

полнения подобных операций у детей (особенно периода новорожденности). Принципиальное значение имеют как уровень, так и способ колостомии. На основании собственного опыта мы пришли к заключению, что у новорожденных по тактическим соображениям и с технической точки зрения наиболее выгодна сигмостомия. Сигмовидная кишка наиболее удобна для создания колостомы, выведение ее в рану не требует дополнительных манипуляций и наименее травматично. В дальнейшем для диагностики и решения вопроса о виде оперативного вмешательства, сигмостома позволяет путем контрастирования дистального отрезка кишки более точно установить уровень атрезии, наличие и локализацию свища. Это имеет большое практическое значение и дает возможность определить оптимальный объем предстоящей операции. В настоящее время в соответствии с признанными международными рекомендациями подвесные коло- и энтеростомы не используем.

Отдаем предпочтение двуконцевой раздельной сигмостома. Оба конца сигмостомы двумя разрезами выводят на брюшную стенку так, чтобы после выполнения завершающего этапа лечения (закрытия колостомы, восстановления непрерывности толстой кишки) образовался максимально приемлемый косметический дефект — один непрерывный рубец. Уход за такой стомой достаточно прост, т. к. возможно использование калоприемников. А. Рефа рекомендует использовать один разрез и фиксацию выведенных концов толстой кишки осуществлять по углам раны. При этом отводящий конец предварительно сужают, для предотвращения эвагинации.

В более старшем возрасте, как правило, у девочек, перед коррекцией порока при низких свищевых формах атрезии (промежностная эктопия или широкие ректовестибулярные свищи) выполнялась одноконцевая сигмостомия, так как дренирование дистальной части кишки осуществляется через широкий свищевой ход. Преимуществом данного «экономного» метода — уменьшение отрезка резецируемой кишки при закрытии сигмостомы.

В 3 случаях использовали лапароскопию при выполнении колостомии. Это были симультантные операции (при тонкокишечной непроходимости, диагностические) и т. к. в дальнейшем в плане лечения предусматривалась энтеростомия (необходимость проведения реконструктивных операций на промежности), она была выполнена с использованием лапароскопии.

#### **Выводы**

Коло- и энтеростомия может сопровождаться техническими и тактическими ошибками, приводящими к большому спектру осложнений.

Наиболее значимые факторы риска, приводящие к осложнениям — метод стомии ОШ 3,92 (95 % ДИ 2,08–7,36); операция в специализированном республиканском научно-практическом центре — ОШ 3,89 (95 % ДИ 1,25–12,07).

УДК 616.351/.352-07-08

### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ**

*Дегтярев Ю. Г.<sup>1</sup>, Баранов С. Ю.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Измерение лечебно-диагностического процесса с получением количественных характеристик является частью совершенствования медицинской помощи. В основе такого измерения лежит оценка промежуточных и конечных показателей лечения каждого конкретного больного, интегральных показателей качества лечения конкретной нозологии.

В качестве примера проведена оценка качества лечения ребенка с аноректальной патологией (2014). Пациент Г, 1 год, диагноз: ВПР, атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом, что объективно подтверждено дистальной колонограммой. Учитывая «низкий» порок в таких случаях можно ограничиться минимальной заднесагитальной проктопластикой, прогнозировать хороший функциональный результат и непродолжительный интервал лечения. При рождении у ребенка был заподозрен более сложный порок и ребенку проводилось этапное лечение. В процессе лечения из-за возникших осложнений ребенок перенес 7 операций, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Методы и объем лечения ребенка Г. Диагноз: атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом

Проведенные операции	Койко-дни	Должествующие операции и койко-дни
Сигмостомия. Осложнение: перитонит. Ревизия, мобилизация кишки, сигмостомия	10 к/д в ОИТР, 18 к/д в общехирургическом отделении	Промежностная проктопластика 2 к/д в ОИТР 8 дней в общехирургическом отделении 4 к/д ОИТР (парантеральное питание)
Промежностная проктопластика. Закрытие сигмостомы, Осложнение: несостоятельность анастомоза. Резекция участка тонкой кишки, резекция дивертикула Мекеля, (два энтероэнтероанастомоза) Осложнение: перитонит, несостоятельность энтероанастомоза, энтеростома	57 к/д в отделении 23 в ОИТР	
Закрытие энтеростомы	4 к/д в ОИТР 19 к/д в ДХЦ	
<b>Итого</b>	37 к/д в ОИТР 89 к/д в отделении	4 к/д в ОИТР 8 к/д в отделении

На этом примере видно, что при оптимально возможном методе лечения пациенту должна была быть выполнена одномоментная операция в период новорожденности, ребенок должен был находиться в ОИТР — 4 дня и общехирургическом отделении — 8 дней. С учетом осложнений лечение потребовалось в течение 37 дней в ОИТР и 89 в общехирургическом отделении. Приняв во внимание стоимость нахождения ребенка в ОИТР и отделении дополнительные затраты на лечение ребенка увеличились в 10 раз. К сожалению, подобный случай не единичный.

При анализе лечения пациентов выявлено, что часто имеет место гипердиагностика, т.е. сигмостомия выполняется при низких пороках, что приводит к «лишним» операциям, колоностомии и закрытию колостомы.

За период с 2000 по 2014 гг. из 27 (100 %) детей с низкими пороками 12 (44,4 %) проведено трехэтапное лечение. При отсутствии осложнений при проведении трех этапов лечения минимальные сроки и стоимость лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнение стоимости (ДХЦ, 2014) одноэтапного и многоэтапного методов лечения, при ректопромежностных свищах)

	Трехэтапное лечение	Одноэтапное лечение
<b>Операции, койко-дни, стоимость тыс. руб.</b>	Колостомия 2 дня в ОИТР 8 дней в отделении 38 000 тыс. руб.	Проктопластика 4 дня в ОИТР 8 дней в отделении 53 127 тыс. руб.
	Проктопластика 1 день в ОИТР 8 дней в отделении 53 127 тыс. руб.	
	Закрытие колостомы 4 дня в ОИТР 8 дней в отделении 37 905 тыс. руб.	
<b>Итого, койко-дни</b>	7 дней в ОИТР 24 дня в отделении	4 дня в ОИТР 8 дней в отделении
<b>Итого, стоимость</b>	<b>129032 тыс. руб.</b>	<b>53127 тыс. руб.</b>

Учитывая всех 15 пациентов, общая сумма составила  $129\,039 \times 15 = 1\,935\,480$  тыс. руб. на выполнение этапных операций, в то же время на выполнение одноэтапной операции расходовалось  $53\,127 \times 15 = 796\,905$  тыс. руб. Разница составила  $1\,935\,480/796\,905 = 2,4$  раза, то есть коэффициент полезности одноэтапной операции составил 240 %. Расчетная сумма определена с условием «гладкого» послеоперационного периода. Учитывая, что осложнения при коло- и энтеростомии наблюдаются в 15–40 % случаев в виде несостоятельности анастомозов, непроходимости это приводит к очень большим экономическим затратам, в 3–4 раза больше, чем при проведении одноэтапных операций.

#### **Вывод**

Исходя из структуры диагностических и соответственно тактических ошибок, послеоперационных осложнений имеется необходимость совершенствования организации медицинской помощи с целью обеспечения ее непрерывности и преемственности при врожденных пороках развития плода с охватом антенатального и постнатального периода с целью улучшения результатов лечения и качества жизни пациентов.

УДК 616-082

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ**

*Дегтярев Ю. Г.<sup>1</sup>, Войцехович Г. Ф.<sup>3</sup>, Новицкая С. К.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,

г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная детская больница»

г. Могилев, Республика Беларусь

Любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений, в отношении которых неизвестно, наступят они или нет. Такие последствия являются не всегда предотвращаемыми, но прогнозируемыми. Поскольку они доступны прогнозированию, при оказании медицинской помощи предпринимаются меры для их предотвращения. Юридическим языком это звучит так: посягательством на здоровье пациента является охваченная информированным добровольным согласием медицинская помощь, оказанная с отклонениями от медицинских технологий, и любая медицинская помощь, не охваченная информированным добровольным согласием. Не является посягательством медицинская помощь, охваченная информированным добровольным согласием и оказанная без отклонений от медицинских технологий. Таким образом, любые телесные повреждения, не охваченные информированным добровольным согласием, где указываются различные осложнения лечения или обследования, признаются вредом.

В отечественном законодательстве за гражданами закреплено право на добровольное согласие, предваряющее всякое медицинское вмешательство (не только хирургическое) Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» (далее — Закон о здравоохранении) (ст. 44).

Важное значение имеют форма выражения и процедура получения согласия пациента на вмешательство. Различают устную и письменную формы выражения информированного согласия. В качестве ориентира при оформлении письменного согласия на медицинское вмешательство используется деление медицинских вмешательств на простые и сложные. Согласно Закону о здравоохранении простые медицинское вмешательство допустимо оформлять устным, а сложное — письменным информированным согласием пациента на медицинское вмешательство. Простые, рутинные процедуры, характеризующиеся очень низкой по-