**Пащенко Юрій Володимирович. Порушення адаптаційно-компенсаторних механізмів при кишкових стомах у дітей і їх хірургічна корекція (експериментально-клінічне дослідження) : дис... д- ра мед. наук: 14.01.09 / Харківський держ. медичний ун-т. — Х., 2007. — 394арк. — Бібліогр.: арк. 355-394**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Пащенко Ю.В. Порушення адаптаційно-компенсаторних механізмів при кишкових стомах у дітей і їх хірургічна корекція (експериментально-клінічне дослідження). – Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.09. – дитяча хірургія. Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К.Гусака, Академія медичних наук України, м. Донецьк, 2007 р.  Дисертація присвячена вирішенню актуальної проблеми – хірургічній реабілітації дітей з превентивними ентеро- та колостомами. Вивчено кількість ускладнень кишкових стом, запропоновано їх класифікацію, досліджено морфофункціональні зміни різних по відношенню до стоми відділів кишечника. В експериментальній частині роботи доведена ефективність системного захисту кишкових швів за допомогою внутрішньотканинного діадинамофорезу антибіотиків і пентоксифіліну. Розроблено програму хірургічного лікування дітей на всіх етапах функціонування стоми, включаючи реконструктивно-пластичні операції, із застосуванням розроблених технологій та способів. Концепцією роботи є розробка пріоритетних напрямків хірургічної реабілітації дітей з кишковими стомами відповідно до особливостей та етіопатогенетичних закономірностей виникнення ускладнень, інформативністю діагностичних заходів і критеріїв вибору лікувальної тактики, що призвело до зниження кількості післяопераційних ускладнень і рівня летальності. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми дитячої хірургії – покращення результатів лікування дітей з кишковими стомами шляхом розробки комплексу діагностичних, лікувальних та запобіжних напрямків, спрямованих на хірургічну корекцію ускладнень, пов'язаних з порушеннями адаптаційно-компенсаторних механізмів, які виникають на етапах існування стом, та профілактику ускладнень завершальних операцій по відновленню пасажу.  1. Тимчасове існування кишкових стом супроводжується розвитком різноманітних ускладнень, що суттєво впливають на наслідки основного захворювання і строки проведення реконструктивно-відновних операцій. Розроблена нами класифікація дозволила підвищити рівень виявлення ускладнень кишкових стом до 81 %, ретельний облік яких сприяв системному підходу до лікування та реабілітації дітей на всіх етапах функціонування стом, можливості прогнозування оптимальних термінів і способів остаточної корекції.  2. Найбільша кількість ускладнень (81,2 %) спостерігається у дітей, яким стоми накладені у ранньому віці, при цьому у 55,3 % – через еволюцію диспропорційних змін в зоні хірургічного втручання, що безпосередньо пов'язані зі зростанням дитини. Крайніми проявами цієї диспропорції є евагінація (К 1) або, навпаки, декомпенсований стеноз (К 0,25), які у сполученні зі зниженням рухливої активності привідної кишки ( М 15 %) та підвищенням ВЧТ (> 14 см вод. ст.) призводять до порушень функціонування стоми, що прогресують з часом.  3. Комплексним морфофункціональним обстеженням відключеної кишки доведено, що найбільш значні зміни функції з'являються через 6-12 місяців. Це обґрунтовує доцільність проведення ранніх відновних операцій, а також необхідність цілеспрямованої реабілітації відключеної кишки. Об'єктивним критерієм щодо можливості включення в пасаж тривало відключеної кишки є динаміка її рухливої активності у відповідь на стимуляцію перистальтики антихолінестеразними препаратами та ПБС.  4. В експерименті розроблено методику системного захисту кишкового анастомозу за допомогою внутрішньотканинного ДДФ, яка дозволила підвищити адресну концентрацію антибактеріальних препаратів у 5,53 разів та антиагрегантних засобів у 2 рази, накопичити їх без втрати як біологічних, так і фізико-хімічних властивостей, а також поліпшити мікроциркуляцію в зоні анастомозу. Застосування методики дозволяє уникнути біологічної неспроможності кишкового анастомозу на ранній, найбільш уразливій, стадії його формування в умовах інфікованої черевної порожнини.  5. Реабілітація дітей з кишковими стомами потребує постійного комплексного моніторингу стану дитини і застосування визначених нами об'єктивних критеріїв морфофункціональних розладів з боку привідної та відключеної кишки. Це дозволило на кожному етапі існування стоми визначити пріоритетний напрямок лікування, вчасно виявити ускладнення, адекватно реагувати на них і проводити спрямовану корекцію порушень випорожнення, дисбіотичних розладів і профілактику розвитку СТВК.  6. Розроблені нами оригінальні методи хірургічної корекції всіх існуючих ускладнень кишкових стом, включаючи мініінвазивні технології разом з оригінальними способами завершальних оперативних втручань при колоректальних вадах і асептичною методикою закриття стоми, дозволили максимально зберегти важливі у функціональному відношенні для зростаючого організму ділянки кишечника та досягти покращення якості життя і ранньої психосоціальної адаптації дитини.  7. Розроблена нами комплексна програма підготовки відключених відділів кишечника, цілеспрямована деконтамінація озонованим фізіологічним розчином з вмістом озону 6-8 мг/л та системний захист анастомозу дозволили при виконанні реконструктивно-відновних втручань у дослідній групі уникнути неспроможності кишкових швів та гнійно-септичних ускладнень, які у дітей контрольної групи спостерігалися в 6,25 % випадків.  8. Порівнюючи результати лікування тяжкохворих дітей з вадами розвитку та захворюваннями, при яких виникала необхідність накладення кишкових стом, слід відмітити, що летальність у дітей основної групи знизилася на 16,5 %, необхідність виконання повторних втручань зменшилась у 4,3 рази, а кількість віддалених ускладнень після відновлення кишкового пасажу знизилася з 10,4 % до 1,3 %. | |