

ВИБРОБУЖИРОВАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Есяян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Пелипенко Н.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Реабилитация детей с аноректальными агенезиями остается значимой проблемой детской хирургии. Ее актуальность обусловлена прогрессивным ростом числа больных данным пороком развития, многообразием анатомических вариантов и сопутствующих пороков развития, отсутствием единого мнения о сроках начала профилактики стенозов неоануса. Важной составляющей реабилитации детей с аноректальными пороками развития является профилактика возникновения и лечение стенозов неоануса.

Цель настоящей работы — улучшение методов реабилитации, направленных на профилактику стенозирования неоануса и анального канала в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Располагаем опытом проведения реабилитации у 139 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных агенезий. Для оценки предложенного метода бужирования из них были сформированы 2 группы больных, идентичных по возрастному-половому составу и анатомическим формам аноректальных мальформаций. Основную группу составили 74 ребенка — профилактику стенозирования неоануса начинали сразу после промежуточного этапа оперативного лечения, по купированию общих и местных признаков воспаления, на 6–8-е сутки послеоперационного периода. Контрольная группа — 65 пациентов — профилактику стенозирования неоануса начинали проводить по окончании всех этапов оперативного лечения, по традиционным методикам.

Детям, составившим основную группу, после пальцевого ректального осмотра и определения диаметра неоануса с использованием откалиброванных бужей, начинали проводить вибробуживание разработанным в клинике вибробужом со сменными эластическими насадками. Последний состоит из вибрационного элемента с регулятором мощности, съемной ручки и сменных бужирующих насадок различного диаметра. Длительность сеанса бужирования 5 минут у детей первого года жизни и 10 минут — в более старшем возрасте. Частота вибрирования колебалась от 80 до 95 Гц в зависимости от порога болевой чувствительности. Первые 2 недели бужирование проводили 2 раза в день. В последующем переходили на бужирование 1 раз в сутки. Увеличение диаметра бужирующей насадки проводили в индивидуальном порядке, с частотой 1 раз в 2–3 недели. По достижению физиологического размера диаметра неоануса переходили на профилактическое бужирование: 1-й триместр 1 раз в 3 дня, второй триместр 1 раз в неделю. В последующем ребенок переводился на контрольные пальцевые ректальные осмотры.

Результаты. Предложенный подход к профилактике стенозирования неоануса позволяет сократить продолжительность лечебно-профилактического бужирования в 2 раза.

Заключение. На основании полученных результатов и подтвержденной гипотезы исследования данную методику можно рекомендовать для широкого клинического применения.