

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ



<https://doi.org/10.17238/2072-3180-2023-3-57-67>

УДК 616.34-089

© Антонов А.К., Антонов А.А., Комаров Р.Н., Филимонюк-Смелков А.В., Симонова А.В., Горенков Р.В., Антонов К.А., Антонов Ю.К., Круглов В.А., Ильина Е.Р., Солод Э.И., Соломянник И.А., Талипов И.А., 2023

Оригинальная статья/Original article

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МИЕЛОКАРЦИНОЗОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ЗАСТАРЕЛЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ВЕРТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ

А.К. АНТОНОВ¹, А.А. АНТОНОВ², Р.Н. КОМАРОВ³, А.В. ФИЛИМОНЮК-СМЕЛКОВ⁴, А.В. СИМОНОВА², Р.В. ГОРЕНКОВ¹, К.А. АНТОНОВ¹, Ю.К. АНТОНОВ⁵, В.А. КРУГЛОВ¹, Е.Р. ИЛЬИНА⁶, Э.И. СОЛОД¹, И.А. СОЛОМЯННИК¹, И.А. ТАЛИПОВ⁷

¹ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» Минздрав России. Москва, Россия

³ФГАНУ «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России». Москва, Россия
4МКНЦ им. А.С. Логинова. Москва, Россия

⁵ЗАО «Медицинские услуги» Детский центр диагностики и лечения им. Н.А. Семашко. Москва, Россия

⁶ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрав России. Москва.

⁷ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 7». Москва, Россия

Резюме

Введение. Метастатические опухоли костей (миелокарциномы) эпителиального происхождения при раке различной локализации встречаются в тридцати процентах. Появление микрометастазов в костях, их рост часто опережает формирование первичной опухоли и приводит к паталогическим переломам. Применение современного комплексного лечения при множественных метастазах в кости приводит к замедлению роста опухоли и полному исчезновению костных метастазов.

Материалы и методы. Для подтверждения эффективности разработанной схемы профилактики послеоперационных инфекционных осложнений при симультанном хирургическом лечении рака легкого, желудка, колоректального рака у пациентов старше 60-ти лет с миелокарциномами изучены результаты лечения у 60 больных пожилого и старческого возраста, которым были проведены симультантные операции 2017 – 2022 гг. Пациенты были разделены на 2 группы – основную и контрольную.

Результаты. Удалось значительно сократить частоту послеоперационных осложнений в основной группе по сравнению с контрольной, уменьшилась частота гнойных осложнений и летальность по сравнению с контрольной уменьшилась на 9,55%.

Выводы. Эффективность симультантных операций у пациентов пожилого и старческого возраста, значительно улучшилось в результате применения оригинальной, отечественной сопроводительной терапии.

Ключевые слова: миелокарциномы, вертельные переломы, симультантные операции.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов

Для цитирования: Антонов А.К., Антонов А.А., Комаров Р.Н., Филимонюк-Смелков А.В., Симонова А.В., Горенков Р.В., Антонов К.А., Антонов Ю.К., Круглов В.А., Ильина Е.Р., Солод Э.И., Соломянник И.А., Талипов И.А. Опыт комплексного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с миелокарциномом, осложнённым паталогическими вертельными переломами. *Московский хирургический журнал*, 2023. № 3. С. 57–67. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2023-3-57-67>

Вклад авторов: все авторы внесли равноценный вклад

EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH MYELOCARCINOMAS COMPLICATED BY PATHOLOGICAL VERTEL FRACTURES

**ANATOLY K. ANTONOV¹, ALEXANDER A. ANTONOV², ROMAN N. KOMAROV³,
ALEXANDER V. FILIMONYUK-SMELKOV⁴, ALBINA V. SIMONOVA², ROMAN V. GORENKOV¹,
KIRILL A. ANTONOV¹, YURI K. ANTONOV⁵, VLADIMIR A. KRUGLOV¹, ELENA R. ILYINA⁶, EDUARD I. SOLOD¹,
IRINA A. SOLOMYANNIK¹, ILYA A. TALIPOV⁷**

¹GBUZ MO MONICA named after M.F. Vladimirsky. Moscow, Russia

²FSBI "National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics named after N.N. Priorov" Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia

³FGANU "I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia". Moscow, Russia

⁴MKNC named after A.S. Loginov. Moscow, Russia

⁵CJSC "Medical services" Children's Diagnostic and Treatment Center named after N.A. Semashko. Moscow, Russia

⁶FSAOU IN RNIMU named after N.I. Pirogov, Ministry of Health of Russia. Moscow.

⁷GBPOU DZM "Medical College № 7". Moscow, Russia

Abstract

Introduction. Metastatic bone tumors (myelocarcinosis) of epithelial origin in cancers of various localization occur in thirty percent. The appearance of micrometastases in the bones, their growth often outstrips the formation of the primary tumor and leads to pathological fractures. The use of modern complex treatment for multiple bone metastases leads to a slowdown in tumor growth and the complete disappearance of bone metastases.

Materials and methods. To confirm the effectiveness of the developed scheme for the prevention of postoperative infectious complications in simultaneous surgical treatment of lung cancer, stomach cancer, colorectal cancer in patients over 60 years of age with myelocarcinosis, the results of treatment in 60 elderly and senile patients who underwent simultaneous operations 2017–2022 were studied. The patients were divided into 2 groups – the main and control.

Results. It was possible to significantly reduce the frequency of postoperative complications in the main group compared to the control group, the frequency of purulent complications decreased and mortality decreased by 9,55 % compared to the control group.

Conclusions. The effectiveness of simultaneous operations in elderly and senile patients has significantly improved as a result of the use of original, domestic accompanying therapy.

Key words: myelocarcinosis, trochanter fractures, simultaneous operations.

Conflict of interests. The authors declare that there are no conflicts of interest

For citation: Antonov A.K., Antonov A.A., Komarov R.N., Filimonyuk-Smelkov A.V., Simonova A.V., Gorenkov R.V., Antonov K.A., Antonov Yu.K., Kruglov V.A., Ilyina E.R.O., Solod E.I., Solomyannik I.A., Talipov I.A. Experience of Complex treatment of elderly and senile patients with myelocarcinosis complicated by pathological vertel fractures. *Moscow Surgical Journal*, 2023, № 3, pp. 57–67. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2023-3-57-67>

Contribution of the authors: all authors have made an equal contribution

Введение

Метастатические опухоли костей (миелокарцинозы) эпителиального происхождения (рак желудка, рак прямой кишки, рак толстой кишки, рак легкого, рак матки, рак яичников) встречаются по литературным данным в тридцати процентах случаев. По другим литературным данным метастазы в скелет названных злокачественных новообразований и других локализаций встречаются в 50–80 % случаев, а микрометастазы практически при всех существующих злокачественных опухолях и гемобластозах [1, 2].

В клинике утвердилось мнение, что при метастазах рака в кости одним из ранних клинических признаков являются боли. Однако по многочисленным наблюдениям клиницистов болевой синдром или слабо выражен, или вообще отсутствует. Очень часто метастатические опухоли костей (миелокарцинозы), особенно в ранней стадии, протекают бессимптомно и часто проявляются лишь при таком грозном осложнении, как патологический перелом. По данным наших наблюдений (334 случая) частота костных метастазов рака в зависимости от первичной локализации была следующей: рак предстательной

железы – 134 случая, молочной железы – 100, рак желудочно-кишечного тракта – 36, гипернефрома – 22, женской половой сферы – 7, щитовидной железы – 6, кожи – 5, легких – 4, желчных путей – 4, носоглотки – 2, грудной стенки – 1, шеи – 1, яичка – 1, не выявленной локализации – 11 [3, 5, 14].

Считается, что распространение раковых клеток по лимфатическим, кровеносным или трансцелоническим путям происходит при повышении внутритканевого давления в опухоли в следствии нарастания ее клеточной массы и развития отека, а возникновение метастаза связано с величиной оторвавшегося ракового эмбола. Несмотря на многообразие путей распространения рака, в появлении миелокарциноза наибольшее значение имеет гематогенное метастазирование [4].

Появление микрометастазов в костях, их рост часто опережает формирование первичной опухоли и приводит к патологическим переломам. Тогда прибегают к симультанным оперативным вмешательствам одновременным или поэтапным. Например, удаление метастатической костной опухоли осложненным переломом с применением эндопротезирования или остеосинтеза идет первым этапом, а удаление первичной опухоли вторым. Или, наоборот, удаляют сначала первичную

опухоль, а метастатическую костную – с застарелым переломом вторым этапом [3, 4, 5].

Миелокарциномы (метастазы в кости) бывают остеолитические, остеобластические, смешанные. Метастазируют миелокарциномы часто практически во все сегменты скелета и часто осложняются переломами. В большинстве случаев они приводят к патологическим переломам длинных костей, а именно проксимального отдела бедренной кости, чаще ее вертельной области [2, 3].

Хирургические вмешательства, особенно симультанные, с циторедуктивной, радикальной, условно-радикальной и с паллиативной целями отличаются значительной травматичностью и продолжительностью. Частота послеоперационных инфекционных осложнений, особенно у пациентов старше 60-ти лет колеблется от 30,5 % до 64,5 %, а летальность – от 6 % до 29,3 %. Хирургическая травма вызывает отрицательное воздействие, которое способствует нарушению функционального состояния во всех органах и системах пациента. Стрессовое ослабление неспецифической повышенной сопротивляемости организма во время операции и в раннем послеоперационном периоде угнетает механизмы противомикробной защиты [6, 12].

У онкологических больных пожилого и старческого возраста наблюдается ухудшение микроциркуляции, гипоксия тканей, повышение риска тромбоэмболии. Также у этих пациентов названные изменения усугубляются за счет исходного снижения резервных и адапционных возможностей, возрастной инволюции, «накопления» различных хронических заболеваний и опухолевой интоксикации [8, 13].

До настоящего времени считалось, что проведение симультанных оперативных вмешательств у пациентов с миелокарциномами (метастазами в скелет), осложненными застарелыми патологическими переломами вертельной области, представляют собой неразрешимую проблему. Пациент опухоль-носитель после случившегося патологического вертельного перелома, получавший системную химиолучевую, таргетную, иммунотерапию, да еще в пожилом возрасте, сразу же выпадает из системы специального лечения. У лечащих врачей онкологов возникает субъективная беспомощность в продолжении специального лечения, так как пациент становится немобильным. А у врачей общей лечебной сети (хирургов, травматологов-ортопедов) возникают субъективные серьезные сомнения из-за боязни в успешном проведении хирургического лечения у онкологических больных с патологическими переломами вертельной области в связи с риском множественных осложнений. Они прибегают в основном к консервативному лечению вертельных переломов. Как известно, метастатические переломы длинных костей практически не срастаются. В связи с этим увеличивается число застарелых вертельных переломов [8, 9, 10].

Таких больных рассматривают как безнадежных, подлежащих только паллиативному лечению. Между тем, применяя современное комплексное лечение (хирургическое, химиолучевую терапию, таргетную и иммунотерапию), даже при

множественных метастазов в кости в большинстве случаев возможно замедлить рост опухоли и добиться полного исчезновения костных метастазов [5, 11].

В отечественной и зарубежной литературе мы практически не нашли работ по активной хирургической тактике у таких пациентов, тем более по проведению симультанных операций. Так же у нас сложилось впечатление, что сдерживающим фактором активной хирургической тактики по отношению к онкологическим пациентам с застарелыми метастатическими вертельными переломами и не удаленными у них первичными злокачественными опухолями является дороговизна расходных материалов, которые ранее были в основном представлены зарубежными эндопротезами. Следуя в фарватере государственной политики по импортозамещению, мы оперировали наших пациентов, применяя только отечественные онкологические эндопротезы тазобедренного сустава с длинной ножкой российской фирмы АРЕТЕ (Санкт-Петербург) с использованием отечественного костного цемента «Полакрис» (Санкт-Петербург). Так же мы применяли собственные запатентованные отечественные методики удаления первичных злокачественных опухолей с миелокарциномами осложненными застарелыми патологическими вертельными переломами [4, 7].

Цель исследования. Оценить эффективность симультанных операций у пациентов пожилого и старческого возраста со злокачественными опухолями различной локализации, осложненных миелокарциномами.

Материалы и методы

Нами разработана схема профилактики послеоперационных инфекционных осложнений при симультанном хирургическом лечении рака легкого, желудка, колоректального рака, у пациентов старше 60-ти лет, с миелокарциномами осложненными застарелыми патологическими переломами в вертельной области. Профилактические меры были направлены на ограничение воздействия на организм патогенетических причин хирургического стресса, что в итоге приводило к увеличению противомикробной сопротивляемости организма, нейтрализации патогенной микрофлоры, улучшению микроциркуляции крови, оптимизации неспецифической повышенной сопротивляемости организма.

Во время предоперационной подготовки и в раннем послеоперационном периоде применялся препарат антистрессорного действия из ряда адаптогенов – адаптол синтезированный на основе тетраметилтетра-азабициклооктандиона в дозировке по 500 мг 2 раза в сутки. В качестве иммуномодулятора применялся отечественный тималин в дозе 10 мг, растворенный в 2 мл 0,9 % физиологического раствора (NaCl), который вводился внутримышечно, один раз в сутки в течении пяти дней, в раннем послеоперационном периоде. Интраоперационно использовался местный отечественный антисептик – антиоксидант нового поколения Анолит нейтральный (АНК) –

препарат антимикробного местного действия, полученный на основе электрохимически активированных средств на отечественной сертифицированной установке типа СТЭЛ. Анолит нейтральный кроме антимикробного действия корригирует систему антиоксидантной защиты организма, оптимизирует его функциональное состояние и местный иммунитет. Анолит нейтральный является прототипом гипохлорита натрия, но по своим свойствам превышает его действие в 3–4 раза [14, 15].

Эффективность этой схемы лечения изучена у 60 больных пожилого и старческого возраста, страдающих раком легкого, раком желудка, колоректальным раком с метастазами (метастазами в скелет), осложненными застарелыми патологическими переломами вертельной области. Пациентам были проведены симультанные операции на базе Городской клинической больницы им. С.С. Юдина, больницы РАН г. Черноголовка Московской области, Городской клинической больницы г. Подольска Московской области в период с 2017 – 2022 гг. Пациенты были разделены на 2 группы – основную и контрольную. В основной группе было 30 человек, в контрольной так же 30. Оперированные больные в основной группе получали препараты Адаптол и Анолит нейтральный (АНК). Контрольную группу составили 30 больных, при подготовке и обеспечении хирургических вмешательств не получали названных препаратов. Критерием включения в группы были пациенты, не перенесшие острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения и без кахексии. Критерием не включения были пациенты с ОНМК и ИМ, а также с наличием выраженной кахексии.

В исследовании проводили оценку качества жизни, в частности, болевой синдром, используя шкалу Карновского и (табл. 1) и отечественную шкалу вербальных оценок (ШВО) хронического болевого синдрома по пятибалльной системе, где

0 баллов – боли нет

1 балл – слабая боль

2 балла – умеренная боль

3 балла – сильная боль

4 балла – боль сильной степени выраженности

Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу и диагнозам. Женщин было 25 мужчин 35. По возрасту пациенты были представлены от 61 до 92 лет. Средний возраст составил 76,5 лет. Пациенты основной группы в течение 3 дней до операции получали Адаптол 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды. В раннем послеоперационном периоде пациенты основной группы на энтеральном питании кроме стандартной инфузионно-медикаментозной терапии до выписки из стационара продолжали прием Адаптола по вышеуказанной схеме.

Во время хирургического вмешательства операционную рану обрабатывали Анолитом нейтральным (АНК) в течении трех минут в количестве 2 литров с параметрами: рН = 7,4; окислительно-восстановительный потенциал (ОВП) = ± 650 мВ (милливольт).

Таблица 1

Состояние пациентов по шкале Карновского

Table 1

The condition of patients on the Karnovsky scale

100%	Состояние нормальное, нет жалоб и симптомов заболевания/The condition is normal, there are no complaints and symptoms of the disease
90%	Нормальная активность сохранена, но имеются незначительные симптомы заболевания/ Normal activity is maintained, but there are minor symptoms of the disease
80%	Нормальная активность возможна при дополнительных усилиях, при умеренно выраженных симптомах заболевания/ Normal activity is possible with additional efforts, with moderate symptoms of the disease
70%	Больной обслуживает себя самостоятельно, но не способен к нормальной деятельности или работе/ The patient serves himself independently, but is not capable of normal activity or work
60%	Больной иногда нуждается в помощи, но в основном обслуживает себя сам/ The patient sometimes needs help, but mostly serves himself
50%	Больному часто требуется помощь и медицинское обслуживание/ The patient often needs help and medical care
40%	Большую часть времени больной проводит в постели, необходим специальный уход и посторонняя помощь/ The patient often needs help and medical care
30%	Больной прикован к постели, показана госпитализация, хотя терминальное состояние не обязательно/ Most of the time the patient spends in bed, special care and outside help are needed
20%	Сильные проявления болезни, необходима госпитализация и поддерживающая терапия/Severe manifestations of the disease, hospitalization and supportive therapy are necessary
10%	Умиравший больной, быстрое прогрессирование заболевания/ Dying patient, rapid progression of the disease
0%	Смерть/ Death

Всем пациентам были выполнены симультанные операции. Характер и объем симультанных хирургических вмешательств, представлен в таблице 2.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с применением программы Statistica v. 8.0 по параметрам среднего значения и ошибки среднего ($M \pm m$). Оценивались «дельтовые» (после – до лечения) параметры. Различия показателей считались достоверным при критическом уровне (p) при проверке статистических гипотез 0,05, 0,1, 0,001.

Таблица 2

Количество наблюдавшихся пациентов пожилого и старческого возраста

Table 2

The number of observed elderly and senile patients

Локализация опухоли и вид оперативного вмешательства/ Tumor localization and type of surgical intervention	Основная гр. (n=30) Количество пациентов абс. (%) / Main gr. (n=30) Number of abs patients (%)	Контрольная группа Количество пациентов абс. (%) / Control group Number of abs patients (%)
Рак правого легкого с метастатическим застарелым переломом вертельной области правой бедренной кости. Лобоктомия справа и тотальное цементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава/ Cancer of the right lung with metastatic long-standing fracture of the trochanter region of the right femur. Lobotomy on the right and total cement endoprosthetics of the right hip joint	3 (10)	4 (13,33)
Рак желудка с метастатическим застарелым вертельным переломом левой бедренной кости. Гастрэктомия и тотальное цементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава/ Stomach cancer with metastatic long-standing trochanter fracture of the left femur. Gastrectomy and total cement endoprosthetics of the left hip joint	8 (26,67)	7 (23,33)
Рак прямой кишки с метастатическим застарелым вертельным переломом левой бедренной кости. Операция Гартмана и тотальное цементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава./ Rectal cancer with metastatic long-standing trochanter fracture of the left femur. Hartmann surgery and total cement endoprosthetics of the left hip joint.	4 (13,33)	6 (20)
Рак слепой кишки с метастатическим застарелым вертельным переломом правой бедренной кости. Правосторонняя гемиколэктомия и тотальное цементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава /Cancer of the cecum with metastatic long-standing trochanter fracture of the right femur. Right-sided hemicolectomy and total cement endoprosthetics of the right hip joint	15 (50)	13 (43,34)
ИТОГО/ TOTAL:	30 (100)	30 (100)

Результаты

Пациенты, перенесшие симультанные операции, переведенные из отделения интенсивной терапии в профильное хирургическое отделение через 3–5 суток, находящиеся на энтеральном питании принимали Адаптол по вышеперечисленной схеме наряду с базисной терапией, а также получали иммуномодулятор Тималин, также по выше указанной схеме.

В таблице 3 представлены частота осложнений и исходы после симультанных хирургических вмешательств у пациентов пожилого и старческого возраста.

Достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,05$).

В основной группе отмечено значительное уменьшение частоты послеоперационных осложнений по сравнению с контрольной на 46,93 %. Достоверно уменьшилась частота в основной группе: гнойных осложнений по сравнению с контрольной группой на 15,67 %, послеоперационных пневмоний – на 14,00 %, экссудативных плевритов – на 8,00 %, несостоятельности швов анастомозов – на 5,5 %, некрозов краев раны – на 20,33 %. В основной группе летальность по сравнению с контрольной уменьшилась – на 9,55 %.

Анализ качества жизни после проведенных симультанных операций у пациентов пожилого и старческого возраста, представлен в таблице 4

Таблица 3

Данные исследования параметров после симультанных хирургических операций (осложнения и исходы) у пациентов пожилого и старческого возраста (частота, в %)

Table 3

Data from the study of parameters after simultaneous surgical operations (complications and outcomes) in elderly and senile patients (frequency, in %)

Параметры оперированных больных/Parameters of operated patients	Основная группа (n = 30)/ Main group (n = 30)	Контрольная группа (n = 30)/ Control group (n = 30)	p
Некроз краев раны/Necrosis of the wound edges	3,2±0,7 (5,33)	15,4±0,2 (25,66)	0,0001
Несостоятельность швов анастомозов/ Failure of anastomosis sutures	2,4±0,2 (4,00)	5,7±1,1 (9,5)	0,024
Гнойные осложнения/ Purulent complications	3,7±0,8 (6,16)	13,1± (21,83)	0,004
Пневмония/ Pneumonia	1,2±0,4 (2,00)	9,6±1,4 (16,00)	0,039
Умерло/ Died	1,3±0,7 (2,16)	7,03±0,1 (11,71)	0,0006
Панкреатит/ Pancreatitis	1,3±0,6 (2,16)	4,4±1,6 (7,33)	0,035
Экссудативный плеврит (рак легкого)/ Exudative pleurisy (lung cancer)	1,2±0,5 (2,00)	6,0±1,4 (10,00)	0,028
Всего/ Total:	14,3 (23,81)	61,23 (102,03)	

Таблица 4

Исследование качества жизни у пациентов после симультанных операций

Table 4

Study of the quality of life in patients after simultaneous operations

Шкала Карновского, ШВО, койко-день, диагноз/ Karnovsky scale, SHVO, bed-day, diagnosis	Основная группа/Main group (n=30)		Контрольная группа/ Control group (n=30)	
	До лечения/Before treatment	После лечения/ After treatment	До лечения/Before treatment	После лечения/ After treatment
Рак правого лёгкого, застарелый перелом правосторонней вертельной области/ Cancer of the right lung, an old fracture of the right-sided trochanter region	40 % (36)	80 % (46)	50 % (46)	60 % (26)
Койко-день/Bed-day	–	10 дней	–	18 дней
Рак желудка, застарелый перелом левосторонней вертельной области/ Stomach cancer, an old fracture of the left-sided trochanter region	50 % (46)	90 % (06)	40 % (36)	70 % (36)
Койко-день/Bed-day	–	9 дней	–	15 дней
Рак прямой кишки, застарелый перелом левосторонней вертельной области/ Rectal cancer, an old fracture of the left-sided trochanter region	20 % (36)	70 % (16)	30 % (46)	50 % (36)
Койко-день	–	11 дней	–	17 дней
Рак слепой кишки, застарелый перелом правосторонней вертельной области/ Cancer of the cecum, an old fracture of the right-sided trochanter region	30 % (46)	80 % (06)	30 % (46)	50 % (36)
Койко-день/Bed-day	–	7 дней	–	12 дней

Из таблицы видно, что качество жизни у пациентов основной группы, по сравнению с контрольной в среднем повысилось на 45%, а болевой синдром уменьшился в среднем на 3 балла, соответственно. В контрольной группе качество жизни повысилось всего лишь на 20%, а болевой синдром уменьшился лишь на 1 балл, соответственно.

Таким образом, целенаправленное применение в период предоперационной подготовки, операции и в раннем послеоперационном периоде при симультанных хирургических вмешательствах у онкологических больных пожилого и старческого возраста препарата антистрессорного действия адаптогена – Адаптола, иммуномодулятора Тималина, местного антисептика – антиоксиданта нового поколения нейтрального (АНК) способствовало значительному снижению общей частоты послеоперационных осложнений.

В качестве иллюстрации приводим клинические примеры.

Пример 1. Больная Т., 75, лет поступила в клинику с диагнозом: рак верхней доли правого легкого (рис.1) с вовлечением в патологический процесс рукоятки грудины, 2–4 ребер справа, которые были практически полностью разрушены опухолью. Застарелый патологический (метастатический) вертельный перелом правой бедренной кости (рис.2).



Рис. 1. Рак верхней доли правого легкого
Fig. 1. Cancer of the upper lobe of the right lung



Рис. 2. Застарелый патологический вертельный перелом правой бедренной кости
Fig. 2. Long-standing pathological trochanter fracture of the right femur

Первым этапом хирургического лечения была выполнена торакотомия справа, лобэктомия верхней доли справа, резекция рукоятки и 2–4 ребер справа. Для закрытия дефекта грудной клетки выполнено эндопротезирование грудной стенки индивидуальным титановым эндопротезом отечественной фирмы АРЕТЕ (Санкт-Петербург) (рис. 3–5). Вторым этапом произведено тотальное цементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава индивидуальным онкологическим эндопротезом отечественной фирмы АРЕТЕ (рис. 6).



Рис. 3. Больная Т. Установлен титановый эндопротез грудной стенки
Fig. 3. Patient T. A titanium endoprosthesis of the chest wall was installed



Рис. 4. Вид больной на операционном столе после эндопротезирования грудной стенки
Fig. 4. View of the patient on the operating table after endoprosthesis of the chest wall



Рис. 5. Рентгенограмма грудной клетки после операции с установленным титановым эндопротезом грудной стенки
Fig. 5. Chest X-ray after surgery with an installed titanium endoprosthesis of the chest wall

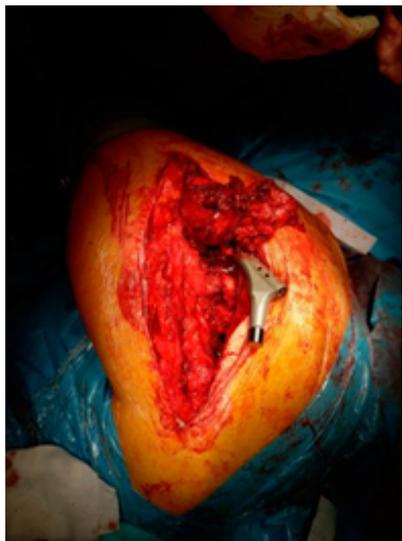


Рис. 6. Установка эндопротеза правого тазобедренного сустава

Fig. 6. Installation of the endoprosthesis of the right hip joint

Послеоперационный период протекал гладко. Заживление первичным натяжением. На 10 сутки пациентка выписана домой (рис. 7).



Рис. 7. Больная Т. Через 10 дней после операции

Fig. 7. Patient T. 10 days after surgery

Пример 2. Больной Г., 76 лет поступил в клинику с диагнозом рак слепой кишки с застарелым метастатическим вертельным переломом правой бедренной кости. Пациенту выполнена симультанная операция: первым этапом удален метастаз из бедренной кости и произведено тотальное цементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава онкологическим протезом отечественной фирмы АРЕТЕ (рис. 8–10). Вторым этапом произведена правосторонняя гемиколонэктомия.



Рис. 8. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава до операции



Рис. 9. Удаленный препарат миелокарциноза (метастаза аденокарциномы слепой кишки), осложненный патологическим переломом вертельной области правой бедренной кости

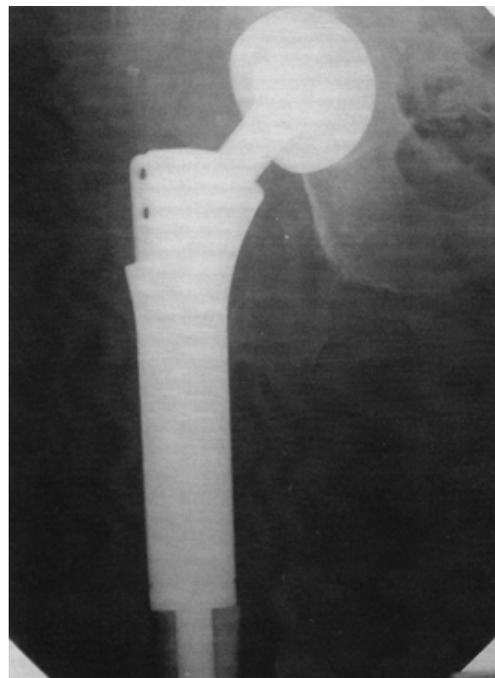


Рис. 10. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава после операции

Fig. 10. Radiograph of the right hip joint after surgery

Гладкое течение послеоперационного периода. Выписан из стационара на 7-е сутки (рис. 11).



Рис. 11. Пациент Г. Через 7 дней после операции

Fig. 11. Patient G. 7 days after surgery

Выводы

1. Благодаря применению в период предоперационной подготовки, операции и в раннем послеоперационном периоде препаратов антистрессорного действия адаптогена – Адаптола и местного антисептика – антиоксиданта Анолита нейтрального (АНК) наряду с базисной терапией удалось применить активную хирургическую тактику у онкологических пациентов пожилого и старческого возраста со злокачественными опухолями различной локализации, осложненными миелокарцинозами.

2. Удалось значительно сократить частоту послеоперационных осложнений в основной группе по сравнению с контрольной на 46,93 %. Уменьшилась частота гнойных осложнений в основной группе по сравнению с контрольной группой на 15,67 %, послеоперационных пневмоний – на 14,00 %, экссудативных плевритов – на 8,00%, несостоятельности швов анастомозов – на 5,5 %, некрозов краев раны – на 20,33 %. В основной группе летальность по сравнению с контрольной уменьшилась – на 9,55 %.

3. При застарелых патологических (миелокарцинозных) вертельных переломах в 99 % случаев у онкологических пациентов пожилого и старческого возраста в основном применяется тотальное цементное эндопротезирование, что давало возможность вертикализации пациентов в ближайшие дни после операции и позволяло избежать бронхолегочных осложнений.

4. Качество жизни в основной группе, по сравнению с контрольной повысилось на 25 % по шкале Карновского, хронический болевой синдром по ШВО уменьшился в основной группе на 2 балла по сравнению с контрольной соответственно. Время пребывания в стационаре в основной группе уменьшилось на 52,7 % по сравнению с контрольной группой.

5. Применение оригинальной, отечественной сопроводительной терапии позволило расширить показания к проведению симультанных операций у пациентов пожилого и старческого возраста.

Список литературы:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году*. М., 2013.

2. Антонов А.А., Антонов А.К., Антонов Ю.К., Горенков Р.В., Комаров Р.Н., Кочемасов В.А., Лазарев А.Ф., Э.И. Солод, А.В. Симонова, И.А. Талипов Сопроводительная терапия при хирургическом лечении патологических переломов длинных костей и застарелых переломов вертельной области. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*, 2022. № 11 (4). С. 600–609.

3. Антонов А.К., Кочемасов В.М., Филимонюк-Смелков А.В., Мехтиханов Д.С., Антонов А.А., Антонов К.А., Ягубов В.Г. Лечение патологического перелома диафиза плечевой кости с применением металлополимерного экспрессэндопротезирования, как пример ускоренной реабилитации онкологической больной. *Журнал им. Н.В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь*, 2020. № 9 (1). С. 130–135.

4. Антонов А.К., Дулаев А.К., Комаров Р.Н., Соломянник И.А., А.В. Филимонюк-Смелков, К.А. Антонов, Антонов А.А., Симонова А.В., Горенков Р.В., Солод Э.И., Антонов Ю.К., Е.Р. Ильина, И.А. Талипов Хирургическое лечение патологических переломов тел позвонков. *Московский хирургический журнал*, 2023. № 2. С. 89–97.

5. Крашенинников А.А., Калпинский А.С., Головащенко М.П., Каприн А.Д. Патопфизиология костных метастазов и методы профилактики развития костных осложнений у больных кастрационно-резистентным раком предстательной железы. *Вопросы урологии и андрологии*, 2014. Том 3. № 1. С. 23–29.

6. Антонов А.К. *Применение природных быстродействующих адаптогенов-иммуномодуляторов в клинической онкологии*. М.: ООО «ЛЮКС ПРИНТ», 2016. 72 с.

7. Танаян А.О., Антонов А.К. Комплексные реабилитационные мероприятия у больных после хирургических операций по поводу осложненного рака толстой кишки. *Вопросы теоретической и клинической медицины*, 2015. Том 10. № 3. С. 62–65.

8. Хавинсон В.Х. *Пептиды, геном, старение*. М.: РАН, 2020. 57 с.

9. *Онкология*. Под редакцией профессора С.Б. Петерсона. М.: ЭТАР-Медиа, 2020. 250 с.

10. Танаян А.О., Антонов А.К. Иммунокоррекция при комплексном хирургическом лечении осложненных форм колоректального рака. *Евразийский онкологический журнал*, 2016. Том 4. № 2. С. 274.

11. Танаян А.О., Антонов А.К., Гречко А.Т. Комплексная хирургическая реабилитация больных со злокачественными опухолями мягких тканей. *Евразийский онкологический журнал*, 2016. Том 4. № 2. С. 542.

12. Puerta-Alcalde P, Cardozo C., Marco F. et al. Changing epidemiology bloodstream infection in a 25-years hematopoietic stem cell transplant program current challenges and pitfalls on empiric antibiotic treatment

impacting outcomes. *Bone Marrow Transplant*, 2020, № 55, pp. 603–612. <https://doi.org/10.1038/s41409-019-0701-3>

13. Tascini C., Sozio E., Corte L et al The role of biofilm forming on mortality in patients with candidemia; a study derived from real world data. *Infect Dis.*, 2018., № 50(3), pp. 214–219. <https://doi.org/10.1080/23744235:2017.1384956>

14. *Рак молочной железы*. Под редакцией профессора В.П. Летыгина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 238 с.

15. Подколзин А.А., Мегреладзе В.И. Донцов А.Г. и др. *Система антиоксидантной защиты организма и старение* [Электронный ресурс], 2003. Режим доступа: <http://podelise.ru/docs/37732/index-6390.html>.

16. Донцов В.И. Крутько В.Н., Труханов А.И. *Медицина антиявления: фундаментальные основы*. М.: URSS, 2010. 678 с.

References:

1. Kaprin A.D., Starinsky V.V., Petrova G.V. *The state of oncological care to the population of Russia in 2012*. М., 2013. (In Russian)

2. Antonov A.A., Antonov A.K., Antonov Yu.K., Gorenkov R.V., Komarov R.N., Kochemasov V.A., Lazarev A.F., E.I. Solod, A.V. Simonova, I.A. Talipov Accompanying therapy in the surgical treatment of pathological fractures of long bones and long-standing fractures of the trochanter region. *N.V. Sklifosovsky Journal Emergency Medical Care*, 2022, № 11 (4), pp. 600–609. (In Russian)

3. Antonov A.K., Kochemasov V.M., Filimonov-Smelkov A.V., Mehtikhanov D.S., Antonov A.A., Antonov K.A., Yagubov V.G. Treatment of pathological fracture of the humerus diaphysis using metal polymer express endoprosthesis as an example of accelerated rehabilitation of an oncological patient. *Journal named after N.V. Sklifosovsky. Emergency medical care*, 2020, № 9 (1), pp. 130–135. (In Russian)

4. Antonov A.K., Dulaev A.K., Komarov R.N., Solomyannik I.A., A.V. Filimonov-Smelkov, K.A. Antonov, Antonov A.A., Simonova A.V., Gorenkov R.V., Solod E.I., Antonov Yu.K., E.R. Ilyina, I.A. Talipov Surgical treatment of pathological fractures of vertebral bodies. *Moscow Surgical Journal*, 2023, № 2, pp. 89–97.

5. Krashennikov A.A., Kalpinsky A.S., Golovashchenko M.P., Kaprin A.D. Pathophysiology of bone metastases and methods of prevention of bone complications in patients with castration-resistant prostate cancer. *Questions of urology and andrology*, 2014, volume 3, № 1, pp. 23–29. (In Russian)

6. Antonov A.K. *Application of natural fast-acting adaptogens-immunomodulators in clinical oncology*. Moscow: LUX PRINT LLC, 2016. 72 p. (In Russian)

7. Tananyan A.O., Antonov A.K. Complex rehabilitation measures in patients after surgical operations for complicated colon cancer. *Questions of theoretical and clinical medicine*, 2015, Volume 10, № 3, pp. 62–65. (In Russian)

8. Havinson V.H. *Peptides, genome, aging*. М.: RAS, 2020, 57 p. (In Russian)

9. *Oncology*. Edited by Professor S.B. Peterson. М.: ETAR-Media, 2020, 250 p. (In Russian)

10. Tananyan A.O., Antonov A.K. Immunocorrection in complex surgical treatment of complicated forms of colorectal cancer. *Eurasian Journal of Oncology*, 2016, Volume 4, № 2, pp. 274. (In Russian)

11. Tananyan A.O., Antonov A.K., Grechko A.T. Complex surgical rehabilitation of patients with malignant soft tissue tumors. *Eurasian Journal of Oncology*, 2016, Volume 4, № 2, pp. 542. (In Russian)

12. Puerta-Alcalde P., Cardozo C., Marco F. et al. Changing epidemiology bloodstream infection in a 25-years hematopoietic stem cell transplant program current challenges and pitfalls on empirical antibiotic treatment impacting outcomes. *Bone Marrow Transplant*, 2020, № 55, pp. 603–612. <https://doi.org/10.1038/s41409-019-0701-3>

13. Tascini C., Sozio E., Corte L et al The role of biofilm forming on mortality in patients with candidemia; a study derived from real world data. *Infect Dis.*, 2018., № 50(3), pp. 214–219. <https://doi.org/10.1080/23744235:2017.1384956>

14. *Breast cancer*. Edited by Professor V.P. Letyagin. М.: GEOTAR-Media, 2022, 238 p. (In Russian)

15. Podkolzin A.A., Megreladze V.I. Dontsov A.G. et al. *The system of antioxidant protection of the body and aging* [Electronic resource], 2003. Access mode: <http://podelise.ru/docs/37732/index-6390.html>. (In Russian)

16. Dontsov V.I. Krutko V.N., Trukhanov A.I. *Anti-aging medicine: fundamentals*. М.: URSS, 2010, 678 p. (In Russian)

Сведения об авторах:

Антонов Анатолий Кириллович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры (Семейной медицины) ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2 <https://orcid.org/0000-0001-7898-2460>, antakov60@mail.ru.

Комаров Роман Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой аортальной и сердечно-сосудистой хирургии ИПО, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). 119435, Россия, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, komarovroman@rambler.ru; ORCID 0000-0003-0720-9934

Соломяник Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, начальник управления по реализации функций национального центра ФГБУ НИИЦ ТО им. Н.Н. Приорова; 127299, Россия, г. Москва, ул. Приорова, д. 10, <https://orcid.org/0000-0001-5463-9158>, SolomyannikA@cito-priorov.ru.

Филимонюк-Смелков Александр Валерьевич – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник «ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова» ДЗМ. 111123, Россия, г. Москва, шоссе Энтузиастов, 86, <https://orcid.org/0000-0001-6345-2942>, alt99@mail.ru.

Антонов Кирилл Анатольевич – врач-онколог, ФГБУ «НИИЦ ТО им. Н.Н. Приорова». 127299, Россия, г. Москва, ул. Приорова, д. 10, <https://orcid.org/0000-0003-4564-1605>, antonov@bk.ru.

Антонов Александр Анатольевич – аспирант, ФГБУ «НИИЦ ТО им. Н.Н. Приорова». 127299, Россия, г. Москва, ул. Приорова, д. 10, <https://orcid.org/0000-0002-1876-0767>, kerzhakov-9@bk.ru.

Симонова Альбина Валерьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры (Семейной медицины) ГБУЗ МО МОНИКИ

им. М.Ф. Владимирского; 129110 г. Москва, ул. Щепкина, 61/2.
<https://orcid.org/0000-0001-9289-4010>, medlabnews@mail.ru.

Горенков Роман Викторович – доктор медицинских наук, заведующим кафедрой общей врачебной практики (семейная медицина) МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110 г. Москва, ул. Щепкина, 61/2. <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>, rogorenkov@mail.ru.

Солод Эдуард Иванович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова». 127299, Россия, г. Москва, ул. Приорова, д. 10, <https://orcid.org/0000-0001-7807-8981>, doctorsolod@mail.ru.

Антонов Юрий Кириллович – кандидат медицинских наук, врач-хирург ЗАО «Медицинские услуги» Детского центра диагностики и лечения им. Н.А. Семашко. 119146, Россия, г. Москва, ул. 2-ая Фрунзенская, д. 9. <https://orcid.org/0000-0002-5977-4436>, antonovyury@yandex.ru.

Ильина Елена Родионовна – студентка ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; 117997, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, <https://rsmu.ru/sveden/common/>.

Круглов Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей врачебной практики (семейная медицина), ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

Талипов Илья Анатольевич – студент ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 7»; 109004, г. Москва, ул. Николоямская, д. 33. <https://orcid.org/0000-0003-4744-5640>, antak60@mail.ru.

Information about the authors:

Antonov Anatoly Kirillovich – Candidate of Medical Sciences, assistant of the Department (Family Medicine) of the Moscow State Medical University named after M.F. Vladimirovsky. 61/2 Shchepkina str., Moscow, 129110, Russia <https://orcid.org/0000-0001-7898-2460>, antak60@mail.ru.

Komarov Roman Nikolaevich – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Aortic and Cardiovascular Surgery IPO of the Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University). 119435, Russia, Moscow, Bolshaya Pirogovskaya str., 6, p. 1, komarovroman@rambler.ru, ORCID 0000-0003-0720-9934

Solomyannik Irina Anatolyevna – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department for the Implementation of the functions of the National Center of the N.N. Priorov NMIC TO; 127299, Russia, Moscow, Priorova str., 10, <https://orcid.org/0000-0001-5463-9158>, SolomyannikA@cito-priorov.ru.

Filimonuk-Smelkov Alexander Valeryevich – Doctor of Medical Sciences, senior researcher at the «GBUZ MKNC named after A.S. Loginov» DZM. 111123, Russia, Moscow, highway Enthusiasts, 86, <https://orcid.org/0000-0001-6345-2942>, alt99@mail.ru.

Antonov Kirill Anatolyevich – oncologist, FSBI «NMITS TO named after N.N. Priorov». 10, Priorova str., Moscow, 127299, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-4564-1605>, antonov@bk.ru.

Antonov Alexander Anatolyevich – post-graduate student, FSBI «NMITS TO named after N.N. Priorov». 10, Priorova str., Moscow, 127299, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1876-0767>, kerzhakov-9@bk.ru.

Simonova Albina Valeryevna – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department (Family Medicine) of the M.F. Vladimirovsky State Medical University of Moscow; 129110 Moscow, Shchepkina str., 61/2. <https://orcid.org/0000-0001-9289-4010>, medlabnews@mail.ru.

Gorenkov Roman Viktorovich – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of General Medical Practice (Family Medicine) of the M.F. Vladimirovsky MONICA, MD, Leading Researcher of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health. 105064, Moscow, Vorontsovo Pole str., 12, building 1. <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>, rogorenkov@mail.ru

Solod Eduard Ivanovich – Doctor of Medical Sciences, leading researcher of the FSBI «NMITS TO named after N.N. Priorov». 10, Priorova str., Moscow, 127299, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-7807-8981>, doctorsolod@mail.ru.

Antonov Yuri Kirillovich – Candidate of Medical Sciences, surgeon of CJSC «Medical Services» of the N.A. Semashko Children's Center for Diagnosis and Treatment. 9, 2nd Frunzenskaya str., Moscow, 119146, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-5977-4436>, antonovyury@yandex.ru.

Irina Elena Rodionovna – a student of the N.I. Pirogov Federal State Educational Institution of the Russian Ministry of Health; 1 Ostroviyanova str., Moscow, 117997, Russia, <https://rsmu.ru/sveden/common/>.

Kruglov Vladimir Aleksandrovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, M.F. Vladimirovsky State Medical University. 61/2 Shchepkina str., Moscow, 129110, Russia

Talipov Ilya Anatolyevich – student of GBPOU DZM «Medical College No. 7»; 109004, Moscow, Nikoloyamskaya str., 33. <https://orcid.org/0000-0003-4744-5640>, antak60@mail.ru.

The author for communication: Antonov Anatoly Kirillovich Candidate of Medical Sciences, assistant of the Department (Family Medicine) of the State Medical University of the MO of MONICA named after M.F. Vladimirovsky; <https://orcid.org/0000-0001-7898-2460>, antak60@mail.ru. Tel.: 89163214244