

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов, которые имели риски, доля сквозных дефектов была больше, чем у пациентов без рисков. Осложнения так же чаще наблюдали у пациентов с рисками. Оценивая КР и ФР мы обнаружили, что у пациентов, для которых были характерны риски, данные показатели снижены.

Соответственно, для прогнозирования осложнений, КР и ФР пластической реконструкции КН необходимо взвешивать все риски у оперируемого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Сукошко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 442 с.
2. Косметические результаты при устранении сквозных дефектов крыла носа лоскутами из щеки / С. А. Иванов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2020. № (2). С. 70–77.
3. Иванов, С. А. Приобретенные сквозные дефекты крыла носа: общие принципы и способы реконструкции / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // Проблемы здоровья и экологии. 2019. № (3). С. 4–12.
4. Nasal ala reconstruction: Surgical conundrum / A. Ortins-Pina [et al.] // Journal Cutan Aesthet Surgery. 2017. Vol. 10. P. 55–58.

УДК 616.345-006.6-06

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Гаркуша А. В., Коноваленко М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ в Европе колоректальный рак (КРР) является второй по счету наиболее распространенной формой рака у женщин после рака молочной железы, и третьей наиболее распространенной формой рака у мужчин после рака легких и предстательной железы. В структуре онкологической заболеваемости в настоящее время занимает четвертое место. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тыс. вновь заболевших больных колоректальным раком, из них 11,4 % умирает в первый год заболевания. Колоректальная локализация рака составляет 11,4 % у мужчин и 13,1 % у женщин [1] от всех первично диагностированных опухолей всех локализаций.

Цель

Определить структуру пациентов по стадиям КРР, виды проводимых операций и осложнения колоректального рака.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 76 историй болезни пациентов с острой кишечной непроходимостью, явившейся осложнением КРР, находившихся на лечении в 1-м, 2-м, 3-м хирургическом и отделении интенсивной терапии и реанимации на базе ГУЗ «ГГКБСМП».

Результаты исследования и их обсуждение

Возрастная структура пациентов с КРР была представлена следующим образом: до 60 лет — 14 (18,4 %) человек, от 60 до 70 лет — 35 (46,1 %), старше 70 лет — 27 (35,5 %) человек. Средний возраст пациентов составил 67,8 лет. Структура пациентов по полу: мужчины — 36 (47,3 %), женщины — 40 (52,6 %).

Пациенты поступали в стационар в различные сроки от момента появления первых симптомов. До 6 ч от начала заболевания поступило 11 (14,5 %) пациентов, от 7–24 ч — 22 (28,9 %) пациента и позднее 24 ч — 43 (56,6 %). Из 76

больных в стационар доставлено 46 (60,5 %) бригадами скорой медицинской помощи. Структура состояния пациентов, прибывших в стационар, представлена следующим образом: удовлетворительное — 7 (9,2 %) человек, средней степени тяжести — 61 (80,3 %) пациента, тяжелое — у 8 (10,5 %) человек.

Таблица 1 — Клинические симптомы, наблюдавшиеся у поступивших пациентов (N, %)

Симптом		Количество пациентов с данным симптомом	%
Боли в животе	Схваткообразные	23	30,2
	Постоянные	42	55,2
Вздутие живота		31	40,8
Рвота		17	22,3
Запор		23	30,2
Диарея		15	19,7
Потеря веса		41	53,9
Ректальное кровотечение		10	13,2
Наличие образования в прямой кишке		12	15,8

После осмотра пациентов врачи приемного отделения выставили предварительные диагнозы, представленные на рисунке 1.



Рисунок 1 — Диагноз, выставленный в приемном отделении

Также всем 76 (100 %) пациентам проводилось лабораторное и инструментальное исследование. Результаты исследований представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты инструментальной и лабораторной диагностики пациентов (N, %)

Исследование	Заключение	Встречаемость среди пациентов (N;%)
Общий анализ крови	Анемия	52; 68,4 %
Рентгенография органов брюшной полости	Чаши Клойбера	31; 40,8 %
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Возможное новообразование в толстой кишке	7; 9,2 %
	Метастазирование в печень	11; 14,4 %
Рентгенография органов грудной клетки	Метастазирование в легкие	3; 3,9 %
Ректальное исследование	Патологическое образование на кончике пальца	12; 15,8 %

У исследуемых пациентов опухоли правой половины толстой кишки локализовались в 19 (25 %) случаях, левой половины — в 56 (73,7 %) случаях (таблица 3).

Таблица 3 — Локализация опухоли (N, %)

Опухоли правой половины толстого кишечника 19 (25 %)			Опухоли левой половины толстого кишечника 56 (73,7 %)		
	N	%		N	%
Рак слепой кишки	4	21	Рак селезеночного угла	6	10,7
Рак восходящего отдела ободочной кишки	7	36,8	Рак нисходящего отдела ободочной кишки	8	14,3
Рак печеночного угла	8	42,1	Рак ректосигмоидного отдела	3	5,6
			Рак прямой кишки	12	21,4
Рак поперечно-ободочной кишки — 1 (1,8 %)					

В исследованной группе в 52 (68 %) случаях впервые выявленные пациенты с КРР — 52 (68 %), из которых у 21 (40,3 %) пациента наблюдались запущенные формы (3–4 стадии).

Ранее выявленный КРР наблюдался у 12 (15,8 %) пациентов, из которых у 10 (83,3 %) пациентов имелось его прогрессирование.

Структура пациентов по стадиям КРР представлена на рисунке 2.

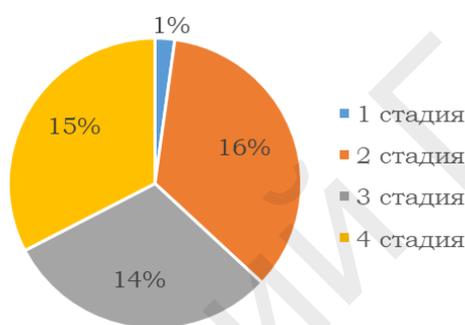


Рисунок 2 — Структура пациентов по стадиям КРР

Самым частым осложнением рака толстой кишки явилась обтурационная кишечная непроходимость, которая развилась у 29 (38,1 %) пациентов. В таблице 4 представлены виды выполненного оперативного вмешательства в зависимости от локализации опухоли.

Таблица 4 — Виды выполненных оперативных вмешательств (N, %)

Локализация опухоли правой половины толстого кишечника, N, %			Опухоли левой половины толстого кишечника, N, %		
Правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом «бок в бок»	8	72,7 %	Левосторонняя гемиколэктомия с формированием одноствольной колостомы	3	20 %
Правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом «конец в бок»	2	18,2 %	Резекция сигмовидной кишки с выведением одноствольной колостомы	5	33,3 %
			Операция Гартмана	6	40 %
Наложение обходного еюнотрансверзоанастомоза «бок в бок» — 1	1	9,1 %	Резекция селезеночного угла ободочной кишки с формированием анастомоза «конец в бок»	1	6,7 %

Из 76 пациентов прооперирован 31 (40,8 %) пациент. Из них у 4 (12,9 %) пациентов возникли послеоперационные осложнения (у 2 (50 %) абсцесс малого таза, у 1 (25 %) — сепсис, у 1 (25 %) — ретракция сигмостомы). Внутригоспитальная летальность при опухолях толстой кишки составила 13,2 % (10 пациентов).

Выводы

1. В половозрастной структуре пациентов преобладал возраст от 60 до 70 лет (46,1 %).

2. Большинство пациентов (60,5 %) были доставлены в стационар скорой медицинской помощью, а также чаще (56,6 %) с момента начала заболевания проходило более 24 ч.

3. Среди клинических симптомов преобладали боли в животе (85,5 %), потеря веса (53,9 %), а также вздутие живота (40,8 %).

4. Чаще всего в приемном отделении был выставлен первичный диагноз острая кишечная непроходимость (обтурационная, спаечная) (40,8 %).

5. В большинстве случаев опухоль поражает левую половину толстого кишечника 56 (73,7 %) пациентов, а именно сигмовидную кишку — 27 (48,2 %) пациентов.

6. Наиболее часто, в 8 (72,7 %) случаях из 11, пациентам с опухолью правой половины толстого кишечника проводилась правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом «бок в бок».

7. В 6 (40 %) случаях из 15 пациентам с опухолью левой половины толстого кишечника проводилась операция Гартмана.

8. Наиболее частым осложнением послужила острая обтурационная кишечная непроходимость у 29 (38,1 %) пациентов.

9. Летальность при опухолях толстой кишки составила 13,2 % (10 пациентов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за Р19 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Сухонко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 422 с.

УДК 616.34-006.6:615.47]-036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Гендрусева К. В., Ковалева К. Г.

Научный руководитель: к.н.м., доцент В. В. Похожай

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Лечение РП остается одной из сложных и нерешенных проблем современной клинической онкологии. Причинами фатального характера заболевания являются трудности выявления ранних форм РП, что обусловлено скрытым и агрессивным течением заболевания. Заболеваемость злокачественными новообразованиями пищевода на сегодняшний день составляет 5,46 %. Среди них у мужчин рак пищевода встречается в 2,3 % случаев, а у женщин крайне редко.

Рак пищевода имеет один из самых высоких индексов агрессивности опухоли (соотношение числа умерших к количеству заболевших), равный 0,87 [1].

Хирургический метод до сих пор остается основным в лечении больных РП. Современные достижения медицины позволили снизить частоту послеоперационных осложнений до 25–45 %, а послеоперационную летальность — до 4–10 %, однако резектабельность РП колеблется в пределах 60–80%. При местнораспространенном РП хирургический метод применим только у 10–30 % впервые выявленных больных [2].

Результаты только хирургического метода лечения РП по-прежнему остаются неудовлетворительными [3].