

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель Министра  
Д.Л.Пиневич  
2019 г.  
Регистрационный № 030-2-0419



МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ  
ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр детской хирургии»

АВТОРЫ:

канд. мед. наук Г.В. Дружинин, канд. мед. наук, доцент А.А. Свирский  
доктор мед. наук, доцент Ю.Г. Дегтярёв, канд. мед. наук  
А.В.Заполянский, М.Г. Аксёнич, Ю.А. Суворова, канд. мед. наук,  
доцент О.А. Говорухина, А.М. Махлин, А.И. Гринь, Х.Ф. Эль-Дизфи

Минск, 2019

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневич  
25.04.2019  
Регистрационный № 030-2-0119

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО  
ВОЗРАСТА С НЕЙРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ  
ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический  
центр детской хирургии»

АВТОРЫ: канд. мед. наук Г. В. Дружинин, канд. мед. наук, доц. А. А. Свирский,  
д-р мед. наук, доц. Ю. Г. Дегтярев, канд. мед. наук А. В. Заполянский,  
М. Г. Аксенчик, Ю. А. Суворова, канд. мед. наук, доц. О. А. Говорухина,  
А. М. Махлин, А. И. Гринь, Х. Ф. Эль-Диэфи

Минск 2019

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложены методы, которые могут быть использованы для лечения пациентов с врождённой патологией анального канала, прямой кишки, спинного мозга, перенесших хирургические операции на органах таза, спинном мозге и имеющих нейрогенные расстройства функции прямой кишки и анальных сфинктеров.

В инструкции содержится описание этапов реконструктивных восстановительных хирургических операций на органах таза и кишечнике по формированию механизмов удержания кала, которые могут быть использованы в комплексе мер, медицинских услуг, направленных на лечение детей с нейрогенными нарушениями функции прямой кишки и анальных сфинктеров.

Инструкция предназначена для врачей — детских хирургов, врачей-урологов, врачей-педиатров и иных врачей-специалистов учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам детского возраста в стационарных и/или амбулаторных условиях, и/или отделениях дневного пребывания.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Медицинские изделия: аппараты для манометрии прямой кишки и анальных сфинктеров, рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических исследований, гистохимического анализа биоптатов слизистой оболочки кишечника, наркозно-дыхательная аппаратура для искусственной вентиляции легких у пациентов соответствующей возрастной группы.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Нейрогенные расстройства функции прямой кишки и анальных сфинктеров и их осложнения у пациентов детского возраста с пороками развития и заболеваниями прямой кишки: врожденное отсутствие, атрезия и стеноз толстого кишечника, spina bifida (неполное закрытие позвоночного канала), эктопический задний проход, врожденный свищ прямой кишки и ануса, сохранившаяся клоака, болезнь Гиршпрунга.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации.
2. Противопоказания, соответствующие таковым для медицинских аппаратов и лекарственных средств, необходимых для применения метода, изложенного в инструкции.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

### **Предоперационная подготовка**

Предоперационная подготовка включает: лабораторный контроль (общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, анализ мочи), оценку микробиологического статуса пациента с определением чувствительности к

антибиотикам (посевы мочи), подготовку толстой кишки очистительными клизмами либо с помощью средств группы лаксативов в возрастной дозировке.

### **Техника операции аппендикоцекокутанеостомии**

Пациент для хирургической операции укладывается в положении на спине.

Континентная аппендикоцекостома формируется в правой подвздошной области. Доступом по Волковичу–Дьяконову выделяется купол слепой кишки с червеобразным отростком. Проксимальный участок аппендикса на протяжении 2,5 см освобождается от брыжеечных сосудов. Свободная тень слепой кишки рассекается продольно на протяжении 3 см, затем отслаивается по краям разреза подслизистый слой от мышечного, формируется ложе для проксимального отдела отростка длиной 2,5–3,0 см, отсекается верхушка червеобразного отростка, в который проводится катетер. Удерживающий антирефлюксный механизм формируется укрыванием с двух сторон проксимального отдела аппендикса предварительно мобилизованной мышечно-серозной оболочкой слепой кишки.

Слепая кишка фиксируется нерассасывающейся нитью 4/0 вокруг созданного антирефлюксного механизма к брюшине, после чего рана послойно ушивается. Дистальный край аппендикса рассекается продольно и подшивается к коже, вшивая в разрез отростка треугольный кожный лоскут на питающем основании из наружного края кожной раны для предотвращения стенозирования.

### **Лечение в послеоперационном периоде**

Ближайший послеоперационный период (1–5 сут):

посиндромная терапия;

восполнение потери жидкости физиологическим раствором (расчет инфузионной терапии с учетом суточной потребности и компенсации патологических потерь — мл/кг веса);

восполнение потери натрия, калия и магния с помощью круглосуточной инфузии — смесь физиологического раствора и лактата (или ацетата) натрия в соотношении 4:1, к ним добавляют 20 ммоль/л калия и 7-10 ммоль/л магния (в виде сульфата);

полное парентеральное питание до устранения послеоперационного пареза кишечника;

введение физиологического или глюкозо-солевого раствора энтерально из расчета 1 мл/кг веса/ч по желудочному зонду с контролем остаточного объема;

непрерывный мониторинг за отделяемым из аппендикостомы.

При достижении энтеральной поддержки 50 % и более от целевого возрастного объема, стабильном состоянии пациента, а также отсутствии хирургических осложнений пациент может быть переведен в хирургическое отделение.

Ранний послеоперационный период в стационаре (7–14 сут); лечение:

продолжение посиндромной терапии;

продолжение парентерального питания с восполнением основных потребностей организма в энергии и нутриентах;

непрерывный мониторинг за отделяемым из аппендикостомы.

Послеоперационный период в стационаре (14 сут — 1 мес.); лечение:  
продолжение посиндромной терапии;  
обучение и перевод пациента на самостоятельную периодическую катетеризацию мочевого пузыря;  
выполнение антеградного лаважа толстой кишки по аппендикостоме и обучение этой процедуре пациента.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

К осложнениям стом относят: кровотечение, некроз, поверхностное нагноение (несостоятельность кожно-кишечного шва), парастомальный абсцесс, флегмону, ретракцию стомы, пролапс, парастомальные грыжи, стеноз наружного или внутреннего отверстий, нарушение проходимости стомы в связи с изменением ее хода, свищи, гиперплазию слизистой оболочки.

Перистомальные кожные осложнения: контактный перистомальный дерматит, аллергический дерматит, фолликулит, гангренозная пиодермия, гиперкератоз, гипергрануляции кожи, специфические поражения (грибковый дерматит и др.).