

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневиц

2019 г.

Регистрационный № 030-1-0419



МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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-Диэфи

Минск, 2019

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

В настоящей инструкции 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 мочевого пузыря.

В инструкции содержится описание этапов реконструктивной восстановительной хирургической операции на мочевом пузыре по формированию механизмов удержания или отведения мочи, которые могут быть использованы в комплексах мер, медицинских услуг, направленных на лечение детей с нейрогенными нарушениями функции мочевого пузыря.

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 в условиях отделений дневного пребывания.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

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

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Нейрогенные расстройства функции мочевого пузыря и их осложнения у пациентов детского возраста с пороками развития и заболеваниями мочевого пузыря: врожденное отсутствие, атрезия *spina bifida* [неполное закрытие позвоночного канала], эктопический задний проход, 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.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Предоперационная подготовка включает: лабораторный контроль (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, анализ мочи), оценку микробиологического статуса пациента с определением чувствительности к антибиотикам (посевы мочи), подготовку толстой кишки очистительными клизмами либо применением препаратов группы лаксативов в возрастной дозировке.

ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ АППЕНДИКОЦИСТОКУТАНЕОСТОМИИ

Пациент для хирургической операции укладывается в положении на спине. Выполняется нижнесрединная лапаротомия.

Катетеризационная аппендикovesикостомия – червеобразный отросток отделяется от купола слепой кишки, с сохранением его брыжеечки для кровоснабжения. Далее отсекается и промывается слепой конец аппендикса. Один конец отростка проводится и имплантируется в сформированный подслизистый тоннель в стенке мочевого пузыря, а другой к поверхности кожи, формируя отверстие стомы, в которую вводят катетер для опорожнения мочевого пузыря.

Обычно канал стомы выводится в область пупка или в правый нижний квадрант живота, чтобы он служил каналом для катетера; это делается также из эстетических соображений.

Аппендикс используется в качестве кондуита (канала), соединяющего мочевой пузырь с поверхностью кожи (живота) с целью проведения процедур чистой периодической катетеризации (ЧПК) мочевого пузыря.

С целью снижения или прекращения патологической активности детрузора, гипертонуса, незаторможенных сокращений, большинство хирургических вмешательств по формированию катетеризационной цистостомы сопровождается аугментацией мочевого пузыря детубуляризированным участком тонкой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В ближайшем послеоперационном периоде (1-5 сутки) проводится:

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 применением круглосуточной инфузии – смесью 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);

проведение полного парентерального питания до устранения послеоперационного пареза кишечника;

введение физиологического или глюкозо-солевого раствора энтерально из расчета 1мл/кг веса час по желудочному зонду с контролем остаточных объемов;

непрерывный мониторинг за отделяемым из аппендикостомы.

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

Ранний послеоперационный период в стационаре (7-14 сутки), лечение:

продолжить посиндромную терапию;

продолжить парентеральное питание с восполнением основных потребностей организма в энергии и нутриентах;

непрерывный мониторинг за отделяемым из аппендикостомы.

Послеоперационный период в стационаре (14 суток – 1 месяц).

Лечение:

продолжить посиндромную терапию;

обучение и перевод пациента на самостоятельную периодическую катетеризацию мочевого пузыря;

выполнение и обучение антеградного лаважа толстой кишки по аппендикостоме.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ, МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

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 её хода, свищи, гиперплазию слизистой.

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