

УДК 616.318-006.6-89.8

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

З.Б. ХАЛИЛОВ², Р.Х. АЗИМОВ¹, М.А. ЧИНИКОВ¹, И.С. ПАНТЕЛЕЕВА¹, Ф.С. КУРБАНОВ¹

¹Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО РУДН, ЦКБ РАН г. Москва (1)

²Центральная больница г. Баку, Азербайджанская республика

Резюме:

Цель исследования: оценка возможностей хирургических, в том числе лапароскопических вмешательств в лечении больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: в исследование вошли больные старше 60 лет, составивших 1 группу и моложе 60 лет (2 группа).

Результаты: в исследовании не зафиксировано большого числа интраоперационных и послеоперационных осложнений, в том числе тяжелых, с минимумом летальных исходов у больных старших возрастных групп. Получены успешные результаты лапароскопических вмешательств у больных раком толстой кишки старших возрастных групп независимо от локализации и стадии опухоли, а также характера выполненного вмешательства.

Выводы: Лапароскопические операции являются методом выбора в плановой хирургии больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, лапароскопические вмешательства, больные старческого и пожилого возраста.

IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COLON CANCER ELDERLY

KHALILOV Z.B.², AZIMOV R.H.¹, CHINIKOV M.A.¹, PANTELEEVA I.S.¹, KURBANOV F.S.¹

¹The Department of hospital surgery with the course of pediatric surgery of the RUDN University, Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Moscow

²Central hospital Baku city, Azerbaijan Republic

Abstract:

The aim: evaluation of possibilities of surgical, including laparoscopic, procedures in the treatment of elderly patients with colon cancer.

Material and methods: patients older than 60 years (group 1) and younger than 60 years (group 2) were included in the study.

Results: the study is not noted a large number of intraoperative and postoperative complications, including severe, with a minimum of lethal outcomes in elderly patients groups. Obtained successful results of laparoscopic operations in patients with colon cancer in older age groups regardless of location and stage of the tumor, and the nature of the performed intervention.

Conclusions: Laparoscopic surgeries are the method of choice in elective surgery elderly patients with colon cancer.

Key words: colon cancer, laparoscopic interventions, senile and elderly patients.

Введение

Заболеваемость раком ободочной кишки в Российской Федерации за последние годы вышла на 3 место в структуре онкологических заболеваний, причем в значительной степени – за счет больных старших возрастных групп, число которых может достигать 65% – 75% от всех больных [1, 2]. Эффективность лапароскопических операций, широко проявленная практически во всех разделах хирургии и определившая создание нового направления, сегодня оказалась вполне

очевидна и при лечении заболеваний толстой кишки, в том числе – злокачественных [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Преимущества этих операций определяются значительным снижением послеоперационной боли, степенью кровопотери, сокращением продолжительности операции и сроков послеоперационного лечения. В то же время, лапароскопические вмешательства, и это активно обсуждается на страницах современной медицинской печати, имеют ряд ограничений, применимых, в частности, и к больным старших возрастных групп [11, 12].

В настоящей статье рассмотрены результаты планового лечения больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

За период с сентября 2009 года по апрель 2017 года хирургическое лечение было поведено 169 больным раком ободочной кишки. В эту группу вошли 93 мужчины и 76 женщин в возрасте от 21 лет до 89 лет (средний возраст составил $68,4 \pm 1,0$ лет). Вмешательства проводились на базе Центральной клинической больницы РАН (кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО РУДН, г. Москва, Российская Федерация) и Центральной больницы г. Баку, Азербайджанская республика.

Больные были подвергнуты хирургическому лечению, составив ранее группы сравнения. В 1 группу вошли 108 больных раком ободочной кишки в возрасте 60 лет и старше, во 2 группу - 61 больной в возрасте до 60 лет.

Средний возраст больных первой группы составил $75,1 \pm 0,7$ лет, второй группы составил $52,0 \pm 1,0$ лет ($p < 0,01$), в обеих группах преобладали пациенты в возрасте от 60 до 79 лет. Гендерный состав больных исследуемых групп был схож, различия не были достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 1

Локализация опухоли в группах больных раком ободочной кишки

NN	Локализация рака ободочной кишки	1 группа		2 группа	
		N	%	N	%
1.	Рак слепой кишки	20	18,5	8	13,1
2.	Рак восходящего отдела ободочной кишки	26	24,1	18	29,5
3.	Рак печеночного угла ободочной кишки	6	5,6	3	4,9
4.	Рак поперечно-ободочной кишки	3	2,8	1	1,7
5.	Рак селезеночного угла ободочной кишки	5	4,6	2	3,3
6.	Рак нисходящего отдела ободочной кишки	18	16,7	9	14,8
7.	Рак сигмовидной кишки	29	26,8	19	31,1
8.	Синхронный рак слепой и сигмовидной кишок	1	0,9	-	-
9.	Синхронный рак восходящей и сигмовидной кишок	-	-	1	1,6
Всего		108	100,0	61	100,0

Локализация опухолей в исследуемых группах показана в таблице 1, по стадиям опухолевого процесса - в таблице 2 (классификация TNM, 7-я редакция, 2009 год). Можно видеть, что во второй группе было некоторое преоблада-

ние больных с III и IV стадиями рака (78,8% против 61,1% в первой группе), но различия не были достоверны ($p > 0,05$).

Таблица 2

Распределение больных раком ободочной кишки по стадиям опухолевого процесса

Стадия опухоли ободочной кишки	1 группа		2 группа	
	N	%	N	%
I	15	13,9	6	9,7
IIa	21	19,4	7	11,6
IIb	6	5,6	-	-
IIIa	11	10,2	15	24,6
IIIb	24	22,2	16	26,2
IIIc	9	8,3	4	6,6
IVa	12	11,1	8	13,1
IVb	10	9,3	5	8,2
Всего	108	100,0	61	100,0

Отдаленные метастазы были выявлены у 22 больных первой группы (20,4%), в том числе одиночные метастазы в печени у 8 больных, множественные метастазы в печени у 4 больных. У 10 больных было выявлено метастатическое поражение печени и легких, в 3 случаях - канцероматоз брюшины. Во второй группе отдаленные метастазы были выявлены у 13 больных (21,3%). Метастазы в печени были выявлены у 8 больных, сочетанное метастатическое поражение печени и легких - у 5 больных, у 4 больных зафиксирован канцероматоз брюшины. Таким образом, по признаку пола, а также по основным характеристикам опухолевого роста (локализации, распространенности, стадии) исследуемые группы больных были сопоставимы. 41 больному (31 в 1 группе и 10 во 2 группе) с осложненным течением опухолевого процесса операции были выполнены по экстренным показаниям, при оценке результатов хирургического лечения эти пациенты были исключены.

Важной характеристикой исследуемых групп следует считать частоту встречаемости и характер выявленных сопутствующих заболеваний. В первой группе сопутствующие заболевания были выявлены у 102 больных, во второй группе - у 28 больных (94,4% и 45,9%, $p < 0,05$). Кроме того, были выявлены достоверные различия между группами по характеру сопутствующих заболеваний. Так, железодефицитная анемия была диагностирована у 65 больных первой группы и у 8 больных второй группы (60,2% и 13,1%, $p < 0,01$). Отмечено достоверное преобладание в 1 группе больных с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы, в том числе тяжелых. Инфаркт миокарда был в анамнезе у 17% больных, стентирование коронарных артерий и/или баллонная ангиопластика ранее потребовалась 4 больным этой группы (3,7%).

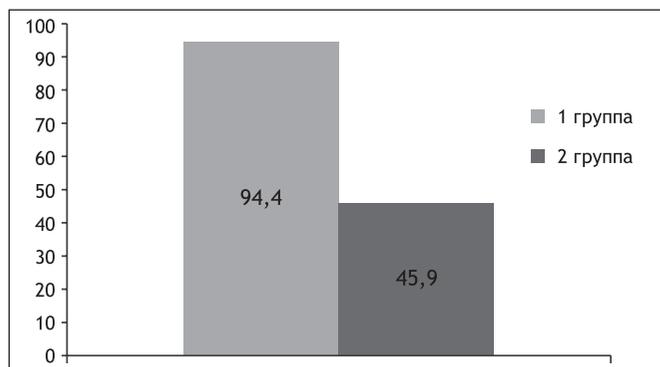


Рис. 1 Больные раком ободочной кишки с сопутствующими заболеваниями (%)

Во второй группе больных баллонная ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии и передней нисходящей ветви левой коронарной артерии потребовалась лишь одному больному (1,6%).

Для уточнения и подтверждения значимости полученных различий был вычислен индекс коморбидности по Charlson (1987). Усредненный индекс коморбидности в первой группе составил $8,8 \pm 0,9$ (от 5 до 12), во второй группе – $4,6 \pm 0,2$ (от 3 до 7), различия были достоверны ($p < 0,01$). Аналогично было проведена оценка групп больных по шкале ASA (рис. 19). К III и IV классам ASA в первой группе было отнесено 72% больных, во 2 группе – 29% больных ($p < 0,05$). Таким образом, рассматриваемые группы больных раком ободочной кишки существенно различались по частоте и тяжести сопутствующих заболеваний.

Результаты

Плановое хирургическое лечение было проведено 128 больным раком ободочной кишки, в том числе 77 больным первой группы и 51 больному второй группы.

Оперативные вмешательства, выполненные больным раком ободочной кишки, показаны в таблице 3. Можно видеть, что в обеих группах операции были разнообразными и выполнялись на всех отделах ободочной кишки.

Таблица 3

Характер выполненных вмешательств у больных раком ободочной кишки

NN	Характер выполненных вмешательств	1 группа		2 группа	
		N	%	N	%
1	Гемиколэктомия правосторонняя лапароскопическая	25	32,5	6	11,8
2	Резекция сигмовидной кишки лапароскопическая	14	18,2	13	25,5
3	Гемиколэктомия левосторонняя лапароскопическая	16	20,8	7	13,7

4	Резекция поперечноободочной кишки лапароскопическая	-	-	2	3,9
5	Гемиколэктомия правосторонняя	9	11,6	9	17,6
6	Операция Гартмана	3	3,9	3	5,9
7	Гемиколэктомия левосторонняя	4	5,2	3	5,9
8	Резекция сигмовидной кишки	6	7,8	7	13,7
9	Колэктомия субтотальная	-	-	1	2,0
Всего		77	100,0	51	100,0

Операция Гартмана из нижнесрединного лапаротомного доступа, была выполнена 3 больным раком 4 стадии в каждой группе, в том числе ряду больных после диагностической лапароскопии, во время которой была выявлена или подтверждена диагностированная ранее инвазия опухоли в соседние органы или окружающие ткани. Субтотальная колэктомия была выполнена больному синхронным раком слепой и сигмовидной кишки.

Лапароскопические операции по поводу рака ободочной кишки выполнялись больным первой группы всех возрастных категорий, главным образом больным от 70 до 79 лет (56%). Кроме того, лапароскопические резекции ободочной кишки были выполнены 12 больным старше 80 лет

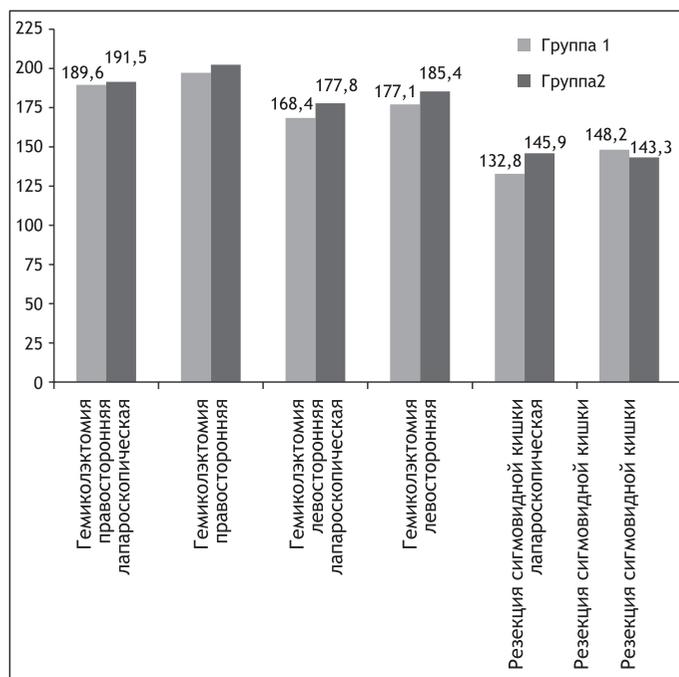


Рис. 2 Продолжительность хирургических вмешательств у больных раком ободочной кишки (мин)

Анализ интраоперационных параметров включал оценку среднего времени вмешательства, наличие интраоперационных осложнений, а также конверсии доступа. Исследование среднего времени вмешательства в исследуемых группах не

выявило существенных и достоверных различий (167,6 мин в первой группе и 172,4 мин во второй группе, $p > 0,05$).

Рассмотрение этого параметра в зависимости от избранного доступа не выявило, фактически, различий при сравнении двух групп. Традиционные вмешательства (178,6 мин в первой группе и 176,9 мин во второй группе, $p > 0,05$) потребовали несколько больше времени, чем лапароскопические (145,6 мин в первой группе и 160,8 мин во второй группе, $p > 0,05$). При этом различия продолжительности хирургического вмешательства в пределах групп в зависимости от вида доступа не были достоверны ($p > 0,05$).

Достоверные различия не были получены и при сравнении продолжительности в группах отдельных хирургических вмешательств, выполненных как из лапароскопического, так и из традиционного доступов у больных раком ободочной кишки ($p > 0,05$). Таким образом, пожилой и даже старческий возраст значительной части больных, вошедших в это исследование, не помешал выполнить им радикальные и значительные по объему вмешательства, на различных отделах ободочной кишки, в том числе из лапароскопического доступа.

Анализ частоты интраоперационных осложнений и необходимости в конверсии доступа был проведен в обеих группах, продемонстрировав хорошие результаты вмешательств по поводу рака ободочной кишки. Так, во 2 группе не было больных, у которых бы развились интраоперационные осложнения, как не потребовалась и конверсия доступа.

В первой группе лишь в одном случае осложнение, развившееся во время лапароскопического вмешательства, потребовало выполнения лапаротомии для завершения операции (1,3%). Больная, 70 лет, была оперирована по поводу рака восходящего отдела ободочной кишки. Операция была начата из лапароскопического доступа, однако во время мобилизации опухоли у больной развилось массивное кровотечение (700 мл), что потребовало выполнения нижнесрединной лапаротомии и выполнения правосторонней гемиколэктомии в традиционной хирургической технике. Послеоперационное течение без особенностей, больная была выписана на 10 сутки после вмешательства.

Ранний послеоперационный период протекал удовлетворительно в подавляющем большинстве случаев. Продолжительность послеоперационного койко-дня между описываемыми группами достоверно не отличалась (8,3 суток в первой группе и 7,2 суток во второй группе, $p > 0,05$).

Послеоперационные осложнения были зафиксированы у 3 больных первой группы (3,8%) и у 2 больных второй группы (3,9%). Различия по частоте осложнений не были достоверны ($p > 0,05$). У больных первой группы в одном случае была выявлена двусторонняя нижнедолевая пневмония, потребовавшая консервативного лечения, еще в одном развилась несостоятельность межкишечного анастомоза, местный перитонит, потребовавшие повторного вмешательства.

Еще у одного больных первой группы больных произошла декомпенсация сопутствующих заболеваний с формированием полиорганной недостаточности и завершившиеся летальным исходом (сахарный диабет 2 типа, тяжелая форма, стадия декомпенсации, диабетическая нефропатия, ИБС, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз постоянная форма фибрилляции предсердий).

У больных второй группы в обоих случаях послеоперационный период осложнился нижнедолевой пневмонией.

Обсуждение

Ранее упоминалось, что данные специалистов, занимающихся проблемой лечения больных колоректальным раком, часто разноречивы. Так, P.D. Simmonds с соавт. [11] проанализировал результаты 28 независимых исследований, в которых были предоставлены результаты лечения 34194 больных колоректальным раком. Автор выявил, что частота послеоперационных осложнений и летальность увеличивается с возрастом больных. С.L. Kvasnovsky с соавт. [12] сделал вывод, что у больных раком толстой кишки старшего возраста, сравнительно с более молодыми, повышается риск послеоперационных осложнений, в первую очередь инфекционных и легочных. Т. Kang с соавт. [13] считает, что возраст более 80 лет является фактором риска развития послеоперационных осложнений после лапароскопических операций по поводу колоректального рака. G. Grosso с соавт. [14] чаще фиксировал местные и системные послеоперационные осложнения у больных старше 65 лет.

Тем не менее, распространена и иная точка зрения, с которой солидаризируемся и мы. Так, А. Biondi с соавт. [15], считает, что у пациентов старших возрастных групп лапароскопические операции, сравнительно с вмешательствами из лапаротомии, демонстрируют снижение уровня хирургического стресса, быструю реабилитацию и снижение финансовых затрат. Исследование F. Roscio с соавт. [16], посвященное оценке эффективности лапароскопического лечения колоректального рака у больных старше 80 лет, не выявило различий по срокам послеоперационной реабилитации и частоте осложнений при сравнении с более молодыми больными. Сходные выводы делают и иные авторы [17, 18, 19].

Наши данные говорят о высокой результативности хирургических, в том числе лапароскопических, вмешательств у больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста. Мы не зафиксировали большой частоты осложнений, как интраоперационных, так и послеоперационных, в том числе тяжелых осложнений, с минимумом летальных исходов. Нами получены одинаково успешные результаты хирургического лечения больных раком толстой кишки старших возрастных групп, сравнительно с более молодыми пациентами, независимо от локализации и стадии опухоли, а также характера выполненного вмешательства.

Выводы

Лапароскопические операции являются методом выбора в плановой хирургии больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста.

Список литературы

1. Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Левчук А.Л., Андрейцев И.Л., Маады А.С., Назаров В.А. Современные миниинвазивные технологии в лечении колоректальных опухолей. // Колопроктология. - 2014, № 3 (49) (приложение) Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы колопроктологии» (Сборник тезисов), 23-24 октября 2014 г., г. Смоленск. - С.85
2. Пойда А.И., Мельник В.М., Заверный Л.Г., Абу Шамсия Р.Н. Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки. // Клиническая онкология (специальный выпуск). - 2011. - С. 47-52
3. Treska V., Skalicky T., Safranec J., Kreuzberg B. Injuries to the biliary tract during cholecystectomy. // Rozhl. Chir. — 2005. — v.1. — P.90-97.
4. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: Триада-Х, 2003. - 216 с.
5. Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г. Лапароскопические ассистированные операции при раке ободочной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012. - №8. - С.34-38
6. Глушков Н.И., Горшенин Т.Л. Видеоассистированные операции в лечении рака ободочной кишки, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью, у больных пожилого и старческого возраста. Кубанский научный медицинский вестник. 2015; 4 (153): 59-62.
7. Guida F., Clemente M., Valvano L., Napolitano C. Laparoscopic or open hemicolectomy for elderly patients with right colon cancer? A retrospective analysis. G Chir. 2015 Sep-Oct;36 (5):205-8.
8. Даулетбаев Д.А., Калиаскаров Е.Ш., Меньков М.Т., Сериков Н.С., Аубакиров Е.А. Современные аспекты хирургического лечения колоректального рака // Вестник КазНМУ. - 2016. - № 1. - С. 226-229.
9. Ichikawa N., Homma S., Nakanishi K., Kazui K., Kashiwakura S., Ohira M., Tsuji T., Suzuki T., Ishikawa T., Taketomi A. Safety of Laparoscopic Colorectal Resection in Patients With Severe Comorbidities. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016 Dec;26(6):503-507. DOI: 10.1097
10. Tashiro J., Yamaguchi S., Ishii T., Suwa H., Okada I., Kondo H., Miyazawa M., Shinozuka N., Koyama I. Efficacy of laparoscopic colorectal resection for risk patients with severe comorbidity. Hepatogastroenterology. 2012 Oct;59(119):2173-6. DOI: 10.5754/hge12110
11. Simmonds P.D., Best L., George S., Vaughan C., Buchanan R., Davis C., Fentiman I., Gosney M., Northover J., Williams C. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. // Lancet. - 2000. - v.356. - P. 968-974
12. Kvasnovsky C.L., Adams K., Sideris M., Laycock J., Haji A.K., Haq A., Nunoo-Mensah J., Papagrorgoriadis S. Elderly patients have more infectious complications following laparoscopic colorectal cancer surgery. // Colorectal Dis. - 2016. - v.18, №1. - P.94-100. doi: 10.1111/codi.13109.
13. Kang T., Kim H.O., Kim H., Chun H.K., Han W.K., Jung K.U. Age Over 80 is a Possible Risk Factor for Postoperative Morbidity after a Laparoscopic Resection of Colorectal Cancer. // Ann. Coloproctol. - 2015. - v.31, №6. - P.228-234. doi: 10.3393 / ac.2015.31. 6.228. Epub 2015 Dec 31.
14. Grosso G., Biondi A., Marventano S., Mistretta A., Calabrese G., Basile F. Major postoperative complications and survival for colon

cancer elderly patients. // BMC Surg. - 2012. - v.12, Suppl 1. - P.20. doi: 10.1186/1471-2482-12-S1-S20. Epub 2012 Nov 15.

15. Biondi A., Vacante M., Ambrosino I., Cristaldi E., Pietrapertosa G., Basile F. Role of surgery for colorectal cancer in the elderly. // World. J. Gastrointest. Surg. - 2016. - v.27, №8-9. - P. 606-613. DOI: 10.4240/wjgs. v8.i9.606

16. Roscio F., Boni L., Clerici F., Frattini P., Cassinotti E., Scandroglio I. Is laparoscopic surgery really effective for the treatment of colon and rectal cancer in very elderly over 80 years old? A prospective multicentric case-control assessment. Surg Endosc. 2016 Oct;30(10):4372-82. doi: org/10.1007/s00464-016-4755-7

17. Abraham N.S., Young J.M., Solomon M.J. Meta-analysis of short-term outcomes after laparoscopic resection for colorectal cancer. // Br. J. Surg. - 2004. - v.91, №9. - P. 1111-1124. DOI: 10.1002/bjs.4640

18. Miyasaka Y., Mochidome N., Kobayashi K., Ryu S., Akashi Y., Miyoshi A. Efficacy of laparoscopic resection in elderly patients with colorectal cancer. // Surg. Today. - 2014. - v.44, №10. - P.1834-1840. DOI: 10.1007/s00595-013-0753-8

19. Masoomi H., Moghadamyeghaneh Z., Mills S., Carmichael J.C., Pigazzi A., Stamos M.J. Risk factors for conversion of laparoscopic colorectal surgery to open surgery: does conversion worsen outcome? // World J Surg. - 2015. - v.39, №5. - P.1240-1247. doi: 10.1007/s00268-015-2958-z.

Сведения об авторах

Халилов Заур Бахманович – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением Центральной больницы г. Баку.

Азимов Рустам Хасанович – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением Центральной Клинической Больницы Российской Академии Наук.

Чиников Максим Алексеевич – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов. Тел. 8-926-152-00-04, E-mail: chinikovma@gmail.com

Пантелеева Илона Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов.

Курбанов Фазиль Самедович – докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов.

Information about the authors

Khalilov Zaur Bahman – PhD in Medical sciences, Head of the surgical Department at the Central hospital Baku city.

Azimov Rustam Hasanovich – PhD in Medical sciences, Head of the surgical Department at the Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences.

Chinikov Maxim Alekseevich – PhD in Medical sciences, associate professor at the Department of hospital surgery with the course of pediatric surgery of the RUDN University. Tel. 8-926-152-00-04, E-mail: chinikovma@gmail.com

Panteleeva Ilona Sergeevna – PhD in Medical sciences, assistant professor at the Department of hospital surgery with the course of pediatric surgery of the RUDN University.

Kurbanov Fazil Samed – Doctor of Medicine, professor at the Department of hospital surgery with the course of pediatric surgery of the RUDN University.