DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(1)-08

УДК: 616.345-089.844-06:616-056.52

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ НАСЛІДКИ ЛІВОБІЧНОЇ ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Суходоля А. І.,¹ Керничний В. В.,^{1,2} Балицький В. В.,^{1,2} Суходоля С. А.,^{1,2} Лі Б. Е.¹

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),

²КНП "Хмельницька обласна лікарня" ХОР (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

Відповідальний за листування:
e-mail: kernychniy@gmail.com

Статтю отримано 23 листопада 2020 р.; прийнято до друку 28 грудня 2020 р.

Анотація. Ожиріння вважається фактором ризику розвитку післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності. Метою дослідження була оцінка впливу ожиріння на перебіг післяопераційного періоду та рівень післяопераційної летальності при виконанні лівобічної геміколектомії. Було проведено ретроспективний аналіз медичної документації 217 пацієнтів, яким було виконано лівобічну геміколектомію з приводу пухлин ободової кишки. Оцінка коморбідних станів проводилась за допомогою індексу Чарльсона. Оцінка післяопераційних ускладнень проводилась згідно класифікації Clavien-Dindo. Розрахунок післяопераційної виживаності проводився за методом Каплана-Мейєра. Формування бази даних та статистичний аналіз було виконано за допомогою програм Microsoft Excel та STATISTICA 10.0. Визначено, що середні показники індексу Чарльсона суттєво не відрізнялися між двома групами ($6,31 \pm 2,07$ та $6,33 \pm 2,08$ відповідно), однак спостерігався значно вищий рівень ендокринних захворювань в групі пацієнтів з ожирінням. В пацієнтів обох груп переважали недисеміновані (I-II) стадії пухлинного процесу (60% та 57,5% відповідно). Серед пацієнтів без ожиріння $n=107$ (51,8%) хворих мали неускладнений перебіг післяопераційного періоду та $n=59$ (28,5%) пацієнтів мали легкі ускладнення, які не були пов'язані з ділянкою хірургічного втручання, а були пов'язані із супутньою хронічною патологією інших органів та систем, і не потребували інвазивних втручань. На протизау цьому серед пацієнтів з ожирінням $n=6$ (60%) пацієнтів мали важкі ранні післяопераційні ускладнення, що потребували оперативних втручання, у $n=2$ (20%) пацієнтів була виконана релапаротомія. Рівень ранньої післяопераційної летальності суттєво відрізнявся між двома групами і був значно вищим серед пацієнтів з ожирінням (40% на протизау 6,8% серед пацієнтів без ожиріння). Дане дослідження показало значно вищий відсоток післяопераційної летальності та важкості післяопераційних ускладнень в групі пацієнтів з ожирінням. Перспективою подальшого дослідження є вивчення та аналіз перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів з ожирінням, яким виконуються розширені, мультивісцеральні та багатоетапні оперативні втручання з приводу онкологічних захворювань лівої половини ободової кишки.

Ключові слова: лівобічна геміколектомія, ожиріння, післяопераційні ускладнення.

Вступ

Ожиріння є зростаючою соціальною проблемою в усьому світі. В міру збільшення розповсюдженості ожиріння серед населення, зростає і частка хірургічних пацієнтів з надлишковою вагою. Обтяжуючий вплив надмірної ваги та ожиріння на загальний стан пацієнта є причиною розвитку різних коморбідних станів (кардіо-васкулярних, респіраторних, ендокринних тощо), що вимагають передопераційної корекції та впливають на перебіг післяопераційного періоду. Ожиріння корелює не лише з розвитком коморбідних станів, а також з наявністю інтраопераційних труднощів, подовженням часу оперативного втручання, рівнем крововтрати, розвитком післяопераційних ускладнень та рівнем післяопераційної летальності [1, 4, 9, 10]. Наявність ожиріння в пацієнтів асоційоване з високим ризиком серцево-судинних та дихальних ускладнень, тромбоемболій, розвитку раневої інфекції в ранньому післяопераційному періоді. Вплив ожиріння на перебіг пізнього післяопераційного періоду є недостатньо дослідженим та досить суперечливим [7, 10].

Злоякісні новоутворення (ЗН) товстої кишки займають провідне місце в структурі онкологічної захворюваності населення України. У Хмельницькій області коло ректальний рак впродовж останніх 5 років (2015-2020) у

структурі хворих з вперше виявленими злоякісними новоутвореннями (не враховуючи немеланомні злоякісні новоутворення шкіри) займає 1 місце, що складає 11,6% і має тенденцію до зростання [2, 8]. Різні відділи ободової кишки мають неоднакову частоту ураження пухлинним процесом. Зокрема, за результатами наших спостережень та аналізі медичних карт 3751 пацієнта, які були прооперовані з приводу колоректального раку, пухлини селезінкового згину були діагностовані у 2,9% пацієнтів ($n=112$), пухлини низхідного відділу ободової кишки - у 3,5% ($n=131$) та сигмоподібної кишки - у 17,2% ($n=647$).

Хірургічний підхід до лікування пухлин низхідної ободової кишки вимагає проведення лівобічної геміколектотомії з видаленням регіонарних лімфатичних колекторів, яка є однією з технічно найважчих оперативних втручань у хірургії раку ободової кишки. Причинами виникнення інтраопераційних труднощів при виконанні даного оперативного втручання у пацієнтів з ожирінням є наявність короткої брижі тонкої кишки, що утруднює відгородження тонкої кишки і обмежує операційний простір, збільшення кількості вісцеральної жирової тканини, що погіршує диференціацію фасціальних футлярів та утруднює мобілізацію кишки та візуалізацію судин, що може призводи-

ти до збільшення інтраопераційної крововтрати або деваскуляризації анастомозуючих ділянок кишки та продовження часу оперативного втручання, високе розташування селезінкового згину, при мобілізації якого можуть виникнути технічні труднощі та ятрогенні пошкодження сусідніх органів, таких як селезінка, хвіст підшлункової залози, шлунок [3, 5, 6, 11].

Метою роботи була оцінка впливу ожиріння на перебіг післяопераційного періоду та післяопераційну летальність у пацієнтів, яким було виконано лівобічну геміколектомію з приводу пухлин ободової кишки.

Матеріали та методи

Дослідження базується на ретроспективному аналізі медичних карт 217 пацієнтів, яким було виконано лівобічну геміколектомію з приводу пухлин ободової кишки на базі хірургічного та проктологічного відділень КНП "Хмельницька обласна лікарня" ХОР та КНП "Хмельницький обласний протипухлинний центр" ХОР за період останніх 11 років. Пацієнти були поділені на дві групи: I група - пацієнти з ожирінням ($IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$) та II група - пацієнти без ожиріння ($IMT < 30 \text{ кг/м}^2$). У ході дослідження оцінювали такі показники: вік, стать, ІМТ, наявність коморбідних станів. Тривалість оперативного втручання, наявність ранніх післяопераційних ускладнень, тривалість перебування хворих у стаціонарі та смертність були оцінені окремо для кожної групи пацієнтів.

Оцінку коморбідних станів проводили за допомогою індекса Чарльсона (Charlson Index). Бали визначали на основі даних фізикального обстеження пацієнта та аналізу медичної карти амбулаторного та стаціонарного пацієнта.

Оцінку післяопераційних ускладнень проводили згідно класифікації Clavien-Dindo. Ускладнення, які потребували лише консервативних заходів, віднесено до I-II ступеня (легкі), ті, що потребували проведення хірургічних, ендоскопічних та інших інвазивних втручань, або проведення інтенсивної терапії в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії віднесено до III-IV ступеня (важкі). Ускладнення, що призвели до летальних наслідків відносили до V ступеня складності.

Робота виконана з дотриманням принципів Хельсинської декларації та ухвалена локальним етичним комітетом. Формування бази даних та статистичний аналіз було виконано за допомогою програм Microsoft Excel та STATISTICA v 10,0 (Statsoft Inc., США). Т-критерій Ст'юдента було використано для оцінки відмінностей між змінними. Результати продемонстровано в форматі середнього значення $\pm$ стандартне відхилення. Розрахунок післяопераційної виживаності проводили за методом Капрана-Майєра. Статистично достовірними результати вважали при $p \leq 0,05$.

Результати. Обговорення

Загальна кількість хворих, яким було виконано лівобічну геміколектомію з приводу пухлин ободової кишки за період останніх 11 років становила 217 пацієнтів. За-

гальна кількість пацієнтів першої групи ($IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$) становила 10, другої групи ($IMT < 30 \text{ кг/м}^2$) - 207 пацієнтів.

Суттєвих відмінностей у віковому складі пацієнтів обох груп не виявлено. Гендерний склад груп відрізнявся, серед пацієнтів першої групи значно переважали жінки, тоді як у другій групі співвідношення між пацієнтами жіночої та чоловічої статі майже рівне. Кількість пацієнтів з індексом Чарльсона < 3 балів є досить високою в групі пацієнтів без ожиріння ($n=74$ (35,7%)), тоді як серед пацієнтів з ожирінням таких випадків не виявлено. Середні показники індексу Чарльсона суттєво не відрізняються між двома групами ($6,31 \pm 2,07$ та $6,33 \pm 2,08$ відповідно) (табл. 1).

Домінуючою супутньою патологією були захворювання серцево-судинної системи різного ступеня компенсації, зокрема в пацієнтів I групи ($n=7$ (70%)) та пацієнтів II групи ($n=113$ (54,5%)), ($p < 0,05$). Серцево-судинна патологія не впливала на хід та тривалість оперативного втручання, але значно подовжувала тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі в доопераційному та післяопераційному періоді. Пацієнти з ожирінням мали значно більший рівень ендокринних захворювань $n=3$ (30%) порівняно з пацієнтами без ожиріння ($n=4$ (1,9%)), ($p < 0,05$). Патологію шлунково-кишкового тракту відмічали у пацієнтів обох груп: I група - $n=5$ (50%), II група - $n=72$ (34,7%), ($p < 0,05$), що було переважно пов'язано з наявністю у хворих хронічної обтураційної кишкової непрохідності. У пацієнтів II групи спостерігались супутні захворювання дихальної системи - $n=8$ (3,8%), у пацієнтів I групи таких захворювань не відмічалось. Також у пацієнтів II групи відмічались поодинокі випадки патології сечостатевої системи ($n=8$ (3,8%)), нервової системи ($n=5$ (2,4%)), відмічалась ревматологічна патологія ($n=1$ (0,5%)) та доброякісні утворення ($n=5$ (2,4%)).

Переважаючою локалізацією пухлинного процесу в пацієнтів з ожирінням був селезінковий згин ободової кишки, у пацієнтів без ожиріння - низхідний відділ ободової кишки. Суттєвої різниці у співвідношенні стадій пухлинного процесу згідно TNM-класифікації у пацієнтів обох груп не виявлено. Відсоток занедбаного пухлинного процесу був досить низьким та не відрізнявся серед пацієнтів двох груп (табл. 2).

Таблиця 1. Загальна характеристика пацієнтів обох груп + індекс Чарльсона.

Показники		Група I ($IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$)	Група II ($IMT < 30 \text{ кг/м}^2$)
Кількість пацієнтів		10	207
Стать: жіноча чоловіча		7 (70%) 3 (30%)	106 (51,2%) 101 (48,8%)
Вік		$61,7 \pm 12,3$	$61,9 \pm 12,26$
індекс Чарльсона (CCI)	< 3	0	74 (35,7%)
	3-6	8 (80%)	120 (58,0%)
	7-9	1 (10%)	13 (6,3%)
	> 9	1 (10%)	0

Таблиця 2. Локалізація та стадії пухлинного процесу в пацієнтів обох груп.

		Група I (ІМТ ≥ 30 кг/м ²)	Група II (ІМТ < 30 кг/м ²)
Локалізація пухлини	Дистальний відділ попереочно ободової кишки	0	7 (3,4%)
	Селезінковий згин	7 (70%)	74 (35,7%)
	Низхідна ободова кишка	2 (20%)	101 (48,8%)
	Сигмоподібна кишка	1 (10%)	22 (10,6%)
	Ректосигмоїдний відділ	0	3 (1,5%)
Стадія TNM	I	1 (10%)	16 (7,7%)
	II	5 (50%)	103 (49,8%)
	III	3 (30%)	66 (31,9%)
	IV	1 (10%)	22 (10,6%)

Таблиця 3. Ранні післяопераційні ускладнення та виживаність пацієнтів обох груп.

		Група I (ІМТ ≥ 30 кг/м ²)	Група II (ІМТ < 30 кг/м ²)
Післяопераційні ускладнення за класифікацією Clavien-Dindo	Відсутні	2 (20%)	107(51,8%)
	II ступеня	2 (20%)	59 (28,5%)
	IIIa ступеня	0	14 (6,8%)
	IIIb ступеня	1 (10%)	9 (4,3%)
	IVa ступеня	1 (10%)	5 (2,4%)
	IVb ступеня	0	1 (0,5%)
V ступеня		4 (40%)	12 (5,7%)
Неспроможність анастомозу		2 (20%)	8 (3,8%)
Нагноєння післяопераційної рани		1 (10%)	4 (1,9%)
Кровотеча		0	7 (3,4%)
Кишкова непрохідність		0	8 (3,8%)
Рання післяопераційна (30-денна) смертність		4 (40%)	14 (6,8%)

Серед пацієнтів I групи лише у 2 (20%) пацієнтів відмічалась неускладнена форма перебігу раку ободової кишки, тоді як серед пацієнтів II групи неускладнена форма спостерігалась у 82 (40,1%) пацієнтів. Гострих ускладнень перебігу раку ободової кишки в пацієнтів з ожирінням не відмічалось, проте спостерігались хронічна обтураційна кишкова непрохідність у стадії компенсації/субкомпенсації (n=5 (50%)) та перифокальний інфільтрат (n=3 (30%)). У групі пацієнтів без ожиріння у 44 (21,2%) випадках відмічались гострі хірургічні ускладнення, що вимагали проведення невідкладних оперативних втручань, серед них - гостра кишкова непрохідність (n=34 (16,4%)), гостра кровотеча з пухлини (n=9 (4,3%)) та перфорація кишки в ділянці пухлини з розвитком перитоніту (n=1 (0,5%)). Даний фактор певною мірою впливав на тривалість оперативного втручання. Зокрема, час оперативного втручання в пацієнтів I групи становив $161,5 \pm 27,5$ хвилин, а час оперативного втручання в пацієнтів II групи - $132,9 \pm 41,6$ хвилин. Різниця в часі оперативних втручань між двома групами склала 28,6 хвилин ($p=0,03$). Мультивісцеральні оперативні втручання

виконані у 4 (40%) пацієнтів з ожирінням на противагу - у 66 (31,9%) пацієнтів без ожиріння. У пацієнтів першої групи мультивісцеральні оперативні втручання включали: спленектомія (n=1 (10%)), резекція підшлункової залози (n=2 (20%)), резекція шлунку (n=1 (10%)). У пацієнтів другої групи мультивісцеральні оперативні втручання найбільш часто включали: спленектомія (n=18 (8,7%)), резекція тонкої кишки (n=7 (3,4%)), резекція передньої черевної стінки (n=7 (3,4%)), резекція підшлункової залози (n=3 (1,4%)), резекція шлунку (n=2 (0,9%)).

Післяопераційний період перебігав по різному у пацієнтів двох груп. У групі пацієнтів без ожиріння переважна більшість (n=107 (51,8%)) пацієнтів мали неускладнений перебіг післяопераційного періоду. Переважними в пацієнтів другої групи були самообмежуючі ускладнення, що не потребували інвазивних втручань (n=59 (28,5%)), тоді як серед пацієнтів з ожирінням переважали важкі ускладнення (n=2 (20%)) та ускладнення, що призвели до летальних наслідків (n=4 (40%)), незважаючи на лікування.

Релапаротомію з приводу післяопераційних ускладнень було виконано у 2 (20%) пацієнтів першої групи (в 1 пацієнта було накладено програмовану лапаростомию) та у 18 (8,7%) пацієнтів без ожиріння. Якщо ускладнення розділити на дві групи: ранні та пізні, то ранні післяопераційні ускладнення становили 75% від усіх ускладнень серед пацієнтів з ожирінням та 42% від усіх ускладнень серед пацієнтів без ожиріння. Рівень ранньої післяопераційної летальності суттєво відрізняється між двома групами і є значно вищим серед пацієнтів з ожирінням (40% на противагу 6,8% серед пацієнтів без ожиріння) (табл. 3).

Показники 1-, 3- та 5-річної виживаності є суттєво вищими у пацієнтів без ожиріння в порівнянні з даними показниками серед пацієнтів з ожирінням. 1-річне виживання в групі пацієнтів з ожирінням становило 5 (50%) осіб, а в групі пацієнтів без ожиріння - 176 (85%). У пацієнтів першої групи 3-річне виживання становило 4 (40%) пацієнти, у той час як в пацієнтів другої групи - 131 (63,3%). 5-річне виживання у групі пацієнтів, що мали ожиріння становило 3 (30%) особи, тоді як у групі пацієнтів без ожиріння - 93 (44,9%) ($p=0,1$) (рис. 1).

Аналізуючи дані дослідження можна відзначити, що поліморбідність була характерною для пацієнтів обох груп, проте частка ендокринних супутніх захворювань була значно вищою в пацієнтів з ожирінням, що переважно пов'язано з тісним зв'язком ожиріння з розвитком цукрового діабету. Суттєвої різниці середніх показників індексу Чарльсона між двома групами пацієнтів не виявлено, що може бути пов'язано з малою вибіркою пацієнтів першої групи. Переважна більшість пацієнтів без ожиріння мали неускладнений перебіг післяопераційного періоду або легкі післяопераційні ускладнення, що легко корегувались консервативною терапією, тоді як серед пацієнтів з ожирінням переважали важкі та вкрай важкі ускладнення. Незважаючи на високий відсоток (60%) пацієнтів з недисемінованим пухлинним процесом (I-II стадії згідно

Рис. 1. Післяопераційне виживання пацієнтів обох груп.

TNM-класифікації), що є сприятливим у прогнозі виживання та досить молодий вік пацієнтів, спостерігався вкрай високий ступінь важких післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності (40%) серед пацієнтів з ожирінням. Рівень післяопераційної летальності в групі пацієнтів без ожиріння, незважаючи на відсутність суттєвої різниці у віковому складі та співвідношенні стадій пухлинного процесу, був значно нижчим (6,8%). У ході даного дослідження було встановлено сут-

тєвий вплив надмірної ваги тіла на перебіг післяопераційного періоду: розвиток важких післяопераційних ускладнень, високий рівень летальності, що перекликається з даними інших досліджень, однак внаслідок малої вибірки пацієнтів дані показники дослідження не можуть бути узагальнюючими для великої вибірки.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Пацієнти з ожирінням мають вищий ризик виникнення післяопераційних ускладнень у порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла.

2. У хворих з ожирінням особливо важливе значення має своєчасна діагностика післяопераційних ускладнень. Для цього в діагностичну програму слід включити щоденний моніторинг маркерів інтоксикації (лейкоцитарний індекс інтоксикації, С-реактивний білок, токсична зернистість нейтрофілів), контроль показників згортання (АЧТЧ, МНО, D-димер), а також УЗД і КТ. При ранній підозрі на післяопераційні ускладнення - проведення релапаротомії "на вимогу".

Перспективою подальшого дослідження є вивчення та аналіз перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів з ожирінням, яким виконуються розширені, мультивісцеральні та багатоетапні оперативні втручання з приводу онкологічних захворювань лівої половини ободової кишки.

Список посилань - References

- [1] Alizadeh, R. F., Moghadamyeghaneh, Z., Whealon, M. D., Hanna, M. H., Mills, S. D., Pigazzi, A., ... & Carmichael, J. C. (2016). Body mass index significantly impacts of colorectal surgery. *The American surgeon*, 82(10), 930-935.
- [2] Fedorenko, Z. P., Gulak, L. O., Mikhailovich, Yu. Y., Gorokh, E. L., Ryzhov, A. Yu., Sumkina, O. V., & Kutsenko, L. B. (2020). Рак в Україні, 2018-2019 [Cancer in Ukraine, 2018-2019]. Бюлетень національного канцер-реєстру №21 - Bulletin of the National Cancer Registry №21.
- [3] Geiger, T. M., & Muldoon, R. (2011). Complications Following Colon Rectal Surgery in the Obese Patient. *Clin Colon Rectal Surg.*, 24(4), 274-282. doi: 10.1055/s-0031-1295692
- [4] Hassan, H., Gray, D. M., Hinton, A., Krishna, S. G., Conwell, D. L., & Stanich, P. P. (2016). Morbid obesity is associated with increased mortality, surgical complications and incremental health care utilization in the peri-operative period of colorectal cancer surgery. *World J Surg.*, 40(4), 987-994. doi: 10.1007/s00268-015-3358-0
- [5] Kernichny, V. V., & Sukhodolya, A. I. (2020). Рак низхідного відділу ободової кишки, ускладнений кишковою непрохідністю та лівобічною посттравматичною кілою діафрагми [Cancer of the descending colon, complicated by intestinal obstruction and left post-traumatic hernia of the diaphragm]. *Вісник Вінницького національного медичного університету - Reports of Vinnytsia National Medical University*, 24(3), 409-412. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(3)-07
- [6] Kernichny, V. V., Sukhodolya, A. I., Monastyrsky, V. M., Moroz, V. A., Balitsky, V. V., & Pidmurnyak, O. O. (2018). Результати хірургічного лікування місцево-розповсюдженого раку ободової кишки з поширенням на підшлункову залозу [The results of surgical treatment of locally advanced colon cancer with spread to the pancreas]. *Клінічна хірургія - Clinical Surgery*, 85(8), 65-67.
- [7] Merkow, R. P., Bilimoria, K. Y., McCarter, M. D., & Bentrem, D. J. (2009). Effect of Body Mass Index on short-term outcomes after colectomy for cancer. *Journal of the American College of Surgeons*, 208(1), 53-61. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.08.032
- [8] Ministry of Health of Ukraine (2006). Звіт про захворювання на злоякісні захворювання на 2015-2020 роки в Хмельницькій області. Форма №7. ЗАТВЕРДЖЕНО [Report on malignant diseases for 2015-2020 in Khmelnytsky region. Form №7. APPROVED]. Наказ МОЗ України 7.04.2006 №203 за погодженням з Держкомстатом України - Order of the Ministry of Health of Ukraine April 7, 2006 №203 in coordination with the State Statistics Committee of Ukraine.
- [9] Motonari, R., Susumu, Aikou, & Yasuyuki, Seto. (2018). Obesity as a surgical risk factor. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 2(1), 13-21. doi: 10.1002/ags3.12049
- [10] Tjeertes, E. E., Hoeks, S. S., Beks, S. B. J., Valentijn, T. M., Hoofwijk, A. G. M., & Stolker, R. J. (2015). Obesity - a risk factor for postoperative complications in general surgery? *BMC Anesthesiology*, 15, 112. doi: 10.1186/s12871-015-0096-7
- [11] Yantao Cai, Yiming Zhou, Zhenyang Li, Jianbin Xiang, & Zongyou Chen. (2013) Surgical outcome of laparoscopic colectomy for colorectal cancer in obese patients: A comparative study with open colectomy. *Oncology letters*, 6(4), 1057-1062. doi: 10.3892/ol.2013.1508

PECULIARITIES OF THE POSTOPERATIVE PERIOD AND POSTOPERATIVE CONSEQUENCES OF LEFT HEMICOLECTOMY IN PATIENTS WITH OBESITY

Sukhodolya, A. I., Kernichnyi, V. V., Balytskyi, V. V., Sukhodolya, S. A., Li B. E.

Annotation. Obesity is considered a risk factor for postoperative complications and postoperative mortality. The aim of the study was

to assess the impact of obesity on the postoperative period and the level of postoperative mortality after left hemicolectomy. A retrospective analysis of the medical records of 217 patients who underwent left hemicolectomy for colon tumors was performed. Assessment of comorbid conditions was performed using the Charlson index. Postoperative complications were assessed according to the Clavien-Dindo classification. The calculation of postoperative survival was performed by the Kaplan-Mayer method. Database formation and statistical analysis were performed using Microsoft Excel and STATISTICA 10.0. It was determined that the mean values of the Charlson index did not differ significantly between the two groups ($6,31 \pm 2,07$ and $6,33 \pm 2,08$ respectively), but there was a significantly higher level of endocrine diseases in the group of obese patients. Non-disseminated (I-II) stages of the tumor process predominated in patients of both groups (60% and 57.5%, respectively). Among non-obese patients $n = 107$ (51.8%) patients had an uncomplicated postoperative period and $n = 59$ (28.5%) patients had mild complications that were not associated with the surgical site, but were associated with concomitant chronic pathology of other organs and systems, and did not require any invasive interventions. In contrast, among obese patients $n = 6$ (60%) patients had severe early postoperative complications requiring surgery, and $n = 2$ (20%) patients underwent relaparotomy. The rate of early postoperative mortality differed significantly between the two groups and was significantly higher among obese patients (40% vs 6.8% among non-obese patients). This study showed a significantly higher percentage of postoperative mortality and severity of postoperative complications in the group of obese patients. The prospect of further research is to study and analyze the course of the postoperative period in obese patients undergoing extended, multi-visceral and multi-stage surgery for cancer of the left half of the colon.

Keywords: left hemicolectomy, obesity, postoperative complications.