

УДК 616.345-006-089

С.О. САБЕРБЕКОВ, А.К. МУХАМБЕТОВ

Государственный медицинский университет г. Семей, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Сабербеков С.О.

Одним из кардинальных направлений совершенствования хирургической тактики является все более широкое распространение видеозендоскопических технологий, замещающих и дополняющих традиционные оперативные техники везде, где только возможно [1]. Не является исключением и лечение злокачественных новообразований, особенно абдоминальных органов [2, 3].

Цель исследования. Определить результаты видеозендоскопического оперативного лечения злокачественных новообразований левой половины толстой кишки в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами.

Материал и методы. Обследованы 60 больных злокачественными новообразованиями левой половины толстой кишки в возрасте от 48 до 78 лет. Все пациенты были распределены на 2 группы (основную – видеозендоскопических вмешательств и сравнения – открытых операций) равного численного состава – по 30 человек. Осуществлен сравнительный анализ показателей клинического течения в раннем послеоперационном периоде и определены исходы при проспективном наблюдении в срок до 1 года.

Результаты и обсуждение. При проведении видеозендоскопических оперативных вмешательств наблюдались меньшая частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, более быстрая нормализация температуры тела, меньшие показатели лейкоцитарного индекса интоксикации, уровня боли по ВАШ. Продолжительность стационарного лечения в послеоперационном периоде у больных группы открытых вмешательств была на 82,3% большей ($p=0,036$). Онкологические результаты и общая летальность пролеченных больных сравниваемых групп не имели различий.

Вывод. Видеозендоскопическая хирургия является эффективным и безопасным подходом в лечении злокачественных новообразований толстой кишки.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, видеозендоскопические операции, гемиколэктомия.

Одним из кардинальных направлений совершенствования хирургической тактики является все более широкое распространение видеозендоскопических технологий, замещающих и дополняющих традиционные оперативные техники везде, где только возможно [1]. Не является исключением и лечение злокачественных новообразований, особенно абдоминальных органов [2, 3].

Видеозендоскопические операции при хирургических заболеваниях органов брюшной полости получили развитие с 90-х годов прошлого века [4, 5]. В общей хирургии желудочно-кишечного тракта они сейчас занимают ведущее положение при ряде нозологических форм. Однако применение их в онкологической практике менее распространено, что связано как с техническими, так и с субъективными трудностями [6].

За рубежом проведено определенное количество исследований, характеризующих, в первую очередь, непосредственные результаты проведенных вмешательств [7, 8]. Выявлено их улучшение при использовании видеозендоскопических технологий [9]. В меньшей степени изучены отдаленные результаты проведения радикальных операций, что может служить основанием для негативной трактовки эффективности лапароскопических методов лечения в плане

профилактики рецидивирования и развития отдаленных метастазов [10].

Цель исследования - определить результаты видеозендоскопического оперативного лечения злокачественных новообразований левой половины ободочной кишки в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клиническую группу включены 60 больных (средний возраст $64,1 \pm 1,9$ года).

Критерии включения в исследование: рак левой половины ободочной кишки (селезеночного угла, нисходящей ободочной кишки и сигмовидной кишки); возраст от 48 до 80 лет; радикальное оперативное лечение; наличие информированного согласия на участие в исследовании и проведение видеозендоскопических вмешательств в основной группе.

Критерии исключения из исследования: тяжелые сопутствующие соматические заболевания (сердечно-сосудистые, дыхательной системы, выделительной системы, опорно-двигательной, нервной системы); осуществление конверсии видеозендоскопической операции; отказ больного от участия в исследовании.

Контакты: Сабербеков Сакен Оразбаевич, магистрант кафедры хирургических болезней №2 Павлодарского филиала Государственного медицинского университета г. Семей. Тел.: + 7 707 659 03 82, e-mail: sakensab2008@mail.ru

Contacts: Saken Orazbayevich Saberbekov, Master of Surgical Diseases No. 2 of Pavlodar branch of the State Medical University of Semey c. Ph.: + 7 707 659 03 82, e-mail: sakensab2008@mail.ru

В большинстве случаев были оперированы больные раком сигмовидной кишки (44 человека – 73,3%). Только 15,0% приходилось на новообразования селезеночного угла и 11,7% - нисходящей ободочной кишки.

Распределение пациентов по локализации новообразования в выделенных клинических группах не имело существенных особенностей. Не было никаких различий по возрасту включенных в группы пациентов. Преобладали больные 61-70 лет (более 60% от общего числа обследованных).

В обеих группах были пролечены, главным образом, пациенты со IIА и IIВ клиническими стадиями. В общий состав основной группы были включены также 6 пациентов с IIIВ и IV стадиями, при лечении которых была осуществлена конверсия оперативного вмешательства. Клинические результаты лечения этих больных не подвергались анализу. Распределение пациентов в подгруппе основной группы, не подвергавшейся конверсии, и группе сравнения соответствовало принципам распределения «случай-контроль».

У всех пациентов в дооперационном периоде проводилось комплексное обследование в соответствии с периодическими протоколами диагностики и лечения злокачественных новообразований (КазНИИОР, 2015), включающее физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования и специальные методы.

Эндоскопические методы диагностики проводились в плановом порядке на видеоскопической стойке Olympus Exera II. Колоноскопия проводилась с целью уточнения диагностических данных, полученных при предшествующих

обследованиях, выполнения биопсии для гистологической верификации диагноза. Гистологическое исследование биопсийного материала проводилось в патологоанатомическом отделении клиники, стандартным методом окраски гематоксилином и эозином.

Оперативные вмешательства в рамках настоящего исследования проводились с использованием видеоэндохирургического комплекса Karl Storz.

В качестве анализируемых данных приняты: структура и частота послеоперационных осложнений; динамика температуры тела; показатели болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); показатели воспалительного ответа (лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ); продолжительность лечения; частота прогрессирования опухолевого процесса и функциональные результаты лечения.

Для выявления степени значимости различий между группами по показателям клинического течения использованы методы непараметрического анализа (по Манну-Уитни). Сравнение частотных характеристик осуществлялось путем применения точного критерия Фишера. Для опровержения нулевой гипотезы принималась степень статистической значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 представлены данные о частоте и структуре осложнений послеоперационного периода.

В группе проведения открытой операции у больных с I стадией злокачественных новообразований был выявлен

Таблица 1 - Структура и частота послеоперационных осложнений

Осложнения	Стадия рака							
	I ст.		II ст.		III ст.		всего	
	число больных	%						
Открытая операция								
	n=3		n=21		n=6		n=30	
Местные гнойно-воспалительные	1	33,3	5	23,8	1	16,7	7	23,3
Спаечная болезнь брюшной полости	0	0	3	14,3	1	16,7	4	13,3
Послеоперационная пневмония	0	0	2	9,5	1	16,7	3	10,0
Несостоятельность анастомоза	0	0	0	0	1	16,7	1	3,3
Системные	0	0	2	9,5	1	16,7	3	10,0
Всего	0	33,3	12	57,1	5	83,3	18	60,0
Лапароскопическая операция								
	n=2		n=20		n=8		n=30	
Местные гнойно-воспалительные	0	0	3	15,0	2	25,0	5	16,7
Спаечная болезнь брюшной полости	0	0	1	5,0	0	0	1	3,3
Послеоперационная пневмония	0	0	1	5,0	1	12,5	2	6,7
Несостоятельность анастомоза	0	0	1	5,0	0	0	1	3,3
Системные	0	0	1	5,0	1	12,5	2	6,7
Всего	0	0	7	35,0	4	50,0	11	36,7

Примечание: * - в числителе – открытая операция, в знаменателе - лапароскопическая

только 1 случай местных гнойно-воспалительных осложнений в виде нагноения операционной раны. При лапароскопическом вмешательстве таких осложнений при данной стадии не было. При II стадии новообразования местные гнойно-воспалительные осложнения наблюдались в 23,8% случаев, у 14,3% развилась спаечная болезнь, кроме того, имелись 2 случая послеоперационной пневмонии и 2 – системных осложнений (у тех же пациентов). Всего вышеперечисленные 12 осложнений имели место у 6 больных (28,6%). У пациентов с III стадией новообразования имелось по одному случаю из каждой группы осложнений (все у 2 пациентов – 33,3%). Таким образом, в целом по группе имелось 18 случаев осложнений послеоперационного периода, наблюдавшихся у 9 пациентов (30,0%).

При проведении лапароскопической операции у больных со II стадией новообразования имелись 3 случая местных гнойно-воспалительных осложнений (15,0%) и по одному – спаечной болезни, послеоперационной пневмонии, несостоятельности анастомоза и системного патологического состояния в форме перитонита (всего у 3 пациентов, 15,0%). При III стадии опухолевого процесса местные гнойно-воспалительные осложнения развились в двух случаях, также имелся 1 случай послеоперационной пневмонии и 1 системного осложнения. Данные осложнения имелись у 2 больных (25,0%). Всего местные гнойно-воспалительные осложнения развились в 5 случаях (16,7%), послеоперационная пневмония – в 2 (6,7%). Было по одному случаю спаечной болезни и несостоятельности анастомоза (3,3%). Все вышеперечисленные осложнения имели место у 4 больных (13,3%).

На рисунке 1 представлены данные динамики температуры тела.

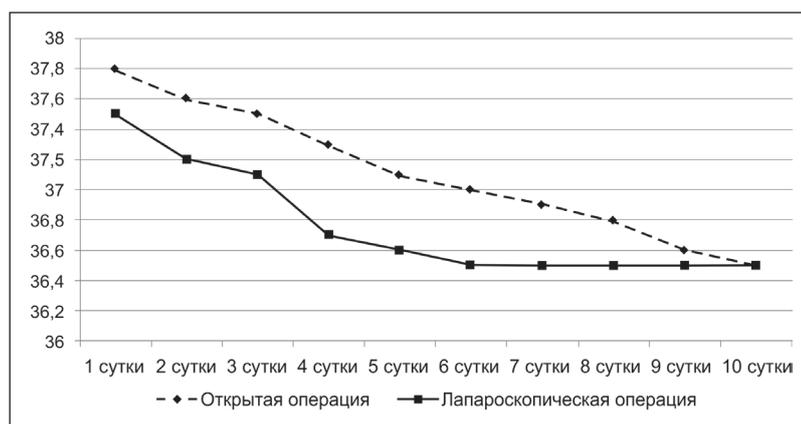


Рисунок 1 - Динамика среднего уровня температуры тела у оперированных больных

У пациентов группы открытой операции снижение среднего показателя до 37,0°C наблюдалось только на 6-е сутки, тогда как в группе лапароскопической операции – на 4-е. Полная нормализация наблюдалась у больных группы сравнения лишь на 9-е сутки, тогда как в основной группе – на 6-е.

При распределении пациентов по стадиям новообразования была выявлена определенная зависимость средних сроков нормализации температуры от стадии (табл. 2).

Таблица 2 - Средние сроки нормализации температуры тела у оперированных больных

Вариант операции	Стадия рака			
	I ст.	II ст.	III ст.	среднее значение
Лапароскопическая операция	4,0±0,0	5,1±0,2	5,5±0,3	5,2±0,2
Открытая операция	6,3±0,1	7,3±0,3	7,8±0,3	7,4±0,3
P	0,002	0,002	0,004	0,001

Наименьшие значения в обеих группах были получены при I стадии, наиболее высокие – при III. Во всех случаях показатель у больных группы лапароскопического вмешательства был ниже, чем открытого. Различия по среднему значению составили 39,6% (p=0,001).

Оценивалась динамика числа пациентов с лейкоцитозом. На 1-е сутки не было существенных различий между сравниваемыми группами. Уже на 3-и сутки показатель в группе открытой операции был вдвое больше, чем при лапароскопической, на 7-е – более чем в 2 раза и на 10-е – в 3 раза.

На рисунке 2 представлены значения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в сравниваемых группах.

Во все сроки обследования уровень ЛИИ был выше у больных, перенесших открытую операцию. Степени статистической значимости различия между группами достигали на 5-е, 6-е и 7-е сутки - на 41,8%, 50,1% и 53,2% (p<0,05 во всех случаях). Полная нормализация показателя ЛИИ наступила только в группе лапароскопического вмешательства.

На рисунке 3 показана динамика уровня боли по ВАШ.

Уровень боли у пациентов, включенных в исследование, также имел существенную зависимость от проведенного вмешательства. Значимые различия были выявлены на 4-е, 5-е, 6-е сутки, когда они составили соответственно 47,2%, 51,5% и 38,7% (p<0,05, p<0,01, p<0,05).

Следует учитывать, что у пациентов основной группы в меньшем объеме проводилось обезболивание.

У пациентов основной группы при I стадии новообразования продолжительность применения препаратов была в 1,5 раза меньше, чем при открытой операции. При II и III стадиях различия были двукратными, как и в среднем по группе (p=0,002).

Пациенты, перенесшие лапароскопическую операцию, были выписаны в сроки от 5 до 8 суток после операции (в среднем 6,2±0,8), перенесшие открытое вмешательство – от 9 до 13 суток (11,3±1,0). Различия между средними показателями составили 82,3% в пользу лапароскопической операции (p=0,036).

Из пациентов, перенесших лапароскопическое оперативное вмешательство, прогрессирование опухолевого процесса в течение 1 года наблюдения (табл. 3) было выявлено у 3-х (10,0%), при проведении открытой операции

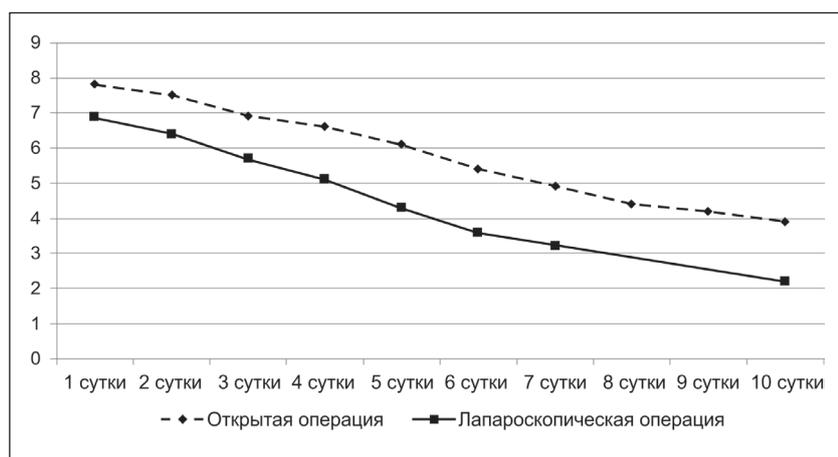


Рисунок 2 - Динамика ЛИИ у больных, оперированных различными способами

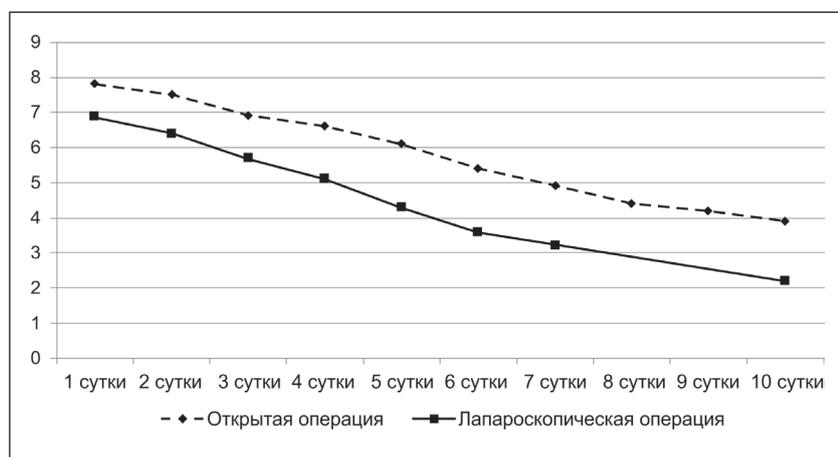


Рисунок 3 - Динамика уровня боли у оперированных больных

– у 2-х (6,7%, $p>0,1$). Таким образом, вариант выполнения оперативного вмешательства практически не влиял на онкологические исходы.

Вмешательства, проведенные в группах обследованных, характеризовались умеренной летальностью. При лапароскопической операции в раннем послеоперационном периоде был получен только 1 летальный исход, при открытом вмешательстве – 2 случая. Ещё один пациент из основной группы умер в течение 6-месячного периода после вмешательства, т.е. в обеих группах летальность оказалась полностью идентичной (6,7%).

Таблица 3 - Частота выявления прогрессирования опухолевого процесса (медiana наблюдения – 1 год)

Вариант операции	Частота прогрессирования (рецидивы+метастазы)		P
	число случаев	%	
Лапароскопическая операция, n=30	3	10,0	>0,1
Открытая операция, n=30	2	6,7	

полняемых по поводу злокачественных новообразований органов брюшной полости, постоянно увеличивается [13, 14]. Однако в отечественной медицинской практике данный подход является недостаточно широко используемым.

В нашем исследовании был проведен анализ относительно небольшого числа клинических случаев (по 30 человек в каждой из сравниваемых групп), однако мы постарались сделать выделенные группы обследованных максимально сравнимыми по большинству значимых в прогностическом плане параметров (пол, возраст, локализация и клиническая стадия опухоли, объем вмешательства, проводимое специфическое лечение).

В результате было выявлено практическое равенство клинических результатов открытых и видеоэндоскопических вмешательств по уровню риска онкологических осложнений при более легком течении послеоперационного периода у больных основной группы.

Это, а также лучшие косметические результаты видеоэндоскопических операций, способствующих повышению качества жизни пациентов [15], служат основанием для их более активного применения в лечении больных с злокачественными новообразованиями толстой кишки.

ВЫВОДЫ

Особенностью видеоэндоскопических операций, проводимых в онкологической практике, является практически во всех случаях необходимость создания в процессе вмешательства дополнительного доступа для извлечения макропрепарата (удаленной опухоли или резецированной части органа). В результате вмешательство нельзя считать чисто видеоэндоскопическим, оно включает эндоскопический этап и этап формирования традиционного доступа (значительно меньшего и менее травматичного, чем при традиционном вмешательстве и, кроме того, существующего в течение значительно меньшего периода времени) [11].

В целом же видеоэндоскопическое вмешательство длится существенно дольше, чем проводимое с формированием прямого доступа к органу [12, 15]. Возникает вопрос: является ли снижение травматичности доступа достаточным преимуществом, превышающим риск неполного удаления опухолевых тканей и регионарных метастазов (лимфатических узлов), связанного с недостатками видеоэндоскопического доступа, а также неблагоприятные эффекты увеличения продолжительности вмешательства?

В международной медицинской практике этот вопрос обычно имеет положительное решение. Доля видеоэндоскопических вмешательств, вы-

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Рябков М.Г. Абдоминальная хирургическая инфекция: совершенствование методов и тактики оперативного лечения (экспериментально-клиническое исследование): дисс. д-ра мед. наук; 14.01.17. – Нижний Новгород, 2015. – 220 с.
- 2 Biondi A., Vacante M., Ambrosino I. et al. Role of surgery for colorectal cancer in the elderly // *World J Gastrointest Surg.* – 2016. – Vol. 8(9). – P. 606-613
- 3 Liao G., Wen S., Xie X., Wu Q. Laparoscopic gastrectomy for remnant gastric cancer: Risk factors associated with conversion and a systematic analysis of literature // *Int J Surg.* – 2016. – Vol. 34. – P. 17-22
- 4 Jones B.D. Laparoscopy // *Vet Clin North Am Small Anim Pract.* – 1990. – Vol. 20(5). – P. 1243-1263
- 5 Choi S.B., Choi S.Y. Current status and future perspective of laparoscopic surgery in hepatobiliary disease // *Kaohsiung J Med Sci.* – 2016. – Vol. 32(6). – P. 281-291
- 6 Xiong J.J., Nunes Q.M., Huang W. et al. Laparoscopic vs open total gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis // *World J Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 9(44). – P. 8114-8132
- 7 Stipa F., Burza A., Curinga R. et al. Laparoscopic colon and rectal resections with intracorporeal anastomosis and trans-vaginal specimen extraction for colorectal cancer. A case series and systematic literature review // *Int J Colorectal Dis.* – 2015. – Vol. 30(7). – P. 955-962
- 8 Bijen C.B., Vermeulen K.M., Mourits M.J., de Bock G.H. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials // *PLoS One.* – 2009. – Vol. 4(10). – P. 7340
- 9 Pepple P.T., Gerber D.A. Laparoscopic-assisted ablation of hepatic tumors: a review // *Semin Intervent Radiol.* – 2014. – Vol. 31(2). – P. 125-128
- 10 Owada Y., Okamura S., Murata K. A case report of wound-site recurrence two years after laparoscopic colectomy for colon cancer // *Gan To Kagaku Ryoho.* 2012. – Vol. 39(12). – P. 2273-2274.
- 11 Паппас Т.Н., Приор А.Д. Лапароскопическая хирургия. – М., 2012. – 370 с.
- 12 Байдо С.В., Фомин П.Д., Жигулин А.В. и соавт. Лапароскопическая гастрэктомия в хирургии рака желудка // *Хирургия Украины.* – 2012. - №4. – С. 8-15
- 13 Zhen C., Xia Z., Long L. et al. Laparoscopic excision versus open excision for the treatment of choledochal cysts: a systematic review and meta-analysis // *Int Surg.* – 2015. – Vol. 100(1). – P. 115-122
- 14 Malkan A.D., Loh A.H., Sandoval J.A. Minimally invasive surgery in the management of abdominal tumors in children // *J Pediatr Surg.* – 2014. – Vol. 49(7). – P. 1171-1176
- 15 Carraro A., Mazloun D.E., Bihl F. Health-related quality of life outcomes after cholecystectomy // *World J Gastroenterol.* – 2011. – Vol. 17(45). – P. 4945-4951

REFERENCES

- 1 Ryabkov M.G. *Abdominalnaya khirurgicheskaya infektsiya: sovershenstvovaniye metodov i taktiki operativnogo lecheniya (eksperimentalno-klinicheskoye issledovaniye): diss. d.m.n. (14.01.17 – khirurgiya)* [Abdominal surgical infection: improvement of methods and tactics of surgical treatment (experimental-clinical investigation): MD dissertation: 14.01.17. Nizshniy Novgorod; 2015. P. 220
- 2 Biondi A, Vacante M, Ambrosino I, et al. Role of surgery for colorectal cancer in the elderly. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(9):606-13
- 3 Liao G, Wen S, Xie X, Wu Q. Laparoscopic gastrectomy for remnant gastric cancer: Risk factors associated with conversion and a systematic analysis of literature. *Int J Surg.* 2016;34:17-22
- 4 Jones BD. Laparoscopy. *Vet Clin North Am Small Anim Pract.* 1990;20(5):1243-63
- 5 Choi SB, Choi SY. Current status and future perspective of laparoscopic surgery in hepatobiliary disease. *Kaohsiung J Med Sci.* 2016;32(6):281-91
- 6 Xiong JJ, Nunes QM, Huang W, et al. Laparoscopic vs open total gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2013;9(44):8114-32
- 7 Stipa F, Burza A, Curinga R, et al. Laparoscopic colon and rectal resections with intracorporeal anastomosis and trans-vaginal specimen extraction for colorectal cancer. A case series and systematic literature review. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30(7):955-62
- 8 Bijen CB, Vermeulen KM, Mourits MJ, de Bock GH. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *PLoS One.* 2009;4(10):7340
- 9 Pepple PT, Gerber DA. Laparoscopic-assisted ablation of hepatic tumors: a review. *Semin Intervent Radiol.* 2014;31(2):125-8
- 10 Owada Y, Okamura S, Murata K. A case report of wound-site recurrence two years after laparoscopic colectomy for colon cancer. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2012;39(12):2273-4
- 11 Pappas TN, Pryor AD. *Laparoskopicheskaya khirurgiya* [Laparoscopic surgery]. Moscow; 2012. P. 370
- 12 Baydo SV, Fomin PD, Zhigulin AV, et al. Laparoscopic gastrectomy at surgery of stomach cancer. *Khirurgiya Ukrainy = Surg. Ukraine.* 2012;4:8-15 (In Russ.)
- 13 Zhen C, Xia Z, Long L, et al. Laparoscopic excision versus open excision for the treatment of choledochal cysts: a systematic review and meta-analysis. *Int Surg.* 2015;100(1):115-22
- 14 Malkan AD, Loh AH, Sandoval JA. Minimally invasive surgery in the management of abdominal tumors in children. *J Pediatr Surg.* 2014;49(7):1171-6
- 15 Carraro A, Mazloun DE, Bihl F. Health-related quality of life outcomes after cholecystectomy. *World J Gastroenterol.* 2011;17(45):4945-51

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.О. САБЕРБЕКОВ, А.К. МҰХАМБЕТОВ

*Семей мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы***СОЛ ЖАҚ ТОҚ ІШЕКТЕГІ ҚАТЕРЛІ ЖАҢАТУЗІЛІСТЕРДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Хирургиялық тактиканы жетілдірудің түбегейлі бағыттарының бірі видеоэндоскопиялық технологиялардың анағұрлым кең таралуы болып отыр, олар мүмкін болған жердің бәрінде дәстүрлі оперативті техни-калардың орнын ауыстырады және толықтырады. Қатерлі ісікті емдеу, оның ішінде абдоминальды органдар ды емдеу көзделген.

Зерттеудің мақсаты. Сол жақ тоқ ішек қатерлі түзілістерінің бейнеэндоскопиялық операциялық емдеу нәтижелерін ашық операциялық араласулармен салыстыра анықтау.

Материал және әдістері. Сол жақ тоқ ішек қатерлі түзілістері бар 48-ден 78-ге дейінгі жас аралығындағы 60 науқас тексерілді. Барлық пациенттер әр тобы бірдей 30 адамнан тұратын 2 топқа (негізгі – бейнеэндоскопиялық араласулар және салыстырмалы – ашық операциялар) бөлінді. Клиникалық ағым көрсеткіштерінің операциядан кейінгі ерте кезеңінің салыстырмалы талдауы іске асырылып және 1 жылға дейінгі проспективті бақылау нәтижелері анықталды.

Нәтижелері және талқылауы. Бейнеэндоскопиялық операциялық араласулар жүргізу кезінде операциядан кейінгі іріңді-қабыну асқынулар жиілігінің төмендегендігі, дене температурасының жылдам қалыпқа келуі, интоксикациялық лейкоцитарлы индекс көрсеткіштері мен ауырсынудың көру-аналогтық шкаласы деңгейлерінің азаюы байқалды. Ашық операциялар тобындағы науқастардың операциядан кейінгі кезеңіндегі стационарлық емдеу ұзақтығы 82,3%-ды ($p=0,036$) құрап негізгі топқа қарағанда ұзақ болды. Емделген науқастардың салыстырған топтарындағы онкологиялық қорытындыларында және жалпы өлім көрсеткіштерінде айырмашылық болмады.

Қорытынды. Видеоэндоскопиялық хирургия тоқ ішектің қатерлі ісіктерін емдеудегі тиімді және қауіпсіз жол болып табылады.

Негізгі сөздер: тоқ ішек обыры (қатерлі түзілісі), бейнеэндоскопиялық операциялар, гемиколэктомия.

SUMMARY

S.O. SABERBEKOV, A.K. MUHAMBEKOV

*Semey State Medical University, Semey c., Republic of Kazakhstan***RESULTS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT IN MALIGNANT NEOPLASMS OF THE LEFT HALF OF LARGE INTESTINE**

One of the cardinal directions for the improvement of surgical tactics is the increasingly widespread use of video endoscopy technologies, replacing and supplementing traditional operational techniques wherever it is possible. Treatment of malignant neoplasms is no exception, especially abdominal organs.

Objective. To determine the results of videoendoscopic surgical treatment of malignant neoplasms of the left half of large intestine in comparison with open surgical interventions.

Material and methods. Sixty patients with malignant neoplasms of the left half of large intestine at the age of 48 to 78 years were examined. All patients were divided into 2 groups (the main one - videoendoscopic interventions and comparisons - open operations) of equal numbers - 30 people each. A comparative analysis of the clinical course in the early postoperative period was carried out, and outcomes were determined in prospective observation for up to 1 year.

Results and discussion. When videoendoscopic surgery performed a lower frequency of postoperative purulent-inflammatory complications, faster normalization of body temperature, lower values of leukocyte intoxication index and pain level according to Visual Analogic Scale were observed. The duration of inpatient treatment in postoperative period in patients with the group of open interventions was 82.3% higher than in patients after videoendoscopic interventions ($p = 0.036$). The oncological results and the general lethality of the treated patients of the compared groups did not differ.

Conclusion. It is established, what videoendoscopic surgery is effective and safe method of surgical treatment of large intestine malignancy.

Key words: colon cancer, video endoscopic operations, hemicolectomy.

Для ссылки: Сабербеков С.О., Мухамбетов А.К. Результаты лапароскопического лечения злокачественных новообразований левой половины толстой кишки // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – № 6 (180). – P. 37-42

Статья поступила в редакцию 13.04.2017 г.

Статья принята в печать 19.06.2017 г.