

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»²

Представлен опыт симультанного хирургического лечения 73 пациентов раком ободочной кишки в сочетании с другими заболеваниями, также подлежащими оперативному лечению. Чаще всего радикальное вмешательство на толстой кишке сочеталось с операцией на органах малого таза, желчном пузыре, желудке. При оценке операционного риска, предоперационной подготовке, на основе мультидисциплинарного подхода, выполнение симультанных операций у лиц пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки оправдано, не утяжеляет течение послеоперационного периода и не ухудшает непосредственные результаты лечения. Описан клинический случай успешного лечения пациента с раком ректосигмоидного соединения, одновременно перенесшего гастрэктомию по поводу рака желудка и получившего позднее лучевое лечение по поводу рака предстательной железы.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, сопутствующие заболевания, симультанные операции.

Z. E. Gedrevich, A. V. Prohorov, Yu. G. Tsemahov

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN THE COLON CANCER AT PERSONS OF ELDERLY AND SENILE AGE

The experience of simultaneous surgical treatment of 73 colon cancer patients with combination of other diseases which are also subject to operative treatment is presented. Radical intervention into colon cancer was mostly combined with operation on organs of a small pelvis, a gall bladder, a stomach. Provided the assessment of the operational risk and preoperative preparation, based on a multidisciplinary approach, have been performed, the implementation of simultaneous operations for elderly and senile patients with colon cancer is justified, does not weigh down the postoperative period and does not deteriorate the immediate results of the treatment. There is a clinical case of a successful treatment of a patient with cancer of the rectosigmoid junction having been subjected to simultaneous gastrectomy concerning stomach cancer and had later radiation therapy on a prostate cancer.

Key words: colon cancer, accompanying diseases, simultaneous operations.

На протяжении последних десяти лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки. В Республике Беларусь, по сравнению с 2003 г., этот показатель вырос с 18,3 до 26,9 на 100 000 населения. В 2013 г. было зарегистрировано 2549 новых случаев заболевания, в 54,9% из них рак был диагностирован в I–II стадии [4]. Рост заболеваемости обусловлен, прежде всего, увеличением продолжительности жизни населения. Пик заболеваемости у женщин приходится на возраст 74–79 лет, а у мужчин – 80 лет и старше. В таком возрасте

у 10–15% пациентов к моменту обнаружения злокачественной опухоли имеется или выявляется в процессе обследования и иная патология, требующая хирургического лечения. Серьезную тактическую проблему для лечения представляют и первично-множественные опухоли [1]. В то же время, хирургическое лечение рака ободочной кишки (РОК) остается основным методом радикального, паллиативного или симптоматического лечения. Как правило, в стационарах хирургического профиля, при сочетанной патологии, учитывая резервные возможности организма, оперативные

вмешательства выполняются последовательно, при этом приоритет отдается заболеванию по профилю отделения, в котором в данный момент находится пациент. В такой ситуации лечение онкологической патологии затягивается нередко до 6–12 месяцев, что негативно сказывается на психике и качестве жизни пациента в период ожидания очередного вмешательства. Кроме того, отсрочка в лечении в таком возрасте нередко является фатальной, особенно при злокачественном поражении нескольких органов. Немаловажное значение имеет и экономическая составляющая, связанная со значительным сроком временной нетрудоспособности у работающих пенсионеров [2]. Более рентабельным для клиники и более приемлемым для пациента представляется методика одновременного выполнения вмешательства при онкологической и хирургической патологии.

Первые сообщения о подобных операциях появились в 30 годах прошлого века. Однако, термин «simultaneously», обозначающий одновременное выполнение нескольких хирургических вмешательств, был предложен Reifferscheid в 1971 г. [5]. Симультанные операции не следует отождествлять с комбинированными и расширенными хирургическими вмешательствами, выполняемыми у онкологических пациентов по поводу одного заболевания, при местнораспространенном или метастатическом раке [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов выполнения симульных оперативных вмешательств, при различной хирургической патологии, не имеющей этиологической связи с РОК у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Материалом для исследования послужили случаи РОК у пациентов, получивших радикальное хирургическое лечение в условиях Минского городского клинического онкологического диспансера в 2009–2011 годах. С верифицированным диагнозом РОК в I–III стадии поступило 1274 пациента. Из них в 987 (77,5%) случаях средний возраст превышал 60 лет и составил $68,0 \pm 7,9$ лет. Соотношение женщин и мужчин – 1:1,4. Все нуждались в хирургическом лечении. Сопутствующие заболевания диагностированы у 84% пациентов. Среди хронических заболеваний преобладали болезни сердца – 45,2%, гипертоническая болезнь – 37,6%, болезни легких – 24,7%, варикозная болезнь нижних конечностей – 15,4%, сахарный диабет –

Таблица 1. Сопутствующие заболевания, требовавшие хирургического лечения

| Название заболевания | Число случаев |
|--------------------------------|---------------|
| Калькулезный холецистит | 13 |
| Множественная фибромиома матки | 19 |
| Киста яичников | 11 |
| Язвенная болезнь желудка | 8 |
| Рак желудка | 5 |
| ГИСО желудка | 4 |
| Карциноид желудка | 1 |
| Ворсинчатая опухоль сигмы | 3 |
| Рак молочной железы | 1 |
| Очаговая мастопатия | 3 |
| Рак щитовидной железы | 1 |
| Грыжа белой линии | 2 |
| Рак кожи | 2 |
| ВСЕГО | 73 |

Таблица 2. Объем симульных хирургических вмешательств

| Название операции | Число случаев |
|--|---------------|
| Правосторонняя гемиколонэктомия + дистальная субтотальная резекция желудка | 3 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + резекция 2/3 желудка | 5 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + холецистэктомия | 5 |
| Резекция сигмы + экстирпация матки с придатками | 4 |
| Резекция сигмы + дистальная субтотальная резекция желудка | 2 |
| Резекция сигмы + холецистэктомия | 4 |
| Левосторонняя гемиколонэктомия + холецистэктомия | 3 |
| Резекция поперечно-ободочной кишки + холецистэктомия | 1 |
| Операция Гартмана + атипическая резекция желудка | 2 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + атипическая резекция желудка | 2 |
| Левосторонняя гемиколонэктомия + секторальная резекция молочной железы | 2 |
| Левосторонняя гемиколонэктомия + герниотомия, пластика брюшной стенки | 2 |
| Резекция сигмы + резекция 2/3 желудка | 3 |
| Резекция сигмы + секторальная резекция молочной железы | 1 |
| Резекция сигмы + двусторонняя аднексэктомия, оментэктомия | 3 |
| Левосторонняя гемиколонэктомия + экстирпация матки с придатками | 3 |
| Резекция поперечно-ободочной кишки + широкое иссечение опухоли кожи | 1 |
| Операция Гартмана + широкое иссечение опухоли кожи | 1 |
| Левосторонняя гемиколонэктомия + двусторонняя аднексэктомия, оментэктомия | 6 |
| Левосторонняя гемиколонэктомия + тиреоидэктомия | 1 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + резекция сигмы | 3 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + двусторонняя аднексэктомия, оментэктомия | 2 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + экстирпация матки с придатками | 12 |
| Передняя резекция прямой кишки + гастрэктомия | 1 |
| Правосторонняя гемиколонэктомия + мастэктомия по Мадену | 1 |
| Всего | 73 |

12,1%, хроническая почечная недостаточность – 10,5%, ожирение – 35,4%.

Хроническая абдоминальная патология, требующая хирургического лечения, была выявлена у 73 (7,4%) пациентов (табл. 1). После детального клинического обследования и предоперационной подготовки все больные были подвергнуты оперативному лечению. Объем хирургического вмешательства был выбран в зависимости от локализации опухоли, в соответствии с утвержденными протоколами лечения злокачественных новообразований. Основную группу составили 914(92,6%) пациентов, имевших только злокачественную опухоль толстой кишки без отдаленных метастазов. Субтотальная колонэктомия произведена в 17(1,9%) случаях, правосторонняя гемиколонэктомия –

□ Оригинальные научные публикации

в 280(30,6%), резекция поперечно-ободочной кишки – 52(5,7%), левосторонняя гемиколонэктомия – 103(11,3%), резекция сигмы – 298(32,6%), операция Гартмана – 70(7,7%). В 94(10,3%) случаях, при местно распространенном раке толстой кишки, выполнены комбинированные и расширенные вмешательства. В контрольную группу вошли 73(7,4%) пациентов, имевших локальный рак толстой кишки и сопутствующее заболевание, также требующее хирургического лечения. Всем пациентам, контрольной группы выполнены симультанные операции (табл. 2).

Результаты и обсуждение

Хирургическое вмешательство перенесли все пациенты. Предоперационный период в основной группе составил $7,3 \pm 1,5$ дня, в контрольной группе – $7,6 \pm 0,8$ дня. В послеоперационном периоде осложнения в виде спаечной кишечной непроходимости, кровотечения, несостоятельности анастомоза, нагноения раны, легочно-сердечной недостаточности, тромбэмболии легочной артерии в основной группе развились у 47(5,1%) пациентов. Аналогичные осложнения диагностированы у 4(5,4%) пациентов контрольной группы. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 1(1,4%), в основной группе – 14(1,5%). Продолжительность госпитализации в основной группе и группе контроля были сопоставимы и составили соответственно $17,4 \pm 2,0$ и $17,8 \pm 2,2$. Таким образом, анализ результатов хирургического лечения, при наличии РОК и сопутствующих хирургических заболеваний, позволяет заключить, что у пациентов пожилого и старческого возраста возможно выполнение симультанных операций. Одномоментные операции значимо не влияют на частоту послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. Ниже приводим одно из наблюдений.

Пациент П., 72 лет, пенсионер, в прошлом военнослужащий, ист. б-ни № 1470/09, поступил с жалобами на снижение аппетита, затруднения при дефекации, дискомфорт, склонность к запорам, примесь крови в кале. Считает себя больным около 3-х месяцев. В анамнезе простудные заболевания, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, Н₁, Онкозаболевания у кровных родственников отрицает. Объективно: больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное с обеих сторон. ЧД до 18/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии. При перкуссии – тимпанит. Печень у края реберной дуги. Свободная жидкость не определяется. Стул не регулярный, отмечает запоры по 2–3 дня. При обследовании установлено: общ. ан. крови: Н_б – 126 г/л, эр – 4,48 Т/л, Л – 6,66 Г/л, СОЭ – 13 мм/час. РЭА – 4,95 нг/мл, РСА – 10,2 нг/мл. ФГДС: пищевод свободно проходим. Желудок натощак пуст. От субкардии до средней трети тела желудка стенка по малой кривизне ригидна, перистальтика отсутствует. Биопсия № 436391-98 низкодифференцированная аденокарцинома. Per rectum: ампула свободна, предстательная железа уплотнена, бороздка сглажена. Узловые образования в ней не определяются. Биопсия простаты № 948-43 мелкоацинарная аденокарцинома. Сумма Глиссона 3 + 5, опухоль занимает 20%. Сигморектоскопия: на расстоянии 15–16 см от ануса определяется циркулярная стенозирующая опухоль протяженностью 5 см. Биопсия № 444388-90: умеренно дифференцированная аденокарцинома. ЭКГ – ритм синусовый. Блокада левой ножки пучка Гиса. При УЗИ и КТ органов брюшной полости отдаленные метастазы не выявлены.

Установлен клинический диагноз: Первично-множественный синхронный рак желудка T3N0M0, рак ректо-сигмоидного отдела толстой кишки T3N0M0 и предстательной железы T2N0M0. Принято решение о выполнении симультанной операции. Произведена гастрэктомия по Казанскому с лимфаденэктомией в объеме D2 и передняя резекция прямой кишки. Хирургическое вмешательство выполнялось двумя бригадами, продолжительность операции 3 часа 20 минут. Гистологическое заключение № 7165-94: рак тела желудка с вовлечением субсерозы (гист.: аденокарцинома умеренной степени дифференцировки, с внеклеточным слизеобразованием. Лимфоузлы и края отсечения без опухолевого роста pT3N0M0, G2. № 7195-210 – рак ректосигмоидного соединения гист.: аденокарцинома высокой степени дифференцировки) вовлекает субсерозу. Удаленные лимфоузлы и края отсечения без опухолевого роста pT3N0M0, G1). Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной на 12 сутки выписан для амбулаторного лучевого лечения по поводу рака предстательной железы.

Выводы

1. Все пациенты с колоректальным раком требуют полного инструментального обследования для исключения первично-множественных опухолей и диагностики иной абдоминальной патологии, требующей хирургического лечения.
2. Полное предоперационное обследование пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком требует мультидисциплинарного подхода с привлечением терапевта, кардиолога, анестезиолога, врача отделения интенсивной терапии для оценки риска симультанного хирургического лечения, предоперационной медикаментозной подготовки и коррекции метаболических нарушений.
3. Выполнение симультанных операций у лиц пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки оправдано, не утяжеляет течение послеоперационного периода и не ухудшает непосредственные результаты лечения.
4. Характер послеоперационных осложнений сопоставим в группах пациентов перенесших симультанные и стандартные операции при раке ободочной кишки.

Литература

1. Давыдов, М. И., Полоцкий Б. Е., Стилиди И. С., Магаладзе З. О. Тактика хирургического лечения больных синхронными первично-множественными злокачественными опухолями в сочетании с раком лёгкого // Проблемы современной онкологии: Материалы юбилейной конференции. – Томск, 1999. – С. 78–80.
2. Дыхно, Ю. А., Назаров И. П., Урста О. В. и др. Симультанные операции в хирургии онкологических больных. – Красноярск, 2002. – 137 с.
3. Кнюх, Л. Д., Фельштинер И. Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. – 1976. – № 4. – С. 75–79.
4. Сукошко, О. Г. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин; под ред. О. Г. Сукошко – Минск: РНПЦОМ им. Н. Н. Александрова, 2014. – 382 с.
5. Reifferscheid, M. Der simultaneingriff in der Bauchhöhle – Chirurgische Aspekte // Zent. Bl. Chir. – 1971. – Bd. 5. – S. 1210.

Поступила 19.05.2015 г.