

КЛИНИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА



Шамсиев Азамат Мухитдинович, Атакулов Жамшед Остонокулович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Фозилжон-зода Мафтуна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПРОКТОЛОГИК БЕМОР БОЛАЛАРНИ КЛИНИК ВА ИЖТИМОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ

Шамсиев Азамат Мухитдинович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Атакулов Жамшед Остонокулович, Фозилжон-зода Мафтуна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CLINICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PROCTOLOGICAL PATIENTS IN CHILDHOOD

Shamsiev Azamat Mukhitdinovich, Atakulov Jamshed Ostonokulovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Foziljon-zoda Maftuna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Болалардаги проктологик касалликлар тузилиши жиҳатидан катталарникидан сезиларли фарқ қилади. Кейинчалик мураккаб даволанишни талаб қиладиган муаммоларнинг асосий гуруҳи ривожланиш нуқсонлари ҳисобланади. Улардан баъзилари ўзини намоён қилади ва чақалоқ ҳаётининг биринчи соатлари ва кунларида тузатишни талаб қилади, бошқалари эса кейинги босқичларда аралашувни талаб қилиши мумкин.

Калит сўзлар: Аноректал нуқсонлар, анус, ичаклар, тикланиш.

Abstract. Proctological diseases in children differ markedly in their structure from those in adults. The main group of problems requiring more complex treatment are developmental defects. Some of them manifest themselves and require correction already in the first hours and days of an infant's life, while others may require intervention at later stages.

Key words: anorectal nucleons, anus, intestines, recovery.

Проктологические заболевания у детей по своей структуре заметно отличаются от таковых у взрослых. Главную группу проблем, требующих более сложного лечения, представляют дефекты развития. Некоторые из них проявляются и требуют коррекции уже в первые часы и дни жизни младенца, в то время как другие могут потребовать вмешательства на более поздних этапах. Встречаются ситуации, когда дефекты развития в области аноректального отверстия и мочеполовой системы сочетаются (до 35-40% по нашим наблюдениям и данным литературы), и порою бывает трудно разграничить понятия «проктологический, урологический» или «гинекологический» больной. У значительного числа детей, родившихся с пороками развития толстой и прямой кишок, определяются заметные отклонения в их психологическом развитии. Иногда в окружающей ребенка среде (семья, дошкольное учрежде-

ние, школа) формируется излишне шадящее к нему отношение, что обуславливает развитие в ребенке чувства собственной неполноценности. Поэтому требуется осуществление системы реабилитационных мероприятий, включающих медицинскую и социальную реабилитацию. Основные задачи реабилитации - хирургическая коррекция и консервативное лечение (долечивание), учебно-воспитательное воздействие, профессиональная ориентация, обеспечение адекватного состоянию здоровья участия в общественно-трудовой жизни.

Программа данного исследования включает изучение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных детей в сроки до 20 лет с момента операции, оценку, состояния их здоровья, условий жизни, организации их медицинского обслуживания

Сообщение основано на анализе более 240 наблюдений. Больные условно подразделены на

три группы 1) первичные с гладким послеоперационным течением, 2) повторные с различного рода осложнениями, требующими реоперации, 3) имеющие «регионарные» сочетанные аномалии мочеполовой системы, крестцово-копчиковой области и др.

В группе первичных с гладким послеоперационным течением было 108 детей, из них 60 оперированы нами по поводу болезни Гиршпрунга и 48 по поводу атрезии заднего прохода и прямой кишки. Наблюдения показали, что несмотря на отсутствие технических погрешностей и осложнений после операционного периода не во всех случаях наблюдаются хорошие отдаленные результаты примерно в 26% случаев остаются разного рода функциональные нарушения, главным образом эпизодические запоры и недержание кала тщательный анализ этих случаев позволил установить, что остаточные функциональные нарушения не являются фатально неизбежными и их можно предотвратить (во всяком случае резко сократить) с помощью реабилитационных мероприятий.

Так, при болезни Гиршпрунга после радикальной операции, устраняющей причину нарушения пассажа кишечного содержимого, нельзя полностью рассчитывать на самопроизвольную адаптацию толстой кишки и ее запирающего аппарата к нормальным условиям. Надо учитывать по крайней мере три момента: 1) у многих больных остается неудаленной значительная часть ободочной кишки, порою неполноценная в функциональном отношении, 2) у значительного числа пациентов с рождения отсутствует умение самостоятельно опорожнять кишечник, то есть они не развивают соответствующих рефлекторных механизмов для дефекации 3) при радикальной операции на месте нефункционирующего прямого кишечника переносится участок функционирующего ободочного кишечника, который должен в дальнейшем выполнять функции, присущие прямой кишке. Эти факторы определяют необходимость и цели реабилитационного лечения в послеоперационном периоде. Процесс восстановления нормального позыва к дефекации, тренировки новообразованной прямой кишки и её запирающего аппарата проводится одновременно. Разработанный нами комплекс реабилитационных мероприятий при этом состоит в следующем.

В течении 10-15 дней после выписки через день ставят теплые микроклизмы слабым раствором калия перманганата и после того как окрепнет анастомоз и исчезнут последствия операционной травмы околопрямокишечного пространства переходят к тренировочным очистительным клизмам. Процедуры проводятся одновременно, желателен утроем после завтрака, чередуя теплые и прохладные водные процедуры. Пациентам ре-

комендуется проходить два-три курса по 15-20 дней подряд с перерывом в один месяц между курсами. При этом необходимо делать упражнения на удержание: ребенка заставляют опорожнять кишечник не сразу, а порциями. Диета должна быть легко усвояемой, лишенной острых блюд и излишней клетчатки. Через 2-3 месяца после выписки назначают физиотерапевтические процедуры: электростимуляцию мышц промежности, УВЧ, применение аппарата типа СТИМ-1. В общей сложности послеоперационное лечение занимает до 6 месяцев. В большинстве случаев оно достигает главной цели нормализации опорожнения кишечника. При отсутствии полного эффекта лечение повторяют. В дальнейшем нормализуется диаметр толстой кишки, иногда на протяжении 3-5 лет и более. Надо отметить большую воспитательную роль в этом деле как родителей, так и лечащего врача.

При аноректальных аномалиях (атрезии заднего прохода и прямой кишки) задачи реабилитационного лечения в принципе сводятся к упомянутому выше, но их реализация усложняется необходимостью приблизить к норме функцию вновь созданного анального отверстия. В системе реабилитационных мероприятий на первый план выдвигаются механо- и физиотерапия, ЛФК. При тенденции заднепроходного отверстия к сужению необходимо его профилактическое бужирование, которое осуществляют от 1,5 до 3 месяцев после операции. При этом нет необходимости стремиться к чрезмерному растяжению анального кольца, достаточно поддерживать его диаметр в пределах 14-16 номеров бужей Гегара. Одновременно назначают УВЧ и ионофорез на область промежности, а также стимуляцию мышц выборочно по типу культуризма. В случаях функциональных расстройств прибегают к соответствующей диете, способствующей послаблению или закреплению действия кишечника, а также очистительным и тренировочным клизмам. Совершенно необходимой является диспансеризация больных не реже 1-2 раз в год после операции. В наших наблюдениях благодаря преемственности лечения и реабилитационным мероприятиям во всех случаях достигнуты хорошие отдаленные результаты.

Группу повторных больных составили 102 ребенка, подавляющее большинство из которых (92) ранее были оперированы в других лечебных учреждениях. У всех имелись стойкие нарушения функции толстой кишки, обусловленные осложнениями первичного вмешательства или его нерадикальностью. В указанной группе основу реабилитационного лечения составили повторные реконструктивные вмешательства, направленные на устранение наружных и внутренних свищей толстой кишки, ликвидацию стеноза заднего прохода

и прямой кишки, создание анального отверстия и т.п.

Следует отметить, что реабилитационное лечение детей этой группы менее эффективно, чем предыдущей. Дополнительные трудности возникают в связи с тем, что до поступления в нашу клинику больные были оперированы неоднократно. но, как известно, успех повторных операций обратно пропорционален их числу. И хотя во всех случаях нам удалось путем реоперации добиться удовлетворительных анатомических результатов, функциональные исходы почти в 25% случаев заставляют желать лучшего. Именно данный контингент больных нуждается в индивидуально скорректированном реабилитационном лечении. Его осуществляют (с некоторыми вариациями) теми же методами, что и у первичных больных (механо- и физиотерапия, ЛФК, электрофорез и т.п.), однако требуется более продолжительное время, исчисляемое иногда годами. В наших наблюдениях положительные результаты достигнуты у большинства больных, но в некоторых случаях возникает вопрос о необходимости сфинктеропластики.

Особую группу составляют больные с сочетанными пороками развития. В большинстве случаев это так называемые регионарные пороки мочевыводящих путей, крестцово-копчиковой области и др.

Из 40 больных этой группы в 27 случаях атрезия заднего прохода сочеталась со скрытыми аномалиями (например, удвоение влагалища, дивертикул уретры и клапаны эктопия устья мочеточников, уретерогидронефроз и др.), которые оставались до поступления в нашу клинику нераспознанными и обусловили тяжелые клинические осложнения. В этой связи сразу же отметим, что всех новорожденных с атрезией заднего прохода, особенно «высокими» формами, необходимо подвергать первичному урологическому обследованию, и при выявлении сопутствующих аномалий оперативно решать вопрос о дальнейшей тактике до появления осложнений. Нами повторные операции выполнены у 17 детей с благоприятными отдаленными результатами.

В 9 случаях атрезия заднего прохода сочеталась с аномалиями наружных половых органов (гипоспадия, крипторхизм и др.), которые скорректированы своевременно.

Наиболее трудными для лечения оказываются дети, у которых атрезия заднего прохода сочетается с отсутствием дистального отдела позвоночника. Несмотря на правильно и своевременно выполненное вмешательство по созданию заднего прохода, дети страдают недержанием кала и мочи нейрогенного происхождения. Применение традиционных методов реабилитации этих больных оказывается мало эффективным и тре-

буются дальнейшие усилия по их совершенствованию.

Особое внимание следует уделить вопросу социальной адаптации и реабилитации детей, страдающих пороками развития толстой и прямой кишок.

Проведенный нами анализ свидетельствует, что такие больные испытывают большие трудности, связанные с адаптацией их в обществе. Эти проблемы могут проявляться на различных этапах, включая общение со сверстниками, освоение школьной программы и выбор профессии. У значительной части детей могут возникать специфические отклонения в их психологическом и социальном развитии. Почти 60% из числа детей, подвергнутых обследованию, испытывают острую психологическую травму из-за своего заболевания и его последствий. Физические и эмоциональные страдания, сопровождающие данную патологию, могут приводить к формированию характерных черт, характеризующихся комплексом неполноценности. Эти черты включают в себя замкнутость, робость, раздражительность, плаксивость и недоверие к собственным способностям. Также отмечаются случаи высказываний о самоубийстве.

Со временем эти черты могут укрепляться, часто вызывая депрессию, чувство отчаяния и одиночества. Очевидно, что такие состояния существенно затрудняют социальную адаптацию. Расстройство адаптационных механизмов из-за заболевания может привести к развитию психологических проблем, таких как неврозы, заикание и другие, требующие вмешательства специалистов - невропатологов, педагогов, психологов.

Наши исследования показали, что в семейной обстановке родители культивируют щадящее отношение к хронически больному ребенку. Отрицательная сторона такого подхода заключается в том, что ребенок искусственно изолируется от реальной жизни и, следовательно, еще более затрудняется его социальная адаптация.

В настоящее время остается дискуссионным вопрос об условиях школьного обучения хронически больных детей. Все большее число исследователей склоняется к мысли о том, что дети, страдающие хроническими заболеваниями, должны обучаться в условиях, максимально приближенных к нормальным. Такой подход способствует более быстрому и естественному приспособлению их к окружающей жизни.

Проведенный анализ показал, что наряду с обычными или специальными условиями обучения могут и должны быть компромиссные решения. В ряде случаев дети в первые годы после операции могут учиться в школе лишь при организации определенных мер, смягчающих приспособление больного ребенка к пребыванию в шко-

ле (беседа с учителем и врачом о болезни ребенка, освобождение от ряда уроков и внеклассных занятий, возможность неоднократно выходить из класса во время уроков в туалетную комнату и т.п.), а в наиболее тяжелых случаях должно быть организовано обучение на дому.

Также необходимо решать задачу профессиональной ориентации и обучения лиц, с детства страдающих проктологическими заболеваниями обсуждаемого профиля. Еще не разработаны вопросы показаний и противопоказаний для них, например, к поступлению в ВУЗы, нет четкого определения в выборе специальности.

По нашим данным, примерно 20% исследуемых лиц, прошедших операцию в детстве по поводу болезни Гиршпрунга, отмечают, что их возможности в выборе профессии и получении более высокого уровня образования были ограничены из-за заболевания. Однако квалифицированная медицинская и социальная консультация могли бы помочь определить профессию, наиболее подходящую для здоровья и желаний подростка, что играет важную роль в социальной реабилитации.

Реабилитация проктологических больных детского возраста - это комплексная медико-социальная проблема, которая требует интеграции знаний и действий специалистов многих служб, подчиненных различным ведомствам. В первую очередь, это относится к врачам, педагогам, социологам, психологам, работникам службы социального обеспечения. Только их совместные действия могут обогатить народное хозяйство бесценным материалом человеческим разумом и руками.

Литература:

1. SA Mukhitdinovich, AJ Ostonakulovich, YS Abdurasulovich, FZ Maftuna, //The urogenital system in anorectal anomalies in children\\Journal of biomedicine and practice 8 (2) 2023
2. Ravshan Azamatovich Shamsiev, Jamshed Ostanakulovich Atakulov, Jamshed Azamatovich Shamsiev // Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate// Europäische Fachhochschule 2016

3. SJ Azamatovich, AJ Ostonakulovich, YS Abdurasulovich, BN Isrofilovich// Hirschsprung's disease in children and features rehabilitation after surgery//Journal of biomedicine and practice 8 (3), 2023

4. AJ Ostonakulovich, YS Abdurasulovich, SJ Azamatovich, //Unsatisfactory results of surgical treatment of hirschsprung's disease in children\\Journal of biomedicine and practice 8 (2) 2023

5. YS Abdurasulovich, AJ Ostonokulovich, SA Mukhitdinovich//Surgical treatment of hirshprung's disease \\ Journal of biomedicine and practice 8 (2) 2023

6. AJ Ostonakulovich, SA Mukhitdinovich, YS Abdurasulovich //Features of the Genitourinary System in Anorectal Malformations in Children\\Texas Journal of Medical Science 20, 43-48 2023

7. YS Abdurasulovich, AJ Ostonakulovich, DB Latibovich, RA Komilovich// A Modern Approach to The Treatment of Rectal Prolapse in Children\\ Texas Journal of Medical Science 20, 49-52 2023

8. BL Davranov, BN Rakhmatov, JO Atakulov, SA Yusupov, JA Shamsiev// Analysis of the level of endogenous intoxication in children with widespreadm appendicularm peritonitism\\ European journal of molecular medicine 2 (5) 2022

9. BL Davranov, BN Rakhmatov, JO Atakulov, SA Yusupov, JA Shamsiev // Studying the features of the morphology of adherence formation and developing prediction criteria and correction methods under the influence of ozone in the experiment\\ European journal of molecular medicine 2 (5)

КЛИНИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Юсупов Ш.А.,
Фозилжон-зода М.

Резюме. Проктологические заболевания у детей по структуре существенно отличаются от взрослых. Основной группой проблем, требующих более комплексного лечения, являются отклонения в развитии. Некоторые из них проявляются и требуют коррекции в первые часы и дни жизни малыша, другие могут потребовать вмешательства на более поздних сроках.

Ключевые слова: Аноректальные дефекты, анус, кишечник, восстановление.