

Людмила Захарова

Более тридцати пяти лет назад в Архангельске начали делать операции детям с пороками развития почек и заболеваниями мочеполовой системы.

Сегодня самые сложные хирургические вмешательства выполняются лапароскопически — через небольшие проколы. После таких операций дети уже вечером начинают бегать в буфет. А врачи, прошедшие на практике архангельскую школу детской урологии, возглавляют отделения ведущих больниц страны. С открытием нового корпуса Архангельской областной детской больницы возможности у хирургов расширились — теперь они готовы принимать пациентов со всего Северо-Запада.

Мечта детства и счастливый случай

Врач детский уролог-андролог, детский хирург Дмитрий Саблин в профессии уже около 20 лет. Признается, что мечтал о медицине с детства, ведь вырос в семье врачей: папа — детский хирург, а мама педиатр. После школы поступил на педиатрический факультет СГМУ, затем в интернатуру и ординатуру по детской хирургии, а после долгое время был единственным в регионе детским урологом-андрологом.

— Когда я проходил ординатуру как лапароскопический хирург, из больницы одновременно по разным причинам ушли все детские урологи. И кому-то из хирургов надо было осваивать урологию. Меня отправили на профессиональную переподготовку в Филатовскую детскую больницу в Москве, где как раз начали внедрять лапароскопические методики в детской урологии. А по-

Хирургия — это постоянный творческий процесс

Как урологическая служба Архангельской областной детской клинической больницы вошла в десятку лучших клиник страны



Уролог-андролог, детский хирург Дмитрий Саблин



сле — я попал в уникальную ситуацию. Два из самых известных детских урологов в России учились в Архангельске. И они, сохранив привязанность к нашей больнице и в целом к городу, абсолютно бесплатно согласились стажировать меня на своих рабочих местах. Это Илья Маркович Каганцов — на тот момент заведующий отделением урологии в Сыктывкаре, и Олег Сергеевич Шмыров, заведующий урологией в Морозовской больнице Москвы. У них на стажировке я осваивал не только методики операций, но и методы диагностики, выхаживания пациентов, что тоже очень важно. Причем они специально подбирали больных к моему приезду, чтобы была возможность плотно поработать по разным патологиям. Потом я познакомился с главным детским урологом Ре-

спублики Беларусь Виталием Игоревичем Дубровым. Дело в том, что во всей республике большие урологические операции проводят только в одной клинике — в Минской детской больнице № 2. Представляете, по 18 операций в день только урологических! Там я был на стажировке месяц. За это время мы делали все, вплоть до пересадки почки. Я считаю, что это уникальная ситуация, ведь мало у кого получается не только пройти учебу, но и приобрести практические навыки. Вот и получилось, что из трех очень крупных клиник мы взяли все самое передовое, что только было возможно на 2014 год, и внедрились в нашей больнице. Сегодня наша урологическая служба входит в список 10 лучших детских урологических клиник России, — рассказывает Дмитрий Саблин.

Три прокола

Сегодня в Архангельской областной детской клинической больнице выполняется свыше 700 урологических операций в год. Причем ряд таких манипуляций, которые раньше были доступны только в столичных клиниках. В 2024 году запущен новый корпус, построенный по президентскому нацпроекту «Здравоохранение». Его оснастили высокотехнологичным оборудованием.

— Новое оборудование и операционные в новом корпусе дают возможность проводить несколько больших операций в день. Если раньше у нас была одна операционная с хорошим оборудованием, то сейчас оснащены все пять, и в них можно делать лапароскопические операции. Во всех стоит оборудование для эндоскопии, коагуляции, наркоза. Иногда хирургическое оборудование позволяет делать операцию, а наркозное — не позволяет обеспечить должный наркоз для безопасности ребенка. И это тоже иногда задерживало и откладывало операции, сейчас этого нет, — рассказывает Дмитрий Саблин.

Традиционно в отделении детской хирургии оперируются дети с гидронефрозом, удвоением почек, с нарушением оттока мочи, пузырно-мочеточниковым рефлюксом или мегауретером, гипоспадией (когда не полностью сформирован мочеиспускательный канал у мальчиков), крипторхизмом (неопущение яичка).

— Сейчас 95 процентов всех операций выполняется без больших

разрезов, через проколы. Например, кисты почек или удвоение почек с нефункционирующим сегментом. Раньше, чтобы убрать кисту или нефункционирующую часть почки, приходилось делать разрез фактически от подреберья до подвздошной кости, потому что надо было выделить и нефункционирующую часть почки, и мочеточник от мочевого пузыря. А сейчас — три пятимиллиметровых прокола и расширенная ранка на пупке. Получается, что суммарная травматизация — всего около трех сантиметров. И восстанавливается ребенок быстрее — вечером этого же дня начинает ходить в буфет, — рассказывает врач.

Ранняя диагностика

По словам Дмитрия Саблина, детская урология — это в основном врожденная аномалия развития. Если взрослые урологи чаще всего сталкиваются с травмами и инфекционными процессами, которые приводят к различным изменениям, то детская урология — это коррекция врожденных пороков. В структуре детской хирургии детская урология занимает практически 60 процентов, а в структуре плановой хирургии — 80 процентов. С открытием в Архангельске областного перинатального центра большинство урологических патологий стало выявляться еще во время беременности женщины — до родов.

— Есть ряд патологий, которые вынуждают прибегать к прерыванию беременности. Например, если видим, что почки страдают с двух сторон и повреждения очень значимые. Если мы видим, что порок корригируемый, например он односторонний, тогда ребенок рождается и сразу после родов осматривается урологом, ставится на учет, и в дальнейшем определяются сроки операции. Мы тут взаимодействуем с перинатальным центром. Сегодня выявляемость пороков стала больше, и их более ранняя диагностика позволяет успешнее их корригировать, — рассказывает Дмитрий Саблин.

По словам врача, урологические патологии у детей чаще всего не обусловлены внешними факторами. Чаще всего это спонтанная мутация плода. Но все же есть ряд факторов, которые могут оказывать влияние.

— В Архангельской области структура патологии практически такая же, как по всей России. Единственно, что для южных регионов характерна проблема мочекаменной болезни, которая в Архангельской области и вообще на Северо-Западе встречается крайне редко. У нас около десяти детей в год с такой болезнью, а, например, в Ростовской области их проходит около тысячи в год.



Поэтому у них сформировано отдельное направление по лечению мочекаменной болезни. Они дробят камни дистанционно, контактно, с помощью лазера. У нас нет смысла формировать такое направление, потому что дети с мочекаменной болезнью лечатся либо консервативно, либо направляются на лечение в Морозовскую больницу города Москвы. Чаще всего причина болезни — нарушение обменных процессов. Мочекаменная болезнь в нашей области чаще всего встречается у мигрантов. То есть это не связано с нашей водой — у нас она хорошая, по сравнению с южными регионами, — говорит врач.

Операция внутри органа

В детской областной больнице могут оперировать детей с 28 дней. По словам Дмитрия Саблина, если порок нуждается в коррекции в более раннем возрасте, то врачи участвуют в операциях в перинатальном центре — там есть реанимация для новорожденных.

— В свое время мы оперировали трехдневного ребенка с экстротией мочевого пузыря. Считается, что у таких детей наибольший успех имеет операция, проведенная до пяти дней со дня рождения. Экстротия — это когда площадка мочевого пузыря не сформирована в емкость. Она остается на передней брюшной стенке в виде площадки, и моча течет прямо наружу — мы видим устье мочеточника на коже сверху. И суть операции заключается в том, чтобы эту площадку свернуть в мочевой пузырь — создать емкость, погрузить ее внутрь брюшной полости, сверху свести лонные кости и мышцы — сформировать, по сути, брюшную стенку. Емкость пузыря получается около 20 миллилитров, считается, чем меньше контактирует эта площадка с окружающей средой, тем лучше все восстанавливается и заживает. К тому же, чтобы свести лонные кости у новорожденного — они еще подвижны, не нужна остеотомия — не требуется сзади надсекать кости таза, чтобы свести их спереди. В нашей клинике с моим участием было прооперировано три ребенка. Экстротия во всем мире — это показани-



ние к прерыванию беременности — эти дети пожизненно сохраняют инвалидность — и требует постоянного наблюдения, — рассказывает врач.

Еще с 60-х годов XX века врачи больницы проводили операции по пересадке мочеточника. Это хирургическое вмешательство необходимо, когда собственное устье мочеточника у ребенка сформировано неправильно: оно либо слишком сужено, и моча не может нормально попасть в мочевой пузырь, либо наоборот — неспособно сократиться, и тогда моча из мочевого пузыря забрасывается обратно в почку. И то и другое постепенно разрушает почку.

— Тогда и необходима пересадка мочеточника. Это не донорский орган, а собственный — ребенка. Просто мы формируем новое устье для нормального оттока мочи и пришиваем его на новое место в мочевом пузыре. Раньше такие методики применялись открыто. Сейчас это делается везикоскопически — то есть внутри мочевого пу-

зья с помощью лапароскопических инструментов, либо лапароскопически — со стороны брюшной полости через проколы, — рассказывает Дмитрий Саблин.

А вот пересадки почек детям в нашей больнице не делают, хотя все дети с пересаженными органами наблюдаются здесь совместно урологами и нефрологами. Сегодня в Архангельской области шесть таких пациентов, еще несколько детей с пересаженной печенью.

— С трансплантацией почек детям в последние пять лет стало значительно лучше — как с точки зрения возможности попадания в лист ожидания на пересадку, так и с точки зрения реальности пересадки. Еще десять лет назад детям, у которых была нарушена функция обеих почек, мы с сожалением говорили, что им нужно встать в очередь на трансплантацию, про себя подразумевали — дотянуть бы до 18 лет, чтобы он реально попал на пересадку. И не

все, к сожалению, выживали. Сейчас ситуация поменялась — если нужна восьмилетнему ребенку трансплантация, значит, в восемь лет и будет готовиться к операции, рассказывает врач.

Требуется индивидуальный подход

Стоит отметить, что долгое время детской урологией-андрологией в России занимались детские хирурги, а сама специальность была введена только в 2003 году. За это время появились новые технологии, оборудование, расходные материалы, что вывело оказание медицинской помощи детям на качественно новый уровень. Тем не менее, по словам Дмитрия Саблина, урологическое сообщество в России немногочисленное, а специалисты — на вес золота. Именно поэтому во многих регионах страны детских урологов просто нет. Например, в соседней Мурманской области малые урологические операции выполняют детские хирурги, а за большими приходится ехать в Москву или Санкт-Петербург.

— Операции по фиксации яичка в мошонке или удалению водяночной жидкости, по сути, могут делать детские хирурги в любом регионе. Другое дело, что детский уролог, понимая структуру и патогенез — почему это формируется, может более осмысленно сформировать план лечения и результаты будут лучше. А это требует оборудования, знания, а главное — потока пациентов. Сегодня в Архангельске все это есть. Именно поэтому к нам приезжают пациенты, например, из Мурманска, Санкт-Петербурга и

Калининграда. С открытием нового корпуса детской областной больницы мы готовы принимать детей из всех регионов страны, — рассказывает Дмитрий Саблин.

Детская урология — сфера деликатная, в которой необходим индивидуальный подход к каждому пациенту. Есть заболевания, которые необходимо вылечить как можно раньше. Есть заболевания, которые начинаются в раннем детстве и продолжают на протяжении всей жизни. А бывает, то, что ранее считалось пороком, который необходимо корригировать хирургически, теперь возможно наблюдать или лечить консервативно. Поэтому так важно попасть в руки к профессионалам.

— Все дети уникальны, хирургия — это не математика, здесь нет формулы, которая подходит всем. Иногда ты планируешь выполнить самую частую методику, применяемую при такой патологии, но уже во время операции видишь, что этому ребенку данная методика не подходит, нужно сориентироваться и перестроиться. И так происходит нередко. Это постоянно творческий процесс, медицина — это не точная наука, она очень индивидуальна, а хирургия, которая связана с индивидуальным строением сосудистой сети, с индивидуальным расположением органов, — тем более. Понятно, что все органы находятся у большинства людей с определенной стороны на определенной высоте относительно позвонков, но как они соотносятся с окружающими тканями, как они повернуты, как они выглядят, — это все индивидуально. Иногда бывают очень большие сюрпризы. Например, нам привезли ребенка с острым аппендицитом, а у него оказалась трансверсия органов. Аппендикс был расположен не справа, как у всех людей, а слева. При этом печень также располагалась слева, а сердце обычно, то есть это была только трансверсия органов брюшной полости. Так что ты каждый день открываешь новое и постоянно учишься. Тем более что современная хирургия меняется со стремительной скоростью, — рассказывает Дмитрий Саблин.



В тему

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ — одна из самых распространенных проблем, с которой обращаются родители. Как показывает практика, в большинстве случаев это связано с незрелостью нервной системы. Например, причина ночного энуреза часто неправильный питьевой режим, когда ребенок в школе или в садике получает недостаточное количество жидкости, а потом приходит домой и восполняет всю суточную потребность практически перед сном. Получается, что пузырь просто физически не может вместить в себя необходимое количество жидкости, и, когда ребенок крепко спит и не готов проснуться, чтобы сходить в туалет, происходит недержание мочи. И только не более пяти процентов случаев недержания мочи, которое связано с незрелостью мышц шейки пузыря или с неправильно сформированной шейкой пузыря, требует оперативного вмешательства.