**Дубровін Олександр Глібович. Органозберігаючі принципи в хірургічному лікуванні стенозів стравоходу у дітей : дис... д-ра мед. наук: 14.01.09 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Дубровін О.Г Органозберігаючі принципи в хірургічному лікуванні стенозів стравоходу у дітей.- Рукопис  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. - Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця МОЗ України, Київ, 2005.  Дисертація присвячена вирішенню питань розробки органозберігаючих принципів при лікуванні стенозів стравоходу в дитячому віці. На основі вивчення особливостей морфо-функціональних змін в стравоході та організмі 316 дітей з стенозами стравоходу різного походження розроблені та впроваджені основні принципи їх лікування. Запропановано нові методи консервативно-інструментального та оперативного лікування, які дозволяють зберегти власний стравохід. Розроблені та впроваджені методи корекції стенозу стравоходу у дітей на основі врахування їх морфо-функціональних особливостей дозволили у 98,2% пацієнтів у віддаленому періоді отримати позитивні результати лікування цієї патології при збереженні власного функціонально здатного стравоходу. Розроблено новий напрямок органозберігаючого лікування стенозів стравоходу у дітей на основі патогенетично обумовлених технологій. | |
| |  | | --- | | В роботі вирішена актуальна проблема - покращення результатів лікування стенозу стравоходу у дітей на основі розробки та удосконалення методів корекції цієї патології з урахуванням її етіології та морфо-функціональних змін в стравоході та організмі дитини.   1. Порушення прохідності стравоходу у дітей зустрічаються досить часто. У 71,4% хворих вони виникають після опіку стравоходу хімічними речовинами, у 15,9% - після перенесеного хірургічного втручання, у 7,6% - внаслідок пептичної стриктури, у 3,2% - вродженого походження, і у 1,9% - з інших причин. Стеноз стравоходу супроводжується характерними морфо-функціональними порушеннями: запальними змінами в тканинах стравоходу з аутоімунною реакцією до них, звуженням, деформацією, дегенерацією тканин в парастенотичних сегментах, і типовими ускладненнями - гіпотрофією та бронхо-легеневою патологією. Особливості морфо-функціональних змін в стравоході та організмі дитини залежать від етіологічної причини стенозу та від часу перебігу захворювання. 2. Загальні принципи корекції стенозу стравоходу полягають у використанні раціональних методів відновлення прохідності стравоходу, проведення протизапальної терапії в залежності від причини стенозу та попередження й лікування ускладнень, що виникли внаслідок цієї патології. 3. При використанні мініінвазивних методів відновлення прохідності стравоходу у дітей слід віддавати перевагу стентуванню, балонній ділатації та ендоскопічному розсіченню стенозу стравоходу, які ефективніші та безпечніші за бужування. Бужування стравоходу „всліпу” та під прямою езофагоскопією травматичні та небезпечні перфорацією і як первинний метод лікування стенозу стравоходу у дітей слід вважати недоцільним. 4. Показанням до хірургічного лікування стенозу стравоходу у дітей є відсутність ефекту від використання парахірургічних мініінвазивних методів. Видалення ділянки стенозу стравоходу та виконання реконструктивно-пластичних операцій повинно проводити тільки при впевненості в функціональній неповноцінності зміненої частини стравоходу. 5. Сегментарну резекцію стравоходу з анастомозом кінець-в-кінець доцільно виконувати при стенозі, що складає не більше (10,6±0,9)% від загальної довжини стравоходу під антирефлюксним захистом. Використання розроблених методів ступінчастої міотомії та адаптуючого шва сприяють покращанню результатів операції за рахунок зменшення натягу стравоходу в зоні анастомозу та анатомічного співставлення його шарів. 6. Новий органозберігаючий спосіб хірургічного лікування рубцевого стенозу стравоходу шляхом подовження його з використанням частини шлунка та антирефлюксною операцією дає можливість провести корекцію контрактури, що виникає при рубцевих змінах в стравоході, дозволяє попередити запальні явища та досягти зменшення протяжності стенозу на 78,4% протягом року з можливістю виконання сегментарної резекції стравоходу замість тотальної езофагопластики. 7. При опікових стенозах стравоходу необхідне відновлення його прохідності на тлі протизапальної терапії з попередженням виникнення шлунково-стравохідного рефлюксу. Корекцію контрактури стравоходу треба проводити не раніше, ніж через 6 місяців після опіку. Після 1 року відсутності ефекту від запропонованого лікування доцільно виконувати пластичні операції з відновленням прохідності незворотньо зміненої частини стравоходу. 8. Корекцію рубцевого післяопераційного стенозу стравоходу необхідно проводити на тлі попередження шлунково-стравохідного рефлюкса. При пептичній стриктурі стравоходу лікувальна тактика включає відновлення прохідності стравоходу з патогенетично обумовленою антирефлюксною операцією. Лікування вроджених стенозів стравоходу полягає в розрушенні цілості тканин кільця, що утворює стеноз, мініінвазивними методами або його видалення оперативним шляхом. 9. Врахування патогенетичних чинників утворення стенозу стравоходу та їх анатомічних особливостей, дотримання строків лікування мініінвазивними методами відновлення прохідності стравоходу, врахування особливостей доопераційної підготовки, раціональний вибір методу хірургічної корекції, ретельне дотримання оперативної техніки і додержання правил післяопераційного ведення підвищують ефективність профілактики ускладнень. При виникненні ускладнень з порушенням цілості стінки стравоходу, повноцінне дренування цієї ділянки з використанням патогенетичного лікування дозволяє ліквідувати ускладнення без оперативного втручання. 10. Розроблені та впроваджені методи корекції стенозу стравоходу у дітей на основі врахування їх морфо-функціональних особливостей дозволили у 98,2% пацієнтів у віддаленому періоді отримати позитивні результати лікування цієї патології при збереженні власного функціонально здатного стравоходу. | |