

## ПРОГРАММА «УПРАВЛЕНИЕ КИШЕЧНИКОМ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пименова Е.С.<sup>1</sup>, Королев Г.А.<sup>1</sup>, Клементьев М.В.<sup>2</sup> Кеженбаева К.М.<sup>2</sup>, Морозов Д.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

<sup>2</sup> Детская городская больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

**Цель.** Анализ результатов внедренной в практику программы «Управление кишечником» для детей с врожденной патологией толстой кишки и тазового дна.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов внедрения программы «Управление кишечником» при нарушении дефекации у детей после хирургической коррекции аноректальных мальформаций (АРМ), болезни Гиршпрунга (БГ) и спинальной патологии (СП). Критерии включения: наличие вышеперечисленных оперированных пороков развития, стойкое нарушение дефекации (запор, недержание кала).

Этапы программы:

1. Ознакомительные лекции для пациентов.
2. Госпитализация для прохождения программы.
3. Ирригография с водорастворимым контрастом.
4. Обучение родителей методике очистительных клизм с катетером Фолея с баллоном-обтуратором.
5. Обзорная рентгенография брюшной полости для оценки опорожнения толстой кишки.
6. Ведение дневника дефекации.
7. Изменение рецепта раствора для клизмы (объем, добавление ирритантов) с учетом дневника дефекации и рентгенографии.
8. Контроль эффективности и коррекция рекомендаций после выписки из стационара по электронной почте.

Сбор данных включал: диагноз, пол, возраст, предшествующее лечение, особенности анатомии толстой кишки, изменение тактики лечения в ходе прохождения программы, удовлетворенность программой.

**Результаты.** В исследование были включены 27 детей (15 девочек, 12 мальчиков). Возраст от 1,6 до 17 лет (медиана 5,5 лет). Структура патологии: АРМ 12 (45%), СП 13 (48%), БГ 2 (7%). При анализе предшествующего лечения выявлено, что лишь 3 детям (11%) ранее выполнялись регулярные очистительные клизмы, 9 (33%) использовали клизмы нерегулярно, 15 (56%) не были ранее информированы о необходимости ежедневного очищения кишечника для предотвращения недержания кала. При ирригографии расширение толстой кишки отмечено у 10/12 (83%) пациентов с АРМ. 17 детей не имели дилатации толстой кишки (13 СП, 2 АРМ, 2 БГ). При расширении толстой кишки и недостаточном опорожнении в рецепт для клизмы добавляли раствор глицерина. Всем пациентам с СП с недилатированной толстой кишкой потребовалось использование глицерина для получения стула. Отсутствие недержания кала между клизмами и удовлетворенность программой отмечены у 22 пациентов (82%), неэффективность программы — у 2 (7%), 3 (11%) не были доступны для оценки после выписки.

**Выводы.** У 83% детей с АРМ выявлено расширение толстой кишки. У всех детей с СП отсутствовала дилатация толстой кишки, однако опорожнение после клизмы было возможным только после добавления ирритантов. 56% пациентов ранее не были информированы о необходимости искусственного очищения кишечника для предотвращения недержания кала. Программа «Управление кишечником» была эффективной у 82% детей со стойким нарушением дефекации.