

А.П. ШМАКОВ, В.И. АВЕРИН, А.Э. ПИТКЕВИЧ, Н.Н. ЗУЕВ

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

29–30 мая 2008 года в Витебском государственном медицинском университете прошла Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы детской хирургии». На конференцию принято 159 работ из Республики Беларусь, России, Украины, Кыргызстана, Узбекистана, Таджикистана. Для участия в работе конференции прибыли делегаты всех регионов Республики Беларусь, гости из России, Украины, Латвии (всего 120 участников).

Конференцию открыл главный внештатный детский хирург Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, д.м.н. В.И. Аверин. В своем вступительном слове он подвел итоги работы детской хирургической службы республики, определил проблемы и перспективы развития. По-прежнему около половины детей оперируются в общехирургических стационарах, не всегда получая качественную современную помощь. Значительное уменьшение детского населения в последние десятилетия в республике привело к развитию негативных тенденций в организации службы: сокращению коечного фонда, ликвидации ранее функционировавших республиканских научно-практических центров, недостатку детских хирургов. Естественные процессы старения ранее подготовленных кадров (около 30% врачей пенсионного возраста) также не улучшают ситуацию. В то же время особенности диагностики и лечебной тактики в детской хирургии вновь

требуют привлечения к себе внимания. Происходит потеря кадров, коек, особенностей знаний и умений. Более того, первоочередное вооружение взрослых стационаров современным оборудованием для реализации высокотехнологического лечения отодвигает на второй план оснащение детской службы. Забывается старый тезис о том, что здоровье взрослых прежде всего закладывается в детстве. Несмотря на эти трудности службой достигнуты неплохие показатели.

Основные задачи: сохранять и готовить специалистов–детских хирургов через институты стажировки (одно- и двухгодичной), первичной специализации, усовершенствования; сохранять коечный фонд посредством привлечения детей из села в специализированные детские хирургические отделения; развивать материально-техническую базу детских хирургических отделений. Основная мотивация для этого состоит в том, что в ближайшем будущем количество детей в обществе будет увеличиваться.

На заседаниях конференции были заслушаны и обсуждены 35 докладов по наиболее значимым вопросам детской хирургии. Остановимся на наиболее ярких.

С результатами лечения пороков развития у новорожденных на современном этапе выступила С.А. Караваева (Санкт-Петербург). Подчеркнуто, что создание специализированного Центра хирургии новорожденных в Санкт-Петербурге, внедрение

новых методик и технологическое оснащение отделения реанимации, совершенствование антенатальной диагностики и хирургической тактики способствовало улучшению результатов лечения детей с пороками развития, в том числе и недоношенных.

Доклад С.К. Новицкой и соавт. (г. Минск) был посвящен лечению трахеопищеводных свищей у детей. Коллеги из Детского хирургического центра поделились опытом применения широкой фасции бедра для пластики трахеи у 9 детей. Это позволило избежать рецидивов свища и получить хорошие результаты у всех пациентов.

В докладе «Пути снижения диагностических ошибок в определении форм аноректальных пороков» И.Ф. Варды (г. Минск) было отмечено, что результаты лечения больных с атрезиями прямой кишки и ануса напрямую зависят от точности диагностики варианта порока. За последние 5 лет в ДХЦ лечились 59 детей. Автор раскрыл причины диагностических ошибок и предложил четкий алгоритм обследования, позволяющий их избежать. Подчеркнуто, что любая форма атрезии прямой кишки и анального отверстия является свищевой до тех пор, пока не подтверждено отсутствие свища.

Доклад В.И. Аверина и соавт. (г. Минск) был посвящен лечению гастрошизиса методом Бьянчи. Авторы усовершенствовали методику и применили её у 4 пациентов. Концепция данной технологии заключается в предоперационной стабилизации больного и медленном погружении кишечника.

Проблемы лапароскопического лечения грыж диафрагмы затронул А.М. Махлин (г. Минск). Несмотря на редкие публикации о лапароскопических оперативных вмешательствах при этом заболевании, автор считает технологию перспективной. По его мнению, данная методика позволяет ликвидировать даже значительные дефекты при грыжах Моргани и гигантских

эзофагеальных грыжах, в большинстве случаев, без применения пластических материалов. Операции технически возможны в возрасте ближе к 1 году.

С докладом «Современные методы диагностики и тактика при болезни Гиршпрунга у детей» выступил А.Н. Никифоров (г. Минск). Коллеги из детского хирургического центра за 37 лет накопили значительный опыт обследования и лечения 341 ребенка с данной патологией. Программа обследования должна включать в себя обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригографию, морфогистохимическое исследование биоптата слизистой прямой кишки, сфинктероманометрию. Автор подчеркивает, что в регионах, детям до года, при неэффективности консервативного лечения необходимо проводить лишь паллиативную операцию – наложение одноконцевой колостомы. А реконструктивную операцию выполнять в ДХЦ, обладающим большим опытом и хорошими результатами в лечении болезни Гиршпрунга.

Доклад В.С. Коноплицкого и соавт. (г. Винница) был посвящен тазовой реконструкции неоректум у детей. Авторы поделились новой методикой тазовой ректопластики при кологенных запорах у детей без дополнительного рассечения стенки кишки с формированием естественного анатомического образования неоректум в виде поперечных складок, что способствует сохранению присущих прямой кишке функций.

Прозвучало интересное сообщение из Санкт-Петербурга М.С. Цыплаковой и соавт. об опыте лечения 700 детей с врожденными расщелинами губы и неба. Рекомендуются использовать усовершенствованные способы хейлоринопластики и шире внедрять в практику методы ранней щадящей уранопластики. Эффективность восстановительного лечения на различных этапах коррекции врожденного порока находятся в прямой зависимости от совместной работы и согласованности в действи-

ях хирурга, невропатолога, логопеда и родителей ребенка.

Ряд докладов по лечению закрытой травмы живота, тяжелой ЧМТ, детскому травматизму со смертельным исходом был представлен коллегами из НИИ неотложной детской хирургии и травматологии г. Москва, Р.А. Кешишяном и соавт. Авторы представили алгоритм диагностики и дифференцированной тактики, обеспечивающий малотравматичное органосохраняющее лечение. Разработанные методы и показания к консервативному, эндоскопическому и хирургическому лечению данного контингента пострадавших позволили отказаться от выполнения открытых оперативных вмешательств у 88,6% детей.

Органосохраняющий метод лечения повреждений селезенки у детей представили А.А. Свирский и соавт. (г. Минск). На большом клиническом материале (121 пациент) авторы апробировали и доказали эффективность органосохраняющего способа, основанного на расчете показателей объема, интенсивности кровопотери и прогностического коэффициента, позволившего сохранить селезенку у 96,7% детей.

Доклад М.А. Герасименко (г. Минск) был посвящен артроскопической диагностике и лечению повреждений и заболеваний коленного сустава в детском возрасте. Артроскопия является высокоинформативным методом исследования, позволяющим в подавляющем числе случаев поставить точный диагноз и определить дальнейшую тактику для каждого пациента, применяя при этом менее травматичные артроскопические методы лечения.

Работу «Аутодермопластика в лечении глубоких ожогов у детей младшего возраста» представили В.И. Ковальчук и соавт. (г. Гродно). Авторы предлагают открытое ведение ожоговой раны (под однослойной повязкой) с ее химической некрэктомией 30% салициловой мазью, что позволяет в течение двух недель подготовить ожоговую

поверхность к последующей аутодермопластике свободным расщепленным лоскутом.

Доклад «Синдром холестаза у детей» предоставили Ю.Г. Дегтярев и А.Н. Никифоров (г. Минск). Авторы провели ретроспективный анализ лечения 89 детей с холестазом в ДХЦ за последние 40 лет. Рекомендуются оперировать детей с атрезией желчных протоков в первые 1–2 месяца жизни до развития биллиарного цирроза печени. Операция Касаи должна рассматриваться как первый этап лечения детей с врожденной внепеченочной атрезией, а методом радикальной коррекции при атрезии желчных протоков является трансплантация печени.

Коллеги из ДХЦ (г. Минск) Заполянский А.В. и соавт. поделились первым опытом КТ-портографии в диагностике синдрома портальной гипертензии у детей. Данное исследование позволяет получить исчерпывающую информацию о портальной циркуляции. Трехмерное изображение воротной системы помогает определить объем оперативного вмешательства и оценить степень застойной портальной гастропатии.

Е.И. Юшко и соавт. (г. Минск) предложили программу обследования плода и новорожденных для раннего выявления и коррекции врожденных пороков мочевого выделительной системы.

Комплекс диагностических мероприятий для детей, перенесших операцию орхидопексии при крипторхизме, представили О.М. Горбатюк, З. Катба (г. Киев). Изучение анатомо-функционального состояния низведенного яичка в послеоперационном периоде и своевременная терапия найденных нарушений является ведущей в профилактике возможного мужского бесплодия, так как 50% детей после операции в ней нуждаются.

Коллеги А.Г. Кабьяк и соавт. (г. Гродно) провели сравнительную оценку способов лечения варикоцеле у детей. Авторы отме-

тели, что наилучшие результаты были получены при использовании методики Паломо в оригинальной авторской модификации – фиксации дистального сосудистого пучка к косым мышцам живота.

Два доклада Ю.В. Дмитриев и соавт. (г. Гомель) и В.В. Кончаковский и соавт. (г. Мозырь) представили свой опыт лапароскопического лечения варикоцеле. Отмечено несомненное преимущество данной технологии перед открытой операцией.

В заключение конференции бурное обсуждение вызвал доклад В.Г. Вакульчика, В.В. Трояна, В.И. Аверина (г. Гродно, г. Минск) «О единой классификации перитонитов у детей». Авторы предложили свою классификацию по распространенности перитонита: 1. Отграниченный (инфильтрат, абсцесс); 2. Неотграниченный – 2.1. Местный – патологический процесс занимает одну или две смежные анатомические области; 2.2. Разлитой – воспалительный процесс распространяется на три-шесть областей (поражено не более 2-х этажей); 2.3. Общий – воспаление брюшины, распространяющееся на шесть и более анатомических областей (более 2-х этажей брюшной полости). Данную классификацию предложено обсудить на конференции и в научной печати.

Обсуждая итоги конференции, следует выделить основные тенденции развития детской хирургии:

- прогресс связан с разработкой научно обоснованных программ по улучшению диагностики и обеспечивающих преемственность в работе между врачами УЗИ-диагностики, акушерами, неонатологами, общими хирургами, детскими хирургами, педиатрами, реаниматологами и др. специалистами для своевременного выявления патологии и выработки обоснованной тактики на всех этапах развития плода и ребенка;

- ранняя ante- и постнатальная диагностика заболевания с использованием в качестве доказательной базы современных

технологий – лучевой, эндоскопической, лабораторной, радиоизотопной, а также морфологической верификации;

- оснащение служб, доставляющих пациентов в лечебные учреждения, необходимым оборудованием и подготовленными к этой работе кадрами;

- комплексная оценка гомеостатических нарушений и выявление сопутствующих заболеваний для определения оптимальной тактики лечения;

- в консервативной терапии использовать все известные средства воздействия на звенья патогенеза;

- в хирургическом лечении стремиться применять малотравматичные (щадящие), минимальнодостаточные, прецизионные технические приемы;

- ведущим методом в обезболивании является наркоз с комплексным (оценка показателей гемодинамики, дыхания, биоэлектрической активности мозга) мониторингом состояния пациента и анализом вдыхаемой смеси газов. Регионарная аналгезия в стационарах может использоваться в сочетании с препаратами, выключающими сознание, в чистом виде – в поликлиниках;

- в коррекции врожденных пороков развития – создание центров неонатальной хирургии, переход от этапного лечения к одномоментному радикальному, при сохранении этапности лечения – уменьшение количества этапов; снижение возраста коррекции пороков развития (завершения лечения практически всех пороков в течение первого года жизни); большое значение имеют косметические результаты лечения (соответствующий шовный материал, «косметические» разрезы); преимущественное использование в качестве пластических материалов аутоканей, а в качестве протезов – рассасывающихся стентов;

- в лечении переломов костей скелета – расширение показаний к операции для достижения точного сопоставления отломков и стабильной фиксации;

- ранняя кожная пластика при ожогах кожи;
- бужирование пищевода является основным методом лечения его ожогов, возможно стентирование, перфорация требует выполнения разобщающей операции с последующей пластикой;
- в урологии – развитие андрологического направления службы;
- в лечении гнойно-воспалительных заболеваний, помимо проведения рациональной антибактериальной терапии, шире использовать средства для всемерного повышения резистентности организма; внедрять современные перевязочные материалы;
- реабилитация перенесших оперативное лечение пациентов во многом зависит от согласованных действий родителей, хирургов, а при необходимости и других узких специалистов.

Решение конференции

1. Активизировать подготовку врачей по специальности «детская хирургия» для восполнения недостатка кадров.
2. Привлечь внимание организаторов здравоохранения, педиатров, и общих хирургов к необходимости сохранения коеч-

ного фонда детских хирургических отделений, а равно и кадров.

3. Плановые и экстренные хирургические вмешательства детям до 5 лет выполнять только в детских хирургических отделениях или на детских хирургических койках.

4. Все повторные полостные операции детям до 18 лет выполнять только в детских хирургических отделениях областных больниц или в ДХЦ.

5. При возникновении хирургических осложнений у новорожденных, оперированных в областных больницах, тактика дальнейших вмешательств согласовывается с главным детским хирургом Минздрава РБ.

6. Усилить подготовку детских хирургов и врачей смежных специальностей (общих хирургов, педиатров, неонатологов) по диагностике экстренной и плановой патологии у детей.

7. Развивать международные научно-практические контакты с государствами ближнего и дальнего зарубежья посредством участия в работе конгрессов, съездов, конференций, прохождения стажировки на рабочих местах, выполнения комплексных научных исследований.

Поступила 16.10.2008 г.