**Борота Олександр Васильович. Хірургічна профілактика та лікування ускладнень сфінктерозберігаючих операцій у хворих на рак прямої кишки: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.07 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. - Донецьк, 2002. - 310арк. - Бібліогр.: арк. 262-303**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Борота О.В. Хірургічна профілактика та лікування ускладнень сфінктеро- зберігаючих операцій у хворих на рак прямої кишки.- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.07 - онкологія. - Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк, 2002.  Дисертація присвячена актуальним питанням профілактики і лікування ускладнень, які виникають під час виконання сфінктерозберігаючих операцій у хворих на рак прямої кишки. У роботі розвивається новий напрямок профілактичного комплексу заходів, який складається з високоефективних способів хірургічного попередження і корекції ускладнень до-, інтра- та післяопераційного періоду. Встановлено, що ендолімфатична антибіотикотерапія ефективно купіює різні гнійно-запальні процеси і робить можливим виконання сфінктерозберігаючих втручань при наявності виражених до- та інтраопераційних запальних ускладнень. Використання високоефективних способів покращання кровопостачання, яке створюється для зведення трансплантата, дає можливість нівелювати існуючі несприятливі варіанти будови лівої половини товстої кишки і попередити розвиток некрозу зведеної кишки. У випадку його виникнення застосування способу дозведення трансплантата дозволяє найбільш функціонально вигідно і у мінімальному обсязі виконувати хірургічне втручання. Основні результати роботи знайшли широке застосування при виконанні оперативних втручань у хворих на рак прямої кишки. | |
| |  | | --- | | 1. У розвитку відновної хірургії РПК, як і колись, провідне місце займають складні анатомічні взаємовідношення органів порожнини малого таза, тяжкість клінічного перебігу захворювання, розвинути ускладнення протягом самого пухлинного процесу і хірургічного втручання, а також особливості перебігу післяопераційного періоду.  2. В обох групах спостерігаючих хворих на РПК переважали відомі способи черевно-анальної резекції ПК зі зведенням ободової кишки на промежину. В контрольній групі вони були виконані 71,75±1,27% хворих (у тому числі черевно-анальна резекція – 49,85±1,37%, черевно-наданальна резекція – 6,88±0,69%, проксимальна резекція за Дюамелем – 15,02±0,98%), а в досліджуваній групі 82,49±0,96% (черевно-анальна резекція – 65,03±1,05%, черевно-наданальна резекція – 8,85±0,63%, проксимальна резекція за Дюамелем – 8,61±0,62%) пацієнтів.  3. При виконанні хірургічних втручань інтраопераційні ускладнення мали місце у 6,13±0,66% хворих контрольної групи. У 3,29±0,49% вони стали причиною відмови від виконання первинно-відновних і сфінктерозберігаючих операцій. Анатомічно несприятливі варіанти будови лівої половини товстої кишки були причиною відмови від зведення ободової кишки в анальний канал при виконанні резекцій ПК у 5,01±0,60% пацієнтів цієї групи. Усього, внаслідок виникших ускладнень та технічних труднощів, не змогли відновити природній пасаж кишкового вмісту у 8,30±0,71% хворих контрольної групи.  4. У структурі післяопераційних ускладнень контрольної групи хворих переважа- ли гнійно-запальні процеси та НЗК, які розвинулись у 18,16±1,05% і 8,85±0,93%, відповідно. Від прогресування цих ускладнень померло 3,66±0,51% хворих, що у 1,8 рази більше (2,02±0,38%) від летальності загального плану. Післяопераційна летальність в контрольній групі пацієнтів склала 5,68±0,81%.  5. Використання у хворих основної групи у доопераційному періоді ЕЛАБТ дозволило купіювати різні гнійно-запальні процеси, які супроводжують перебіг РПК, і виконувати цим хворим СЗО у 88,31±3,66%. Застосування ЕЛАБТ у процесі лікування дозволило знизити кількість післяопераційних гнійно-запальних ускладнень з 18,16±1,05% до 10,36±0,67% (р<0,05), а летальність від них з 3,66±0,51% до 1,61±0,28% (р<0,05).  6. Завдяки оптимізації проведення інтенсивної до- та післяопераційної терапії, опрацюванню способів формування “судинних містків” та перев’язки НБВ із збереженням ЛОА, змогли домогтись зниження НЗК з 8,85±0,93% до 4,95±0,53% (р<0,05).  7. Опрацьовані способи і методики дозволили у досліджуваній групі пацієнтів практично виключити (знизити до 0,78%) варіант відмови від зведення ободової кишки в анальний канал при розвинутих інтраопераційних ускладненнях та анатомічно несприятливих варіантах будови товстої кишки.  8. Застосування опрацьованих методик і способів дозволило підвищити відносну кількість СЗО, у загальній структурі хірургічного лікування хворих на РПК, з 77,65±1,14% до 92,85±0,57% (р<0,05) зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 28,47±1,23% до 18,97±0,86% (р<0,05), а летальність з 5,68±0,81% до 4,43±0,43%. П’ятирічне виживання в контрольній групі пацієнтів склало 53,74±3,26%, у досліджуваній 54,95±3,12%. Достовірно не виявлено відмінностей між виживанням двох зіставлюваних груп. Середня тривалість життя хворих 3,51±0,47 р. і 3,62±0,41р., відповідно.  9. Необхідність проведення комбінованого (48,59±1,10%) і комплексного (21,74±0,91%) лікування не є причиною відмови від розширених і комбінованих СЗО і не впливає на питому вагу ускладнень. Запропоновані в клініці методи первинно-відновних втручань у разі РПК дозволили розширити показання до їх виконання (92,85±0,57%) і знизити кількість післяопераційних ускладнень з 28,47±4,21% до 18,97±0,86% (р<0,05).  10. Застосування нових методів пластичної сфінктерозберігаючої хірургії та лікарської терапії РПК дозволило виключити необхідність формування привентивних колостом в усіх планових ускладнених і термінових випадках оперативних втручань з приводу РПК. Колостоми сформовані у 2,04±0,59% випадках за ургентними показаннями, на висоті кишкової непрохідності і в 1,75±0,42 % випадках, у зв’язку з прогресуючими післяопераційними ускладненнями, у тому числі НЗК. | |