

*А. А. Капитонов, М. Д. Грицевец*

## **ОЦЕНКА ТАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМИКОЛОНЭКТОМИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ И ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРАХ**

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

*Кафедра общей хирургии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*A. A. Kapitonov, M. D. Gritsevets*

## **COMPARISON OF HEMICOLECTOMY TACTICS AT SPECIAL AND GENERAL SURGERY DEPARTMENTS**

*Tutor: associate professor O. F. Antiperovich*

*Department of General Surgery,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме** В данной статье сравниваются тактики проведения гемиколонэктомий в специализированном и общехирургическом стационарах.

**Ключевые слова:** гемиколонэктомия, острая кишечная непроходимость, хирургия.

**Resume.** This article aims to compare tactics of hemicolectomies at special and general surgery departments.

**Keywords:** hemicolectomy, acute intestinal obstruction, surgery.

**Актуальность.** Рост заболеваемости раком толстой кишки в последние годы отмечается во всех развитых странах мира [1]. 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 [5]. 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.

**Задачи:**

- 1) Проанализировать литературные источники по теме исследования.
- 2) Проанализировать данные, собранные в ходе научной работы.

**Материал и методы.** В ходе работы проведен анализ 121 истории болезни, предоставленных УЗ «3-я Городская Клиническая Больница им. Клумова» и УЗ «Барановичская центральная поликлиника» онкологический диспансер. Используются 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 (рисунок 1).

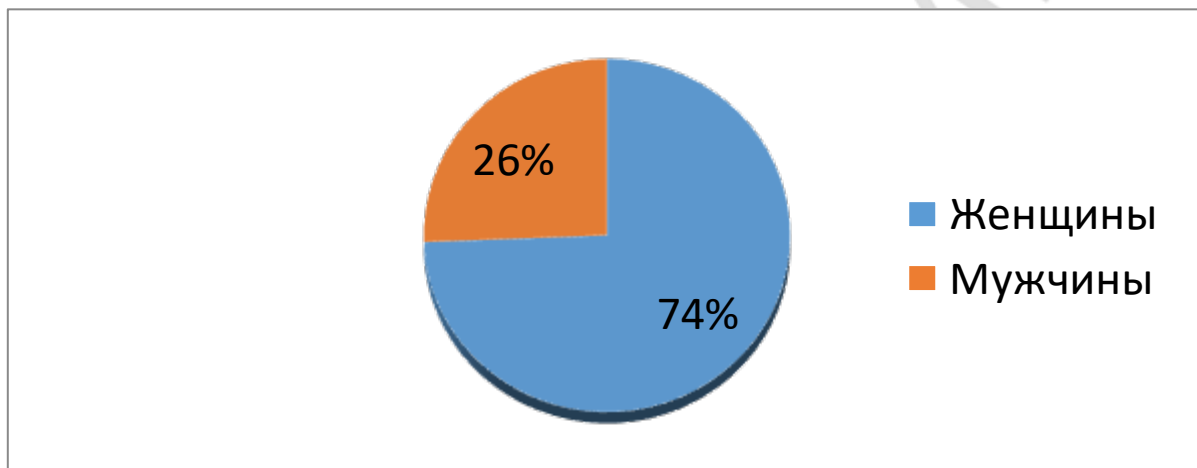


Рис. 1 – Половая структура пациентов

В ходе 87 (71,9%) операций была выполнена правосторонняя гемиколонэктомия, в ходе 33 (27,3%) операций – левосторонняя гемиколонэктомия. Также зафиксирован один случай субтотальной колэктомии (рисунок 3).

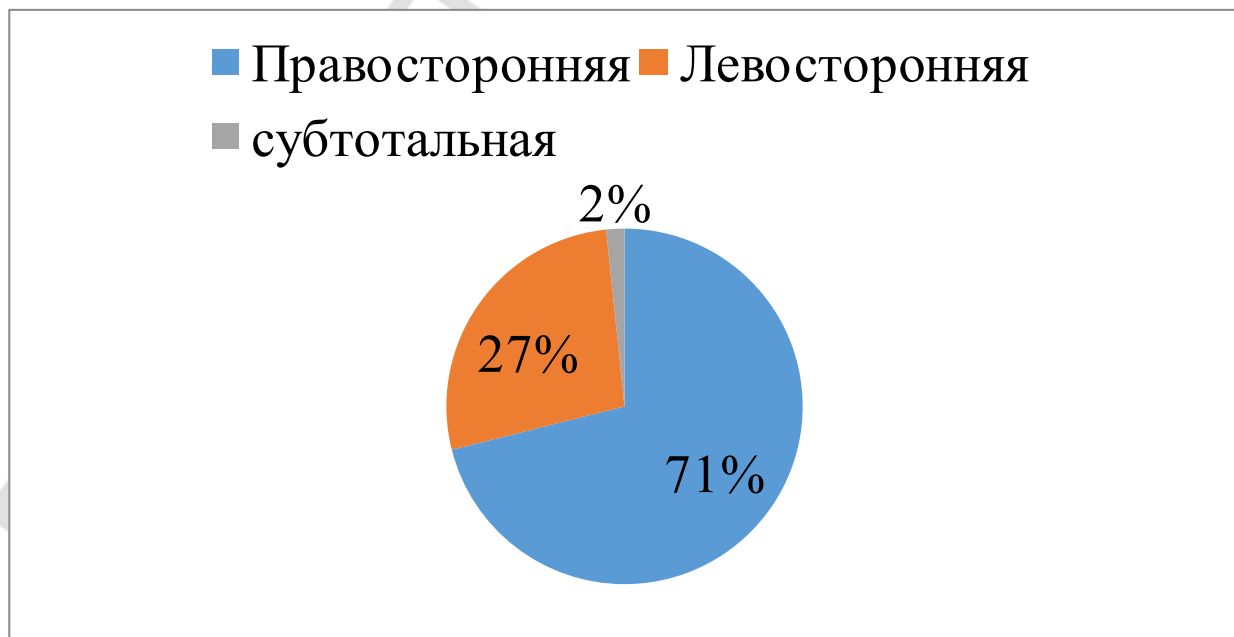


Рис. 2 – Структура операций

Медианный возраст составил 69 лет, а среднее значение –  $67 \pm 11$  лет, что сопоставимо с показателями в развитых странах [2, 3, 4] (рисунок 3).

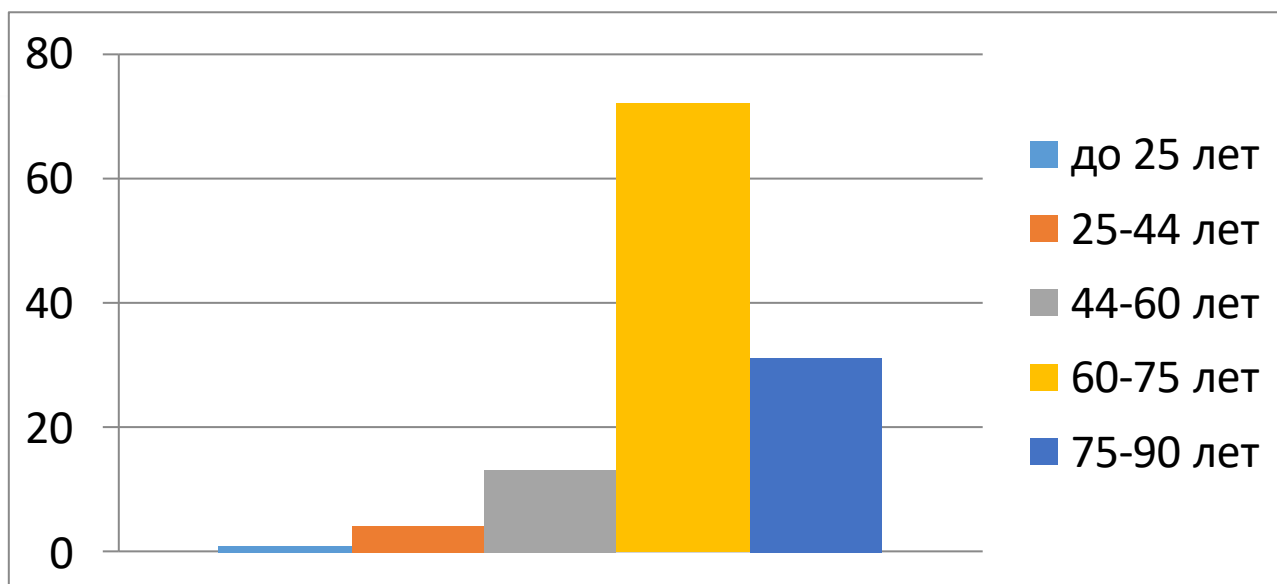


Рис. 3 – Возрастная структура пациентов

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%) случаях 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.

#### Литература

1. Colorectal cancer in the young, many questions, few answers / K. I Deen, H. Silva, R. Deen, et al. // World journal of gastrointestinal oncology – 2016. – № 8(6). – P. 481.
2. Critical and comprehensive systematic review and meta-analysis of studies comparing intracorporeal and extracorporeal anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy / C. Ricci, R. Casadei, V. Alagna, et al. // Langenbeck's archives of surgery – 2017. – № 402.3. – P. 417-427.
3. Extended right hemicolectomy and left hemicolectomy for colorectal cancers between the distal transverse and proximal descending colon / G. Gravante, M. Eshlaer, R. Parker, et al. // The Annals of The Royal College of Surgeons of England – 2016. – № 98.5 – P. 303-307.

4. Intracorporeal Anastomosis in Both Elective and Emergency Right Hemicolectomy: Our Experience / S. Macina, M. Imperator, C. Fellepa et al. // Surgical technology international – 2018. – P. 33.
5. Jaffe T. Large-bowel obstruction in the adult: classic radiographic and CT findings, etiology, and mimics / T. Jaffe, WM. Thompson // Radiology – 2015. – № 275.3. – P. 651-663.

Репозиторий БГМУ