**Сорока Василь Петрович. Оцінка ефективності віддалених результатів хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дітей методом первинного анастомозу: Дис... канд. мед. наук: 14.01.09 / АМН України; Інститут педіатрії, акушерства та гінекології. - К., 2002. - 190 арк. - Бібліогр.: арк. 161-190**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Сорока В.П. Оцінка ефективності віддалених результатів хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дітей методом первинного анастомозу.-Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, 2002.  Проведений аналіз віддалених результатів хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга в дітей операцією ендоректального зведення ободової кишки методом первинного анастомозу у 199 пацієнтів в строки від 6 місяців до 15 років після операції. Розроблено та впроваджено в практику комплекс обстежень, що дозволив визначити об’єктивні дані про клінічно-функціональний стан зведеної кишки у віддаленому періоді. Вивчені основні причини ускладнень та наведені відомості про їх клінічну картину, діагностику та лікування. Аналіз матеріалу дозволив виявити чинники ризику, що гальмують розвиток компенсаторно-пристосувальних механізмів у залишених відділах товстої кишки. Проведена порівняльна оцінка віддалених результатів у залежності від різних методів хірургічного втручання. Розроблено нові і вдосконалено окремі етапи базової операції з метою покращення безпосередніх і віддалених результатів лікування хвороби Гіршпрунга. Розроблено та апробовано програму відновлювального лікування і диспансерного спостереження, які підвищили ефективність операції. Все це забезпечило високу ефективність методу операції. Отримані добрі віддалені результати у 89,0% і задовільні – у 11,0% спостережень. Незадовільних результатів лікування не було. | |
| |  | | --- | | В дисертаційному дослідженні вирішено актуальне хірургічне завдання – покращення результатів лікування дітей з хворобою Гіршпрунга у віддалені строки після операції ендоректального зведення ободової кишки методом первинного анастомозу шляхом об’єктивної оцінки морфо-функціонального стану зведеної кишки і заднього проходу та удосконалення ранньої діагностики ускладнень, розробки нових оригінальних консервативних і хірургічних методів їх лікування.  1.Функціональний стан зведеної ободової кишки у віддаленому періоді після радикальної операції в дітей залежить від методу хірургічного втручання і вторинних змін у стінці оперованої кишки. Патологічні зміни тривалий час зберігаються в 1/3 оперованих дітей. Дисбіотичні процеси сприяють формуванню або підтримці запальної реакції у зведених відділах товстої кишки. Виявлені зміни у зведених відділах кишки сприяють порушенню функції сформованої прямої кишки та заднього проходу, а тому навіть бездефектна хірургічна корекція хвороби Гіршпрунга, без кропіткої реабілітації не гарантує стовідсоткового видужання пацієнта.  2.Нова методика резекції товстої кишки з ендоректальним зведенням і накладанням первинного колоректального анастомозу в своїй основі має оптимальні анатомічні принципи реконструкції прямої кишки в порівнянні з іншими методами хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дітей і має стати альтернативною відомим операціям.  3.Основними причинами нетримання калу після ендоректального зведення є: порушення умовно-рефлекторних зв’язків між сформованою прямою кишкою та анальним каналом; зниження величини тиску вольового скорочення анальних сфінктерів і базального тиску внутрішнього анального сфінктера та підвищенням ендоректального тиску. Причинами рецидиву запору після корекції хвороби Гіршпрунга були: нерадикальне видалення агангліозу, ахалазія внутрішнього анального сфінктера, стеноз колоректального анастомозу. Ентероколіт у віддаленому періоді зумовлений вторинними запальними змінами в стінці оперованої кишки і дисбіотичними порушеннями вмісту кишки.  4.Розроблений комплекс обстежень, що включає загальноклінічні, ендоскопічні, рентгенологічні, функціональні, бактеріологічні та гістохімічні методи діагностики, дозволяє у кожного пацієнта визначити морфо-функціональний стан зведеної кишки, достовірно виявити причини ускладнень та функціональних порушень сформованої прямої кишки і заднього проходу.  5. Функціональні розлади прямої кишки у віддаленому періоді зумовлені післяопераційними ускладненнями, втратою рефлексу на дефекацію, обширними резекціями товстої кишки, вторинними змінами стінки кишки, дисбактеріозом кишечника, супутнім ураженням ЦНС. Ці патологічні стани є обтяжливим фоном для нормального розвитку компенсаторно-пристосувальних механізмів у залишених відділах товстої кишки.  6. Рецидив запору у віддалені терміни потребує застосування повторних операцій. При залишених ділянках агангліозу, коротших п’яти сантиметрів, операцією вибору є сфінктероміектомія за Лінном або сфінктероміектомія із сакрального сагітального доступу. При довших ділянках ураження товстої кишки необхідна повторна операція зведення ободової кишки з первинним колоректальним анастомозом ручним способом або з використанням степлера.  7.Впроваджена програма реабілітації адаптована до конкретного пацієнта і включає рефлексотерапію, лікувальне харчування, загальну та місцеву медикаментозну терапію, лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапевтичні процедури, яка дозволила зменшити кількість ускладнень віддаленого періоду: каломазання – до 7,5%, періодичного запору – до 2,5% та ентероколіту – до 1,0%. Високу ефективність цієї програми підтверджено добрими функціональними результатами у 89,0% пацієнтів і задовільними – у 11,0 %. Незадовільних результатів не було. | |