**Бондар Володимир Григорович. Перспективи розвитку хірургії раку дистального відділу шлунка : Дис... д-ра мед. наук: 14.01.07 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. — Донецьк, 2006. — 361арк. — Бібліогр.: арк. 321-361**

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

|  |
| --- |
| Бондар В.Г. Перспективи розвитку хірургії раку дистального відділушлунка. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.07 – онкологія. – Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк, 2006.В дисертації подано теоретичне обґрунтування і нове рішення наукової проблеми – хірургічного лікування хворих на рак дистального відділу шлунка шляхом створення і застосування нових єюнопластичних способів субтотальної і субкардіальної резекції шлунка, що дозволяє підвищити резектабельність до 50,1±0,6%, забезпечити функціональну надійність гастро-ентероанастомозу, знизити частоту післяопераційних і віддалених постгастрорезекційних ускладнень у порівнянні з традиційною операцією за Більрот-II на 9,1% (ВІ 2,4% – 16,5%) від 28,5% (ВІ 22,1% – 35,3%) до 19,4% (ВІ 17% – 22%) та відсоток інвалідизації хворих. Це є можливим за рахунок відсутності неспроможності швів малої кривизни, зони гастроентероанастомозу і зниження кількості гнійно-септичних ускладнень, завдяки одержаному ефекту параперитонізаціїВ Донецькому обласному протипухлинному центрі виконані дистальні резекції 1121 хворому на рак антрального відділу шлунка в період з 1986 по 1999 рр. За розробленими в клініці способами виконано 810 субтотальних резекцій з ізоляцією кукси шлунка від вільної черевної порожнини, 132 хворим виконана субкардіальна резекція шлунка з параперитонізацією і за загальноприйнятою методикою Більрот-II з ентеро-ентероанастомозом – 179 хворих.Використання розроблених методик гастроєюнопластики при дистальній резекції шлунка є хірургічною профілактикою постгастрорезекційних ускладнень і забезпечує стійкий функціональний ефект протягом усього подальшого життя. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В дисертації подано теоретичне обґрунтування і нове рішення наукової проблеми – хірургічного лікування хворих на рак дистального відділу шлунка шляхом створення і застосування нових гастроєюнопластичних способів субтотальної і субкардіальної резекції шлунка, що дозволяє підвищити резектабельність до 50,1±0,6%, забезпечити функціональну надійність гастро-ентероанастомозу, знизити частоту післяопераційних і віддалених постгастрорезекційних ускладнень, відсоток інвалідизації хворих.

2. Розроблені способи субтотальної і субкардіальної резекції шлунка при раку його дистального відділу забезпечують зниження (p<0,01) загальної частоти найближчих післяопераційних ускладнень, у порівнянні з традиційною операцією за Більрот-II на 9,1% (ВІ 2,4%–16,5%) від 28,5% (ВІ 22,1%–35,3%) до 19,4% (ВІ 17%–22%), головним чином за рахунок відсутності неспроможності швів малої кривизни, зони гастроентероанастомозу і зниження кількості гнійно-септичних ускладнень завдяки отриманому ефекту параперитонізації. Результати мета-аналізу показують, що післяопераційне ускладнення і летальність нижчі відповідних показників провідних зарубіжних клінік, які займаються даною проблемою.3. Субтотальна і субкардіальна дистальні резекції шлунка в комбінації із запропонованими способами гастроєюнопластики у хворих на рак дистального відділу шлунка забезпечують високу функціональну ефективність анастомозу завдяки вільній перистальтиці петлі тонкої кишки з її брижею, які обгортають куксу шлунка, вперше сформовану малу кривизну і лінію гастроентероанастомозу.4. Розроблені способи дистальної резекції шлунка з функціонально активною гастроєюнопластикою у хворих на рак дистального відділу шлунка забезпечують зниження (p<0,001) частоти рефлюкс-гастриту (у порівнянні з контрольною групою хворих) з 36,0% (ДІ 28,1%–44,3%) до 9,1% (ВІ 7,2%–11,3%).5. Дистальна резекція шлунка з функціонально активною гастроєюнопластикою у хворих на рак дистального відділу шлунка дозволяє розширити показання до її виконання і знижує кількість ускладнень при високих факторах ризику, таких як анемія, стеноз вихідного відділу шлунка у вікових групах понад 50 років, в осіб з ускладненими формами раку і супутньою патологією.6. Вибір обсягу видаляючої частини дистального відділу шлунка залежить від локалізації, форми росту і гістоструктури пухлини: показаннями до виконання субтотальної дистальної резекції шлунка є переважно антральна локалізація, екзофітний або змішаний ріст і помірний ступінь диференціювання пухлини; субкардіальну дистальну резекцію шлунка доцільно здійснювати при ендофітному і змішаному типі росту, низькому ступені диференціювання та антральній локалізації пухлини, або при екзофітному рості та локалізації пухлини на межі антрального відділу і тіла шлунка.7. Застосування субтотальної і субкардіальної дистальних резекцій шлунка в комбінації з функціонально активною гастроєюнопластикою у хворих на рак дистального відділу шлунка дозволяє розширити показання до виконання комбінованих і паліативних операцій, що забезпечило післяопераційну летальність у цієї групи хворих на рівні 13,2% (ВІ 5,4%–23,8%).8. Медіана виживання для хворих після субтотальної резекції шлунка склала 4,0±0,1 роки, субкардіальної резекції – 2,0±0,1 роки, резекції шлунка за Більрот-II – 3,0±0,1 роки. Установлена статистично значуща відмінність кривих виживання для хворих, які підлягли субтотальній резекції шлунка у порівнянні з хворими, що зазнали субкардіальної резекції (p<0,001) і хворими, яким виконана резекція шлунка за Більрот-II (p=0,007).9. Способи субтотальної дистальної резекції шлунка з функціонально активною гастроєюнопластикою у хворих на рак дистального відділу шлунка забезпечують відсутність інвалідизуючої патології і можливість повернення до трудової діяльності 8,5% (ВІ 6,5%–10,8%) хворих у порівнянні з 3,7% (ВІ 1,2%–7,5%) хворих, оперованих за методикою Більрот-II (p=0,03).10. Нові гастроєюнопластичні способи субтотальної і субкардіальної резекції шлунка, які забезпечують високу ефективність лікування, якість життя хворих на рак дистального відділу шлунка, впроваждені в провідних клініках Донецька, Одеси, Маріуполя, Москви, і вони можуть бути широко використані в умовах онкологічних центрів і диспансерів. |

 |