**Ткач Андрій Анатолійович. Обґрунтування оригінального оперативного доступу при хірургічному та комбінованому лікуванні місцево-поширеного раку легені : Дис... канд. наук: 14.01.07 – 2003**

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

|  |
| --- |
| **Ткач А.А. Обґрунтування оригінального оперативного доступу при хірургічному та комбінованому лікуванні місцево-поширеного раку легені**. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.07 – онкологія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2002.Дисертація присвячена важливій і актуальній проблемі – обґрунтуванню стернотомно-торакотомного доступу при комбінованому лікуванні раку легені. На основі архівних матеріалів оцінені безпосередні та віддалені результати лікування хворих на рак легені і обґрунтована доцільність впровадження розширено-комбінованих операцій з двобічною системною лімфодисекцією середостіння та ад’ювантною телегаматерапією в практику лікування місцево-поширеного раку легені. Експериментально обґрунтована хірургічна адекватність стернотомно-торакотомного доступу для виконання двобічної системної лімфодисекції середостіння та комбінованих операцій з приводу місцево-поширеного раку легені. Сконструйовано оригінальний апарат для зшивання кісткової тканини та експериментально вивчений новий оптимальний метод для надійної репозиції груднини після стернотомії. Вивчений вплив телегаматерапії на консолідацію груднинної кістки після стернотомії. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У хворих на рак легені головними негативними прогностичними факторами є регіонарні метастази та розповсюдження пухлини на суміжні органи та структури. При наявності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах п’ятирічна виживаність після радикального лікування складає лише 7,8 % (при їх відсутності - 32,4 %); а при розповсюдженні пухлини на суміжні органи та структури - 13,1 % (проти 43,0 % при локальних пухлинах).
2. Через метастатичне враження середостінних лімфатичних вузлів та проростання пухлини в сусідні органи і тканини 35% хворих на рак легені потребують виконання комбінованих операцій та повної двобічної системної лімфодисекції середостіння із використанням трансстернального доступу, які забезпечують найбільш повний радикалізм оперативних втручань.
3. Ад’ювантна променева терапія в порівнянні з суто хірургічним лікуванням підвищує п’ятирічну виживаність хворих на місцево-поширений рак легені з 3,8 % до 28,0 %.
4. Комбінований трансстернальний доступ з боковою торакотомією порівняно з однією стернотомією значно поліпшує об’єктивні показники оперативного доступу: апертура операційної рани збільшується в середньому на 10 см; довжина осі операційної дії зменшується на 1,5-5,5 см; кут нахилу осі операційної дії збільшуються на 7,0-28,5 градусів; кут операційної дії збільшується на 7,0-26,5 градусів, за рахунок чого значно поліпшується підхід до органів та лімфатичних колекторів всіх відділків середостіння та діафрагми.
5. З’єднання фрагментів груднини металевими скобами з хрестоподібним розташуванням, є оптимальним як для репозиції кістки, так і для збереження міцності з’єднання у експерименті. Такі з’єднання руйнуються при різноспрямованих навантаженнях силою від 1800 до 7854 Н, що майже вдвічі перевищує аналогічні показники при з’єднанні паралельним розташуванням скоб.
6. Опромінювання груднини після стернотомії сумарною вогнищевою дозою 30-40 Гр у піддослідних тварин не погіршує процес регенерації кісткової тканини: незважаючи на те, що одразу після опромінювання кісткова тканини зазнає хрящового перетворення (на відміну від формування фіброзно-кісткового мозолю у контрольних тварин), але через місяць в зоні репарації утворюється грубоволокниста кістка.
 |

 |