

## ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

<sup>1</sup>Дегтярев Ю. Г., <sup>1</sup>Дружинин Г. В., <sup>2</sup>Аксенчик М. Г.,  
<sup>2</sup>Новицкая С. К.

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** При анализе отдаленных результатов лечения пациентов с аноректальными пороками, спинно-мозговой грыжей и др. выявлены сочетанные нарушения функции тазовых органов. С помощью сфинктероманометрии проводится измерение функциональных результатов с получением количественных характеристик, что является объективным методом оценки результатов лечения. В дополнение к получению количественной оценки состояния мышц тазового дна он позволяет понять синхронизацию, взаимодействие и роль разных компонентов в обеспечении функционирования различных мышц, участвующих в анальном удержании.

**Цель:** разработать объективные методы измерения функции тазовых органов с получением количественных характеристик процессов.

**Материал и методы.** Проведено обследование 22 пациентов после хирургической коррекции врожденных пороков развития аноректальной области либо спинного мозга. Исследование включало: общеклинические анализы, заполнение дневника физиологических отправлений с оценкой тяжести нарушений по разработанной нами балльной шкале, УЗИ мочевого системы, комплексное уродинамическое исследование, ирригоскопия, сфинктероманометрия, колоноскопия с выполнением биопсии слизистой толстой кишки. В уродинамическом исследовании учитывались: объём мочевого пузыря, давление детрузора, compliance (V/P), потоковая скорость мочеиспускания с миографией диафрагмы таза. При аноректальной манометрии (аппарат ManoScan) фиксировали следующие группы показателей: а) показатели покоя –

максимальное и среднее базальное давление покоя, определялась длина анального канала; б) показатели давления (попытка дефекации), при которой определялись остаточное анальное давление, процент анальной релаксации, интратректальное давление при этом и градиент ректо-анального давления; в) показатели сокращения, сжатия анальных сфинктеров – определялись максимальное давление и длительность при их произвольном контролируемом сокращении; г) пробы с наполнением баллона, введенного в прямую кишку – определялся ректоанальный ингибиторный рефлекс, ректальная чувствительность по определению первых ощущений заполнения баллона, позыва к дефекации, интенсивный позыв и максимально переносимый объем. В заключение исследования проводили тест на выдавливание баллона: тест оценивает возможность пациента осуществить дефекацию, регистрирует динамику дефекации. Определялся тип нарушения акта дефекации.

**Результаты и обсуждение.** При анальной манометрии в 70% случаев ректальная чувствительность у детей была снижена, иногда полностью отсутствовала; у 50% выявлена слабость анальных сфинктеров; у 100% пациентов отметили уменьшение максимального давления сжатия. У 50% выявлено снижение ректо-анального ингибиторного рефлекса, у 70% отмечено снижение порога ректальной чувствительности. У 30% пациентов тест выталкивания баллона был отрицательным. Нарушения функции тазовых органов с жалобами на недержание мочи отмечено у 7 (29%), частое мочеиспускание – у 5 (20,8%), затруднение при мочеиспускании – у 2 (8,5%), запоры – у 12 (50,5%), каломазание – у 18 (75%). Тяжесть нарушений разделяли на три степени и определяли по сумме баллов, набранных при оценке дневника физиологических отправлений. Пациентам с изолированным снижением контрактильной способности мочевого пузыря (4 пациента) или толстой кишки (14 пациентов), которые имели нарушение функции тазовых органов 1 степени тяжести по балльной шкале, назначалось лечение: периодическая катетеризация мочевого пузыря, диета, регулярные очистительные клизмы. Использование спектрограмм для анализа процесса сокращения мышц анальных сфинктеров

позволяет оценить особенности сигнала на протяжении всего цикла сокращения (произвольное сокращение, удержание в сокращенном состоянии, расслабление), что важно для реальной оценки динамики процесса. Следует отметить, что характер спектрограмм зависит от типа патологических изменений, а также от индивидуальных особенностей пациентов. На спектрограммах можно заметить, что при разной патологии весь процесс сокращения мышц происходит с различными спектрами. Отличия наблюдаются на всех этапах: сокращение, удержание в сокращенном состоянии, а также расслабление мышц. Дети со сфинктерно-детрузорной диссинергией и диссинергической дефекацией (8 детей) (1-2 степень нарушения функции) выполняли тренировки по типу биологической обратной связи (БОС). Было проведено от одного до трёх курсов БОС-тренировок по 3 – 5 сеансов. Все пациенты, выполнявшие БОС-тренировки и продолжавшие выполнять рекомендации по опорожнению мочевого пузыря и прямой кишки между курсами лечения, хорошо удерживали мочу и кал, не пользовались прокладками. Снижение эффективности приобретенных при БОС-терапии навыков происходило через 1-3 месяца после последней тренировки.

**Выводы.** Каждый анатомический и функциональный результат индивидуален и может быть объективно оценен и должен контролироваться на протяжении длительного времени. Проведение системного функционального подхода у детей с нарушениями функции тазовых органов позволяет оптимизировать диагностику и оценивать эффективность проводимого лечения.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ**

Заполянский А. В., Никифоров А. Н., Дегтярев Ю. Г.

*ГУ «РНПЦ детской хирургии», г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Киста общего желчного протока является врожденным пороком развития, характеризующимся различной