**Полунін Герман Євгенович. Шляхи підвищення ефективності комбінованого лікування раку ободової кишки (експериментально-клінічне дослідження): дисертація канд. мед. наук: 14.01.07 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. - Донецьк, 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Полунін Г.Є. “Шляхи підвищення ефективності комбінованого лікування раку ободової кишки” (експериментально-клінічне дослідження). – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.07 – онкологія. – Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, Донецьк, 2003.  Дисертація присвячена актуальним питанням профілактики післяопераційних ускладнень і поліпшенню віддалених результатів лікування хворих на рак ободової кишки. Надано оцінку ефективності використання комплексу до- та інтраопераційних методів лікарської і хірургічної профілактики післяопераційних ускладнень, здійснено розробку нових способів оперативних утручань. В умовах експерименту показано, що використання кишкових швів без прошивання слизової оболонки наближає їхнє загоєння до первинного натягу. Доведено необхідність доопераційної корекції порушень функції оксидантної та антиоксидантної систем у хворих на рак ободової кишки й антибіотикотерапії. Встановлено, що проведення неоад’ювантної хіміотерапії не чинить негативного впливу на найближчі післяопераційні результати. Основні результати роботи широко використовуються в практиці онкологічних і проктологічних стаціонарів у лікуванні хворих на рак ободової кишки. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертаційній роботі подається теоретичне обґрунтування і нове рішення наукової задачі, що виражається в поліпшенні результатів комбінованого лікування раку ободової кишки шляхом розробки й удосконалення методів лікарської і хірургічної профілактики післяопераційних ускладнень.  2. Встановлено, що патологічна активація процесів перикисного окислювання ліпідів з пригніченням функції антиоксидантного захисту організму спостерігається у всіх хворих на рак ободової кишки, підсилюючи розвиток синдрому ендогенної пухлинної інтоксикації. Використання ліпіну в комплексі передопераційної підготовки хворих на рак ободової кишки сприяє зниженню патологічної активності процесів перикисного окислювання ліпідів і відновленню функцію антиоксидантної системи.  3. Морфологічно доведено, що вторинне бактеріальне інфікування спостерігається у всіх випадках раку ободової кишки, а інтенсивність і поширеність гнійного запалення в пухлині не корелює зі зниженням її диференціювання, слабко залежить від глибини інвазії і, головним чином, пов'язана з розвитком у ній некрозів і виразок. Доопераційне призначення антибіотиків хворим на рак ободової кишки дозволяє досягти часткової і повної регресії перифокальних запальних інфільтратів у 94,6±3,7% хворих, скоротити кількість післяопераційних запальних ускладнень на 12,2% (з 28,6±2,8% до 16,4±3,2%, р<0,05).  4. Проведення неоад’ювантної ендолімфатичної хіміотерапії зменшило кількість хворих із прогресуванням хвороби на 10,4% (з 24,7±3,3% до 14,3±3,5%, р<0,05), при цьому час безрецидивного періоду подовжився з 20,1±1,1 до 24,3±1,2 місяців. 5-и літнє виживання у радикально прооперованих хворих збільшилося з 62,0±4,5% до 72,4±4,5% (р<0,05).  5. Застосування неоад’ювантної ендолімфатичної хіміотерапії в лікуванні раку ободової кишки не чинило негативного впливу на найближчі післяопераційні результати: зменшилася загальна кількість післяопераційних ускладнень на 13,4% (з 31,3±2,9% до 17,9±3,3%, р<0,01), частота неспроможності швів анастомозу скоротилася на 7,3% (з 10,1±2,6% до 2,8±1,6%, р<0,05), післяопераційна летальність знизилася на 2,5%, у тому числі від неспроможності швів анастомозу з 3,4±1,1% до 0,7±0,7%, р<0,05).  6. Експериментально доведено, що застосування субмукозних швів без попереднього розтину просвіту кишки дозволяє здійснити адекватне перев'язування судин підслизового шару з метою профілактики утворення гематом в ділянці анастомозу, що є однією з причин інфікування і неспроможності швів – все це створює сприятливі умови для загоєння анастомозу до таких при первинному натягу.  7. Запропонований нами комплекс заходів, що включає нові способи хірургічних утручань, дозволив збільшити загальну кількість операцій з первинним відновленням кишкової безперервності на 27,2% (з 52,7±3,1% до 79,9±3,5%, р<0,01), у тому числі при виконанні радикальних операцій – на 14,4% (з 69,3±3,6% до 83,7±3,7%, р<0,05), а впровадження в клінічну практику “Способу формування міжкишкового анастомозу” зменшило кількість стомованих хворих внаслідок виконання симптоматичних операцій на 51,0% (з 74,1±8,4% до 23,1±4,8%, р<0,01).  8. Запропонований комплекс лікарської і хірургічної профілактики післяопераційних ускладнень дозволив знизити кількість післяопераційних ускладнень у хворих, яким виконані операції з первинним відновленням кишкової безперервності, на 5,5% (з 10,7±1,9% до 5,2±1,9%, р<0,05), а в хворих, які зазнали багатоетапних методик операцій, відповідно на 7,9% (з 20,6±2,5% до 12,7±2,9%, р<0,05). Це дозволяє рекомендувати використання результатів дослідження в практиці роботи онкопроктологічних стаціонарів. | |