

Н.Б. Гусева^{1,2}, С.С. Никитин^{3,4}, И.Н. Григович³, Р.О. Игнатъев^{1,2}, Ю.Г. Пяттоев³

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ДЕТЬМИ, ОПЕРИРОВАННЫМИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

¹НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, ²ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ, ³ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», ⁴ГБУЗ «Детская республиканская больница» г. Петрозаводска, РФ



Одним из залогов успешного восстановления функции толстой и прямой кишок у оперированных по поводу болезни Гиршпрунга детей, помимо хирургической техники, является правильное послеоперационное ведение пациентов. Такие больные выписываются под наблюдение участкового врача или хирурга поликлиники, зачастую не имеющих соответствующих знаний и опыта. Нередки случаи, когда амбулаторный этап реабилитации у таких детей сводился к шаблонному назначению общих анализов и/или каких-либо физиотерапевтических процедур из имеющегося в поликлинике арсенала. В статье предлагается программа ведения оперированных пациентов с нарушениями функций толстой кишки, в первую очередь ориентированная на участковых педиатров.

Ключевые слова: дети, болезнь Гиршпрунга, послеоперационное лечение, реабилитация, врачи общей практики.

Цит.: Н.Б. Гусева, С.С. Никитин, И.Н. Григович, Р.О. Игнатъев, Ю.Г. Пяттоев. Практические рекомендации для врачей общей практики по наблюдению за детьми, оперированными по поводу болезни Гиршпрунга. *Педиатрия*. 2018; 97 (6): 45–50.

N.B. Guseva^{1,2}, S.S. Nikitin^{3,4}, I.N. Grigovich³, R.O. Ignatyev^{1,2}, Y.G. Pyattoyev³

PRACTICAL RECOMMENDATIONS FOR GENERAL PRACTITIONERS ON MANAGEMENT OF CHILDREN OPERATED FOR HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

¹Scientific Research Institute of Pediatric Surgery, Pirogov Russian National Research Medical University; ²G.N. Speransky City Children's Hospital № 9; ³Petrozavodsk State University; ⁴Petrozavodsk Children's Republican Hospital, Russia

One of the keys to the successful recovery of colon and rectum function in children operated for Hirschsprung's disease, in addition to surgical techniques, is the correct postoperative management of patients. Such patients are discharged under the supervision of a local doctor or polyclinic surgeon, often lacking the relevant knowledge and experience. There are often cases when the out patient rehabilitation stage in such children was limited to the routine appointment of general tests and/or any physiotherapy procedures available in the clinic. The article proposes a

Контактная информация:

Гусева Наталья Борисовна – д.м.н., главный научный сотрудник НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, руководитель Московского городского центра детской урологии-андрологии и патологии тазовых органов ГБУЗ ДГКБ № 9 ДЗМ
Адрес: Россия, 123317, г. Москва, Шмитовский проезд, 29
Тел.: (499) 256-21-62, **E-mail:** guseva-n-b@yandex.ru
Статья поступила 31.01.18, принята к печати 20.06.18.

Contact Information:

Guseva Natalia Borisovna – MD., chief researcher of Scientific Research Institute of Pediatric Surgery, Pirogov Russian National Research Medical University; head of Moscow city center of pediatric urology-andrology and pelvic organs pathology, City Children's Hospital № 9
Address: Russia, 123317, Moscow, Shmitovsky proezd, 29
Tel.: (499) 256-21-62, **E-mail:** guseva-n-b@yandex.ru
Received on Jan. 31, 2018, submitted for publication on Jun. 20, 2018.

program of management of operated patients with colon function disorders, primarily focused on local pediatricians.

Keywords: children, Hirschsprung's disease, post-operative treatment, rehabilitation, general practitioners.

Quote: N.B. Guseva, S.S. Nikitin, I.N. Grigovich, R.O. Ignatyev, Y.G. Pyatoyev. Practical recommendations for general practitioners on management of children operated for Hirschsprung's disease. *Pediatrics*. 2018; 97 (6): 45–50.

Болезнь Гиршпрунга (БГ) – один из наиболее сложных врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), встречается с частотой 1:5000 новорожденных. Несмотря на разработанные эффективные методы хирургической коррекции порока, у каждого 5-го оперированного ребенка в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения отмечаются отклонения функции ЖКТ [1–4]. Восстановительный период у большинства пациентов заканчивается к концу 2-го года после операции. Однако у ряда больных он продолжается вплоть до периода полового созревания и даже в более старшем возрасте. Это подтверждают многочисленные исследования качества жизни взрослых, подвергавшихся лечению по поводу БГ [4, 5].

Все оперированные пациенты нуждаются в довольно длительном послеоперационном лечении и реабилитации. Педиатры поликлиник и врачи общей практики, под наблюдение которых эти дети поступают, должны владеть достаточной информацией и хорошо разбираться в рекомендациях, касающихся вопросов ведения пациентов в позднем послеоперационном периоде [6]. Реабилитацией (от лат. *rehabilitatio* «восстановление», далее из ге- «обратно; опять, снова» + *habilis* «управляемый, послушный») в медицине называют комплекс медицинских, педагогических, психологических, юридических и профессиональных мер по восстановлению трудоспособности, автономности и здоровья людей с ограниченными возможностями. В отношении детей, оперированных по поводу БГ, целью реабилитационной программы являются минимизация или полное исключение клинических проявлений нарушений функций толстой (ТК) и прямой кишки (ПК), повышение качества жизни и связанная с ним нормальная социальная адаптация ребенка в обществе, возможность обучаться в общеобразовательной школе или посещать детское дошкольное учреждение совместно со здоровыми детьми, а также предупреждение развития осложнений болезни. Индивидуальная реабилитационная программа составляется после выписки детей из стационара или завершения проведения амбулаторного обследования и лечения. Необходимо учитывать, что организм ребенка приспосабливается к изменившейся функции ТК, пассаж по ЖКТ у него восстановлен, но позыв на дефекацию или его эквивалент еще предстоит выработать. Это связано с тем, что вместо компрометированной ПК низводится участок ТК, который должен выполнять нехарактерную для него функцию. Кроме того, формированию подлежит и удерживающая функция ПК. Учитывая нарушенную иннервацию этой зоны, выполнение программы

лечения и реабилитации в позднем послеоперационном периоде – мероприятие очень кропотливое. Оно требует пристального внимания и усердия от родителей и окружающих ребенка взрослых, но только четкое ее исполнение может гарантировать успешный результат.

Если еще недавно основными проблемами в послеоперационном периоде считались анемия, гипотрофия, дисбактериоз [6], то в современных условиях на первый план выходят формирование нормального акта дефекации, замыкательной функции ПК и купирование проявлений колита. В общем виде нарушения функции ЖКТ проявляются обструктивным синдромом, недержанием кала и энтероколитом.

Клинические проявления обструктивного синдрома, по данным разных авторов, наблюдаются с частотой 8–30%. Такой разброс связан с наличием разных форм БГ, возрастом начала лечения, методикой хирургического вмешательства и др.

Выделяют несколько причин запоров в послеоперационном периоде [7]: рубцовый стеноз в области кишечного анастомоза; наличие остаточного аганглиоза после резекции и низведения ТК; ахалазия внутреннего сфинктера с наличием извращенного ингибиторного ректоанального рефлекса; нарушение перистальтики низведенной ТК в результате функциональной ее неполноценности, особенно у пациентов с ранее существовавшей колостомой; развитие патологического расширения низведенной кишки из-за хронического запора в результате активной задержки/отказа от дефекации пациентом. Как правило, такое поведение ребенка связано с неприятием частых манипуляций в аноректальной зоне (бужирование, клизмы и др.).

Для выявления конкретной причины обструктивного синдрома требуется целенаправленное обследование больного в специализированном хирургическом отделении. Диагностика в условиях типовой поликлиники имеет ограниченные возможности и едва ли должна рассматриваться как неперемное условие, без выполнения которого начало восстановительного лечения невозможно. Независимо от наличия или отсутствия механической причины пациенту показана консервативная реабилитация (диета, фармакотерапия, программа по механической очистке ТК, физиотерапевтическое лечение). Конкретные методики восстановления эвакуаторной функции дистальных отделов ТК, разработанные для очень похожей категории пациентов, приведены в доступных источниках [8, 9]. Для коррекции ахалазии внутреннего сфинктера в настоящее время используются инъекции ботулотоксина с хорошим эффектом.

Недержание кала, сопровождающееся нарастанием психологических и поведенческих проблем у пациентов по мере их взросления, отмечается с частотой 7–34% [10]. В случае технически правильно выполненных радикальных операций механизм недержания кала обусловлен недостаточностью нервно-рефлекторных связей между низведенной ТК и ее сфинктерным аппаратом. Важное значение придается и факту изменения перистальтики ТК в результате резекции ректосигмоидного и других отделов ТК. Программа реабилитационных мероприятий в этой группе пациентов состоит из подбора диеты и фармакопрепаратов с целью большей консолидации стула, физиотерапевтических методов стимуляции нервно-рефлекторных связей ТК и сфинктерного аппарата [2, 6, 7, 10–13]. При упорном и выраженном недержании кала применяется программа механического очищения ТК с помощью клизм [8, 14], что позволяет пациенту длительное время оставаться чистым. Механическое очищение ТК может быть достигнуто ретроградной или как крайняя мера антеградной ирригацией через аппендикостому [4, 7].

Энтероколит, ассоциированный с БГ (ЭАБГ) – воспалительное поражение ТК, которое может представлять угрозу жизни пациента. У неоперированных больных частота выявления энтероколита варьирует от 6 до 60%, в послеоперационном периоде колеблется от 25 до 37% [1, 10, 15]. Классические проявления ЭАБГ включают вздутие живота, лихорадку и диарею. У многих больных наблюдаются также рвота, кишечное кровотечение, интоксикационный синдром. Такое разнообразие и неспецифичность симптоматики затрудняют раннюю диагностику основного заболевания – БГ – и, как следствие, приводят к запоздалой патогенетической терапии. Международным сообществом детских хирургов и гастроэнтерологов разработаны диагностические шкалы не только для улучшения диагностики, но и с целью оценки степени тяжести ЭАБГ [8]. Минимальная лечебная программа ЭАБГ включает в себя оральную гидратацию, антибактериальную терапию метронидазолом и механическое очищение ТК с помощью клизм [8, 9, 14]. Важное значение придается профилактике энтероколита, особенно в группе пациентов с БГ, у которых это осложнение было выявлено на дооперационном этапе. Наряду с вышеперечисленными мероприятиями, назначаются пробиотики на длительный срок (не менее 4 недель) [10, 14, 16, 17].

После выписки через месяц после операции целесообразно определить степень нарушения функции ТК и ПК, чтобы в дальнейшем можно было отслеживать эффективность проводимой терапии и реабилитации. С учетом высокой частоты сочетания патологии с нейрогенными нарушениями мочеиспускания, рекомендуем первоначально провести определение степени нарушений функции тазовых органов (функции мочеиспускания и дефекации) с целью выявления возможных скрытых соче-

танных нарушений. При отсутствии нарушений функции мочевого пузыря (если сумма баллов в «урологическом» разделе равна нулю) дальнейшее определение степени нарушений рекомендуем проводить с помощью «проктологической» (2Б) части способа квалиметрии тазовых нарушений (см. таблицу).

По полученным данным выделяют 3 степени нарушений:

- I степень – балл для определения нарушений мочеиспускания 0–10, балл для определения нарушений дефекации 0–8, сумма баллов – 0–18;
- II степень – балл для определения нарушений мочеиспускания 10–20, балл для определения нарушений дефекации 8–16, сумма баллов – 18–36;
- III степень – балл для определения нарушений мочеиспускания выше 20, балл для определения нарушений дефекации выше 16, сумма баллов – выше 36.

Соответственно при выявлении только нарушений функции ТК и ПК ориентируются на баллы для определения нарушений дефекации.

В зависимости от полученных результатов разрабатывается последующая стратегия лечения. При I степени нарушений можно ограничиться выполнением режимных рекомендаций. При II степени нарушений к режимным рекомендациям добавляем курсы физиолечения, тренировочные клизмы, БОС-терапию.

При длительном отсутствии эффекта при III степени нарушений показано повторное обследование в условиях хирургического стационара проктологического профиля.

Комплексная диагностика методом квалиметрии на основании одномоментного заполнения дневника объема потребляемой жидкости, ритма спонтанных мочеиспусканий и дефекации дает информацию о соблюдении или нарушении динамического стереотипа поведения ребенка. Коррекция жизненно важных функций – гидратации, регулярной дефекации, является основой для определения объема диагностических манипуляций с определением последующей стратегии лечения.

Использование когнитивно-бихевиоральных приемов, направленных на обучение родителей/опекунов и пациента изменению привычного образа жизни, формированию ответственного отношения к проблеме с целью получения высокой степени контроля над функцией ТК и ПК. Сюда относятся правильные режимы гидратации, режим принудительных мочеиспусканий и дефекации [18, 19].

Правильный режим гидратации является одним из самых главных факторов в стабилизации физиологического ритма дефекации. Режим и контроль возрастного объема потребляемой жидкости назначается врачом пациенту на срок не менее 3 месяцев. Физиологическое потребление жидкости рассчитывается с учетом веса ребенка и в зависимости от возраста у детей 1–15 лет составляет 50–120 мл/кг/сут [20]. Суточный

Метод квалитметрии сочетанных нарушений функций тазовых органов у детей

1. Дневник мочеиспусканий и дефекации

Дневник заполняется в течение 3 дней без принуждения к мочеиспусканию и увеличения количества выпитой жидкости. Режим питья и мочеиспусканий во время заполнения дневника соответствует обычному рациону. Время позыва и мочеиспускания может не совпадать.

Время	Объем выпитой жидкости, мл	Объем мочеиспускания, мл	Императивный позыв без мочеиспускания	Императивное неудерживание мочи	Недержание мочи во время сна	Позыв на дефекацию (или эквивалент позыва)	Самостоятельный стул	Энкопрез
Всего								

Количество мочеиспусканий в сутки _____

Количество мочи с 7 до 18 ч _____ Количество мочи с 18 до 6 ч _____

Дневной диурез % к суточному _____ Ночной диурез % к суточному _____

2. Таблица оценки симптомов расстройств мочеиспускания и дефекации у детей

А. Мочеиспускание			
Симптомы	Состояние	Балл	
1. Позыв на мочеиспускание	Обычный	0	
	Императивный	1 раз не каждый день	2
		1 раз каждый день	4
		Несколько раз в день не систематически	6
		Несколько раз каждый день	8
	Эквивалент (боли или тяжесть в животе)	10	
	Отсутствует	12	
2. Мочеиспускание по частоте	Обычные (5–8 раз в сутки)	0	
	Учащенные (более 8)	2	
	Редкие (менее 5)	4	
	Отсутствуют	6	
3. Недержание мочи	Нет	0	
	Императивное (при позыве)	1 раз не каждый день	2
		1 раз каждый день	4
		Несколько раз в день не систематически	6
		Несколько раз каждый день	8
	При напряжении (кашель, смех)	1 раз не каждый день	2
		1 раз каждый день	4
		Несколько раз в день не систематически	6
		Несколько раз каждый день	8
	Другое	Постоянное непроизвольное подтекание мочи	12
4. Непроизвольное мочеиспускание во время ночного сна	Нет	0	
	1 раз не каждый месяц	2	
	Несколько раз в месяц	4	
	Несколько раз в неделю	6	
	1 раз каждую ночь	8	
	Несколько раз каждую ночь	10	
Б. Дефекация			
1. Позыв на дефекацию	Обычный, каждый день	0	
	Обычный, не каждый день	2	
	Эквивалент (боли или тяжесть в животе)	4	
	Отсутствует	6	
2. Дефекация	Самостоятельная	Ежедневно 1 раз в день	0
		1 раз в 3 дня	2
		1 раз в 4–6 дней	4
		Нет	6
	При целенаправленных пособиях	Диета	2
		Слабительные препараты или свечи	4
		Очистительные клизмы	6
		Пассивная – удаление каловых масс пальцем	8
3. Каломазание	Отсутствует	0	
	1 раз не каждый день	2	
	1 раз каждый день	4	
	Несколько раз в течение короткого периода времени, но не каждый день	6	
	Несколько раз каждый день	8	

Сумма баллов для оценки мочеиспускания _____

Сумма баллов для оценки дефекации _____

Общая сумма баллов _____

Степень нарушений _____

прием жидкости распределяется равномерно в течение первых 10 ч бодрствования, каждые 2 ч.

Одновременно с режимными мероприятиями проводится контроль ритма дефекации. Целью контроля является достижение такого распорядка, при котором опорожнение кишечника происходит ежедневно, полным объемом одномоментно, по позыву или его эквиваленту. Критерием эффективной дефекации может служить отсутствие парадоксального энкопреза (возникающего из-за накопления остаточных каловых масс). В идеальном варианте стул должен быть у ребенка по утрам, в одно и то же время, дома. В случае, если по каким-то причинам перед началом выполнения реабилитационной программы у ребенка возникла обстипация в течение нескольких дней, то приступать к выполнению режима целесообразно только после полного опорожнения кишечника клизмами, ликвидации каловых камней, восстановления адекватного потребления жидкости. Когда достигнуто первичное опорожнение кишечника, проводят следующие режимные мероприятия. Для стимуляции кишечника утром, не вставая с постели, предлагают выпить стакан воды комнатной температуры, после чего ребенок завтракает. После завтрака ребенку предлагают посетить туалет. При отсутствии позыва акт дефекации можно стимулировать ректальным введением свечи глицерина или с помощью клизмы небольшого объема. Одновременно в течение дня ребенок получает соответствующую послабляющую диету, по показаниям, – медикаментозное лечение. В случае неэффективности утренних мероприятий и отсутствия стула в течение дня перед ночным сном ребенок получает солевое слабительное средство или стимулятор секреторной функции кишечника. Утром все мероприятия повторяют снова. В случае отсутствия реакции на проводимые мероприятия в течение 2 суток выполняется гипертоническая клизма с 5% раствором натрия хлорида из расчета 100 мл на год жизни, не превышая 1000 мл.

Ежедневное адекватное опорожнение кишечника обычно препятствует возникновению эпизодов вторичного энкопреза. Его появление (при наличии ежедневного стула) может свидетельствовать о неэффективной дефекации. В ряде случаев у оперированных по поводу БГ детей энкопрез появляется в течение дня, по мере наполнения ПК содержимым, даже в случае полного опорожнения кишечника утром. Это обычно связано с недостаточностью наружного сфинктера ПК, т.е. представляет собой один из вариантов истинного недержания кала. В этой ситуации режим дефекации подбирают в зависимости от времени, в течение которого ребенок может находиться чистым после очередной дефекации.

Обязательным условием являются периодические курсы лечения, направленные на стимуляцию работы кишечника, – СМТ на область живота, массаж, лечебная физкультура, терапия

методом БОС, регулярные курсы тренировочных клизм, которые можно считать вариантом безаппаратной БОС-терапии.

СМТ у детей применяют с грудного возраста, чаще в переменном режиме с глубиной модуляции не более 75%. Начало процедур с высоких частот 100–90 Гц. У детей до года длительность процедуры составляет 8–10 мин, у более старших ее можно увеличить до 15 мин. В последнее время на базе наших клиник широко применяется метод проведения СМТ с лекарственной поддержкой. На аппаратах типа «Амплипульс» переключатель ставится в режим «выпрямленный» соответственно заряду молекул лекарственного вещества. Эффективно введение ганглиоблокаторов, вазопротекторов, прозерина и других средств [19, 21].

Лечебная гимнастика должна быть направлена на тренировку мышц тазового дна и передней брюшной стенки. Предпочтительно формировать комплексы упражнений на гимнастическом мяче. Важно чередовать упражнения, не допуская болевых ощущений, длительностью 1–2 мин на каждую группу мышц. Мяч следует выбирать по росту ребенка для создания оптимальной тренировочной нагрузки. Во время сидения на мяче бедра и голени пациента должны образовать прямой угол.


Тренировочные клизмы рекомендуется выполнять вечером. Неглубоко в ПК вводится небольшой объем жидкости (кипяченая вода комнатной температуры) и ребенка просят удерживать эту воду как можно дольше, во время удержания приветствуется физическая активность. Таким образом происходит «тренировка» наружного сфинктера ПК. Отмечают время удержания и при его увеличении прибавляют количество вводимой жидкости (от 30 до 150 мл).

Одно из основных направлений послеоперационного ведения больных – бужирование зоны анастомоза в низведенной кишке. Программу бужирования определяет и выполняет врач-хирург.

Важный компонент реабилитационной программы – регулярное посещение специалиста с контролем состояния методом квалитметрии и своевременной коррекцией терапии по показаниям. Основная цель реабилитационной программы – приближение суммы баллов по методу квалитметрии нарушений функций тазовых органов к нулю.

Заключение

Таким образом, знание основных причин нарушений функции ЖКТ у больных с оперированной БГ, последующая целенаправленная и кропотливая их реабилитация позволяют с возрастом в значительной степени добиться улучшения качества жизни пациентов [22].

Guseva S.B.  0000-0002-1583-1769

Nikitin S.S.  0000-0002-4920-1722

Ignatyev R.O.  0000-0002-6393-1326

Pyatoyev Y.G.  0000-0002-1687-324X

1. Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Холостова В.В., Маннанов А.Г., Залихин Д.В., Ермоленко Е.Ю. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 3 (4): 42–49.
2. Langer JC. Hirschsprung disease. Curr. Opin. Pediatr. 2013; 25 (3): 368–374.
3. Langer JC, Rollins MD, Levitt M., Gosain A, Torre L, Kapur RP, Cowles RA, Horton J, Rothstein DH, Goldstein AM. Guidelines for the management of postoperative obstructive symptoms in children with Hirschsprung disease. Pediatr. Surg. Int. 2017; 33 (5): 523–526.
4. Neuvonen MI, Kyrklund K, Rintala R, Pakarinen MP. Bowel function and quality of life after transanal endorectal pull-through for Hirschsprung disease. Ann. Surg. 2017; 65 (3): 622–629.
5. Wituliet MJ, Petersen N, Ekkerman E, Sleeboom C, van Heurn E van der Steeg AFW. Transitional health care for patients with Hirschsprung disease and anorectal malformations. Tech. Coloproctol. 2017; 21 (7): 547–554.
6. Леньюшкин А.И. Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленинград: Медицина, 1985.
7. Mositello G, Marshall D, Rolle U, Crétolle C, Santacruz BG, Frischer J, Benninga MA. Consensus review of best practice of transanal irrigation in children. JPGN. 2017; 64 (3): 343–352.
8. Игнатъев Р.О., Никитин С.С. Коррекция сочетанных расстройств мочеиспускания и дефекации у детей с миелодисплазией. В кн.: Миелодисплазия у детей (организация и оказание медицинской помощи). Руководство для врачей. В.М. Розин, ред. М.: Предание, 2017: 184–192.
9. Игнатъев Р.О. Сочетанная дисфункция мочевого пузыря и толстой кишки у детей. Материнство и детство. 2003; 3: 46–49.
10. Gosain A, Frykman PK, Cowles RA, Horton J, Levitt M, Rothstein DH, Langer JC, Goldstein AM. Guidelines for the diagnosis and management of Hirschsprung-associated enterocolitis. Pediatr. Surg. Int. 2017; 33 (5): 517–521.
11. Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Анохина М.А., Надгериев В.М., Луняка А.Н., Старченко В.М. Послеоперационная реабилитация детей, перенесших операции на толстой кишке и в аноректальной зоне. Кубанский медицинский вестник. 2013; 7: 114–117.
12. Ladi-Seyedian SS, Sharifi-Rad L, Manouchehri N, Ashjaei B. A comparative study of transcutaneous interferential electrical stimulation plus behavioral therapy and behavioral therapy alone on constipation in postoperative Hirschsprung disease children. J. Pediatr. Surg. 2017; 52 (1): 177–183.
13. Stathopoulos L, King SK, Southwell BR, Hutson JM. Nuclear transit study in children with chronic faecal soiling after Hirschsprung disease (HSCR) surgery has revealed a group with rapid proximal colonic treatment and possible adverse reaction to food. Pediatr. Surg. Int. 2016; 32 (8): 773–777.
14. Pfeifle VA, Holland-Cunz S. Bowel management in children: how to keep children clean. Ann. Pediatr. Surg. 2017; 13 (4): 175–181.
15. Demehri FR, Halaweish IF, Coran AG, Teitelbaum DH. Hirschsprung-associated enterocolitis: pathogenesis, treatment and prevention. Pediatr. Surg. Int. 2013; 29 (9): 873–881.
16. Сытьков В.В., Боровик Т.Э., Смирнов И.Е., Поддубный И.В. Изменение микробиоты и особенности применения пребиотиков для профилактики осложненной хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. Российский педиатрический журнал. 2017; 20 (3): 172–179.
17. El-Sawaf M, Siddiqui S, Mahmoud M, Drongowski R, Teitelbaum DH. Probiotic prophylaxis after pullthrough for Hirschsprung disease to reduce incidence of enterocolitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. J. Pediatr. Surg. 2013; 48 (1): 111–117.
18. Wang H, Guo XN, Zhu D, Zhu T, Hu L, Feng J. Nursing intervention for outpatient rehabilitation in pediatric patients with Hirschsprung disease after colectomy. Eur. J. Pediatr. Surg. 2015; 25 (5): 435–440.
19. Никитин С.С. Расстройства нейрогуморальной регуляции при сочетанных нарушениях функции тазовых органов у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2016.
20. Хусу Э.П., Никитин С.С., Рианов В.В., Тарасов С.В. Инфузионная терапия у детей с хирургическими заболеваниями: Учебное пособие. И.Н. Григович, ред. Петрозаводск: Издательство ПетрГУ, 2013.
21. Техника и методики физиотерапевтических процедур: Руководство для врачей. В.М. Боголюбов, ред. М.: «Бином», 2015: 80–83.
22. Aworanti OM, McDowell DT, Martin IM, Quinn F. Does functional outcome improve with time postsurgery for Hirschsprung disease? Eur. J. Pediatr. Surg. 2016; 26 (2): 192–199.

© Коллектив авторов, 2018

DOI: 10.24110/0031-403X-2018-97-6-50-56
<https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-6-50-56>

В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, А.Х. Черкаева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИФЕРОН® В ПЕРИОДЕ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ



ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ, г. Кемерово, РФ

Известно, что пик заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) отмечается у детей раннего возраста, что по срокам совпадает с началом посещения ими организованных детских коллективов и большим количеством «новых контактов». В связи с этим применение

Контактная информация:

Вавилова Вера Петровна – д.м.н., проф.
каф. подготовки врачей первичного звена
здравоохранения ФГБОУ ВО Кемеровский
государственный медицинский университет МЗ РФ
Адрес: Россия, 650059, г. Кемерово,
ул. Ворошилова, 22 А
Тел.: (3842) 73-48-56, E-mail: vavilovavp@mail.ru
Статья поступила 14.10.18,
принята к печати 20.11.18.

Contact Information:

Vavilova Vera Petrovna – MD., prof. of Primary Care
Physicians Training Department,
Kemerovo State Medical University
Address: Russia, 650059, Kemerovo,
Voroshilova str., 22A
Tel.: (3842) 73-48-56, E-mail: vavilovavp@mail.ru
Received on Oct. 14, 2018,
submitted for publication on Nov. 20, 2018.