

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОЗИРОВАНИЯ НЕОАНУССА АНАЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Есаян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Терещенко О.А., Полеев А.В., Пелипенко Н.В., Луняка В.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность проблемы послеоперационной реабилитации детей с аноректальными мальформациями обусловлена высокой частотой встречаемости 1:3000–4000 новорожденных. Частота послеоперационных стенозов неоануса и анального канала достигают 95 % наблюдений. Существующие методы бужирования не всегда удовлетворяют требованиям детских хирургов. До настоящего времени не существует единого мнения о сроках начала бужирования и тактике его проведения.

Целью работы является выбор оптимальных сроков, методов и тактики проведения бужирования у детей с аноректальными агенезиями.

Располагаем опытом лечения 139 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития. Из них были сформированы 2 группы больных идентичных по нозологии и возрастно-половым показателям. Основная группа — 74 ребёнка. Бужирование начинали проводить после выполнения промежуточного этапа оперативного лечения. Критериями для его начала являлось купирование общих, местных и лабораторных признаков воспаления. Бужирование проводилось цилиндрическими металлическими бужами с закруглённой рабочей поверхностью, откалиброванными через 1 мм. Кратность увеличения диаметра бужа — 21 день, под обязательным контролем детского хирурга. Противопоказаниями к увеличению диаметра бужа являлись — стойкий болевой синдром, подкравливание во время бужирования.

Контрольная группа — 65 пациентов. Бужирование проводилось по различным методикам (пальцевое, гинекологическими бужами, расширителями Гегара). Его начинали проводить после полного завершения всех этапов хирургического лечения. Кратность увеличения диаметра бужа колебалась от 14 — до 30 дней.

Внедрённые в нашей клинике показания и тактика проведения раннего бужирования позволяют начинать профилактику стенозирования неоануса и анального канала на 6–8 сутки после радикального этапа хирургического вмешательства, не дожидаясь полного восстановления проходимости по желудочно-кишечному тракту. Это обеспечивает раннее начало комплексной реабилитации с выигрышем по времени в 3–4 месяца. Сокращает общую продолжительность лечебно-профилактического бужирования в 2–2,5 раза в основной группе больных, по сравнению с контрольной.

Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную программу профилактики стенозирования неоануса и анального канала для широкого клинического применения.