**ПРОЦЕНКО ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ. Шляхи покращення безпосередніх результатів радикальних операцій при раку і передракових захворюваннях стравоходу : Дис... канд. наук: 14.01.07 – 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Проценко О.В.**Шляхи покращення безпосередніх результатів радикальних операцій при раку і передракових захворюваннях стравоходу. - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальностю 14.01.07-онкологія. – Інститут онкології АМН України, Київ, 2002 р.  На основі вивчення результатів 163 резекцій стравоходу встановлено, що основними причинами летальних результатів після трансплевральних резекцій стравоходу з одномоментною гастро- або єюнопластикой є респіраторний дистрес-синдром дорослих (РДСД), зумовлений станом шоку, і гнійно-септичні ускладнення внаслідок недостатності швів анастомозу або некрозу трансплантата. Для профілактики РДСД необхідна досконала хірургічна техніка з скороченням часу операції, вплив на реологічні властивості крові, підтримання рівня білка в сироватці крові в межах нормальних показників, забезпечення прохідності дихальних шляхів і повне знеболення з вимкненням вегетативних рефлексів. Частота неспроможності анастомозу залежить тільки від способу його формування. Показано перевагу формування стравохідно-шлункового анастомозу однорядним ручним швом з огорненням передньою стінкою шлунка в нашій методиці- без єдиного випадку розходження швів. Методом вибору езофагопластики є використання цілого шлунка, який забезпечується кров’ю після мобілізації тільки правими судинами, що не збільшує ризику розвитку некрозів трансплантата. У порушенні кровопостачання трансплантата після резекцій стравоходу важлива роль належить розладам мікроциркуляції та реології крові, зумовлених розвитком РДСД і ДВЗ- синдрому.  Вироблені рекомендації раціонального проведення післяопераційного періоду для профілактики розвитку РДСД і ДВЗ - синдрому одночасно є й профілактикою порушення кровопостачання мобілізованого шлунка. Впровадження запропонованих заходів дозволило знизити летальність після операції Льюїса і Гарлока в 2 рази. | |
| |  | | --- | | 1. Основними причинами летальних кінців після трансплевральних резекцій стравоходу з одномоментною гастро- або єюнопластикою є РДСД - синдром, зумовлений станом шоку, і гнійно-септичні ускладнення внаслідок недостатності швів анастомоза або некрозу трансплантата.  2. Ризик розвитку РДСД достовірно вищий при зниженому резерві дихання, віці хворих, яким понад 60 років, і тривалості операції понад 5 годин.  3. Для профілактики цього ускладнення необхідна досконала хірургічна техніка зі скороченням часу операції, вплив на реологічні властивості крові, підтримка рівня білка в сироватці крові в межах нормальних показників, забезпечення прохідності дихальних шляхів і повне знеболення з блокадою вегетативних рефлексів під час операції і в післяопераційному періоді. Останнє найбільш повно досягається за допомогою перидуральної анестезії.  4. Найбільш надійним методом накладення стравохідно-шлункового і стравохідно-кишкового анастомоза є однорядний ручний шов з огорненням лінії анастомоза стінкою шлунка при гастроезофагопластиці або проксимальним кінцем кишкового трансплантата.  5. Методом вибору езофагопластики є використання цілого шлунка, який забезпечується кров’ю після мобілізації тільки правими судинами, що не збільшує ризику розвитку ішемічних некрозів трансплантата.  6. У порушенні кровопостачання трансплантата після резекцій стравоходу важлива роль належить розладам мікроциркуляції і реології крові, зумовлених розвитком РДСД і ДВС-синдрому. Профілактика цих розладів після операції є одночасно і профілактикою порушення кровопостачання мобілізованого шлунка. | |