**Спахі Олег Володимирович. Діагностика та хірургічне лікування вродженої непрохідності шлунку у дітей : Дис... д-ра наук: 14.01.09 – 2008**

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

|  |
| --- |
| **Спахі О.В. Діагностика та хірургічне лікування вродженої непрохідності шлунку у дітей. – 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.Дисертація присвячена проблемі покращення результатів лікування вродженої непрохідності шлунку (ВНШ) у дітей. Аналізу піддано 393 хворих з ВНШ віком від 1 доби до 15 років. З них 374 (95%) дітей з вродженим гіпертрофічним пілоростенозом (ВГПС) і 19 (5%) з рідкісними видами ВНШ: атрезіями, мембранами та подвоєннями шлунку. Використані клінічні, лабораторні, рентгенологічні, ультразвукові, ендоскопічні, комп’ютерно-томографічні, морфологічні методи дослідження.Розроблено алгоритми діагностичного моніторингу ВНШ на основі поетапного використання нових способів та всіх сучасних методів з урахуванням їх роздільної здатності. На підставі результатів вивчення безпосередніх та віддалених результатів загальноприйнятих методів лікування розроблено алгоритм прогнозування віддалених ускладнень ВГПС та запропоновані найбільш оптимальні способи передопераційного ведення та хірургічної корекції ВНШ. При атрезіях шлунку – гастродуоденостомія за типом «кінець в кінець», при мембранозної непрохідності – видалення мембрани за J. Morton в модифікації Г.А.Баірова, при екзогастральних дуплікаціях шлунку – видалення кісти без розтину просвіту шлунку. При інтрамуральних подвоєннях ефективними виявилися методи видалення кісти з економною резекцією належної стінки або резекції шлунку за Більрот I в модифікації Tomoda.В лікуванні ВГПС розроблено новий спосіб передопераційної підготовки та післяопераційного ведення хворих на основі ентерального зондового вигодування. З ціллю профілактики віддалених ускладнень ВГПС запропоновано спосіб подвійної пілороміотомії. Вперше в Україні представлені результати аналізу використання методів лапароскопічної техніки для хірургічного лікування ВГПС. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації наведене теоретичне узагальнення і практичне рішення актуального науково-практичного напрямку дитячої хірургії – поліпшення результатів лікування вродженої непрохідності шлунку у дітей на основі розкриття нових ланок патогенезу, розробки алгоритмів діагностики, прогнозування перебігу, нових способів оперативного втручання, передопераційної підготовки і післяопераційного ведення.1. В екологічно забруднених районах частота ВНШ зберігається на стабільному рівні і складає 72%. Клінічні прояви і рівні порушень гомеостазу у дітей з рідкісними видами ВНШ характеризуються поліморфізмом і залежать від анатомічних варіантів вад, ускладнень основного захворювання і супутньої патології. Порушення клинико-лабораторних показників і дефіциту маси тіла при ВГПС пов’язані з особливостями його клінічного перебігу. Для гострої форми захворювання характерні зрушення кислотно-основного стану вбік гіпохлоремічного алкалозу при дефіциті маси тіла, що не перевищує 20%. При підгострому і хронічному варіантах перебігу хвороби переважають явища ацидозу, гіпопротеінемії і гіпотрофія II і III ступені.
2. Ефективність діагностики ВНШ досягається використанням алгоритмів, заснованих на поетапному застосуванні сучасних методів з урахуванням їх роздільної здатності. Алгоритм діагностики ВГПС включає 4 етапи. На I етапі діагностичний комплекс заснований на оцінці клінічних ознак захворювання. На II етапі разом з клінічною оцінкою застосовуються методи УЗД шлунку. Впровадження розроблених способів ультразвукового дослідження дозволило збільшити ефективність діагностики до 87%. В основі III етапу лежить застосування ФГДС. На IV етапі використовуються контрастні рентгенологічні методи дослідження шлунку.
3. За даними доплерографічних досліджень артеріального кровотоку воротаря при ВГПС індекс периферичного опору зростає з 0,57 ± 0,02 до 0,92 ± 0,03. Істотно зростають також і пікова систолічна та максимальна швидкість кровотоку з 15,27 ± 0,75 до 26,17 ± 1,53 і з 6,42 ± 0,35 до 12,48 ± 0,54 відповідно. Більш виражені порушення гемодинаміки достовірно (р0,001) відмічаються при гострому перебігу захворювання.
4. Порушення секреторної і евакуаторної функцій шлунку при ВГПС, пов’язані з дисбалансом регуляторних гастроінтестинальних поліпептидів. Концентрація в крові гастрину і соматостатину характеризується початково високим їх вмістом, що становить при гострій формі захворювання: 187,70 ± 4,90 пг/мл і 47,20 ± 2,32 пг/мл відповідно. Після пілороміотомії за Фреде-Вебером-Рамштедтом відбувається зниження рівнів даних гормонів, а також підвищення Ph шлунку з 1,49 ± 0,08 перед операцією до 3,30 ± 0,13 на 10 добу післяопераційного періоду. Для гострої форми захворювання характерні гіпергастринемія, до 95,10 ± 2,40 пг/мл, і підвищена кислотність шлунку, що зберігаються
5. Морфологічна картина рідкісних видів ВНШ характеризується наявністю однотипної зі шлунком слизуватої оболонки. При дуплікаціях спостерігається гіперплазія добре розвиненого м'язового шару, при мембранах він заміщений грубоволокнистою сполучною тканиною і при атрезіях пілоричний відділ шлунку представлений щільним фіброзним тяжем. Збільшення об'єму воротаря при ВГПС відбувається за рахунок кількості м'язових клітин, їх гіпертрофії з розростанням сполучної тканини у всіх шарах м'язової оболонки. Для хворих з гострою формою ВГПС характерна наявність макроскопічної картини «жорсткої пілоричної оливи» і більш виражені процеси гіпертрофії і склерозу м'язової оболонки. При підгострому і хронічному перебігу ВГПС і макроскопічних характеристиках «м'якої пілоричної оливи» зростання загальної маси пілорусу відбувається переважно за рахунок збільшення кількості м'язових волокон.
6. Аналіз безпосередніх результатів загальноприйнятих методів хірургічного лікування ВГПС свідчить, що в ранні терміни після операції зворотний розвиток гіпертрофії воротаря за даними УЗД відбувається при гострому перебігу захворювання і «жорсткій пілоричній оливі» за 71,30 ± 2,40 добу. При підгострому і хронічному перебігу ВГПС і «м'якій оливі» відновлення розмірів пілорусу наступає протягом 41,70 ± 1,50 доби після пілороміотомії.
7. У дітей з ВГПС у віддалені терміни після пілороміотомії за Фреде-Вебером-Рамштедтом мають місце зміни гастродуоденального переходу, що характеризуються різним ступенем «дисплазії пілороантральної зони», що свідчить про порушення зростання і розвитку пілороантральної зони шлунку. Дисплазія пілороантральної зони шлунку збільшує ризик виникнення віддалених ускладнень, серед яких гастродуоденіт зустрічається у 60% хворих, у 14% –виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.
8. Алгоритм прогнозування перебігу післяопераційного періоду у дітей з ВГПС дозволяє виділити групу ризику віддалених ускладнень захворювання і включає два етапи: у передопераційному періоді і під час оперативного втручання. Максимальна ефективність прогнозування забезпечується застосуванням математичних моделей, розроблених на підставі дискримінантного аналізу. При цьому вірогідність безпомилкової класифікації складає 84%-88%.
9. Передопераційна підготовка і післяопераційна реабілітація хворих з рідкісними видами ВНШ повинні ґрунтуватися на результатах моніторингу клинико-лабораторних параметрів перебігу захворювань у кожному конкретному випадку. При ВГПС найбільша ефективність передопераційної підготовки і післяопераційної реабілітації забезпечується включенням в комплекс терапії препаратів атропіну і застосуванням раннього ентерального зондового вигодування, що дозволило поліпшити результати лікування і підвищити економічну ефективність за рахунок зменшення об'ємів медикаментозного лікування, терміну відновлення нормальних обсягів вигодування після операції з 23,78 ± 1,12 до 14,25 ± 0,67 годин і скоротити середню тривалість перебування в стаціонарі хворих з 12,30 ± 0,54 до 9,40 ± 0,45 діб.
10. Оптимізація хірургічного лікування ВГПС у хворих в групі ризику розвитку віддалених ускладнень досягається використанням подвійної пілороміотомії, що дозволяє забезпечити профілактику диспластичних змін гастродуоденального переходу за рахунок поліпшення прохідності пілоричного відділу шлунку, нормалізації концентрації в крові гастроінтестинальних регуляторних пептидів, відновленню інтрамуральної гемодинаміки ураженого воротаря і прискоренню процесів зворотного розвитку його гіпертрофії.
11. Використання лапароскопічної техніки в оперативному лікуванні ВГПС із застосуванням розробленого способу лапароскопічної пілороміотомії, заснованого на забезпеченні необхідної глибини розрізу м'яза воротаря, дозволяє адекватно відновити його прохідність, забезпечує профілактику можливих ускладнень відкритого втручання, добрий косметичний результат, полегшує перебіг раннього післяопераційного періоду і підвищує економічну ефективність за рахунок скорочення термінів відновлення нормальних об'ємів вигодовування з 23,4 ± 1,1 до 12,5 ± 0,5 годин і загальної післяопераційної реабілітації хворих в умовах стаціонару з 11,5 ± 0,5 до 8,0 ± 2,0 діб (М ± м).
 |

 |