

Дегтярев Ю. Г., Никифоров А. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Введение. В Республике Беларусь с населением около 9,5 млн. человек ежегодно рождается 20–25 детей с врожденными аноректальными аномалиями. В силу экономической целесообразности и для получения хороших результатов почти все пациенты концентрируются в одном учреждении – Детском хирургическом центре г. Минска (ДХЦ) – где накапливается опыт и совершенствуется квалификация персонала в лечении данной патологии.

Цель. Изучить и проанализировать оказание хирургической помощи детям с врожденными пороками развития аноректальной области в Республике Беларусь и определить пути ее дальнейшей оптимизации.

Материалы и методы. В ДХЦ с 2000 по 2013 год с различными видами аноректальных пороков находилось на лечении 198 детей. Из них мальчиков было 114, девочек 84. Проведен анализ диагностики, обследования и лечения этой группы пациентов. У мальчиков были диагностированы: аноректальная агенезия без фистулы у 22 пациентов, промежностный (кожный) свищ у 51, аноректальная агенезия с ректоуретральным свищем (ректопростатический и ректобульбарный) у 18, ректовезикальная фистула у 5. У девочек встречались: промежностная (кожная) фистула – у 24, аноректальная агенезия без фистулы у 12, ректовестибулярная фистула у 33. У остальных – редкие виды патологии.

Результаты и обсуждение. Пренатальная диагностика ВПР пищеварительного тракта основывается на принципах выявления факторов риска рождения детей с врожденными пороками развития, использования неинвазивных методов исследования (УЗИ плода, скрининговых тестов крови на альфафетопротеин, хорионический гонадотропин при многоводии). На основании полученного заключения, по согласованию с родителями ребенка решается вопрос продолжения беременности или ее прерывания. Белорусское законодательство разрешает при наличии верифицированного порока и желании женщины проведение аборта в поздние сроки. При сохранении беременности для родоразрешения беременные со всей Республики Беларусь с диагностированными у плодов пороками, требующими хирургической коррекции, госпитализируются в 1 ГКБ г. Минска, где расположен детский хирургический центр (ДХЦ), работающий на функциональной основе. Пренатальные трансферы снижают в будущем

необходимость в транспортировке новорожденных, каждая из которых несет существенную угрозу здоровью новорожденного ребенка и обходится государству в сумму около 1000 евро.

Выбор тактики в неонатальном периоде определяется видом порока, определенное значение имеет и место оказания медицинской помощи. При рождении ребенка в районных центрах – осуществляется консультация новорожденного детским хирургом и обязательный перевод его в отделение детской хирургии областной больницы. В условиях специализированного отделения интенсивной терапии врачом детским хирургом, как правило, заведующим отделения проводится диагностика уровня атрезии. При показании к выполнению колостомии она выполняется в областной больнице детскими хирургами, при диагностике «низкой» атрезии и решении выполнять радикальную операцию – перевод в ДХЦ г. Минска, при невозможности перевода – выезд сотрудника кафедры детской хирургии по линии санавиации и проведение операции на месте. Транспортировка новорожденных детей для хирургических манипуляций в Центр осуществляется специализированной машиной скорой помощи, которая обслуживается квалифицированной реанимационной бригадой неонатологов и оснащена всем необходимым для оказания помощи новорожденным непосредственно во время транспортировки. К оборудованию, используемому для неонатального транспорта, предъявляются особые технические требования. Все транспортные средства должны соответствовать Европейскому стандарту EN 1789. При безсвищевых формах во всех случаях выполняем УЗИ 1) промежности, для уточнения расстояния от кожи до дистальной части прямой кишки, 2) УЗИ брюшной полости, для обнаружения сопутствующей патологии (обнаружена в 70%). При наличии «высоких» пороков и расстоянии от кожи до кишки более 1 см – осуществляем выведение колостомы, при расстоянии менее 1 см – выполняем одномоментную проктопластику. При сомнении в определении уровня атрезии прямой кишки выполняется колостомия. Для коррекции «низких» атрезий новорожденным выполнены следующие первичные операции: проктопластика по Стоуну – 2 пациентам, переднесагитальная – 6, минимальная заднесагитальная – 7 пациентам. В последнее время отдаем предпочтение минимальной заднесагитальной проктопластике. Она обеспечивает лучшую визуализацию мышц наружного анального сфинктера. Операцию проводим с помощью электромиостимулятора с определением мышечного комплекса и мышц наружного анального сфинктера. Основным моментом, позволяющим рассчитывать на получение хорошего функционального результата, является выбор метода операции. Всегда хирург должен избрать наименее травматичное и адекватное оперативное вмешательство. Активно привлекаем родителей – самых заинтересованных лиц для ухода за раной на промежности.

Выводы. Концентрация детей в специализированном учреждении, стандартизация подходов для определения показаний к операции, интраоперационной тактики, послеоперационного ведения позволяет оптимизировать результаты лечения пациентов с врожденной аноректальной аномалией