



## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Н.Н. Ахпаров, Р.Р. Аипов

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава РК, Алматы

Пороки развития аноректальной области у детей, в силу анатомических и физиологических особенностей этой области в раннем детском возрасте, представляют собой сложный раздел детской хирургии, требующий специальных знаний. Однако этой категории больных в большинстве случаев оказывают специализированную помощь детские хирурги общего профиля и даже взрослые хирурги. К сожалению, практические врачи - педиатры и детские хирурги, продолжают получать информацию по многим вопросам этиопатогенеза, диагностики и лечебной тактики при хирургических заболеваниях ободочной и прямой кишки из соответствующих руководств, посвященных взрослым больным. Между тем хорошо известно, что принципы и методы, принятые в хирургии взрослых, не всегда приемлемы в практике детской хирургии [1,2,3,4].

Одна из главных отличий детской колопроктологии заключается в структуре проктологических заболеваний у детей [1]. Основную и наиболее трудную для лечения группу заболеваний составляют пороки развития. К ним относят различные формы врожденного мегаколона, болезни Гиршпрунга, аноректальных мальформации, состояния проявляющиеся недержанием кала или запорами. Часть из них должна оперироваться сразу после рождения, другая подлежит коррекции в более поздние сроки. Нередко пороки сочетаются с пороками мочеполовой систем. Это требует от врача-колопроктолога знаний особенностей данных сфер у детей.

С момента первого описания Гиршпрунгом в 1887г заболевания, названного его именем, прошло более 120 лет, однако эта проблема до сих пор вызывает интерес детских хирургов – колопроктологов. Согласно современным представлениям, основанным на высокоинформативных исследованиях, в основе болезни Гиршпрунга лежит порок развития стенки толстой кишки, сущность которого сводится к полному отсутствию интрамуральных нервных ганглиев, что требует оперативной коррекции [1,2]. Вместе с тем, ряд детских хирургов установили вариабельность патологии на гистоморфологическом уровне - от нарушений морфологического состояния при нейронной кишечной дисплазии до гипоганглиоза интрамурального отдела кишечника, что требовало дифференцированных хирургических подходов в их лечении [5,6].

Так, дети с тотальной формой аганглиоза, ранее диагностировались во время аутопсий, а применяемые хирургические вмешательства заключались в тотальной колэктомии, что в дальнейшем приводило к выраженным нарушениям электролитного баланса. В последнее время, применяются своеобразные «вставки» из правых отделов толстой кишки, которые обладают наибольшей всасывательной функцией, улучшая качество жизни таких пациентов [7].

Аноректальные мальформации составляют одну из наиболее многочисленных групп проктологических заболеваний детского возраста. Их частота по данным авторов колеблется от 1:500 до 1:5000 [1,3]. Наибольшее количество (до 90%) занимают свищевые формы. Диагностика их не вызывает затруднений, однако хирургическая тактика не всегда верно трактуется.

Наиболее важные вопросы хирургической тактики - выбор сроков и методов оперативного вмешательства. Их решают в индивидуальном порядке, однако можно выделить и некоторые общие положения. Прежде всего, в первые часы и дни жизни больного в неотложном порядке производят хирургическое вмешательство. На этом этапе необходимо определиться с радикальностью или паллиативностью коррекции. Если есть хоть небольшие сомнения в выборе рациональной тактики - необходимо наложить колостому. Методом выбора является раздельная колостомия по Пенья [1,3,4].

В плане самой хирургической тактики однозначно подчеркивается преимущество заднесагитальной аноректопластики, предложенной А.Пенья в 1980г для коррекции аноректальных пороков развития [4,7]. Данная методика позволяет уменьшить процент послеоперационных осложнений и учитывает патогенетические механизмы развития мышечного аппарата прямой кишки. В то же время, сложность ее требует проведения таких оперативных вмешательств в специализированных проктологических стационарах.

Огромную проблему составляет помощь детям с недержанием кала. Это относительно распространенное заболевание в детском возрасте, ее частота доходит до 4% [1,8]. О серьезности данной патологии говорит тот факт, что в США ежегодно тратится около 400.000.000 долларов на приобретение гигиенических средств по уходу за данной категорией больных.

Акт дефекации происходит вследствие сложного процесса, в который вовлечены прямая кишка, внутренний и наружный сфинктеры заднего прохода, нервная система этих отделов. При этом нарушение любого из этих регулирующих механизмов может приводить к недержанию кала. Данное состояние лишает ребенка возможности вести полноценную жизнь в коллективе. У такой категории пациентов происходит психологическая личностная деформация. Они с раннего детства чувствуют свою неполноценность, их преследует чувство вины. Дети с недержанием кала являются наиболее тяжелой группой в социальном аспекте. Такие дети, являясь глубокими инвалидами, не могут адаптироваться в обществе, становятся замкнутыми, некоторые предпринимая попытки суицида. Однако многие проблемы этой категории больных не решены до сих пор.

В то же время, следует отметить о появлении системности решения проблем на уровне колопро-



ктологических отделений в общемировом плане. Так, в этом году в Испании проводится уже 15-я встреча Международного Педиатрического колоректального клуба, состоящего из наиболее известных колопроктологов мира, каждая из этих встреч посвящена решению той или иной проблемы.

Таким образом, дети с колоректальной патологией должны получать лечение в специализированных стационарах. Утверждения о том, что хирургическая помощь проктологическим больным должна оказываться врачами общехирургических отделений следует признать несостоятельными, не отвечающими организационным принципам мирового здравоохранения.

На базе хирургического отдела НЦП и ДХ ежегодно получают стационарную и амбула-

торную помощь более 1000 детей с патологией кишечника и аноректальной области. Под руководством академика НАН РК К.С.Ормантаева проводятся научные разработки по проблемам колопроктологии детского возраста, результаты которых внедряются на территории всей Республики. В отделе работают перспективные молодые специалисты, имеющие докторские и кандидатские степени, аспиранты и квалифицированные детские хирурги.

Учитывая мировую тенденцию – оказание помощи больным со сложной патологией в высокоспециализированных центрах, назрела необходимость открытия детского колопроктологического центра на базе хирургического отделения в составе отдела хирургии НЦП и ДХ.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Ленюшкин А.И. Колопроктология детского возраста. Руководство для врачей. Медицина. М.1999.-365.
2. Баиров Г.А. Островский Е.А. Хирургия толстой кишки у детей. Л.: Медицина, 1974; 207.
3. Pen'a A. Anorectal malformation. Semin.Pediatric Surgery. 1995; 4: 35-47.
4. Grosfeld J.L. James A. O'Neill A. Fonkalsrud E.W. et al. Pediatric Surgery. 6th edition. 2006; 2: 1566 – 1589.
5. Ашкрафт К.У. Холдер Т.М. Детская хирургия. Пит-Тал. СПб. 1997.т.2; 77-86.
6. Puri P. Wester T. Intestinal neuronal displasia. Semin. Pediatr. Surg. 1998; 7: 181-186.
7. Ziegler M.M.,Azizkhan R.G.,Weber T.R. Operative pediatric surgery. 2003; 1215-1220.
8. Петровский М.Ф. О недержании кала у детей. Бюллетень для врачей и фармацевтов. 2004; 2:52–63.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ж.С. Альжанова

Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, г.Шымкент

### ТУА ПАЙДА БОЛҒАН КЕУДЕНІҢ ОЙЫҚ ТӘРІЗДІ ДЕФОРМАЦИЯСЫНЫҢ ОПЕРАЦИЯ АЛДЫ ЖӘНЕ СОҢЫНАН КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ Ж.С.Эльжанова

### REHABILITATION OF CHILDREN WITH FUNNELED DEFORMATION OF THE THORAX BEFORE AND AFTER OPERATIVE TREATMENT Zh.S.Alzhanova

*Дан сравнительный анализ хирургического лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки, оперированных с применением комплексной предоперационной подготовки, послеоперационного восстановительного лечения и традиционным способом. Применение разработанной комплексной программы пред- и послеоперационного ведения позволило улучшить результаты лечения, снизить частоту осложнений.*

*Ключевые слова: воронкообразная деформация грудной клетки, дисплазия соединительной ткани, реабилитация*

*Кеуденің ойық тәрізді деформациясы бар балалардың хирургиялық емдеуінің арнайы операция алды және операциядан кейінгі қалыпқа келтірілуі және дәстүрлі әдіспен емдеудің салыстырмалы комплексті сараптамасы ұсынылды.*

*Операция алды және операциядан кейінгі кезеңде науқастарды жүргізудің ұсынылған комплексті бағдарламаны қолдану, емдеу нәтижесін жақсартуға және асқынулар жиілігін азайтуға мүмкіндік береді.*

*Негізгі сөздер: кеуденің ойық тәрізді деформациясы, реабилитация*

*The comparative analysis of surgical treatment of children with funneled deformation of the thorax, operated with application of complex preoperative preparation and postoperative regenerative treatment and traditional way is given. Application of the developed complex program pre-and postoperative conducting has allowed to improve results of treatment, to lower frequency of complications.*

*Key words:pectus excavatum, rehabilitation*