

Капитонов А. А., Грицевец М. Д.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМИКОЛОНЭКТОМИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ И ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРАХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Антиперович О. Ф.

Кафедра общей хирургии

Белорусский Государственный Медицинский Университет, г. Минск

Актуальность. Рост заболеваемости раком толстой кишки в последние годы отмечается во всех развитых странах мира. Среди злокачественных новообразований рак толстой кишки занимает третье место по частоте встречаемости. В структуре онкологической смертности рак толстой кишки занимает второе место. Несмотря на значительные успехи современных методов лучевой и химиотерапии, хирургический метод лечения больных раком толстой кишки по-прежнему остается основным.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) считается одним из наиболее жизнеугрожающих состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Справедливость данного суждения подтверждается ежедневной клинической практикой. ОКН создает чрезвычайно сложные ситуации в диагностическом и тактическом плане.

Основным хирургическим методом лечения рака толстой кишки и ОКН является выполнение гемиколонэктомии. Выполнение гемиколонэктомии, а не ограниченной резекции толстой кишки обусловлено особенностями кровоснабжения толстой кишки, необходимостью широкого удаления регионарных лимфатических узлов при злокачественных поражениях и большей надежностью межкишечного анастомоза, наложенного на поперечно-ободочную кишку, покрытую брюшиной по всей её окружности.

Цель: выявить и оценить основные различия в тактике хирургического лечения плановых и экстренных пациентов с острой кишечной непроходимостью онкологического и иного генеза.

Материалы и методы. В ходе работы проведен анализ 121 истории болезни, предоставленных УЗ «3-я Городская Клиническая Больница им. Клумова» и УЗ «БЦП» онкологический диспансер. Использованы методы ретроспективный и статистический. Статистическая обработка проведена с помощью программы IBM SPSS v.20.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что в 90 случаях из 121 (74,4%) пациенты были женщинами. В ходе 87 (71,9%) операций была выполнена правосторонняя гемиколонэктомия, в ходе 33 (27,3%) операций – левосторонняя гемиколонэктомия. Также зафиксирован один случай субтотальной колэктомии.

В случаях выполнения правосторонней гемиколонэктомии проводилась резекция от 10 до 50 сантиметров подвздошной кишки, полная резекция слепой и восходящего отдела ободочной кишки, а также резекция 1/3 или 1/2 поперечно-ободочной кишки. В ходе выполнения левосторонней гемиколонэктомии проводилась резекция левой трети поперечно-ободочной кишки, полная резекция нисходящего отдела ободочной кишки, полная или частичная резекция сигмовидной кишки, а также в 2 случаях отмечается резекция прямой кишки.

Следует отметить, что в 27 (65,9%) случаях проведения оперативного вмешательства в общехирургическом стационаре предварительный диагноз потребовал уточнения. В 8 (10%) случаев проведения оперативного вмешательства в специализированном стационаре предварительный диагноз также потребовал уточнения. Данные различия обусловлены различиями в возможностях предоперационной диагностики.

Выводы. Уровень развития современной медицины позволяет успешно проводить высокотехнологические операции в хирургических стационарах всех типов. Следует, однако, предпочесть плановые оперативные вмешательства в специализированных стационарах экстренным, так как широкие возможности предоперационной диагностики данных стационаров снижают вероятность ошибочного выставления предварительного диагноза и выбора тактики лечения, не удовлетворяющей состоянию пациента в полной мере.