**Богданов Богдан Анатолійович. Діаґностика маліґнізованої та хронічної виразки шлунка, тактика хірурґічного лікування. : Дис... канд. наук: 14.01.07 – 2002**

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

|  |
| --- |
| Богданов Б.А. Діаґностика маліґнізованої та хронічної виразки шлунка, тактика хірурґічного лікування. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.07 – онкологія. – Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Донецьк, 2002.Дисертація присвячена розробці нових патогенетично обгрунтованих підходів до хірурґічного лікування хворих з маліґнізованою та хронічною виразкою шлунка з метою покращення результатів лікування. Теоретично обґрунтована та підтверджена безпосередніми і віддаленими результатами хірурґічного лікування в ДОПЦ адекватність та ефективність застосування дистальної резекції шлунка за Більрот-II у двох модифікаціях (з формуванням антрального стискача кукси шлунка та з обкутуванням зони ҐЕА привідною петлею тонкої кишки) у хворих з маліґнізованою і хронічною виразкою. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що виражається в обґрунтуванні адекватності й ефективності застосування дистальної резекції шлунка за Більрот-II у двох модифікаціях: з формуванням антрального жому кукси шлунка та з закутуванням зони ґастроентероанастомозу петлею привідної тонкої кишки у хворих з маліґнізованою і хронічною виразкою.
2. Установлено, що вогнища маліґнізації виразок у 14,9 % (14) пацієнтів носили мультицентричний характер, у 77,8% (75) спостережень пухлинний процес був обмежений слизовим і підслизовим шаром стінки шлунка і відповідав стадіям Тіs і T1N0М0, у чоловіків за гістолоґічною структурою переважали високо- й помірнодиференційовані аденокарциноми (74,7% - 59 хворих), у жінок - раки низького ступеня диференціювання (46,7% - 7 хворих), реґіонарні лімфогенні метастази діаґностовані в 13 пацієнтів (13,8%) і в 8,5% випадків мали місце лімфогенні емболи всередині слизового та підслизового шару, що підтверджує доцільність виконання цим хворим радикальної операції.
3. У хворих з хронічною виразкою шлунка (основна група) у складі периульцерозних запальних інфільтратів має місце тенденція, аналогічна тій, що спостерігається при маліґнізованій виразці - збільшення питомого об’єму лімфоцитів у 1,3 рази, зниження питомого об’єму плазмоцитів в 2,1 рази і високий відсоток важких форм дисплазії (23,1%±4,2%), що є прогностично несприятливими показниками і може служити обґрунтуванням виконання в цих хворих дистальної резекції за Більрот-II.
4. Застосування модифікованих методик дистальної резекції у хворих з маліґнізованою і хронічною виразкою шлунка забезпечило високу надійність ҐЕА і кукси 12-ти палої кишки, дозволило виключити в основній групі розвиток цих ускладнень (у контрольній групі неспроможність ҐЕА склала 2,1%, кукси 12-ти палої кишки - 9,4%), усунути летальність, обумовлену способом операції, зменшити тривалість перебування хворих з хронічними виразками на хірурґічному ліжку в післяопераційному періоді в 1,5 рази.
5. Використання в ДОПЦ модифікованих методик дистальної резекції за Більрот-II у пацієнтів основної групи знизило число ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді - синдрому регургітації з рефлюкс-ґастритом і рефлюкс-езофаґітом у 6,3, демпінг-синдрому в - 3,2, порушення прохідності ґастроентероанастомозу - у 3,1, астенічного синдрому в 2,8 рази в порівнянні з результатами хірурґічного лікування хворих у модифікації Гофмейстера-Фінстерера контрольної групи, виключило розвиток синдрому привідної петлі, тим самим максимально вдалося зберегти функцію резектованого орґана.
6. Оптимізація хірурґічного лікування хворих з маліґнізованою і хронічною виразкою дозволила цілком уникнути стійкої втрати працездатності, зменшити число осіб з обмеженою працездатністю в основній групі в порівнянні з контрольною у 6,6 рази, забезпечити в 98,2% пацієнтів з маліґнізованою і в 97,9% з хронічною виразкою працездатність і соціальну адаптацію у віддаленому післяопераційному періоді.
7. Виявлені особливості клінічного перебігу маліґнізованої і хронічної виразки шлунка із врахуванням фонових процесів у слизовій оболонці периульцерозної зони можуть бути використані для оптимізації діаґностики та адекватного лікування цієї категорії хворих в умовах як онколоґічних диспансерів, так і в хірурґічних відділеннях загального профілю.
 |

 |