**Ковальчук Анатолій Васильович. Вибір способу формування анастомозу при хірургічному лікуванні хворих на рак стравоходу та шлунка з переходом на стравохід : Дис... канд. мед. наук: 14.01.07 / АМН України; Інститут онкології. — К., 2004. — 121арк. — Бібліогр.: арк. 109-121**

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

|  |
| --- |
| **Ковальчук А.В. Вибір способу формування анастомозу при хірургічному лікуванні хворих на рак стравоходу та шлунка з переходом на стравохід.** - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.07 - онкологія. - Інститут онкології АМН України, Київ, 2004.Вивчені основні показники перебігу оперативних втручань у хворих на рак стравоходу та шлунка з переходом на стравохід в залежності від способу формування стравохідних анастомозів (ручний та механічний). Проаналізовані частота та структура післяопераційних ускладнень. Досліджені функціональні наслідки операцій в залежності від метода анастомозування. У тому числі: наявність стравохідного рефлюксу у вертикальному і горизонтальному положенні тіла хворих; частота розвитку запальних ускладнень з боку слизових оболонок в області анастомозів (анастомозит, рефлюкс-езофагіт), рубцевих стриктур анастомозів, грануляційних розростань та рецидивів пухлини по ліні швів. Вивчена динаміка показників процесу реабілітації хворих на протязі року після операції (лабораторні покажчики, набір маси тіла, якість життя). Проаналізовані віддалені результати лікування хворих.Обґрунтована необхідність диференційованого використання різних способів анастомозування в залежності від локалізації пухлини. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У хірургічному лікуванні хворих на рак стравоходу та шлунка з поширенням на стравохід спосіб формування стравохідних анастомозів впливає на хід оперативного втручання, частоту виникнення післяопераційних ускладнень, функціональні результати операцій, перебіг реабілітаційного періоду та на віддалені результати лікування.2. Використання механічного способу накладання стравохідних анастомозів, у порівнянні з ручним, скорочує загальний час оперативних втручань, що відбивається у тенденції до більш стабільної гемодинаміки пацієнтів, особливо у хворих на рак стравоходу, в яких при механічному анастомозуванні середнє значення максимального зниження САТ становило 19 mm Hg, а середня тривалість цього зниження складала 14 хв., а при ручному – 31 mm Hg та 19 хв., відповідно.3. Застосування апаратів для зшивання достовірно знижує рівень ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на рак стравоходу з 44,0 % до 13,0% за рахунок зменшення частоти ускладнень з боку органів дихання з 36,0 % до 8,7%, p<0,05.4. Пізні ускладнення з боку стравохідних анастомозів у хворих на рак стравоходу розвиваються частіше при ручному способі анастомозування, ніж при механічному: рівень запальних ускладнень становив, відповідно, 60,0 % та 21,7 % (p<0,05), а стриктур анастомозу - 12,0 % та 8,7 %, причому, при ручному анастомозуванні всі стриктури мали пухлинну природу, а при механічному – тільки рубцеву. При раку шлунка з поширенням на стравохід пізні ускладнення є більш поширеними при використанні апаратів для зшивання, ніж при ручних швах: частота запальних ускладнень склала, відповідно, 38,5 % та 19,4 % (p>0,05), а рубцевої стриктури - 20,5 % та 3,2 % (p<0,05).5. Перебіг реабілітації хворих після втручань залежить від функціональних наслідків операцій. У хворих на рак стравоходу на протязі першого року спостерігалась тенденція до більш швидкого відновлення таких показників, як вміст гемоглобіну, еритроцитів, лейкоцитів, загального білку, набору маси тіла та тенденція до більше високого середнього індексу якості життя при механічному анастомозуванні, а у хворих на рак шлунка з поширенням на стравохід – при ручному.6. Віддалені результати лікування пов’язані з протіканням реабілітаційного процесу в хворих (у вигляді тенденції). Однорічна виживаність у хворих на рак стравоходу була дещо вищою при застосуванні механічного способу анастомозування, ніж ручного (75,0 % та 64,7 %, p>0,05), а у хворих на рак шлунка з переходом на стравохід – при використанні ручного, ніж механічного (85,7 % та 76,3 %, p>0,05).7. Різні способи формування стравохідних анастомозів треба застосовувати диференційовано: при операціях з приводу раку стравоходу показано використання механічного шву, а при операціях з приводу раку шлунка з поширенням на стравохід – ручного. |

 |