

Литература

1. Зубков М.Н. Неферментирующие бактерии: классификация, общая характеристика, роль в патологии человека. Идентификация *Pseudomonas* spp. и сходных микроорганизмов / М.Н. Зубков // Инфекция и антимикробная терапия. – 2003. – Т. 5, № 1. – С. 1-16.
Zubkov M.N. Non-enzyme bacteria: classification, general characteristics, role in human pathology. Identification of *Pseudomonas* spp. and similar microorganisms / M.N. Zubkov // Infection and antimicrobial therapy. – 2003. – V.5, №1. – P. 1-16.
2. Мониторинг гноеродной хирургической инфекции у детей в условиях многопрофильного детского хирургического стационара / С.Н. Гисак, С.А. Авдеев Г.С. Большеева [и др.] // Детская хирургия. – 2009. – №4. – С. 13-15.
Monitoring of pyogenic surgical infection in children under the conditions of a multiprofile pediatric surgical hospital / S.N. Gisak, Avdeev S.A., G.S. Bolysheva [et al.] // Zh. Detskaya hirurgija. – 2009. – №4. – P.13-15.
3. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей жителей города и села / С.Н. Гисак, Е.А. Склряова, В.А. Вечеркин [и др.] // Детская хирургия. – 2017. – №4. – С. 20-22.
Modern causes of late diagnosis of acute appendicitis in children in the city and village / S.N. Gisak, E.A. Sklyarova, V.A. Vecherkin [et al.] // Detskaya hirurgija. – 2017. – № 4. – P. 20-22.
4. Тулинов А.И. Эпидемиология и клинико-лабораторные тесты синегнойной инфекции у детей при хирургических заболеваниях и термических ожогах / А.И. Тулинов, Баранов Д.А. // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII, №2. – С.104-106.
Tulinov A.I. Epidemiology and clinical and laboratory tests of *Pseudomonas aeruginosa* infection in children with surgical diseases and thermal burns / A.I. Tulinov, D.A. Baranov // Bulletin of New Medical Technologies. – 2010. – Vol. XVII, № 2. – P.104-106.
5. Yoshikawa T. T. Antimicrobial resistance and aging: the beginning of the end of the antibiotic era? / T. T. Yoshikawa // Am. Geriatr. Soc. – 2002. – Jul; 50 (7 Suppl.). – P. 226-229.

И.В. Киргизов, С.И. Апросимова, И.А. Шишкин,
М.Н. Апросимов, Ф.И. Киргизов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА И БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

УДК 616.345-009.11-036.12:
616.348-007.61-08

Хронический толстокишечный стаз (ХТКС) представляет собой актуальную и не решённую в полной мере проблему, как в педиатрии в целом, так и в детской хирургии [4,5]. Несмотря на современное развитие колопроктологии, многие аспекты диагностического, лечебного алгоритма, а также вопросы реабилитации после консервативного и оперативного лечения остаются нерешёнными, спорными и нуждаются в дальнейшей проверке и уточнении [4,7,8].

По данным литературы, после хирургического лечения детей с ХТКС и болезнью Гиршпрунга (БГ) в отдалённом периоде выявляется большое количество осложнений (до 30-40%), таких как недержание кала и газов, рецидивы запоров, стеноз анастомоза [1,4-6]. Значительная часть больных после множественных оперативных вмешательств имеет выраженный спаечный процесс в брюшной полости, что связано непосредственно с травматичностью реконструктивных операций и удлиняет сроки реабилитации [3]. Данные группы детей регулярно находятся на учете и лечении в спе-

циализированных отделениях, чаще республиканских или федеральных центров, так как требуют адекватной реабилитационной терапии, что не в силах осуществить поликлинические службы центральных городов России, не говоря уже об отдалённых районах. Поводом для подобных обращений, с целью оказания помощи, служат стойкие функциональные нарушения, по причине которых ребёнок становится инвалидом.

Целью проведенного исследования является оценка ближайших и отдалённых результатов консервативного и оперативного лечения ХТКС и БГ.

Для достижения поставленной цели нами было обследовано и пролечено 108 детей с различными формами ХТКС. Пациенты были разделены на три группы в соответствии с клинической классификацией ХТКС по А. И. Лёнюшкину. В группу с компенсированной формой ХТКС вошли дети с эпизодическими нарушениями функции толстой кишки. Запоры с наличием самостоятельного стула продолжались 2-3 дня. При субкомпенсированной форме заболевания дети предъявляли жалобы на периодические запоры с последующим самостоятельным стулом, не приносящим облегчения. Дети болели в течение нескольких лет, у них появлялись боли в животе, метеоризм, скопление каловых масс по ходу толстой кишки. У детей с декомпенсированной формой ХТКС клиническая картина характеризовалась ещё более заметными нарушениями функции

толстой кишки. Задержка стула носила упорный характер и продолжалась до 7 дней и более, самостоятельный стул облегчения не приносил. Живот был увеличен в размерах, наблюдалось парадоксальное каломазание.

Компенсированная форма хронического толстокишечного стаза диагностирована у 37 (34,26%) детей, субкомпенсированная – у 48 (44,44) и декомпенсированная – у 23 (21,29%).

В исследование вошли дети в возрасте от 1 года до 17 лет (табл.1).

У 37 больных с компенсированной формой лечение началось со следующих консервативных мероприятий: диеты, назначения слабительных средств, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа передней брюшной стенки. Диета включала в постоянный рацион овощи, салаты на растительном нерафинированном масле, а также свежие фрукты и сухофрукты с преимущественным содержанием в рационе сливы, кураги и изюма, хлеб грубого чёрного помола, с добавлением в пищевой рацион отрубей. Медикаментозное лечение проводилось комплексно, с учётом всех выявленных в ходе обследования нарушений, динамики изменения анализов крови (развёрнутого общего и биохимического).

После проведения 1-го курса консервативного лечения у 85,4% больных (n=41) с компенсированной формой ХТКС после выписки отмечалось стойкое улучшение. При повторной госпитализации (через 3 мес. после уста-

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ, г. Москва: **КИРГИЗОВ Игорь Витальевич** – д.м.н., проф., зав. дет. хир. отд., **АПРОСИМОВА Светлана Ивановна** – врач дет. хирург, **ШИШКИН Илья Александрович** – врач дет. хирург, **АПРОСИМОВ Максим Николаевич** – врач дет. хирург; **КИРГИЗОВ Филипп Игоревич** – студент Красноярского ГМУ им В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и формам заболевания

Возрастной период, лет	Форма хронического толстокишечного стаза		
	компенсированная	субкомпенсированная	декомпенсированная
Раннее детство (1-3)	7	18	10
Дошкольный (4-7)	10	12	3
Школьный (8-11)	12	9	3
Школьный (12-17)	8	9	7
Всего	37	48	23

новления диагноза) только у 7 (25,9 %) больных сохранились жалобы на задержку стула, что потребовало проведения дополнительных комплексных курсов терапии, с достижением удовлетворительных результатов лечения.

Комплекс консервативной терапии в группе больных с субкомпенсированной формой ХТКС (n=48) принципиально не отличался от такового у больных с компенсированной формой заболевания. Он включал в себя следующие основные компоненты: коррекция диеты, включающей продукты с высоким содержанием клетчатки, и увеличение количества жидкости в рационе больного. Как и в предыдущей группе, проводилось физиолечение (электрофорез с KI, электростимуляция толстой кишки, парафин-озокерит и др.), ЛФК и массаж живота.

При сочетании запора с каломазанием проводилась электростимуляция нервно-мышечного аппарата прямой кишки диадинамическими токами.

Назначались витамины группы В (В1, В6, В12), прозерин в возрастной дозировке. Всем больным с субкомпенсированной формой ХТКС дополнительно проводилась обязательная антиоксидантная терапия, включающая поливитамины и витамин С, а также витамины РР, Е, К, А.

Для коррекции выявленных нарушений со стороны системы гемостаза назначались дезагреганты. Для восстановления микрофлоры толстой кишки применялись пре- и пробиотики, при грубых дисбактериозах применялись бактериостатики в возрастной дозировке. Лечение бакпрепаратами продолжалось не менее 2 мес. с момента постановки диагноза с последующим контролем при повторной госпитализации.

Из числа пациентов с субкомпенсированной формой ХТКС (n=23) у 3 детей после проведения первого курса консервативной терапии отмечался стойкий положительный эффект. Периодичность стула после проведения первого курса консервативного лечения увеличилась до 1 раза в 2 сут.

У 7 детей выявлен идиопатический мегаректум с отсутствием положительного эффекта от проводимой терапии, возраст таких детей был от 14 до 17 лет, это дети, которые с раннего возраста страдали запорами и не получали соответствующей терапии до обращения в нашу клинику. Им была выполнена лапароскопически ассистированная низкая передняя резекция левых отделов толстой кишки с формированием наданального колоректального аппаратного анастомоза. У 10 детей был верифицирован диагноз болезнь Гиршпрунга, из них в 2 случаях выявлена субтотальная форма болезни, все дети были в возрасте 1-2 года, во всех случаях самостоятельный стул отсутствовал. В 6 случаях у детей с ректосигмоидной формой БГ выполнена лапароскопически ассистированная резекция левых отделов толстой кишки с формированием наданального колоректального анастомоза по Soave-Georgeson. В 2 случаях выполнена лапароскопически ассистированная субтотальная колэктомия с разворотом толстой кишки на 180°, с формированием наданального колоректального анастомоза.

У 3 детей выставлен диагноз ХТКС субкомпенсированная форма, не поддающаяся консервативному лечению. У данных пациентов выполнена лапароскопически ассистированная внутрибрюшинная левосторонняя гамиколэктомия с формированием наданального колоректального анастомоза.

В большинстве случаев (78,3%) в послеоперационном течении осложнений не наблюдалось, дети выписаны из стационара на 10-е–12-е сут., с контрольным осмотром через 1 мес.,

6 мес. и 1 год. На этапах послеоперационной реабилитации дети получали коррегирующую терапию в виде про- и пребиотиков, препараты группы тримебутина малеата (тримедат), комплексную физиотерапию.

Одному ребёнку была наложена сигмостома в периоде новорожденности по поводу низкой кишечной непроходимости. В возрасте 4 мес. – ликвидация стомы, резецирование участка кишки, наложение анастомоза. В раннем послеоперационном периоде – нагноение раны, сохранение клиники частичной низкой кишечной непроходимости, вздутие живота. Наложена цекостома. В возрасте 1 года 11 мес. произведена лапаротомия, разделение спаек, операция Свенсона, закрытие колостомы.

Цекостома была наложена ещё 1 ребёнку в возрасте 7 мес. для разгрузки толстой кишки. Данный пациент поступил в детский хирургический стационар в экстренном порядке с подозрением на кишечную непроходимость. Произведена лапаротомия, при которой выявлено 2 зоны аганглиоза в сигмовидной кишке. Оперирован повторно в возрасте 10 мес. – релапаротомия, резекция 20 см сигмовидной кишки, наложение анастомоза «конец в конец». Через 13 дней произведено внебрюшинное закрытие цекостомы.

Анализ отдалённых результатов оперативного лечения проведён у 20 пациентов (18,5% (n=108) с декомпенсированной формой ХТКС и болезнью Гиршпрунга и у 23 (86,9%) в группе с субкомпенсированной формой ХТКС, в возрасте от 1 года до 17 лет (двое из них прооперированы в экстренном порядке). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 1 – раннее детство (1-3 года), 2 – дошкольный возраст (4-7 лет), 5 – подростковый возраст (12-17 лет).

В отдалённом послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: рецидив запоров – у 2 пациентов, на фоне стеноза анастомоза, явления недержания кала – 2, недержания мочи – в 1 случае (табл.2).

Пациентам проводились ирригография, ректороманоскопия, ультразвуковое исследование кишечника, а также

Таблица 2

Распределение больных по этиологии и патогенезу функциональных расстройств после операций по поводу болезни Гиршпрунга

Патогенетическая причина функциональных расстройств	Количество больных	Консервативное лечение	Оперативное лечение
Рубцовый стеноз, деформация анастомоза	2	2	-
Психические заболевания	2	2	-
Многоступенчатые операции	2	-	2

Таблица 3

Оценка результатов анкетного опроса детей и родителей

Критерий оценки	Характеристика критерия	Оценка в баллах
Частота стула	1-2 раза в день	2
	3-5 раз в день	1
	Более 5 раз в день	0
Каломазание	Нет	2
	В стрессовых ситуациях	1
	Всегда	0
Запоры	Стул ежедневно	2
	Стул 1 раз в 2-3 дня	1
	Стул реже чем 1 раз в 3 дня	0
Способность задержать дефекацию	На минуты	2
	На секунды	1
	Отсутствует	0
Форма стула	Оформленный	2
	Разжиженный	1
	Жидкий	0
Необходимость какой-либо терапии	Нет	2
	Иногда	1
	Всегда	0

анкетный опрос и клинический осмотр (табл.3).

По данным таблицам суммы баллов соответствовали: 18-17 – нормальным физиологическим отправлениям кишечника, т. е. социальной адаптации; 16-14 – удовлетворительной социальной адаптации, некоторые ограничения социальной жизни; 13-10 – значительные ограничения социальной жизни (плохая социальная адаптация); 9 баллов и ниже – тотальное недержание кала (полная социальная дезадаптация).

По результатам лечения, на основании суммы баллов анкетного опроса (табл.3, 4), все пациенты были разделены на 4 группы: 1-я (18-17 баллов) – 77 пациентов (71,3%), результат рас-

Таблица 4

Оценка результатов клинического осмотра детей

Критерий оценки	Характеристика критерия	Оценка в баллах
Внешний вид ануса	Сомкнут	2
	Частично сомкнут	1
	Зияет	0
Ампула прямой кишки	Не расширена	2
	Незначительно расширена	1
	Значительно расширена	0
Стеноз анастомоза	Нет	2
	Незначительный	1
	Выраженный	0

ценен как «отличный»; 2-я (16-14 баллов) – 24 (22,2), результат «хороший»; 3-я (13-10 баллов) – 5(4,6%), результат «удовлетворительный»; и 4-я (ниже 9 баллов) – 2 (1,9%), данный результат расценен как «неудовлетворительный», этим детям проведены последующие реконструктивно-восстановительные операции, с длительным реабилитационным курсом.

Все больные, оперированные по поводу хронического толстокишечного стаза и болезни Гиршпрунга, получали комплексную реабилитационную программу, включающую в себя обязательное наблюдение детского хирурга, детского психолога, невролога и реабилитолога, что позволило улучшить качество жизни оперированных детей и способствовать достижению хороших отдалённых результатов.

Литература

1. Вахидов А.Ш. Реабилитация функциональных послеоперационных нарушений акта дефекации при болезни Гиршпрунга у детей / А.Ш. Вахидов, А.С. Сулайманов // Детская хирургия. – 2001. – № 2. – С.37-39.

Vahidov A.S. Rehabilitation of functional postoperative disorders of act of defecation in Hirschsprung's disease in children / A.S. Vahidov, A.S. Sulaymanov // Pediatric surgery. – 2001. – №2. – P.37-39.

2. Горбатюк О.М. Острые послеоперационные язвы желудочно-кишечного тракта у детей. Лечение и профилактика / О.М. Горбатюк, В.В. Гончар, Н.В. Трикаш // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2010. – №2. – С.52.

Gorbatyuk O. M. Acute postoperative ulcers of gastro-intestinal tract in children. Treatment and prevention / O. M. Gorbatyuk, V. V. Gonchar, N. V. Triakash // Russian Journal of pediatric surgery, anesthesiology and reanimatology. – 2010. – №2. – P.52.

3. Ионов А.Л. Хирургическая коррекция врождённых аномалий толстой кишки и аноректальной области / А.Л. Ионов, О.В. Щербаклова, В.А. Лука, А.В. Бородачев // Детская хирургия. – 2007. – №3. – С.13-16.

Ionov A. L. Surgical correction of congenital anomalies of colon and anorectal area / A.L. Ionov, O.V. Shcherbakova, V.A. Luka, A.V. Borodachev // Pediatric surgery. – 2007. – №3. – P.13-16.

4. Лёнюшкин А.И. Повторные операции на толстой кишке и промежности у детей / А.И. Лёнюшкин, Т.А. Атагельдыев – М., Медицина, 1984. – 176 с.

Lyonyushkin A.I. Repeated operations on the colon and perineum in children / A.I. Lyontushkin, T.A. Atgeldiev. – M., Medicine, 1984. – 176 p.

5. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста / А.И. Лёнюшкин – М., Медицина 1999. – 368 с.

Lyonyushkin A.I. Surgical coloproctology of childhood / A.I. Lyonyushkin. – M., Medicine 1999. – 368 p.

6. Сварич В.Г. Диагностика и лечение осложнений в отдалённые сроки после операций по поводу болезни Гиршпрунга у детей / В.Г. Сварич, В.В. Байков, Х.М. Хасаев // Вестник хирургии. – 1991. – №5-6. – С.65-68.

Svarich V.G. Diagnosis and treatment of complications in long term after surgery about Hirschsprung's disease in children / V.G. Svarich, V.V. Baikov, H.M. Hasaev // Herald of surgery. – 1991. – №5-6. – P.65-68.

7. Campobasso P., Belloli G. La stipsi cronica nel bambino // Pediatr. Med. Chir. – 1988. – Vol.10, №3. – P. 241-250.

8. Johanson J.F., Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study // Gastroenterology. – 1990. – Vol.98, №2. – P.380-386.