мед. наук - М., 1995. - 19 с.
5. Каримов У.Ш. Вторичные нарушения функции аноректальной зоны у детей // Материалы публикаций 3-го съезда проктологов РФ. - Уфа. - 2007. - С.186.
6. Каримов У.Ш., Ленюшкин А.И. // Дисфункция аноректальной зоны у детей после первичных проктопластики и возможности их коррекции // Детская хирургия. - №3 - 2007. - С.94-96.
7. Azzi E. Megacolon: nineteten years using the Soave technique // I.Med. Liben-1995.-Vol.43.-№1.-p.8-10.
8. Flageole H. et al. Hirschsprung's disease, imperforate anus, and Down's syndrome a caso report // I.Pediatr surg.-1996.-Vol.31.-№6.-P.759-760.
9. Pintala R.L., Jarvinen H.L. Congenital tunnel anus // J.Pediatr.surg. - 1997.-vol.32, №8.-P.1221-1225.
10. Sanchez-Jagian M.R., Alanso-Calderon J.L., Sanz N. The colonic atrezia an uncommon cause of neonatal intestinal obstruction // Cir. Pediatr.-1996.-Vol.9, №3.-P.125-127.