

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Есаян М.О., Барова Н.К., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е.,
Надгериев В.М., Григорова А.Н., Терещенко О.А., Пелипенко Н.В.,
Колесников Е.Г., Вардосонидзе Ш.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Актуальность проблемы реабилитации детей с аноректальными агенезиями обусловлена высокой частотой встречаемости порока развития — 1:4000–5000 новорожденных. Отсутствием единых общепризнанных схем и сроков начала проведения лечебно-профилактического бужирования и функциональной недостаточности анальных сфинктеров, которая диагностируется более чем в 80 % случаев. Дисбактериоз кишечника встречается у 100 % детей с аноректальными мальформациями. Методы его коррекции многообразны, но не всегда бывают достаточно эффективными.

Цель: оптимизация комплекса реабилитационных мероприятий у детей с аноректальными агенезиями.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 139 пациентов с аноректальными агенезиями. Были сформированы 2 идентичные по возрастно-половому составу и нозологии группы больных. Основную группу составили 74 пациента, контрольную группу — 65 детей. Реабилитация проводилась по традиционным методикам. Дисбактериоз корригировался по методу тотальной деконтаминации в сочетании с ферментотерапией. Наряду с традиционными методами применялись: раннее лечебно-профилактическое бужирование, вибробужирование, эндоректальные электростимуляции. Коррекция дисбактериоза проводилась по методике селективной деконтаминации, в сочетании с энтеросорбцией, местной санацией толстой кишки, ферменто- и фитотерапией.

Результаты. Предложенная схема реабилитации позволила сократить длительность лечебно-профилактического бужирования с $18,34 \pm 1,29$ мес. в контрольной группе до $9,56 \pm 0,94$ мес. у пациентов основной группы. Время купирования функциональной недостаточности анальных сфинктеров уменьшилось с $23,48 \pm 1,95$ мес. у больных контрольной группы до $11,29 \pm 1,07$ мес. в основной. Продолжительность коррекции клинической фазы дисбактериоза сократилась с $22,87 \pm 1,54$ мес. в контроле до $11,57 \pm 0,43$ мес. в основной группе, а латентной — с $36,25 \pm 2,17$ мес. у детей в контрольной группе до $13,07 \pm 0,23$ мес. в основной. Общая продолжительность проведения реабилитационных мероприятий уменьшилась более чем в 2 раза.

Заключение. Таким образом, предложенная схема комплекса реабилитационных мероприятий показывает достаточно положительную клиническую эффективность.

Ключевые слова: аноректальная агенезия; дети; аноректальные пороки.