**Рибальченко Василь Федорович. Непрохідність кишечника у дітей: діагностика та лікування. : Дис... д-ра наук: 14.01.09 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Рибальченко В. Ф. Непрохідність кишечника у дітей: діагностика та лікування. –Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. - Національний медичний університет імені О.О.Богомольця Міністерства охорони здоров’я України Київ, 2008.Дисертацію присвячено проблемі покращенню результатів лікування хворих дітей на непрохідність кишечника (НК). Основою роботи є лікування 633 хворих, із яких у 227 (35,86%), встановлена вроджена НК, а у 406 (64,14%) набута. Вік хворих склав від 2,5 місяців до 14 років. Гостра НК встановлена у 404 (63,82%), хронічна НК у 164 (25,91%), рецидивуюча у 65 (10,27%) пацієнтів. З метою об’єктивізації оцінки методів лікування було виділено дві групи хворих: І –головна-273 (43,12%), ІІ-контрольна-360 (56,88%). Причиною НК вродженого ґенезу був дивертикул Меккеля у 41 (6,48%), порушення фіксації кишечника у 30 (4,74%), агангліоз чи гіпогангліоз кишечника у 156 (24,64%). Натомість причиною набутого характеру слугувала інвагінація кишечнику у 221 (34,91%), наслідки лапаротомій у 59 (9,32%), та травматичного пошкодження черевної порожнини у 14 (2,21%). З метою вирішення діагностично-лікувальних завдань розроблений діагностичний алгоритм обстеження хворих, що включає три етапи послідовної діагностики та верифікації недуги. Обстеження хворих було етапним відповідно до розробленого алгоритму. Доведена стадійність та етапність клінічного перебігу і розвитку ускладнень. Представлено нове концептуальне обґрунтування патогенетичної класифікації НК у хворих на основі комплексної оцінки клініко-лабораторних, інструментальних та морфологічних даних з врахуванням етапності клінічного перебігу недуги. Визначені показання до проведення консервативного та оперативного лікування. Консервативні заходи мали позитивний результат у 173 (27,33%), а оперативно непрохідність відновлена у 460 (72,67%), із яких у 240 (37,92%) без резекції кишечника. Розроблені нові способи накладання швів та хірургічного лікування тотального агангліозу товстого кишечнику. Резекції кишечнику проведені у 220 (34,75%). Після відновлення прохідності визначений комплекс функціональних відхилень в організмі дитини в залежності від обсягу резекції та віку дитини. Вивчені результати та визначено рівень якості життя хворих після лікування. Таким чином розробка методів лікування дозволила досягти зниження післяопераційних ускладнень з 39 (8,48%) до 13 (2,82%). |

 |
|

|  |
| --- |
| Дисертаційна робота містить науково-теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної науково-практичної проблеми дитячої хірургії - поліпшення результатів лікування дітей з непрохідністю кишечника на підставі комплексного вивчення основних ланок патогенезу та розробки критеріїв диференціальної діагностики, обґрунтування вибору раціональної тактики лікування та удосконалення технологій хірургічного втручання з прогнозуванням їх результатів і післяопераційну реабілітацію.1. На основі клінічного досвіду діагностики та лікування 633 хворих встановлено, що хворі з порушенням прохідності кишечнику складають до 26,54±1,52% дітей серед пацієнтів хірургічного відділення, із яких діти раннього віку до 38.22% - 297 пацієнтів, а причиною непрохідності є вроджена у 227 (35,86%), та набута у 406 (64,14%) недуга.
2. У формуванні ускладнень НК провідна роль належить підвищенню внутрікишкового та внутрічеревного тиску, який зумовлює тип порушень кровообігу кишечнику (зворотній чи незворотній), наслідком цього є структурно-функціональна перебудова проксимального відділу слизової оболонки кишечника. З огляду на це, лікування даного контингенту хворих має бути комплексним та направленим на фізіологічну нормалізацію внутрікишкового і внутрічеревного тиску.
3. Аналіз анамнестичних, клінічних та лабораторних даних показав, що атипова клінічна симптоматика НК з I стадією клінічного перебігу встановлена у 39,0% хворих, і у 14,28% з II стадією недуги. У хворих з III та IV стадіями недуги переважала симптоматика органної та поліорганної недостатності.
4. Найбільшу діагностичну цінність щодо топографо-анатомічної верифікації НК має рентгенологічне (99,7±1,1%) та сонографічне (93,5±3,2%) дослідження. Розроблені алгоритми обстеження та прогнозування перебігу недуги дають можливість ранньої діагностики як ймовірних ускладнень, так і причин НК у дітей з дослідженням кровотоку в ділянці непрохідності, що вірогідно (р<0,05) перевищує відповідні показники традиційного обстеження. Доведено, що за показниками діагностичної цінності променеві методи (рентгенографія та УЗД) не мають суттєвої різниці (р>0,05).
5. Розроблений алгоритм етапності діагностики та лікування НК та її ускладнень у дітей, який включає загальноклінічне обстеження, рентгенологічне (оглядова рентгенографія, іригографія, пасаж контрасту), УЗД (черевної з дослідженням кровотоку і грудної порожнин при ускладненні НК), за якими визначається стадія і вид порушення гемодинаміки ділянки кишечника, дослідження сечовидільної та серцево-судинної систем на наявність сопутніх вад розвитку.
6. Непрохідність кишечника характеризується наступними стадіями клінічного перебігу: I-стадія (компенсації), яка характеризується компенсованими змінами кишечника і внутрішньостінкової гемоциркуляції, 2-стадія (субкомпенсації), що характеризується субкомпенсованими дегенеративно-дистрофічними змінами в слизовій оболонці кишечника, III-стадія (декомпенсація) бактеріотоксемії з дистрофічними змінами в слизовій оболонці кишечника, IV-стадія поліорганної недостатності. Стадії компенсації і субкомпенсації відповідають локальній запальній відповіді, а фази декомпенсації та поліорганної недостатності є наслідком системних запальних уражень.
7. При визначенні показань до консервативного або оперативного лікування доцільно керуватися критеріями клінічної стадії НК, при компенсованих змінах в організмі і кишечнику - показано консервативне лікування, яке є ефективним у 27.33%, оперативне - у 72.67%. В стадії суб- та декомпенсації доцільно проводити кишковий лаваж декомпресію, що сприяє зменшенню мікробної контамінації та стабілізації біоенергетичних процесів в слизовій оболонці кишечника і очеревини.
8. Для оптимізації вибору раціонального методу хірургічного лікування розроблена клінічна класифікація резекцій кишечника, яка вміщує алгоритм відновлення безперервності кишечнику, що дозволяє оптимізувати як вибір методу первинного оперативного втручання, так і вибір методу і термінів відновного етапу.
9. Розроблені оригінальні хірургічні технології накладання міжкишкових анастомозів зменшують кількість післяопераційних ускладнень (з 15,79% до 6,10%) (р<0,05) і поліпшують функціональні результати лікування та суттєво підвищують адаптацію і якість життя хворих. Розроблені міжкишкові анастомози дозволяють на ранніх етапах проводити профілактику ентеральної недостатності та є вибором при лікуванні НК.
10. Після обширних резекцій кишечника аліментарна та ентеральна недостатність розвивається за рахунок невідповідності довжини і площі травного каналу, що викликає білкові та електролітні порушення. Розроблений комплекс заходів реабілітації прооперованих хворих, що дозволив зменшити ранні і віддалені наслідки перенесених ампутаційних операцій та покращити якість життя.
11. Інтегральна оцінка ефективності лікування хворих головної та контрольної груп на НК підтверджують, що розроблена індивідуалізована патогенетична відновна терапія з застосуванням засобів корекції психовегетативного синдрому та ймовірних порушень регуляції моторної функції кишечника значно покращили якість життя та адаптацію хворих пацієнтів.
12. Віддалені результати свідчать про необхідність постійного диспансерного нагляду з плановою госпіталізацією та проведенням як комплексного обстеження, так і відновного лікування з корекцією встановлених порушень не менше 2 рази на рік протягом 5 років.
 |

 |