

© Н. И. Глушков, Т. Л. Горшенин, 2016
УДК 616.348-006.6-06-089

Н. И. Глушков, Т. Л. Горшенин

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (нач. — д-р мед. наук проф. М. Ю. Кабанов)

Ключевые слова: рак ободочной кишки, пожилой и старческий возраст, эндовидеохирургические операции

Введение. Задачи по улучшению результатов оказания медицинской помощи больным раком ободочной кишки (РОК) продолжают оставаться во многом нерешенными, так как показатели обращаемости населения за медицинской помощью в связи с этим заболеванием продолжают оставаться высокими [1, 6, 12].

Среди людей, заболевших РОК, заметно увеличивается численность контингента больных старших возрастных групп. В частности, численность когорты пациентов, возраст которых превышает 60 лет, составляет 72,5%, а удельный вес группы пациентов, возраст которых превышает 70 лет, — 42,5%. Частота верификации РОК у больных в возрасте от 40 до 60 лет составляет 8 случаев на 100 тыс. населения, а у пациентов в возрасте старше 60 лет — до 150 случаев [4]. Отягощенность сопутствующей сердечно-сосудистой и легочной патологией у больных пожилого и старческого возраста, страдающих РОК, достигает 100%. У большинства больных с колоректальным раком, обращающихся за медицинской помощью, верифицируются III–IV стадии заболевания. Пожилой возраст больных с РОК нередко оказывается причиной поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью. С одной стороны, это может быть обусловлено несовершенством системы скрининговой диагностики РОК, с другой — РОК и его осложнения у пациентов старших возрастных групп протекают под масками других заболеваний толстой кишки (дивертикулярная болезнь, колиты и др.), что может обуславливать ошибки диагности-

ки. В результате запоздалой верификации РОК большинство больных поступают в общехирургические стационары по поводу осложнений этого заболевания. Считается, что осложненный РОК еще будет долгое время занимать ведущее место среди онкологических заболеваний в общехирургических стационарах [7]. Среди больных с осложненными формами рака пациенты пожилого и старческого возраста составляют от 42,5 до 86,2% [2]. К осложнениям РОК относятся: острая кишечная непроходимость (20–85%), перитуморозный инфильтрат и абсцесс (5–29,9%), кровотечение (0,8–14,7%), перфорация опухоли и перитонит (0,4–18%) [5].

Основным методом лечения больных с РОК является хирургический. По данным современных исследований, резектабельность в случаях выполнения операций при раке толстой кишки достигает 70–80%, а показатели летальности после плановых операций не превышают 5% [8]. В то же время, послеоперационная летальность при проведении экстренных операций в случаях осложнений РОК составляет 43,5–54,5%, а иногда достигает 68% [11]. По этой причине результаты хирургического лечения нельзя признать удовлетворительными.

В настоящее время при лечении больных с РОК перспективы связываются с внедрением в хирургическую практику лапароскопических технологий. С момента внедрения эндовидеохирургических операций по поводу РОК высказывались сомнения в целесообразности применения этого метода при хирургическом лечении больных с данным заболеванием. Однако проведение рандомизированного исследования COST в 2007 г. с анализом данных о 872 пациентах с РОК убедительно показало,

Сведения об авторах:

Глушков Николай Иванович (e-mail: nikolay.glushkov@spbmapo.ru), Горшенин Тимофей Леонидович (e-mail: tgorshenin@mail.ru), Госпиталь для ветеранов войн, 193079, Санкт-Петербург, ул. Народная, 21

что выполнение лапароскопической гемиколэктомии при резектабельном РОК также безопасно и эффективно, как и проведение открытой операции [9].

Лапароскопические операции на толстой кишке все больше находят свое применение у пациентов пожилого и старческого возраста. Однако целесообразность использования этих операций при осложнениях РОК у больных старших возрастных групп остается спорной проблемой современной хирургии.

На настоящем этапе в хирургии осложненного РОК, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, больше невыясненных моментов, чем четких лечебно-тактических установок. В связи с этим существует необходимость в осмыслении результатов и дифференциации хирургической тактики при решении задач по оказанию медицинской помощи больным старших возрастных групп с учетом сроков, объемов и видов оперативных вмешательств, показаний к их выполнению. Спорные вопросы и нерешенные задачи выбора современных технологий хирургического лечения больных с осложненными формами РОК продолжают обсуждаться на научно-практических форумах. С учетом высокой заболеваемости населения раком толстой кишки, особенно у людей старших возрастных групп, поиск путей улучшения результатов лечения этой категории больных при РОК продолжает представлять особый интерес для специалистов практического здравоохранения и медицинской науки.

Цель исследования — оценить результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста при осложнениях РОК в условиях многопрофильного геронтологического стационара.

Материал и методы. С 2008 по 2014 г. в СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (ГВВ) оперированы 482 пациента с осложненными формами РОК. Возраст

всех больных превышал 60 лет. Большинство (61,6%) пациентов составляли женщины — 297 человек (табл. 1).

Основной контингент (77,6%) пациентов составляли люди старческого (75 лет и старше) возраста — 374 человек. Самому старшему больному с РОК исполнилось 99 лет. Пациенты поступали в ГВВ в экстренном порядке. Им выполняли комплекс стандартного обследования, который (по показаниям) расширялся. Чаще всего (81,3%) больные с РОК поступали на хирургическое отделение. Однако в ряде случаев (18,7%) осложнения РОК выявлялись у пациентов других отделений ГВВ (табл. 2).

При развитии осложнений во всех случаях осуществляли перевод пациентов либо на хирургическое отделение, либо в отделение реанимации и интенсивной терапии.

У большинства больных — 383 (79,4%) — отмечена поздняя госпитализация (>24 ч) (табл. 3).

Чаще всего (51,4%) опухоли располагались в левой половине толстой кишки — 267 случаев с преимущественным (32,4%) поражением сигмовидной кишки — 160 человек (табл. 4).

Во всех случаях для больных была характерна полиморбидность. Наиболее часто отмечались сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой (98%), неврологической (97,6%) и мочевыделительной систем (67,7%). В среднем, на 1 пациента приходилось до 6 нозологических форм заболеваний, одновременно протекающих.

Влияние коморбидности на течение периоперационного периода оценивали с учетом возраст-зависимого коэффициента Charlson, средний показатель которого составил 8,35 при вариации от 4 до 12.

У 37,9% больных диагностирована III стадия, а у 21,6% — IV стадия заболевания.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программ Statistica 7.0 for Windows и Microsoft Excel. Анализ достоверности различия средних величин проведен по критерию Стьюдента (t-критерий), оценка сопряженности качественных признаков — с использованием критерия Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди осложнений РОК острая кишечная непроходимость отмечена у 370 (76,8%) пациентов, перитуморозное воспаление с абсцедированием — у 65 (13,5%), кровотечение — у 27 (5,6%),

Таблица 1

Распределение пациентов, оперированных по поводу РОК с учетом пола и возраста

Годы наблюдений	Число пациентов						Итого
	60–75 лет		76–90 лет		>90 лет		
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
2008	4	7	12	25	0	0	48
2009	6	5	18	39	0	0	68
2010	4	10	27	27	0	3	71
2011	8	6	23	37	0	4	78
2012	6	4	23	21	2	1	57
2013	8	7	14	41	2	4	76
2014	4	8	23	44	1	4	84
Всего	40 (8,3%)	47 (9,8%)	140 (29%)	234 (48,6%)	5 (1,0%)	16 (3,3%)	482 (100%)

перфорация опухоли — у 20 (4,1%) пациентов (табл. 5).

У 88 больных (18,2%) отмечалось сочетание осложнений РОК (табл. 6). Нередко (в 44 случаях) ОКН развивалась на фоне местнораспространенного онкологического процесса в толстой кишке.

Операции при осложнениях РОК выполняли в экстренном, срочном и отсроченном порядке. Экстренно хирургические вмешательства осуществляли в случаях перитонита и продолжающегося кровотечения. При субкомпенсированной и компенсированной степени кишечной непроходимости, перитуморозном воспалении без явлений

Таблица 2

Распределение больных с РОК в подразделениях госпиталя

Годы наблюдений	Число больных с РОК				Итого
	Отделение общей хирургии	Другие хирургические отделения	Терапевтические отделения	Неврологические отделения	
2008	38	3	7	0	48
2009	65	0	3	0	68
2010	53	2	15	1	71
2011	64	1	12	1	78
2012	44	5	7	1	57
2013	63	0	13	0	76
2014	65	4	14	1	84
Всего	392 (81,3%)	15 (3,1%)	71 (14,7%)	4 (0,9%)	482 (100%)

Таблица 3

Распределение пациентов ГВВ, поступивших по поводу РОК с учетом сроков госпитализации от начала заболевания

Годы наблюдений	Число пациентов (%), госпитализированных в хирургическое отделение ГВВ в сроки от начала заболевания						Итого
	менее 6 ч	6–12 ч	12–24 ч	25–72 ч	4–6 сут	более 6 сут	
2008	0	2	4	10	9	23	48
2009	0	2	8	25	10	23	68
2010	0	4	3	8	32	24	71
2011	0	6	9	20	10	33	78
2012	1	5	16	4	6	25	57
2013	1	5	9	15	12	34	76
2014	1	0	23	20	11	29	84
Всего	3 (0,6)	24 (5)	72 (15)	102 (21,1)	90 (18,7)	191 (39,6)	482 (100)

Таблица 4

Распределение случаев РОК с учетом локализации опухоли в толстой кишке

Годы наблюдений	Число случаев РОК с локализацией опухоли								Итого
	Слепая кишка	Восходящий отдел	Печеночный угол	Поперечная ободочная кишка	Селезеночный угол	Нисходящий отдел	Сигмовидная кишка	Ректосигмоидный отдел	
2008	4	8	6	3	7	6	12	5	51
2009	8	5	3	7	4	6	32	5	70
2010	7	11	3	12	3	2	28	5	71
2011	22	9	8	7	8	4	18	4	80
2012	5	3	7	7	4	4	19	10	59
2013	12	12	5	7	4	5	24	9	78
2014	20	13	9	3	4	1	27	7	84
Всего	78 (15,8%)	61 (12,4%)	41 (8,3%)	46 (9,3%)	34 (6,9%)	28 (5,7%)	160 (32,5%)	45 (9,1%)	493* (100%)

* 11 случаев мультицентрического поражения толстой кишки.

распространенного перитонита, устойчивом эндоскопическом гемостазе, при положительной клинической динамике после начала терапии оказывалось возможным проводить подготовку и детальное обследование в течение нескольких суток с привлечением мультидисциплинарной бригады специалистов, что позволяло выполнять оперативные вмешательства в отсроченном порядке.

В табл. 7 представлены оперативные вмешательства, выполняемые при осложнениях РОК.

Радикальные операции выполнены 336 (69,7%) больным, из них 253 (52,5%) — традиционным методом, 83 (17,2%) — с использованием эндовидеохирургических технологий. Паллиативные операции осуществлены 45 (9,3%) пациентам: в 38 случаях (6,8%) — традиционно и в 12 (2,5%) наблюдениях — лапароскопически. Симптоматические операции проведены 101 (21%) больному, из них 86 (17,9%) — традиционными методами, а 15 (3,1%) — лапароскопически. В целом, в 372 случаях операции выполнены традиционными методами, а в 110 наблюдениях — с использованием эндовидеохирургических технологий. Лапароскопические операции выполняли в стандартных объемах: при локализации опухоли в правой

половине толстой кишки — лапароскопическая гемиколэктомия с формированием первичного анастомоза; в случае расположения опухоли в левой половине толстой кишки осуществляли резекционные вмешательства с формированием первичного анастомоза или операцию типа Гартмана; обходные анастомозы с использованием эндовидеохирургических технологий формировались в случае нерезектабельности опухоли, при тяжелом состоянии пациента; лапароскопическую колостомию выполняли при нерезектабельных опухолях левой половины толстой кишки и в случаях тяжелого состояния пациента.

Противопоказаниями к выполнению лапароскопических операций считались: 1) декомпенсированная степень кишечной непроходимости; 2) распространенный перитонит вследствие перфорации опухоли или диастатической перфорации толстой кишки; 3) общие противопоказания к выполнению операций с использованием напряженного карбокси-перитонеума.

Выполнение эндовидеохирургических операций на толстой кишке сопровождалось меньшим объемом интраоперационной кровопотери, более благоприятным течением послеоперационного

Таблица 5

Распределение случаев РОК с учетом осложнений

Годы наблюдений	ОКН	Перитуморозное воспаление	Кровотечение из опухоли	Перфорация	Итого
2008	39	4	1	4	48
2009	57	9	0	2	68
2010	61	3	5	2	71
2011	54	16	6	2	78
2012	39	12	3	3	57
2013	55	8	8	5	76
2014	65	13	4	2	84
Всего	370 (76,8%)	65 (13,5%)	27 (5,6%)	20 (4,1%)	482 (100%)

Примечание. ОКН — острая кишечная непроходимость.

Таблица 6

Распределение случаев РОК с учетом сочетания осложнений

Годы наблюдений	Сочетание осложнений					Итого
	МРП+ОКН	МРП+абсцесс	ОКН+абсцесс	ОКН+перфорация	МРП+перфорация	
2008	6	2	1	5	0	14
2009	8	1	2	1	0	12
2010	4	2	5	3	1	15
2011	6	4	1	0	1	12
2012	4	3	0	1	3	11
2013	5	2	1	0	1	9
2014	6	6	2	0	1	15
Всего	39	20	12	10	7	88

Примечание. МРП — местно-распространенный процесс.

**Виды оперативных вмешательств, выполняемые пациентам ГВВ при РОК
с учетом осложнений заболевания**

Виды хирургических вмешательств	Число случаев выполнения операций при РОК, осложненном				Всего	Число умерших в послеоперационном периоде	Показатель летальности (%)
	ОКН	перитуморозным воспалением	кровотечением	перфорацией			
Традиционные:							
правосторонняя гемиколэктомия	81	12	8	4	105	15	14,3
левосторонняя гемиколэктомия	9	5	4	0	18	0	0
резекция поперечной ободочной кишки	4	1	1	0	6	2	33,3
резекция сигмовидной кишки	8	4	6	0	18	3	16,6
операция типа Гартмана	70	22	0	12	104	32	30,8
субтотальная колэктомия	2	0	0	0	2	2	100
обходной анастомоз	33	0	0	0	33	12	36,4
колостомия	72	5	0	3	80	47	58,6
эксплоративная лапаротомия	0	3	0	1	4	2	50
вскрытие абсцесса	0	2	0	0	0	1	50
Всего	279	54	19	20	372	116	31,18
Эндовидеохирургические:							
правосторонняя гемиколэктомия	32	8	1	0	41	2	4,9
левосторонняя гемиколэктомия	4	0	1	0	5	0	0
резекция поперечной ободочной кишки	2	0	1	0	3	0	0
резекция сигмовидной кишки	3	1	3	0	7	0	0
операция типа Гартмана	23	2	2	0	27	0	0
обходной анастомоз	12	0	0	0	12	0	0
колостомия	15	0	0	0	15	0	0
Всего	91	11	8	0	110	2	1,81
Итого	370	65	27	20	482	118	24,5

периода, меньшим количеством послеоперационных осложнений, что согласуется с данными литературы [3, 10].

Показатель послеоперационной летальности коррелировал с видом осложнений РОК (табл. 8) и оказывался максимальным при сочетании осложнений. В случаях перфорации местно-распространенной опухоли летальность составила 100%.

Среди больных, перенесшие операции, выполненные традиционными методами, умерли 116 пациентов, а среди 110 больных, подвергшихся эндовидеохирургическим вмешательствам, летальные исходы констатированы у 2 пациентов (см. табл. 7).

Общий показатель послеоперационной летальности составил 24,5%: после хирургических вмешательств, выполняемых традиционными методами, — 31,18% ($p < 0,05$), после эндовидеохи-

рургических операций — 1,81% ($p < 0,05$). Таким образом, приведенные данные позволяют считать, что использование эндовидеохирургических технологий при лечении осложнений РОК у больных пожилого и старческого возраста себя оправдывает. Для этого необходим междисциплинарный подход при обследовании и послеоперационном ведении пациентов, а непосредственно при выполнении хирургического вмешательства — надлежащий опыт и квалификация хирургов при оснащении медицинской организации современным эндовидеохирургическим оборудованием. В условиях специализированного геронтологического стационара, каким является Госпиталь для ветеранов войн, такие возможности имеются. Поэтому данный вид лечения может и должен применяться в повседневной практике.

Выводы. 1. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения осложненного РОК

Показатели послеоперационной летальности у пациентов ГВВ, оперированных по поводу РОК

Осложнения РОК	Общее число наблюдений	Число умерших в послеоперационном периоде	Показатель летальности (%)
ОКН	309	64	20,7
Перитуморозное воспаление и абсцесс	45	13	28,8
Кровотечение	27	3	11,1
Перфорация	13	5	38,4
МРП+перфорация	7	7	100
ОКН+перфорация	10	7	7
ОКН+перитуморозное воспаление и абсцесс	12	5	41,6
ОКН+МРП	39	9	23,01
МРП+перитуморозное воспаление и абсцесс	20	5	25,0
Всего	482	118	24,5

обусловлены, в первую очередь, поздней госпитализацией больных и большим количеством запущенных стадий заболевания.

2. Среди осложнений РОК ведущее место занимает острая кишечная непроходимость, реже развиваются перитуморозное воспаление с абсцедированием, кровотечение и перфорация опухоли.

3. Осложнения РОК у пациентов пожилого и старческого возраста сопровождаются высокой послеоперационной летальностью, особенно высокой при сочетании осложнений.

4. Использование лапароскопических технологий в лечении осложненных форм РОК позволяет снизить число послеоперационных осложнений и уровень послеоперационной летальности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. // Вестн. Росс. онкол. науч. центра им. Н.Н.Блохина РАМН. 2010. № 3. С. 172 с.
2. Денисенко В.Л., Гаин Ю.М. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы // Новости хирургии. 2011. № 1. С. 103–111.
3. Карачун А.М., Петров А.С., Самсонов Д.В., Петрова Е.А. Место лапароскопических операций при раке ободочной и прямой кишки // Практ. онкол. 2012. № 4. С. 261–268.
4. Пузин В.Н. Особенности хирургического лечения осложненных форм колоректального рака у пациентов пожилого и старческого возраста // Мед. помощь. 2006. № 6. С. 24–26.
5. Сингаевский А.Б., Цикоридзе М.Ю. Совершенствование хирургической помощи при осложненном раке ободочной кишки в многопрофильном стационаре // Вестн. Северо-Западного гос. мед. ун-та им. И.И.Мечникова. 2014. № 1. С. 59–65.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петров Г.В. Злокачественные образования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. 260 с.
7. Шулуток А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю., Дмитракович В.С. Опухоль толстой кишки в urgentной хирургии // Московск. хир. журн. 2012. № 3 (25). С. 5–8.

8. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 372 с.

9. Fleshman J., Sargent D.J., Green E. et al. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial // Ann. Surg. 2007. Vol. 246, № 4. P. 655–662.

10. Jones O.M., Lindsey I., Cunningham C. Laparoscopic colorectal surgery // Br. Med. J. 2011. Vol. 343. P. 8029.

11. Monfardini S., Gribelli C., Pasetto L.V. et al. Vulnerable and frail elderly: an approach to the management of the main tumour types // Eur. J. Cancer. 2008. Vol. 44, № 4. P. 488–493.

12. Ong E.S., Alassas M., Dunn K.B. et al. Colorectal cancer surgery in the elderly: acceptable morbidity? // Am. J. Surg. 2008. Vol. 195, № 3. P. 272–278.

Поступила в редакцию 19.11.2015 г.

N.I. Glushkov, T.L. Gorshenin

TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF COLON CANCER IN CONDITIONS OF MULTIFIELD GERONTOLOGICAL HOSPITAL

Hospital for war veterans, Saint-Petersburg

The article analyzes treatment results of 482 patients of elderly and senile age with complicated colon cancer forms who were in the hospital for war veterans at the period from 2008 to 2014. The more frequent complication of colon cancer was an acute intestinal obstruction (76,8%). Peritumorous inflammation with abscess formation was noted in 13,5% cases, hemorrhage — in 5,6% tumor perforation — in 4,1% cases. The operations were performed by conventional methods and using endovideosurgical technologies in case of complication of colon cancer. Laparoscopic operations had less volume of intraoperative hemorrhage, lower rate of postoperative complications and reduction of the level of postoperative lethality. The rate of lethality was 31,18% after conventional operations and it consisted of 1,81% after laparoscopic surgery. Total postoperative lethality was 24,5%. The maximal level of postoperative lethality was noted in cases of colon cancer complications and it had an ultimate rate (100%) in cases of perforation of locally advanced tumor.

Key words: colon, cancer, elderly and senile age, endovideosurgical operations