## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. Богомольця**

**МЕТЛЕНКО Олександр Володимирович**

УДК 616.333-008.64-053.2-089

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

**ШЛУНКОВО-СТРАВОХІДНОГО РЕФЛЮКСА**

**У ДІТЕЙ**

14.01.09 – дитяча хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

**Київ – 2007**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України **Кривченя Данило Юліанович,** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри дитячої хірургії

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Сокур Петро Павлович,** Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, професор кафедри торакальної хірургії та пульмонології;

доктор медичних наук, професор **Грона Василь Миколайович,** Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, завідувач кафедри дитячої хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії

Захист відбудеться “ 7” лютого 2008 року о 13 30 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.26.003.03 в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (01030, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 17, аудиторія хірургічної клініки імені академіка О.П. Кримова).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (03057, м. Київ, вул. Зоологічна, 1).

Автореферат розісланий “ 29 ” грудня 2007 р.

**Вчений секретар**

**спеціалізованої вченої ради,**

**кандидат медичних наук, доцент Я.М. Вітовський**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Частота шлунково-стравохідного рефлюкса (ШСР) серед захворювань травного тракту у новонароджених та дітей старшого віку складає 21-74%, тобто є досить високою (Баиров В.Г. и соавт., 1999). У 10% дітей раннього віку відмічаються щоденні його клінічні прояви (Bacewicz L. et al., 2001). За даними Ашкрафт К.У. і Холдер Т.М. (1996) у пацієнтів, що мають ШСР з народження, його симптоми зникають протягом перших двох років життя лише у 2/3 випадків. У 1/3 дітей його клінічні ознаки зберігаються і після 4 років, причому у 5% хворих розвивається пептичний стеноз стравоходу (СС), а ще 5% пацієнтів помирає без лікування, в основному з діагнозом “пневмонія”. Маскуючись під різні патологічні стани респіраторного характеру, ШСР може виступати причиною раптової дитячої смерті (Tovar J.A. et al., 2007). При тривалому перебігу ШСР можливий розвиток метаплазії стравохідного епітелію, яка має тенденцію до малігнізації (Батаев С-Х.М. и соавт., 2000; Campos G.M. et al., 2001).

При вадах розвитку та захворюваннях стравоходу і діафрагми ШСР через неспецифічність клінічної картини, її полісимптомність, а також наявність інших супутніх патологій залишається своєчасно не діагностованим. В результаті цього відмічається висока частота хибних діагнозів, затримка в призначенні патогенетичного лікування, що призводить до розвитку ускладнень. Лікування цієї групи пацієнтів часто направлене на терапію подібних за симптоматикою патологічних станів, корекцію ускладнень ШСР без ліквідації причинного фактора або взагалі не проводиться. Так, лише в окремих літературних джерелах наголошується на значенні ШСР та необхідності його корекції при хімічних опіках страво­ходу, ускладнених його стенозами (Кривченя Д.Ю. і Дубровін О.Г., 2001, 2002; Mutaf O. et al., 2003), після корекції вроджених діафрагмальних гриж (Sigalet D.I. et al., 1994; Gupta D.K. et al., 2002).

У випадках встановлення діагнозу ШСР при вадах розвитку та захворюваннях стравоходу і діафрагми проблемним є визначення тактики його лікування. Дотепер залишаються суперечливими погляди щодо визначення показань та тривалості консервативної терапії ШСР у дітей. Дискутабельними також є питання вибору показань та термінів виконання антирефлюксних оперативних втручань, про що наголошується самими авторами (Fonkalsrud E.W., 1993; Weimin Y.E. et al., 2001; Mickevicius A. et al., 2002; Di Lorenzo С. & Orenstein S., 2002; Parrilla P. et al., 2003). При використанні класичних антирефлюксних методик та їхніх модифікацій незадовільні результати у віддаленому періоді реєструється до 44,4% випадків (Ашкрафт К.У. і Холдер Т.М., 1996; Bacewicz L. et al., 2001; Bustorff-Silva J.et al., 2001; Graziano K. et al., 2003; Langer J.C., 2003;Islam S. et al., 2004). Хірургічна корекція ШСР проводиться шляхом використання певної методики без врахування його походження.

Таким чином, постає необхідність подальшої розробки показань та диференційованого підходу до вибору методу його хірургічного лікування, а також розробці нових та удосконаленні існуючих способів ліквідації ШСР із врахуванням його походження.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Національного медичного університету імені О.О. Богомольця і є фрагментом науково-дослідницької роботи кафедри дитячої хірургії “Діагностика та лікування вад розвитку і захворювань органів грудної клітки та черевної порожнини у дітей” (реєстраційний № 0104U 006207).

**Мета і задачі дослідження.** Метою роботи було покращення результатів лікування ШСР у дітей шляхом розробки диференційованого підходу до вибору показань та методу його хірургічного лікування.

Для досягнення поставленої мети сформульовані наступні задачі:

1. Вивчити особливості клінічного перебігу ШСР у дітей із вадами розвитку та захворюваннями стравоходу і діафрагми.
2. Проаналізувати характер функціональних та анатомо-морфологічних змін стравоходу при ШСР у дітей.
3. Встановити показання до хірургічного лікування ШСР у дітей та обгрунтувати вибір методу корекції в залежності від його причини.
4. Розробити нові та удосконалити існуючі способи хірургічного лікування ШСР у дітей.
5. Дослідити клінічну ефективність використаних способів хірургічного лікування ШСР у дітей.

*Об’єкт дослідження.* Стравохідно-шлунковий перехід у дітей.

*Предмет дослідження.*Хірургічне лікування ШСР при вадах розвитку та захворюваннях стравоходу і діафрагми у дітей.

*Методи дослідження.* Для оцінки загального стану пацієнтів були застосовані загальноклінічні методи обстеження (вивчення анамнезу захворювання та даних об’єктивного обстеження, загальний і біохіміч­ний аналіз крові, загальний аналіз сечі, електрокардіографія). Для верифікації ШСР та його ускладнень були використані рентгенологічні (оглядова рентгенографія органів грудної клітки, рентгенконтрастне дослідження верхніх відділів травного тракту), ендоскопічні (ригідна езофагоскопія, фіброезофагогастродуоденоскопія, хромоезофагоскопія, трахеобронхоскопія), патогістологічні (дослід­ження біоптатів слизової оболонки стравоходу), сонографічні (дослід­ження органів середостіння та черевної порожнини), радіонуклідні (сцинтіграфія стравоходу та шлунку) методи дослідження, внутрішньопорожнинна рН-метрія стравоходу і шлунку та статистичні методи.

**Наукова новизна одержаних результатів.** На основі вивчення даних комплексного обстеження удосконалена діагностика ШСР у дітей із вадами розвитку та захворюваннями стравоходу і діафрагми. Вперше виявлено та конкретизовано групу ознак ШСР, що маскують його прояви під інші нозологічні форми. Поглиблено уявлення про функціональні та анатомо-морфологічні зміни стравоходу у дітей при ШСР різного походження.

Вперше обґрунтовано та запропоновано диференційований підхід до вибору показань та методу корекції ШСР в залежності від його причини, функціональних та анатомо-морфологічних змін стравоходу.

Вперше розроблено, запропоновано та впроваджено новий спосіб хірургічного лікування ШСР у дітей раннього віку після корекції атрезії стравоходу, який полягає в проведенні антирефлюксної операції із використанням круглої зв’язки печінки, що сприяє відновленню анатомічних співвідношень в зоні стравохідно-шлункового переходу, створюючи умови для ліквідації рефлюкса, що захищено патентом України. Вперше розроблено, запропоновано та впроваджено новий спосіб хірургічного лікування ШСР у дітей при опікових СС, який сприяє ліквідації рефлюкса та безпечному проведенню парахірургічних методів лікування звужень, що захищено патентом України. Оцінена ефективність зазначених операцій.

**Практичне значення отриманих результатів.** Запропонований диференційований підхід до вибору показань та методу хірургічного лікування ШСР у дітей забезпечує позитивні функціональні результати у 95,3% випадків.

Розроблений новий спосіб корекції ШСР шляхом проведення антирефлюксної операції з використанням круглої зв’язки печінки є ефективним, малотравматичним, простим у виконанні у дітей раннього віку після корекції атрезії стравоходу. При виражених СС із коефіцієнтом його вкорочення 0,2 і більше проведення фундоплікації за Nissen з модифікованою гастропластикою за Collis дозволяє ліквідувати ШСР та подовжити стравохід. Поєднання цієї операції з гастростомією сприяє безпечному проведенню парахірургічного лікування.

Практичні рекомендації, які базуються на основних положеннях дисертації, впроваджені в практику роботи хірургічних відділень Української дитячої спеціалізованої лікарні “Охматдит” та відділення торако-абдомінальної хірургії вад розвитку новонароджених та дітей старшого віку Інституту педіатрії, акушер­ства та гінекології Академії медичних наук України, які є клінічними базами кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені
О.О. Богомольця. Теоретичні положення та практичні розробки дисертаційної роботи включені до циклу лекцій та практичних занять на кафедрах дитячої хірургії вищих медичних учбових закладів України.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота виконана особисто автором під керівництвом завідувача кафедрою дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктора медичних наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України Кривчені Д.Ю. Автором виконано пошук літературних джерел, вибрано тему дослідження, доведено пріоритетність, доцільність і необхідність даної наукової праці, визначено мету, завдання, об’єм та методи дослідження, якими дисертант досконало оволодів. Дисертантом проведено клінічно-інструментальне обстеження 75 пацієнтів та підготовлено їх до операції. Автором проасистовано та особисто виконано у цих пацієнтів операції із застосуванням розроблених нових та удосконалених способів хірургічного лікування ШСР у дітей. Дисертантом проведено післяопераційне лікування пацієнтів та обстеження їх у віддаленому періоді. Дисертант є співавтором впроваджених нових та удосконалених способів лікування ШСР у дітей, захищених патентами України. Поряд з цим, автором особисто проаналізовано результати діагностики та лікування ШСР ще 61 пацієнта (історії хвороби), які ввійшли в наукове дослідження. Здобувачем самостійно виконана систематизація, аналіз та узагальнення отриманої інформації і написано всі розділи дисертації. Первинна документація перевірена на етапах попереднього розгляду дисертації та підтверджується відповідним документом.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації доповідалися та обговорювалися на Всеукраїнській науково-практичній конференції дитячих хірургів з міжнародною участю “Хірургія новонароджених та дітей раннього віку” (м. Львів, Україна, 2003), науково-практичній конференції “Нове в хірургії ХХІ століття” (м. Київ, Україна, 2003), науково-практичній конференції молодих вчених, присвяченої 80-річчю Харківської медичної академії післядипломної освіти “Внесок молодих вчених в медичну науку” (Харків, Україна, 2003), 59, 60 науково-практичній конференції студентів та молодих вчених Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з міжнародною участю “Актуальні проблеми сучасної медицини” (м. Київ, Україна, 2005, 2006), науково-практичній конференції, присвяченій 110-річчю УДСЛ “Охматдит”
(м. Київ, Україна, 2004), XXI з’їзді хірургів України (м. Запоріжжя, Україна, 2005), IV Російському конгресі “Современные технологии в педиатрии и детской хирургии” (м. Москва, Російська Федерація, 2005), І Всеукраїнському конгресі дитячих хірургів “Сучасні лікувально-діагностичні технології в хірургії дитячого віку” (м. Хмільник, Україна, 2007).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 19 наукових праць, з них 14 статей у фахових журналах, рекомендованих ВАК України, 5 – в збірниках матеріалів і тез симпозіумів та конференцій. Отримано 2 патенти України на корисну модель.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, заключення, висновків і списку використаних джерел. Текстова частина дисертації становить 161 сторінку машинопису. Робота ілюстрована 30 рисунками та 25таблицями. Список літератури містить 290 джерел, із них кирилицею – 71, латиною – 219.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідження включено 136 пацієнтів віком від 1 місяця до 15 років, які знаходились на обстеженні та лікуванні з приводу ШСР на базах кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця в період з січня 1994 до січня 2007 року (табл. 1). Серед досліджуваних дітей були 45 (33,1%) пацієнтів із опіковими СС, 30 (22,0%) – із корегованою атрезією стравоходу, 22 (16,2%) – із пептичними СС, 28 (20,6%) – із грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) та 11 (8,1%) дітей з ізольованою недостатністю кардії.

*Таблиця 1*

**Розподіл пацієнтів в залежності від віку та причини ШСР (n=136)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Причини ШСР | Вік дітей при поступленні | Всього |
| місяці | роки |
| 1-3 | 4-6 | 7-12 | 1-3 | 4-6 | 7-12 | 13 та > | Абс. | % |
| Опікові СС | - | - | - | 26 | 12 | 7 | - | **45** | 33,1 |
| Корегована атрезія стравоходу | 10 | 8 | 2 | 9 | 1 | - | - | **30** | 22,0 |
| Пептичні СС | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 10 | 3 | **22** | 16,2 |
| ГСОД | 1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 8 | 8 | **28** | 20,6 |
| Ізольована недостатність кардії | - | 1 | 2 | 2 | - | 3 | 3 | **11** | 8,1 |
| Всього | Абс. | **12** | **13** | **7** | **45** | **17** | **28** | **14** | **136** | 100 |
| % | 8,8 | 9,5 | 5,2 | 33,1 | 12,5 | 20,6 | 10,3 |

З опіковими СС до 7 діб від моменту отримання опіку стравоходу було госпіталізовано 7 (15,6%) дітей, через 7-14 діб – 1 (2,2%), через 15-30 діб – 2 (4,4%) пацієнтів, протягом 1-2 місяців – 12 (26,7%) дітей, через 3-6 місяці – 11 (24,4%) та після 6 місяців – 12 (26,7%) пацієнтів. Пацієнти з першої групи були відразу госпіталізовані до нашої клініки, а решта – були направлені з інших лікарень. У всіх 38 (84,4%) дітей, які поступили з других закладів, ШСР при лікуванні опікових СС не враховувався.

Серед 30 дітей із корегованою атрезією стравоходу 20 (66,7%) були віком менше 1 року. У 17 (56,6%) дітей мав місце післяопераційний СС, у 3 (10,0%) – реканалізація трахеостравохідної нориці, у 12 (40,0%) – локальна трахеомаляція (І-ІІ ступеня – у 8 дітей та ІІІ ступеня – у 4). Ранній вік та наявність значної кількості супутніх ускладнень атрезії стравоходу ускладнювали постановку діагнозу в цій дітей.

Серед 22 пацієнтів із пептичними СС 13 (59,1%) поступили до клініки у віці більше 7 років. Клінічні прояви ШСР у 21 (95,5%) дитини маніфестували раніше 5 років, а у 10 (45,5%) відмічались з народження. У 3 пацієнтів розвиток ШСР з формуванням пептичного СС відмічено після корекції вродженої грижі купола діафрагми. При направленні діагноз був правильним лише в одному випадку. Час, який був необхідний для встановлення діагнозу пептичного СС від початку клінічних проявів ШСР склав 59,43±12,18 місяців.

Серед 28 пацієнтів із ГСОД 16 (57,1%) поступили до клініки в віці старше 7 років. Виявлено, що симптоми захворювання у всіх дітей відмічались з періоду новонародженості. При наявності маніфестної клініки ШСР діагноз при направленні був правильним у лише в 11 (39,3%) дітей.

Серед 11 пацієнтів із ізольованою недостатністю кардії у 7 (63,6%) дітей початок захворювання відмічено із періоду новонародженості, але в жодному випадку вірний діагноз не був виставлений в наведений період. Лише 3 дітей були госпіталізовані до 1 року.

У 54 (39,7%) дітей із корегованою атрезією стравоходу, пептичними СС, ГСОД та ізольованою недостатністю кардії виявлена перинатальна енцефалопатія, яка була причиною преморбідного фону для розвитку ШСР. У 28 (20,6%) пацієнтів із ШСР мали місце супутні вади розвитку, з них у 5 дітей відмічено більше однієї аномалії. Найчастіше траплялися вади розвитку травної, серцево-судинної, нервової та дихальної систем.

Діагностика ґрунтувалась на вивченні скарг, анамнезу захворювання та життя, детальному аналізі клінічних ознак захворювання, часу їх появи та клінічного перебігу, даних об’єктивного та спеціальних інструментальних методів обстеження. В програму обстеження входили загальний і біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, ЕКГ. Для виявлення ШСР, анатомо-морфологічних та функціональних змін в різних відділах стравоходу та шлунку використовували оглядову рентгенографію грудної клітки та рентгенконтрастне дослідження верхніх відділів травного тракту із обов’язковою поліпозиційною рентгеноскопією. Для визначення протяжності СС з метою їхньої динамічної оцінки застосовували поняття абсолютної (см) та відносної (%) довжини стенозу. При виявленні короткого стравоходу та аксіальних фіксованих ГСОД було запропоновано використання коефіцієнта вкорочення стравоходу. Цей показник визначався у вигляді відношення висоти грижового мішка до довжини власне стравоходу. З метою оцінки змін слизової оболонки стравоходу, шлунку та трахеобронхіального дерева, визначення характеру та ступеня органічних та функціональних змін стравоходу проводили ендоскопічне дослідження, в тому числі хромоендоскопію. Для підтвердження ендоскопічних змін проводили гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки стравоходу. Внутрішньо­порожнинну рН-метрію стравоходу та шлунку проводили з метою визначення кількісних характеристик ШСР. Сцинтіграфія стравоходу та шлунку, крім характеристик ШСР, давала змогу оцінити кількісно та якісно шлункову евакуацію. Також проводили сонографічне обстеження органів середостіння та черевної порожнини для верифікації ШСР та ГСОД. Статистична обробка отриманих результатів виконувалась із застосуванням пакету прикладних комп’ютерних програм Microsoft Excel XP.

**Клінічна картина та діагностика ШСР у дітей.** Клінічна картина ШСР полісимптомна (табл. 2). На перший план виходили ознаки, що вказували на порушення харчування пацієнтів – зригування та блювання. Вони відмічались у 83 (61,0%) дітей у всіх досліджуваних групах. Ці ознаки превалювали у дітей із пептичними СС та ГСОД – відповідно у 20 (90,9%) та 21 (75,0%) хворих. Зригування та блювання в меншому ступені були виявлені у дітей із опіковими СС – 16 (35,5%) пацієнтів. В цій групі хворих переважали ознаки порушення прохідності стравоходу, які відмічались у всіх 45 (100%) дітей після 14 діб від моменту отримання хімічної травми, маскуючи ознаки ШСР. Наявність цих проявів в групі пацієнтів із корегованою атрезією стравоходу свідчила про супутній післяопераційний СС (n=10), а у дітей з пептичними СС вказувала на ускладнений перебіг ШСР (n=14). Як наслідок неадекватного харчування у 58 (42,6%) дітей розвинулась гіпотрофія та у 78 (57,3%) – анемія. Гіпотрофія І ступеня відмічена у 29 дітей, ІІ – у 15, ІІІ – у 14 пацієнтів.

Респіраторні прояви, які проявлялись кашлем, рецидивуючими трахеобронхітами та пневмоніями у 77 (100%) дітей, з них у 27 (35,1%) супроводжувались задишкою, у 6 (7,8%) – апное та у 14 (18,2%) – стридором, також мали місце у всіх груп пацієнтів. Найбільш часто респіраторні симптоми відмічались у хворих після корекції атрезії стравоходу – у 25 (83,3%) із 30 пацієнтів. Через високий ризик трактування респіраторних проявів на користь інших нозологічних форм, що ускладнювали перебіг вказаної вади розвитку, їх розглядали у цих пацієнтів як “маску” ШСР.

Больовий синдром (печія, ретростернальний та епігастральний біль) у дітей не був провідним. Він мав місце у 39 (28,7%) пацієнтів та спостерігався переважно у дітей із пептичними СС та ГСОД старше 7 років (n=22), яким діагноз був виставлений із запізненням.

*Таблиця 2*

**Клінічна прояви ШСР у дітей (n=136)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Клінічні прояви | Опікові СС (n=45) | Корегована атрезія стравоходу (n=30) | Пептичні СС (n=22) | ГСОД (n=28) | Ізольована недостатність кардії (n=11) | Всього |
| Абс. | % |
| Респіраторні прояви | 22 | 25 | 11 | 15 | 4 | **77** | 56,6 |
| Зригування та блювання | 16 | 19 | 20 | 21 | 7 | **83** | 61,0 |
| Порушення прохідності стравоходу | 45 | 10 | 14 | - | - | **69** | 50,7 |
| Гіпотрофія | 16 | 18 | 12 | 9 | 3 | **58** | 42,6 |
| Анемія | 28 | 18 | 17 | 13 | 2 | **78** | 57,3 |
| Больовий синдром | 14 | - | 12 | 11 | 2 | **39** | 28,7 |

ШСР був виявлений у 107 (80,5%) із 133 обстежених рентгенологічно пацієнтів. Закид до верхньої третини стравоходу виявлено у 49 пацієнтів, до середньої – у 49 та до нижньої – у 9 дітей. Наявність його була підтверджена при проведенні внутрішньо­порожнинної рН-метрії (n=12), сцинтіграфії (n=3) стравоходу та шлунку, а також під час сонографічного обстеження (n=3).

У 26 (19,1%) пацієнтів виявлено аксіальну ковзну ГСОД, з них 1 дитина була з корегованою атрезією стравоходу. У 2 пацієнтів мала місце параезофагеальна ГСОД. У 1 дитини виявлено вроджений короткий стравохід. Набутий короткий стравохід із аксіальною фіксованою ГСОД було діагностовано у 44 (32,3%) дітей, із яких 30 були із опіковими СС, 13 – пептичними та 1 дитина із післяопераційним стенозом після корекції атрезії стравоходу.

При опікових СС в 29 (96,7%) випадках наведені анатомічні зміни були діагностовані в терміни після 6 місяців від моменту отримання хімічної травми стравоходу. При цьому коефіцієнт вкорочення стравоходу складав 0,24±0,01, коливаючись від 0,19 до 0,44. Цей показник у 29 з 30 пацієнтів був більшим за 0,2. Зі збільшенням терміну після отримання хімічного опіку відбувалось зменшення абсолютної та відносної довжини СС. Через 1-3 місяці після отримання хімічної травми вони складали 8,61±0,76 см та 42,67±3,16%, а в терміни 7-9 місяців від моменту отримання опіку стравоходу - дорівнювали 5,88±0,67 см та 28,44±3,19% відповідно (р<0,05). Це свідчило про вкорочення зони СС за рахунок контрактури та прогресивне зміщення кардії до грудної клітки із формуванням фіксованої ГСОД протягом не менше 6 місяців після отримання хімічної травми стравоходу.

У дітей із пептичними СС коефіцієнт вкорочення стравоходу становив 0,21±0,02, коливаючись від 0,16 до 0,33. У 8 пацієнтів він складав 0,17±0,005, а у решти 5 дорівнював 0,27±0,02 (р<0,05). Абсолютна довжина стенозу складала 3,37±0,25 см, а відносна – 14,9±0,94%.

При аналізі характеру змін в стравоході при опікових враженнях нами відмічено у всіх 10 (100%) дітей в строки до 1 місяця після отримання хімічної травми наявність запальних змін стравоходу – езофагіту ІІІ ступеня. Серед 12 дітей, які поступили в строки від 1 до 2 місяців, поруч із ознаками езофагіту І-ІІ ступеня у 9 (75,0%) пацієнтів відмічено появу рубцевих змін у 10 (83,3%) випадках. Із 23 пацієнтів, які поступили в термін після 3 місяців від моменту отримання опіку поруч із рубцевим змінами стравоходу у 15 (65,2%) дітей відмічено езофагіт І-ІІ ступеня. Збільшення кількості пацієнтів із запальними змінами стравоходу відповідно до строку, який пройшов після отримання хімічної травми, вказувало на рефлюксний генез цих проявів.

Серед решти 74 ендоскопічно обстежених пацієнтів запальні зміни слизової оболонки стравоходу відмічено у 48 дітей. Езофагіт І ступеня виявлено у 22 хворих, ІІ – у 7 та ІІІ – у 19 дітей. Найбільш виражені запальні зміни мали місце у дітей із пептичними СС. У 18 із них зона звуження була представлена рубцевою тканиною (n=4), запально-деструктивними змінами слизової оболонки (n=6) та комбінацією їх у дітей старше 3 років (n=8). Ендоскопічні ознаки стравоходу Barrett були виявлені у 9 пацієнтів із пептичними СС (n=6), ГСОД (n=2) та ізольованою недостатністю кардії (n=1). Наявність метаплазії слизової оболонки стравоходу підтверджено гістологічно у 19 дітей, з них у 14 – із пептичними СС, у 3 – з ГСОД та у 2 – із ізольованою недостатністю кардії. Поліморфізм гістологічної картини, який корелював із тривалістю захворювання, відмічено у 25 (71,4%) із 35 дітей, яким проводилась біопсія слизової оболонки стравоходу.

**Лікування ШСР у дітей.** Нами запропоновано комбінований диференційований підхід до лікування ШСР у дітей, який включав консервативну терапію та хірургічну його корекцію. Було застосовано три варіанти консервативної терапії ШСР. В 19 (14,1%) пацієнтів даний метод лікування виступав в якості основного. У 48 (34,8%) дітей консервативне лікування ШСР було допоміжним заходом у корекції основної патології – СС. На перший план у цих пацієнтів виходили парахірургічні методи відновлення прохідності стравоходу. У останньої групи із 69 (51,1%) пацієнтів були виставлені показання до хірургічного лікування ШСР. Консервативна терапія в даному випадку використову­вались в якості передопераційної підготовки. Оперативна корекція ШСР була проведена у 101 (74,3%) дитини. Хірургічне лікування виконане 26 (25,7%) пацієнтам із опіковими СС, 22 (21,8%) – з корегованою атрезією стравоходу, 22 (21,8%) – із пептичними СС, 23 (22,8%) – із ГСОД та у 8 (7,9%) дітей із ізольованою недостатністю кардії.

Для кращої систематизації критеріїв вибору хірургічного лікування ШСР показання були поділені на такі групи: клінічні, анатомо-морфологічні та функціональні. В окремий пункт, як одне із показань до операції, було виділено неефективність консервативного лікування ШСР. Також враховували вік дитини.

Клінічними показаннями до хірургічного лікування ШСР були: неспинне зригування та блювання, рецидивуючі трахеобронхіти та пневмонії, епізоди апное, гіпотрофія ІІ-ІІІ ступеня, причому останні два були абсолютними. До анатомо-морфологічних змін, які виступали показаннями до антирефлюксних операцій та були абсолютними, відносили наявність короткого стравоходу, аксіальної фіксованої чи параезофагеальної ГСОД, реканалізації трахеостравохідної нориці, пептичного СС, езофагіту ІІІ ступеня та метаплазії епітелію стравоходу. До функціональних змін, які слугували відносними показаннями до операції, включали наявність високого кислого (рН<4,0) ШСР, ізольованої недостатності кардії, аксіальної ковзної ГСОД.

Операція Nissen була виконана у 52 (51,5%) дітей із ШСР. Переважна більшість із них були з групи пептичних СС (n=18) та ГСОД (n=20). Також вона була застосована у дітей з корегованою атрезією стравоходу (n=12) та ізольованою недостатністю кардії (n=2).

Показаннями до її проведення були: пептичні СС, наявність ГСОД, реканалізація трахеостравохідної нориці. До передостанньої групи відносили як пацієнтів із власне ГСОД (n=20), так і дітей із корегованою атрезією стравоходу (n=1) та пептичними СС (n=12), в яких вона була однією із ознак, що вказувала на ШСР. Фундоплікація за Nissen виконувалась у пацієнтів з аксіальними фіксованими ГСОД, короткому стравоході (n=8) із коефіцієнтом його вкорочення меншим за 0,2 (0,18±0,006).

Ізольовано фундоплікація за Nissen була виконана у 6 (11,5%) із 52 пацієнтів. У 37 (71,2%) дітей із розширенням стравохідного отвору діафрагми була додатково проведена крурорафія, яка в 2 випадках доповнювалась гастростомією за Kader. Загалом поєднання фундоплікації за Nissen із гастростомією за Kader мало місце у 11 (21,2%) дітей, у 10 із яких був виражений СС, в тому числі у 2 – реканалізація трахеостравохідної нориці.

Суть модифікованої операції гастропластики за Collis з фундоплікацією за Nissen полягала мобілізації стравоходу в середостінні, його подовженні за рахунок формування шлункової трубки та створенні навколо неї циркулярної манжетки з дна шлунку, що сприяла ліквідації ШСР. Модифікована гастропластика за Collis з фундоплікацією за Nissen виконана у 31 (30,7%) дитини. Це були діти із опіковими (n=26), пептичними СС (n=4) та 1 пацієнт із корегованою АС. Показанням до її застосування була наявність СС з коефіцієнтом його вкорочення більшим за 0,2. У дітей із опіковими СС він складав 0,23±0,007, з пептичними – 0,28±0,02.

При опікових СС показання до операції виставлялись після 6 місяців від моменту отримання опіку стравоходу, коли за рахунок вкорочення стравоходу формувалась аксіальна фіксована ГСОД. Строк операції залежав від часу госпіталізації пацієнтів до клініки. Її проводили через 16,5±2,7 місяців після отримання хімічної травми. В більшості пацієнтів (n=18) вона була виконана до 12 місяців від моменту отримання опіку. У 1 дитини операція проведена через 4 місяці в зв’язку із раннім інтенсивним вкороченням стравоходу. При відносній довжині СС більше 50% власної довжини стравоходу через 6 місяців після отримання хімічної травми проведення гастропластики є недоцільним.

У 3 із 4 пацієнтів з пептичними СС на момент операції поряд із вкороченням стравоходу мало місце виражене його звуження. Після проведення антирефлюксної операції планувалась резекція зміненого сегменту стравоходу, що підтверджувало необхідність проведення обраного оперативного втручання.

Крурорафія була виконана у 2 дітей із пептичними СС та 1 – із опіковим. В подальшому від ушивання стравохідного отвору діафрагми при опікових СС відмовились на користь можливості безперешкодного підтягування шлункової трубки до середостіння в післяопераційному періоді.

Пацієнти з опіковими СС після виконання модифікованої гастропластики потребували проведення курсів відновлення його прохідності. У зв’язку із цим було запропоноване оперативне втручання, суть якого була направлена, окрім корекції вкорочення стравоходу та створення антирефлюксного захисту, ще на забезпечення умов для безпечного контролю та відновлення просвіту стравоходу. Це досягалось шляхом формування гастростоми та проведення нитки-провідника для забезпечення парахірургічних методів лікування. Операцію було виконано у 13 пацієнтів (Патент України на корисну модель №19662).

Фундоплікація за Thal-Ashcraft була виконана у 11 (10,9%) пацієнтів. Показання до неї виставлялись при наявності ізольованої недостатності кардії, аксіальних ковзних ГСОД. У 1 дитини із опіковим СС операція була виконана на ранніх строках після опіку стравоходу (через 2 місяці) під час формування гастростоми на етапі впровадження методики. Ізольовано фундоплікація за Thal-Ashcraft була виконана у 4 дітей. У 5 пацієнтів вона доповнювалась крурорафією в зв’язку із розширенням стравохідного отвору діафрагми. У однієї дитини із корегованою атрезією стравоходу та супутньою мікрогастрією додатково була сформована антирефлюксна петля круглою зв’язкою печінки.

Суть антирефлюксної операції з використанням круглої зв’язки печінки в нашому виконанні полягає у фіксації у фізіологічному положенні зони стравохідно-шлункового переходу, окреслюючи при цьому абдомінальний відділ стравоходу, а також відновленні оптимального кута переходу абдомінального відділу стравоходу в шлунок (Патент України на корисну модель №19001). Метод відрізняється малою травматичністю, так як не потребує мобілізації дна шлунку та не заперечує можливості його зворотнього випорожнення.

Для виконання наведеної операції під час лапаротомії проводили мобілізацію круглої зв’язки печінки від пупка до зони її переходу в серповидну. Дистальний кінець круглої зв’язки відсікали від пупка та обгортали нею зону стравохідно-шлункового переходу ззаду наперед, підшиваючи дистальний кінець до середньої третини зв’язки ниткою, що не розсмоктується (Prolen, поліамід 3/0, 4/0). Зона фіксації визначалась за натягом вказаної круглої зв’язки, який був достатнім для створення необхідного рівня розташування стравохідно-шлункового переходу та формування оптимального (гострого) кута Гіса.

Оперативне втручання було виконане у 8 (7,9%) дітей із ШСР, при чому у всіх – після корекції атрезії стравоходу. Показаннями до проведення цієї операції були: ранній вік дитини, недостатність кардії при відсутності ГСОД та вкорочення стравоходу. Вік оперованих пацієнтів складав від 1,5 місяців до 2 років (в середньому 11,2±3,1 місяців), при чому у 5 з них був менше 9 місяців.

**Результати та їх обговорення.** Інтраопераційні ускладнення відмічені у 2 (1,9%) дітей. У 1 пацієнта під час проведення фундоплікації за Nissen при виділенні абдомінального відділу стравоходу виникла його перфорація, яку було ушито. Ще у 1 хворого при проведенні модифікованої гастропластики за Collis під час виділення стравоходу зі грубих рубцевих злук в середостінні була пошкоджена медіастинальна плевра зліва з розвитком лівобічного пневмотораксу, який був купований шляхом проведення пункції та дренування плевральної порожнини.

У 8 (7,9%) дітей був ускладнений перебіг післяопераційного періоду. У 3 пацієнтів, яким проведена фундоплікація за Nissen, після операції виявлено ексудативний плеврит, який був ліквідований шляхом пункції та дренування плевральної порожнини. Необхідно наголосити, що ці діти були прооперовані на фоні аспіраційної бронхопневмонії, а один з них – медіастиніту. У 3 дітей мала місце гіперфункція фундоплікаційної манжетки після операції за Nissen, яка потребувала проведення 1-2 сеансів балонної ділятації кардії з добрим ефектом. У 2 пацієнтів після проведення модифікованої гастропластики за Collis з фундоплікацією за Nissen під час повторного проведення гастростомічної трубки відмічено відходження стінки шлунку від передньої черевної стінки в зоні сформованої гастростоми з розвитком місцевого перитоніту. Цим дітям в ургентному порядку було проведено релапаротомію, санацію черевної порожнини та регастростомію.

Безпосередні результати лікування ШСР оцінювали протягом перших 3 місяців, віддалені – у терміни від 4 місяців до 10 років. Результати оцінювали як добрі, задовільні та незадовільні, ґрунтуючись на динаміці клінічних симптомів та даних інструментальних досліджень. Добрим результатом вважали повну ліквідацію клінічних симптомів ШСР та відсутності його ознак за даними інструментальних методів дослідження. Задовільним результатом вважали залишкові прояви ШСР, які легко усувались після проведення антирефлюксної терапії. Незадовільним вважався такий результат лікування ШСР, при якому мали місце клініко-інструментальні ознаки його рецидиву, які не вдавалось ліквідувати консервативним шляхом.

Найближчі результати консервативної терапії ШСР були добрими у 14 (73,7%) із 19 пацієнтів, у яких вона була використана в якості основного методу лікування. У 5 (26,3%) дітей лікування виявилось неефективним. Віддалені результати вказували на наявність рецидиву ШСР у 3 (21,4%) із 14 пацієнтів. У решти 11 (78,6%) пацієнтів результат консервативного лікування був добрим.

Серед 48 дітей із опіковими та післяопераційними СС після корекції атрезії стравоходу, які отримували антирефлюксну терапію в якості ад’ювантної, вона виявилась ефективною у 29 (60,4%) дітей. У 25 (52,1%) хворих безпосередній результат був добрим та у 4 (8,3%) – задовільним. Віддалені результати були проаналізовані у 24 дітей, з яких у 16 (66,7%) пацієнтів відмічено добрий результат, у 5 (20,8%) – задовільний та у 3 (12,5%) хворих – незадовільний.

Безпосередні результати хірургічного лікування ШСР були позитивними у всіх прооперованих дітей (n=101), з них добрими – у 99 (98,1%) пацієнтів. Задовільний результат було зафіксовано у 2 пацієнтів із ГСОД після фундоплікації за Nissen, яким не виконувалась крурорафія.

Віддалені результати були проаналізовані у 86 дітей. Добрі результати відмічені у 75 (87,2%) пацієнтів, задовільні – у 7 (8,1%) та незадовільні – у 4 (4,7%). При опікових СС після виконання модифікованої гастропластики за Collis з фундоплікацією за Nissen були відмічені добрі результати у всіх 26 дітей. У 1 пацієнта операція була повторною через рецидив ШСР після проведення фундоплікації за Thal-Ashcraft. Добрі результати оперативного лікування ШСР відмічені у 15 із 19 обстежених у віддаленому періоді дітей з корегованою атрезією стравоходу. Задовільними вони були у 2 пацієнтів після фундоплікації за Nissen та у 1 хворого після проведення антирефлюксної операції з використанням круглої зв’язки печінки. Незадовільний результат відмічено у 1 дитини із супутньою мікрогастрією після комбінованого втручання (фундоплікації за Thal-Ashcraft та формування антирефлюксної петлі круглою зв’язкою печінки). У 19 з 22 хворих із пептичними СС мали місце добрі результати хірургічної корекції ШСР. Задовільними вони були у 2 пацієнтів після фундоплікації за Nissen, яка в одному випадку була поєднана з модифікованою гастропластикою за Collis. В однієї дитини через рецидив ШСР була повторно виконана операція за Nissen. Добрі результати оперативного лікування власне ГСОД відмічені у 11 обстежених пацієнтів. Задовільними вони були у 2 хворих після проведення фундоплікації за Nissen. Незадовільний результат відмічено у 1 пацієнта після операції за Thal-Ashcraft. У 4 обстежених у віддаленому періоді дітей із ізольованою недостатністю кардії відмічені добрі результати хірургічного лікування ШСР.

Таким чином, при хірургічному лікуванні ШСР, основаному на диференційованому підході до вибору показань та методу його оперативної корекції, позитивних результатів було досягнуто у 95,3% пацієнтів. Розроблені і вперше застосовані в Україні антирефлюксні операції ефективні та заслуговують на подальше використання.

**ВИСНОВКИ**

В дисертаційному дослідженні вирішено актуальне хірургічне завдання – покращення результатів лікування шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей шляхом розробки диференційованого підходу до вибору показань та методу його хірургічного лікування.

1. Шлунково-стравохідний рефлюкс при вадах розвитку та захворюваннях стравоходу і діафрагми проявляється ознаками порушення харчування, маскується захворюваннями респіраторної системи та виявляється власне стравохідними симптомами.
2. Типовими функціональними змінами стравоходу при рефлюксній хворобі є недостатність кардії та ковзна аксіальна грижа стравохідного отвору діафрагми. Наслідком функціональних змін є анатомо-морфологічні – езофагіт із метаплазією та поліморфізмом змін стравохідного епітелію, а також формування фіксованої аксіальної грижі стравохідного отвору діафрагми внаслідок вкорочення стравоходу.
3. Абсолютними показаннями до антирефлюксної операції є епізоди апное, гіпотрофія ІІ-ІІІ ступеня, наявність пептичного стенозу та вкорочення стравоходу, реканалізації трахеостравохідної нориці, езофагіту ІІІ ступеня, метаплазії стравохідного епітелію, а також неефективність консервативної терапії. Відносними показаннями є рецидивуючі трахеобронхіти та бронхопневмонії, неспинне зригування та блювання, наявність високого кислого (рН нижче 4,0) рефлюкса, ізольованої недостатності кардії, аксіальної ковзної грижі стравохідного отвору діафрагми.
4. При шлунково-стравохідному рефлюксі, який спричинений грижею стравохідного отвору діафрагми, показано виконання фундоплікації за Nissen із крурорафією, а в разі ізольованої недостатності кардії – доцільно проведення фундоплікації за Thal-Ashcraft.
5. Розроблена антирефлюксна операція із використанням круглої зв’язки печінки є ефективною, малотравматичною, простою у виконанні та має використовуватись у дітей раннього віку після корекції атрезії стравоходу при відсутності грижі стравохідного отвору діафрагми та короткого стравоходу. За наявності вираженого стенозу стравоходу із коефіцієнтом його вкорочення більше 0,2 фундоплікацію за Nissen доцільно поєднувати із модифікованою гастропластикою та гастростомією для подальшого парахірургічного лікування.
6. Хірургічне лікування шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей із врахуванням його причини, функціональних та анатомо-морфологічних змін стравоходу дозволило досягти позитивних результатів у 95,3% оперованих пацієнтів.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Метленко О.В., Руденко Є.О., Джабарин К.З.А., Годік О.С., Такоєва Т.І., Дужа Т.В., Коломоєць І.В., Халілеєв О.О. Ефективність використання консервативно-інструментальних методів лікування опікових стенозів стравоходу у дітей // Вісник Вінницького Національного медичного університету. – 2007. – №11 (1/1). – С. 102-106 (аналіз архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
2. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Даньшин Т.І., Притула В.П., Метленко О.В. Спосіб хірургічного лікування шлунково-стравохідного рефлюксу у дітей після корекції атрезії стравоходу // Клінічна хірургія. – 2007. – №2-3. – С. 47-48 (аналіз літератури, клінічні спостереження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
3. Метленко О.В. Діагностика та лікування кровотеч при патології стравоходу непортального ґенезу у дітей // Галицький лікарський вісник. – 2006. – Т. 13, №2 – С. 47-50.
4. Метленко О.В. Шляхи попередження післяопераційних ускладнень при лікуванні пептичної стриктури стравоходу у дітей // Клінічна хірургія. – 2006. – №11-12. – С. 29-30.
5. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Метленко О.В. Пластичні втручання та можливі ускладнення в лікуванні хімічної травми стравоходу у дітей // Клінічна хірургія. – 2005. – №11-12. – С. 81-82 (аналіз архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, клінічні спостереження, статистична обробка, оформлення).
6. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Метленко О.В., Руденко Є.О., Дужа Т.В., Коломоєць І.В., Палкіна І.С., Джабарин К.З.А. Малоінвазивні методи лікування стенозів стравоходу у дітей // Шпитальна хірургія. – 2005. – №3. – С. 68-71 (аналіз літератури та архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, статистична обробка, оформлення).
7. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Метленко О.В., Руденко Є.О. Малоінвазивні методи відновлення прохідності стравоходу у дітей // Хірургія України – 2005. – №1 (13). – С. 113-116 (аналіз літератури та архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, статистична обробка, оформлення).
8. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Метленко О.В., Руденко Є.О., Дужа Т.В., Коломоєць І.В., Джабарин К.З.А. Шлунково-стравохідний рефлюкс при хімічних опіках стравоходу у дітей // Хірургія дитячого віку. – 2004. – №2 (3). – С. 28-31 (аналіз літератури та архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
9. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Руденко Є.О., Метленко О.В., Дужа Т.В., Коломоєць І.В., Луценко С.В. Хірургічна патологія стравоходу у дітей як причина та наслідок шлунково-стравохідного рефлюксу // Хірургія України. – 2004. – №1 (9). – С. 85-87. (аналіз літератури та архівного матеріалу, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
10. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Слєпов О.К., Притула В.П., Руденко Є.О., Метленко О.В., Файзула Х. Шлунково-стравохідний рефлюкс після корекції вроджених гриж купола діафрагми у дітей // Галицький лікарський вісник. - 2003. – Т. 10, №4 – С. 39-42 (аналіз літератури та архівного матеріалу, оформлення).
11. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Руденко Є.О., Метленко О.В., Годік О.С. Етапне лікування пептичної стриктури стравоходу у дітей // Хірургія України. – 2003. – №4 (8). – С. 117-119 (аналіз літератури та архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, клінічні спостереження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
12. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Метленко О.В., Файзула Х. Рефлюкс – езофагіт з пептичним стенозом стравоходу та ектопією селезінки після корекції вродженої діафрагмальної грижі та фундоплікації за Ніссеном // Клінічна хірургія. – 2003. – №10. – С. 56-57 (аналіз літератури, аналіз архівного матеріалу, оформлення).
13. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Руденко Є.О., Метленко О.В., Луценко С.В., Коломоєць І.В., Дужа Т.В., Палкіна І.С., Такоєва Т.Й., Джабарин К.З.А. Віддалені ускладнення після корекції атрезії стравоходу та їх лікування // Львівський медичний часопис. – 2003. – Т. ІХ (додаток І). – С. 52-56 (аналіз літератури, клінічні спостереження, статистична обробка, оформлення).
14. Метленко О.В., Руденко Е.О., Годік О.С., Джабарин К.З.А., Файзула С.Х. Лікування пептичної стриктури стравоходу у дітей // Український науково-медичний молодіжний журнал. Спеціальний випуск до 165-річчя Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та 125-річчя Студентського наукового товариства імені О.А. Киселя: 60 Ювілейна науково-практична конференція студентів та молодих вчених “Актуальні проблеми сучасної медицини”. – 2006.– С. 146 (аналіз архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, клінічні спостереження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
15. Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Метленко О.В., Руденко Є.О., Дужа Т.В., Коломоєць І.В., Мангов А.В., Джабарин К.З.А. Діагностично-лікувальний алгоритм при хімічний травмі стравоходу у дітей // Матеріали XXI з’їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. - Т. 2. – С. 122-123 (аналіз архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, статистична обробка, оформлення).
16. Джабарин К.З.А., Метленко О.В., Руденко Є.О., Файзула С.Х. Післяопераційні ускладнення після корекції атрезії стравоходу у дітей // Матеріали 59 науково-практичної конференції студентів та молодих вчених Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з міжнародною участю “Актуальні проблеми сучасної медицини”. – Київ, 2005. – С. 39 (аналіз архівного матеріалу, клініко-інструментальні дослідження, клінічні спостереження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
17. Метленко О.В., Руденко Є.О., Годік О.С., Джабарин К., Файзула Х. Фундоплікація за Nissen при корекції пептичної стриктури стравоходу у дітей // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених, присвяченої 80-річчю Харківської медичної академії післядипломної освіти “Внесок молодих вчених в медичну науку”. – Харків, 2003. – С. 42 (аналіз архівного матеріалу, клінічні спостереження, статистична обробка, узагальнення результатів, оформлення).
18. Метленко О.В. Дубровін О.Г., Манько О.О., Притула В.П. Лікування стенозів стравоходу у дітей // Матеріали VI Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених. – Тернопіль, 2002. – С. 78 (аналіз архівного матеріалу, статистична обробка, оформлення).
19. Кривченя Д.Ю., Дубровин А.Г., Притула В.П., Метленко А.В., Руденко Е.О., Дужая Т.В., Коломоец И.В., Джабарин К.З.А. Пластические вмешательства после химических травм пищевода у детей // Материалы IV Российского конгресса “Современные технологии в педиатрии и детской хирургии”. – Москва, 2005. – С. 413-414 (аналіз архівного матеріалу, статистична обробка, оформлення).

**СПИСОК ВИНАХОДІВ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Патент на корисну модель №19001 (UA) МПК: А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування шлунково-стравохідного рефлюксу у дітей / Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Даньшин Т.І., Притула В.П., Метленко О.В. (Україна). Заявл. 14.07.2006; Опубл. 15.11.2006; Бюл. №11. –
3 с. (патентний пошук, аналіз літературних джерел, клінічні спостереження, узагальнення результатів, оформлення).
2. Патент на корисну модель №19662 (UA) МПК: А61В17/03. Спосіб хірур­гічного лікування опікового стенозу стравоходу у дітей / Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Метленко О.В., Притула В.П., Джабарин К.З.А. (Україна). Заявл. 24.07.2006; Опубл. 15.12.2006; Бюл. №12. – 3 с. (патентний пошук, аналіз літературних джерел, клінічні спостереження, узагальнення результатів, оформлення).

**АНОТАЦІЯ**

Метленко О.В. Хірургічне лікування шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2007.

Проведено аналіз результатів діагностики і лікування 136 дітей із шлунково-стравохідним рефлюксом різного походження віком від 1 місяця до 15 років. На основі комплексного вивчення даних анамнезу, клінічної картини та інструментальних методів дослідження удосконалена діагностика шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей із вадами розвитку та захворюваннями стравоходу і діафрагми. Визначені особливості клінічного перебігу рефлюкса під маскою інших нозологічних форм. Поглиблено уявлення про функціональні та анатомо-морфологічні зміни стравоходу у дітей при шлунково-стравохідному рефлюксі різного походження. Обґрунтовано та запропоновано диференційований підхід до вибору показань та методу корекції шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей. Розроблено, запропоновано та впроваджено новий спосіб хірургічного лікування шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей із корегованою атрезією та при опікових стенозах стравоходу. Був прооперований 101 пацієнт з використанням зазначеного підходу та розроблених антирефлюксних втручань. Впровадження диференційного підходу до хірургічного лікування шлунково-стравохідного рефлюкса у дітей із врахуванням його причини, функціональних та анатомо-морфологічних змін стравоходу дозволило досягти позитивних результатів у 95,3% оперованих пацієнтів.

Ключові слова: шлунково-стравохідний рефлюкс, діагностика, лікування, антирефлюксна операція, діти.

**АННОТАЦИЯ**

Метленко А.В**.** Хирургическое лечение желудочно-пищеводного рефлюкса у детей. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.09 – детская хирургия. – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, 2007.

Диссертация посвящена улучшению результатов лечения желудочно-пищеводного рефлюкса при заболеваниях и пороках развития пищевода и диафрагмы у детей путем разработки показаний и дифференцированного подхода к выбору метода его хирургического лечения.

Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 136 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет.Причинами желудочно-пищеводного рефлюкса были ожоговые стенозы пищевода у 45 (33,1%) пациентов, коррегированная атрезия пищевода – у 30 (22,0%), пептические стенозы пищевода – у 22 (16,2%), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – у 28 (20,6%) и изолированная недостаточность кардии – у 11 (8,1%) детей.

Четкий анамнез и тщательное физикальное обследование очень важны в диагностике желудочно-пищеводного рефлюкса у детей ввиду полисимптомной его клинической картины. На первый план выходили признаки, которые указывали на нарушение питания детей – срыгивание и рвота. Они отмечались у 83 (61,0%) пациентов во всех группах, однако превалировали при пептических стенозах пищевода и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. В меньшей степени они отмечались при ожоговых стенозах пищевода – 16 (35,5%) детей. У них на первый план выходили признаки нарушения проходимости пищевода, которые были у 45 (100%) больных, маскируя симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса. Наличие этих проявлений у детей с коррегированной атрезией пищевода указывало на сопутствующий послеоперационный его стеноз (n=10), а у пациентов с пептическими стенозами – на осложненное течение рефлюкса (n=14). Как следствие неадекватного питания у 58 (42,6%) детей развилась гипотрофия и у 78 (57,3%) – анемия. Респираторные проявления, отмеченные у 77 (56,6%) детей, также встречались во всех группах детей, причем наиболее часто после коррекции атрезии пищевода – у 25 (83,3%) из 30 пациентов. Ввиду высокого риска трактования респираторных симптомов в пользу других нозологий при этом пороке развития, их рассматривали как “маску” желудочно-пищеводного рефлюкса. Болевой синдром, отмеченный у 39 (28,7%) детей, не был ведущим и наблюдался преимущественно при пептических стенозах пищевода и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов старше 7 лет (n=22).

Для верификации желудочно-пищеводного рефлюкса и его осложнений использовали комплекс клинических, инструментальных методов обследования, включая рентгенологические, эндоскопические, патогистологические, сонографические методы исследования, сцинти­графию и внутриполостную рН-метрию пищевода и желудка, а также статистические методы.

Выявлено, что типичными функциональными изменениями пищевода при рефлюксной болезни являются недостаточность кардии и скользящая аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Следствием функциональных изменений выступают анатомо-морфологические – эзофагит с метаплазией и полиморфизмом изменений пищеводного эпителия, а также формирование фиксированной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы вследствие укорочения пищевода.

Систематизированы показания к консервативной, адъювантной терапии и хирургическому лечению желудочно-пищеводного рефлюкса у детей. Выделены абсолютные и относительные показания к оперативной его коррекции. Обоснован и предложен дифференцированный подход к выбору показаний и метода коррекции желудочно-пищеводного рефлюкса в зависимости от его причины, функциональных и анатомо-морфологических изменений пищевода.

Операцией выбора при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы является фундопликация за Nissen, а при изолированной недостаточности кардии – целесообразно выполнение операции по Thal-Ashcraft. Разработана антирефлюксная операция с использованием круглой связки печенки, которая является эффективной, малотравматичной, простой в исполнении и должна использоваться у детей раннего возраста после коррекции атрезии пищевода при отсутствии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и короткого пищевода. При наличии выраженного стеноза пищевода с коэффициентом его укорочения более 0,2 фундопликацию за Nissen целесообразно дополнять гастропластикой и гастростомией для дальнейшего парахирургического лечения.

Проведенный анализ результатов хирургического лечения 101 ребенка с желудочно-пищеводным рефлюксом различного генеза с использованием дифференцированного подхода к выбору показаний и метода его коррекции позволил достичь положительных результатов у 95,3% оперированных пациентов.

Ключевые слова: желудочно-пищеводный рефлюкс, диагностика, лечение, антирефлюксная операция, дети.

**ABSTRACT**

Metlenko A.V. Surgical treatment of gastro-esophageal reflux in children. – Manuscript.

Thesis for a candidate’s degree by speciality 14.01.09 – Pediatric surgery. – The O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2007.

The results of diagnosis and treatment of 136 children aged from 1 month to 15 years with gastro-esophageal reflux of different etiology were analyzed. On the basis of complex investigation of anamnesis, clinical picture and instrumental methods of research the diagnostics of gastro-esophageal reflux in children with vices and diseases of esophagus and diaphragm was improved. Certain features of clinical picture of reflux under the mask of other nosologies were determined. The knowledges of functional and anatomo-morphological changes of esophagus in children with gastro-esophageal reflux of different origin were extended. Differentiated approach to the choice of testimonies and method of correction of gastro-esophageal reflux in children was offered. The new methods of surgical treatment of gastro-esophageal reflux in children after correction of esophageal atresia and corrosive esophageal stenoses were developed, offered and inculcated. A 101 patients were operated on using the noted approach and developed antireflux operations. Introduction of differential approach to surgical treatment of gastro-esophageal reflux in children recognition etiology, functional, anatomical and morphological changes of esophagus allowed reaching positive results in 95,3% of patients that were operated on.

Keywords: gastro-esophageal reflux, diagnostics, treatment, antireflux operation, children.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>