

© Н. А. Майстренко, А. А. Хватов, А. А. Сазонов, 2016
УДК 616.345-006.6-053.9-089

Н. А. Майстренко¹, А. А. Хватов², А. А. Сазонов¹

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹ Кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова (зав. — академик РАН Н. А. Майстренко), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова; ² Ленинградская областная клиническая больница (главврач — проф. Т. В. Тюрина), Санкт-Петербург

Ключевые слова: *местно-распространенный рак толстой кишки, комбинированные операции, старшие возрастные группы*

Введение. В последние десятилетия в большинстве стран мира, в том числе и в России, регистрируется существенный рост заболеваемости колоректальным раком (КРР). Так, в 2011 г. в мире было выявлено более 1 млн новых случаев рака толстой кишки, и более 500 000 человек умерли от этого заболевания [15]. Темпы роста заболеваемости и смертности при КРР опережают аналогичные показатели среди опухолей других локализаций [1, 4]. На территории нашего государства первичный диагноз колоректального рака ежегодно устанавливается у 60 000 человек, при этом наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в Северо-Западном регионе (Санкт-Петербург и Ленинградская область), где в общей структуре онкопатологии КРР вышел на второе место как среди мужчин, так и среди женщин [1].

В настоящее время общепризнано, что основным фактором риска развития рака толстой кишки является возраст [7, 13]. Установлено, что встречаемость колоректального рака среди пациентов старше 50 лет удваивается каждые 7 лет, достигая пиковых значений к 65–70 годам [6, 20]. Как следствие, более 70% всех случаев КРР выявляются у пациентов пожилого и старческого возраста [3, 16].

Особенности клинического течения рака толстой кишки, наряду с отсутствием эффективных высокочувствительных методик скрининга, не позволяют улучшить показатели ранней диагностики данного заболевания. В результате этого частота выявления запущенных форм КРР остается стабильно высокой: примерно у 70–80% больных рак толстой кишки диагностируется на III–IV стадии [1]. Не снижается и удельный вес пациентов с местно-распространенным раком толстой кишки (МРРТК). Так, у 20–25% больных раком прямой кишки и у 15–20% — раком ободочной кишки отмечается вовлечение в опухолевый процесс окружающих органов и тканей [2, 5, 8]. Поздняя диагностика КРР особенно характерна для пациентов старших возрастных групп. Существенное преобладание осложненных и распространенных форм рака толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста, доля которых достигает 85%, подтверждает эту закономерность [3, 6, 12].

Совершенствование хирургической техники, наряду со стремительно возрастающим потенциалом анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии, привело к существенному пересмотру взглядов на объем оперативных вмешательств у пациентов с местно-распространенным КРР. Господствовавшая ранее в онкологии классическая догма: «Маленькая опухоль — большая операция, большая опухоль — никакой операции» в последние годы все реже применяется

Сведения об авторах:

Майстренко Николай Анатольевич (e-mail: nik.m.47@mail.ru), Сазонов Алексей Андреевич (e-mail: sazonov_alex_doc@mail.ru), кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6;

Хватов Андрей Анатольевич (e-mail: andrey_hvatov@mail.ru), Ленинградская областная клиническая больница, 194291, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 47

в практической деятельности. В настоящее время комбинированные операции признаны «золотым стандартом» в лечении больных с МРРТК [2, 5, 11, 18]. Рядом исследований [9, 13, 17] доказано, что удаление опухоли с резекцией фиксированных к ней структур единым блоком позволяет достичь гораздо лучших отдаленных результатов, чем попытка разделения спаянных образований и, по сути, является залогом радикального лечения. Однако выполнение комбинированных операций сопряжено с нанесением организму обширной хирургической травмы, что закономерно приводит к возрастанию степени операционно-анестезиологических рисков [8, 14, 19]. В этой связи необходимо отметить, что пациенты старших возрастных групп с МРРТК представляют собой наиболее сложную группу больных как с точки зрения адекватного выбора хирургической тактики, так и с точки зрения ее последующей реализации. Это обусловлено тем, что у больных пожилого и старческого возраста имеется сочетание неблагоприятных факторов, связанных как с распространенностью опухолевого процесса, так и с ограниченными функциональными резервами организма. Учитывая эти особенности, другая классическая догма, высказанная П.А.Герценом: «Техника позволяет, больные не выдерживают», не потеряла своей актуальности в отношении данного контингента пациентов.

Таким образом, высокая частота встречаемости местно-распространенного рака толстой кишки, наряду с его «старением», подтверждают целесообразность изучения вопроса применения комбинированных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста.

Цель данной работы — оценить эффективность комбинированных операций у пациентов старших возрастных групп с местно-распространенным колоректальным раком.

Материал и методы. В основе исследования лежит ретроспективный анализ результатов лечения 102 пациентов с местно-распространенным раком толстой кишки без отдаленного метастазирования, подвергнутых хирургическому лечению в период с января 2010 г. по ноябрь 2014 г. Больные были разделены на 2 группы по возрастному фактору. Основную группу из 66 человек составили люди пожилого и старческого возраста. Контрольная группа была сформирована из 36 пациентов моложе 60 лет. В основную группу вошли 23 мужчины и 43 женщины. Средний возраст больных в этой группе составил $(70,4 \pm 1,8)$ года (от 60 до 85 лет). В контрольной группе соотношение мужчин и женщин было равным, а средний возраст ее представителей был $(52,7 \pm 1,7)$ года (от 35 до 59 лет).

Все больные проходили предоперационное обследование в условиях стационара, основными задачами которого было

определение распространенности онкологического процесса, резектабельности опухоли, а также оценка функциональных резервов организма. Помимо лабораторно-инструментальных методов, входящих в стандарт обследования перед плановой операцией, диагностическая программа включала: ФГДС, эндоскопическое исследование толстой кишки с последующим гистологическим изучением биопсийного материала, УЗИ, МРТ или КТ брюшной полости и малого таза, а также контроль уровня онкомаркеров. В перечень дополнительных методов обследования входили: экскреторная урография и цистоскопия при вовлечении в опухолевый процесс органов мочевыделительной системы, эхокардиография и оценка функции внешнего дыхания при наличии соответствующих сопутствующих заболеваний.

Преобладающей локализацией первичной опухоли как в основной, так и в контрольной группе была прямая кишка и ректосигмоидный отдел толстой кишки, при этом необходимо отметить, что у пациентов пожилого и старческого возраста поражение правой половины ободочной кишки встречалось несколько чаще, чем у более молодых. В большинстве клинических случаев опухоль имела морфологическую структуру умеренно дифференцированной аденокарциномы. Однако низкая степень опухолевой дифференцировки в основной группе больных регистрировалась достоверно реже, чем в контрольной ($p < 0,01$). Частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов была выше среди больных моложе 60 лет ($p < 0,05$). Почти у всех пациентов были диагностированы выраженные паратуморальные осложнения, значительно ухудшавшие их общее состояние, при этом, наиболее тяжелые из них несколько чаще встречались у геронтологических больных. Необходимо отметить, что у 79% больных в основной группе и у 70% — в контрольной имелось сочетание из двух осложнений и более. Статистически достоверные различия между исследуемыми группами были отмечены при оценке физического статуса их параметров по шкале ASA, что связано с высокими показателями коморбидности у лиц пожилого и старческого возраста: более 90% больных основной группы страдали сопутствующими заболеваниями. Частота проведения неoadъювантной химиолучевой терапии была несколько выше в контрольной группе, однако, в целом, она применялась довольно редко, что может быть связано с наличием у большинства пациентов серьезных осложнений опухолевого процесса, препятствовавших ее назначению. Основные параметры сравнительной клинической характеристики пациентов приведены в *табл. 1*.

Для обоснования корректности последующего сравнительного анализа результатов лечения была дана статистическая оценка частоты вовлечения в опухолевый процесс отдельных органов и структур в каждой группе больных. Анализируя данные, приведенные в *табл. 2*, можно отметить однородность групп по большинству признаков. Достоверные различия отмечены только по частоте опухолевой инвазии в семенные пузырьки и тонкую кишку, которая была несколько ниже у пациентов гериатрического профиля ($p < 0,05$).

В рамках статистического анализа материала для сравнения параметров между группами использовали: для категориальных значений — точный тест Фишера, для количественных показателей — «t-тест» Стьюдента. Для оценки качества жизни больных применяли опросник SF-36. Расчеты показателей выживаемости производили с помощью метода Каплана—Мейера.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Показатели	Основная группа (n=66), абс. число (%)	Контрольная группа (n=36), абс. число (%)	p
Средний возраст, лет	70,4	52,7	<0,05
Локализация опухоли:			
прямая кишка	27 (41)	17 (47)	>0,05
ректосигмоидный отдел толстой кишки	19 (29)	12 (33)	>0,05
сигмовидная кишка	8 (12)	3 (8)	>0,05
селезеночный изгиб	2 (3)	2 (6)	>0,05
печеночный изгиб	1 (1,5)	(0)	>0,05
восходящая ободочная кишка	1 (1,5)	– (0)	>0,05
слепая кишка	8 (12)	2 (6)	>0,05
Морфологическая структура опухоли:			
умереннодифференцированная аденокарцинома	54 (81,9)	26 (72,2)	>0,05
высокодифференцированная аденокарцинома	10 (15,1)	4 (11,1)	>0,05
низкодифференцированная аденокарцинома	2 (3)	6 (16,7)	<0,01
Паратуморальные осложнения:			
нарушение проходимости	51 (77)	28 (78)	>0,05
кровотечение	16 (24)	10 (28)	>0,05
воспаление	22 (33)	11 (31)	>0,05
абсцесс	5 (8)	3 (8)	>0,05
опухолевый свищ	9 (14)	3 (8)	>0,05
интоксикация	2 (3)	– (0)	>0,05
распад опухоли	2 (3)	– (0)	>0,05
Регионарные метастазы	7 (11)	9 (25)	<0,05
Число соседних органов (структур), вовлеченных в опухолевый процесс:			
1	42 (64)	20 (56)	>0,05
2	18 (27)	12 (33)	>0,05
3	3 (4,5)	4 (11)	>0,05
4	3 (4,5)	– (0)	>0,05
Физический статус по шкале ASA:			
II	5 (8)	17 (47)	<0,01
III	57 (86)	19 (53)	<0,01
IV	4 (6)	– (0)	>0,05
Предоперационная химиолучевая терапия	6 (9)	6 (17)	>0,05

Результаты и обсуждение. Соблюдение алгоритмов комплексного обследования больных и их надлежащей предоперационной подготовки позволило у всех пациентов осуществить удаление новообразований с первой попытки и избежать тем самым эксплоративных лапаротомий. Среди обширного арсенала методов, использованных нами для оценки распространенности опухолевого процесса, наиболее высокой диагностической ценностью, на наш взгляд, обладает МРТ. Результаты этого исследования более

чем у 90% больных коррелировали с интраоперационной картиной, что позволило нам заранее планировать ход операции с учетом всех анатомо-топографических особенностей опухолевого роста. Таким образом, наши данные подтверждают точку зрения ряда авторов о важной роли МРТ в грамотном стадировании опухолевого процесса [8, 18, 19].

Всем больным выполнены радикальные оперативные вмешательства, неотъемлемым принципом которых было одномоментное удаление поражен-

Таблица 2

Частота вовлечения в опухолевый процесс отдельных органов и структур

Название органа (структуры)	Пациенты 60 лет и старше (n=66), абс. число (%)	Пациенты моложе 60 лет (n=36), абс. число (%)	p
Влагалище	12 (18)	6 (16,5)	>0,05
Матка	9 (13,5)	6 (16,5)	>0,05
Придатки	5 (7,5)	1 (2,8)	>0,05
Семенные пузырьки	4 (6)	6 (16,5)	<0,05
Предстательная железа	1 (1,5)	2 (5,5)	>0,05
Мочевой пузырь	8 (12)	5 (13,9)	>0,05
Мочеточник	6 (9)	1 (2,8)	>0,05
Тонкая кишка	7 (10,5)	10 (27,8)	<0,05
Толстая кишка	4 (6)	1 (2,8)	>0,05
Желудок	1 (1,5)	2 (5,5)	>0,05
Поджелудочная железа	1 (1,5)	— (0)	>0,05
Селезенка	1 (1,5)	— (0)	>0,05
Большой сальник	— (0)	2 (5,5)	>0,05
Наружные подвздошные сосуды	2 (3)	— (0)	>0,05
Внутренние подвздошные сосуды	4 (6)	3 (8,3)	>0,05
Забрюшинная клетчатка	10 (15)	3 (8,3)	>0,05
M. levator ani	3 (4,5)	2 (5,5)	>0,05
Пресакральная фасция	2 (3)	1 (2,8)	>0,05
Передняя брюшная стенка	5 (7,5)	6 (16,5)	>0,05

Примечание. У 26 пациентов основной группы и у 16 — в контрольной отмечено вовлечение в опухолевый процесс 2 органов (структур) и более.

ных опухолью органов и тканей единым блоком (en-bloc) с обязательным достижением негативных краев резекции. Объем резекционного этапа операций существенно варьировал в зависимости от того, какие органы и структуры были вовлечены в опухолевый процесс. Однако, в целом, структура хирургических вмешательств, выполненных геронтологическим больным, существенно не отличалась от таковой у пациентов моложе 60 лет (табл. 3). Полнота выполнения реконструктивного этапа вмешательства также не зависела от возраста. Обструктивные резекции выполняли только при наличии признаков кишечной непроходимости при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки. Однако у пациентов старших возрастных групп несколько чаще прибегали к формированию превентивной колостомы, учитывая более высокий риск развития у них несостоятельности межкишечного анастомоза. Сигмовагинопластику при экзентерациях малого таза осуществляли у всех женщин для заполнения свободной полости хорошо васкуляризированной тканью и снижения, таким образом, риска развития инфекционно-гнойных осложнений. При вовлечении в опухолевый процесс мочевого пузыря и возможности его сохранения выполняли

сигмо- или энтероцистопластику. При компримировании опухолью области треугольника Лъето после удаления мочевого пузыря для обеспечения деривации мочи формировали илеоконduit по Бриккеру [5, 8]. С целью профилактики неконтролируемого кровотечения из висцеральных ветвей подвздошных сосудов иногда прибегали к пережатию на турникете или перевязке внутренних подвздошных артерий. Средняя продолжительность операций, как и объем интраоперационной кровопотери, в обеих группах были сопоставимы и составили: (217±42) мин и (450±80) мл в основной группе больных и (232±54) мин и (500±50) мл — в группе контроля.

Оценка показателей ближайшего послеоперационного периода (30 сут с момента выполнения оперативного вмешательства) произведена у всех больных, включенных в исследование. Послеоперационной летальности удалось избежать в обеих группах. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после хирургического пособия у пациентов пожилого и старческого возраста превосходила данный показатель у людей моложе 60 лет: (16,7±4,4) и (14,6±3,6) койко-дня соответственно. Аналогичная тенденция была отмечена и при анализе длительности лечения пациентов

Таблица 3

Структура оперативных вмешательств

Вид операции	Пациенты 60 лет и старше, абс. число (%)	Пациенты моложе 60 лет, абс. число (%)	p
Правосторонняя гемиколэктомия с резекцией:			
передней брюшной стенки	2 (3)	2 (5,5)	>0,05
забрюшинной клетчатки	1 (1,5)	–	>0,05
подвздошно-поясничной мышцы	1 (1,5)	–	>0,05
правых придатков	2 (3)	–	>0,05
Резекция поперечной ободочной кишки с резекцией ДПК	1 (1,5)	–	>0,05
Левосторонняя гемиколэктомия с резекцией:			
желудка, поджелудочной железы	1 (1,5)	–	>0,05
желудка и тонкой кишки	–	2 (5,5)	>0,05
передней брюшной стенки	–	1 (2,8)	>0,05
экстирпацией большого сальника	–	2 (5,5)	>0,05
Резекция сигмовидной кишки с резекцией:			
тонкой кишки	1 (1,5)	–	>0,05
левых придатков	1 (1,5)	–	>0,05
забрюшинной клетчатки	1 (1,5)	–	>0,05
Операция типа Гартмана с резекцией:			
забрюшинной клетчатки	1 (1,5)	–	>0,05
передней брюшной стенки	1 (1,5)	1 (2,8)	>0,05
мочевого пузыря	–	1 (2,8)	>0,05
тонкой кишки	1 (1,5)	1 (2,8)	>0,05
Тотальная экзентерация малого таза:	2 (3)	1 (2,8)	>0,05
с нефрэктомией	1 (1,5)	–	>0,05
Задняя экзентерация малого таза:	8 (12)	7 (19,5)	>0,05
с резекцией тонкой кишки	1 (1,5)	1 (2,8)	>0,05
Передняя резекция прямой кишки с резекцией:			
мочевого пузыря	4 (6)	3 (8,3)	>0,05
семенных пузырьков	1 (1,5)	5 (13,9)	<0,01
тонкой кишки	1 (1,5)	1 (2,8)	>0,05
тазовой брюшины и околопузырной клетчатки	10 (15)	1 (2,8)	<0,05
внутренних подвздошных сосудов	8 (12)	–	<0,01
влагалища	1 (1,5)	–	>0,05
придатков	–	1 (2,8)	>0,05
Брюшно-анальная резекция прямой кишки с резекцией семенных пузырьков и тазовой брюшины	1 (1,5)	1 (2,8)	>0,05
Брюшно-промежностная экстирпация с резекцией:			
семенных пузырьков и простаты	–	2 (5,5)	>0,05
влагалища	3 (4,5)	2 (5,5)	>0,05
влагалища и внутренних подвздошных сосудов	2 (3)	–	>0,05
мышц, поднимающих задний проход	1 (1,5)	–	>0,05
Лапароскопически ассистированная гемиколэктомия:			
правосторонняя с резекцией брюшной стенки	3 (4,5)	–	>0,05
левосторонняя с резекцией поджелудочной железы и спленэктомией	1 (1,5)	–	>0,05
резекция сигмовидной и тонкой кишки	1 (1,5)	1 (2,8)	>0,05
передняя резекция прямой кишки и тазовой брюшины	2 (3)	–	>0,05
брюшно-промежностная экстирпация с резекцией семенных пузырьков	1 (1,5)	–	>0,05

в отделении реанимации и интенсивной терапии, средний показатель которой в основной группе составил $(2,5 \pm 0,4)$ против $(1,6 \pm 0,5)$ койко-дня. Необходимо отметить, что пери- и послеоперационное ведение больных в обеих группах старались осуществлять в соответствии с протоколами Fast track [10].

Развитие осложнений в послеоперационном периоде было отмечено у 22 больных гериатрического профиля (33% от общего числа пациентов основной группы). Среди пациентов молодого и среднего возраста данный показатель был ниже и составил 25%. Для комплексного анализа осложнений послеоперационного периода они были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли осложнения, не угрожающие жизни пациента, для разрешения которых было достаточно проведения консервативного лечения (тяжесть осложнений соответствует I–II степени по классификации Clavien—Dindo). Во 2-ю группу были включены осложнения, угрожающие развитием летального исхода, для ликвидации которых было необходимо выполнение повторных хирургических вмешательств или проведение интенсивного лечения в отделении реанимации (тяжесть осложнений соответствует III–IV степени по классификации Clavien—Dindo). Приведенные в табл. 4 данные свидетельствуют о том, что осложнения как в 1-й, так и во 2-й группе несколько чаще встречались у

пациентов старше 60 лет (разница по отдельным видам осложнений статистически недостоверна, $p > 0,05$). Более детальный анализ позволяет сделать вывод о том, что наиболее весомый вклад в «копилку» осложнений у геронтологических больных вносят функционально-соматические нарушения, которые, как правило, развиваются вследствие декомпенсации сопутствующей патологии. При этом, удельный вес осложнений, связанных с выполнением оперативного пособия, в этой группе больных лишь незначительно превышает аналогичный показатель у пациентов моложе 60 лет. Эти данные, на наш взгляд, убедительно демонстрируют важность мультидисциплинарного подхода к оценке общесоматического статуса пациентов старшего возраста и своевременной коррекции сопутствующей патологии в предоперационном периоде.

Оценка отдаленных результатов лечения в сроки от 2 до 6 лет после операции произведена у 41 пациента основной группы (62% от общего числа больных данной группы) и у 23 пациентов моложе 60 лет (64% от общего числа больных контрольной группы). Медиана продолжительности жизни пациентов составила: в основной группе — 36,1 мес, в контрольной — 38,5 мес. Показатель общей 2-летней выживаемости у пациентов геронтологического профиля был равен 73,2%, а у больных молодого и среднего возраста — 78,3%.

Таблица 4

Частота развития послеоперационных осложнений

Группа больных	Осложнение	Пациенты 60 лет и старше, абс. число (%)	Пациенты моложе 60 лет, абс. число (%)	p
1-я	Нагноение послеоперационной раны	11 (16,7)	5 (13,8)	>0,05
	Дисфункция мочевого пузыря	12 (18,2)	5 (13,8)	>0,05
	Парез кишечника	10 (15,2)	4 (11,1)	>0,05
	Лимфорея	7 (10,5)	3 (8,3)	>0,05
	Гипостатическая пневмония	1 (1,5)	– (0)	>0,05
	Острый пиелонефрит	2 (3)	– (0)	>0,05
2-я	Несостоятельность анастомоза	4 (6)	2 (5,5)	>0,05
	Эвентрация	4 (6)	1 (2,7)	>0,05
	Ретракция колостомы	1 (1,5)	1 (2,7)	>0,05
	Абсцесс брюшной полости	1 (1,5)	– (0)	>0,05
	Флегмона малого таза	1 (1,5)	1 (2,7)	>0,05
	Повреждение мочеточника	1 (1,5)	1 (2,7)	>0,05
	Кровотечение из язв желудка, двенадцатиперстной кишки	3 (4,5)	– (0)	>0,05
	Нарушения ритма сердца, острая сердечная недостаточность	3 (4,5)	– (0)	>0,05
	Острая почечная недостаточность	2 (3)	– (0)	>0,05

Примечание. У 13 пациентов основной группы и у 5 в контрольной отмечено сочетание из двух осложнений и более.

Среди представителей основной группы было 11 летальных исходов в сроки от 2 до 41 мес после операции, при этом у 3 из них причиной смерти стала декомпенсация сопутствующей патологии. В контрольной группе спустя 3–28 мес после хирургического пособия умерли 5 человек, причем наступление данных летальных исходов было связано исключительно с прогрессированием рака толстой кишки. Таким образом, канцер-специфическая смертность в группе больных гериатрического профиля оказалась несколько ниже, чем у пациентов моложе 60 лет (19,5% против 21,7%). Двухлетняя безрецидивная выживаемость составила 65,9% в основной группе и 52,2% — в контрольной. Сравнительная оценка отдаленных результатов свидетельствует об онкологической обоснованности и более высокой эффективности комбинированных операций у пациентов пожилого и старческого возраста.

Немаловажным критерием эффективности проведенного лечения, наряду с показателями выживаемости больных, является и интегральная оценка качества их жизни, особенно, когда речь идет об экстенсивных оперативных вмешательствах, подразумевающих нанесение организму пациента обширной хирургической травмы, к которым, безусловно, относятся и комбинированные операции. Для изучения качества жизни пациентов был использован опросник SF-36. Анкетирование проведено у 50% больных в обеих группах. Произведена сравнительная оценка основных параметров по состоянию на момент поступления в стационар (предоперационный период) и в сроки от 6 до 12 мес после

выполненного им оперативного вмешательства. Суммарные показатели качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде оказались лучше у пациентов основной группы (рисунок).

Наиболее высокие показатели уровня качества жизни у больных пожилого и старческого возраста были отмечены по таким шкалам, как социальная активность и эмоциональное функционирование. Из 33 пациентов основной группы, прошедших анкетирование, 29 человек были довольны качеством жизни, не испытывали существенных ограничений и полностью сохраняли способность к самообслуживанию. Только у 2 пациентов не было отмечено существенных положительных сдвигов при сравнительной оценке качества жизни в дооперационном периоде и по истечении 6 мес после операции. Однако неудовлетворительные показатели качества жизни данных пациентов во многом были обусловлены тяжелыми реакциями организма на проводимую химиотерапию. У всех остальных пациентов гериатрического профиля выполнение комбинированных операций позволило значительно улучшить качество их жизни.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует достаточно высокую эффективность комбинированных оперативных вмешательств у больных с МРРТК в старших возрастных группах, что подтверждается обнадеживающими отдаленными результатами и высокими показателями качества жизни пациентов.

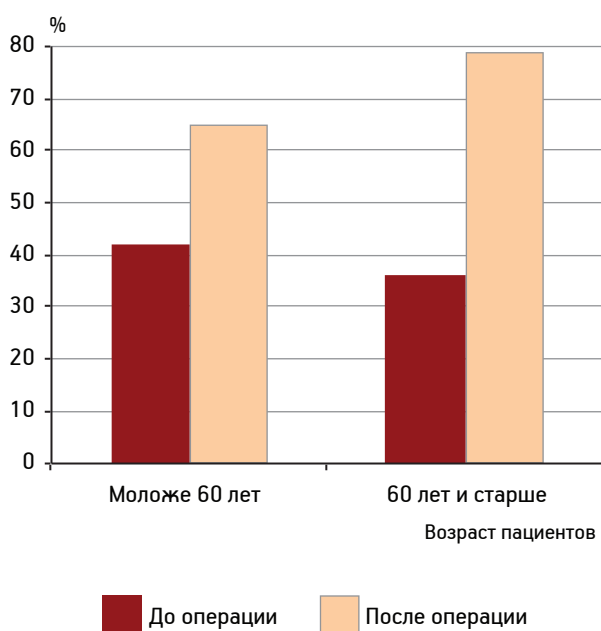
Выводы. 1. Выполнение комбинированных операций у больных с местно-распространенным раком толстой кишки в пожилом и старческом возрасте сопровождается повышенным риском развития функционально-соматических осложнений в послеоперационном периоде.

2. Применение активной хирургической тактики у пациентов гериатрического профиля с местно-распространенным колоректальным раком обеспечивает более высокие показатели канцер-специфической выживаемости по сравнению с больными моложе 60 лет.

3. Комбинированные операции при местно-распространенном раке толстой кишки позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов старших возрастных групп.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина. 2009. Т. 20, № 3 (приложение 1).
2. Давыдов М.И., Одарюк Т.С., Нечушкин М.И. и др. Тактика оперативного лечения при местно-распространенных опухолях органов малого таза с поражением мочевого пузыря // Онкоурология. 2006. № 2. С. 26.



Суммарные показатели уровня качества жизни больных

3. Дмитриев М.О. Хирургическое лечение осложненного колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2007. 22 с.
4. Куликов Е.П., Бубликов И.Д., Головкин Е.Ю., Семионкин Е.И. Различные хирургические подходы к лечению больных распространенным раком толстой кишки // Онкохирургия. 2011. № 5. С. 29–32.
5. Майстренко Н.А., Хватов А.А., Сазонов А.А., Учваткин Г.В. Экзентерации малого таза в лечении местно-распространенных опухолей // Вестн. хир. 2014. № 6. С. 37–43.
6. Маньковский Н.Б. Различные клинические формы рака толстой кишки в гериатрической практике // Клини. хир. 2000. № 5. С. 19–22.
7. Маркарян Д.Р. Мультидисциплинарный подход к лечению колоректального рака у больных старческого возраста: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 151 с.
8. Петров Л.О. Экзентерации малого таза в лечении больных местно-распространенным первичным и рецидивным раком прямой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 23 с.
9. Тулина И.А. Хирургическая тактика при местно-распространенном раке прямой кишки: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 143 с.
10. Хрыков Г.Н., Фридман М.Х., Миллер А.Е., Мюхкюрю Д.Ю. Современная реабилитация в хирургии рака толстой кишки у геронтологических больных в условиях многопрофильного стационара // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. (приложение). 2014. Т. 46, № 2. С. 401.
11. Чиссов В.И., Вашакмадзе В.А., Бутенко А.В. и др. Комбинированные вмешательства при колоректальном раке // Колопроктология. 2002. № 2. С. 14–17.
12. Audisio R.A., Papamichael D. Treatment of colorectal cancer in older patients // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2012. Vol. 9, № 12. P. 716–725.
13. Derici H., Unalp H.R., Kamer E. et al. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer // Colorectal Dis. 2008. Vol. 10, № 5. P. 453–459.
14. Ferenschild F.T., Vermaas M., Verhoef C. et al. Total pelvic exenterations for primary and recurrent malignancies // World J. Surg. 2009. Vol. 33, № 7. P. 1502–1508.
15. Jemal A., Bray F., Melissa M. et al. Global cancer statistics // Cancer J. Clin. 2011. Vol. 61. P. 69–90.
16. Larsen S.G., Wiig J.N., Tretli S. et al. Surgery and preoperative irradiation for locally advanced or recurrent rectal cancer in patients over 75 years of age // Colorectal Dis. 2006. Vol. 8, № 3. P. 177–185.
17. Lehnert T., Methner M., Polloc A., Schaible A. et al. Multivisceral resection for locally advanced primary colon and rectal cancer: an analysis of prognostic factors in 201 patients // Ann. Surg. 2002. Vol. 235, № 2. P. 217–225.
18. Lopez M.J. Multivisceral resection for colorectal cancer // J. Surg. Oncol. 2001. Vol. 44, № 1. P. 1–5.
19. Nakafusa Y., Tanaka T., Tanaka M. et al. Comparison of multivisceral resection and standard operation for locally advanced colorectal cancer: analysis of prognostic factors for short-term and long-term outcome // Dis. Colon. Rectum. 2004. Vol. 47, № 12. P. 2055–2063.
20. Sanoff H.K., Goldberg R.M. Colorectal cancer treatment in older patients // Gastrointest // Cancer Res. 2007. Vol. 4, № 6. P. 248–253.

Поступила в редакцию 06.04.2016 г.

N.A.Maistrenko¹, A.A.Khvatov², A.A.Sazonov¹

SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH LOCALLY ADVANCED COLON CANCER

¹ S.M.Kirov Military Medical Academy; ² Leningrad regional clinical hospital, Saint-Petersburg

The article analyzed the results of radical operative treatment of 102 patients aged 35–85 years old. It was shown that combined operations on patients of 60 years old and older were associated with high risk of somatic complications in postoperative period. However, these operations provided more higher rate of survival compared with patients younger than 60 years old and improved the quality of life.

Key words: *locally advanced colon cancer, combined operations, older age groups*