

УДК 616.348-006.6-089.843-06:616.345-007.271-036.11

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

В. А. Левашов, В. А. Пустовойт, О. І. Качур, С. С. Павлов,  
С. П. Сороко, О. О. Семікоз, Б. Є. Бондаренко, І. Ф. Коссе, І. В. Амеліна,  
В. Є. Федченко, Е. В. Піддубний

Дорожня лікарня № 2 на станції Ясинувата Донецької залізниці

**Ключові слова:** колоректальний рак, передопераційний період, оперативні втручання, післяопераційна летальність.

За останнє десятиліття в усіх країнах світу помітно зростає частота онкологічних захворювань. Зокрема, збільшується кількість хворих на колоректальний рак. Останній поступово виходить на перше місце серед пухлин органів травлення, випереджаючи пухлини шлунка. За даними літератури, понад 60 % випадків захворювання спостерігається у пацієнтів віком 60–80 років.

Онкологи та хірурги не зовсім однаково розуміють тактику лікування та обсяг оперативних втручань у хворих на рак ободової та прямої кишки, коли вік пацієнтів від 60 до 80 років. Як і раніше, залишається великою кількістю обструктивних резекцій, колостомій, а також хворих із радикально виконаними операціями.

Головною причиною виконання таких втручань, як пояснює більшість лікарів, є наявність тяжких супровідних хвороб, які перешкоджають виконати радикальні втручання. Ми пропонуємо свій погляд на лікування цієї групи хворих.

### Матеріали та методи

За період з 1999 по 2003 роки ми прооперували 83 хворих на рак різних відділів ободової та прямої кишки. Всі хворі мали вік від 60 до 80 років і становили 69,3 % від загальної кількості хворих на цю патологію.

Віком 60–69 років було 29 (35 %) осіб, 70–79 років — 50 (60,2 %) пацієнтів, 80 років і старших було 4 (4,8 %).

Виконано такі оперативні втручання:

- правобічна геміколектомія — 13 (15,7 %);
- резекція поперечно-ободової кишки — 5 (6 %);
- лівобічна геміколектомія — 11 (13,3 %);
- резекція сигмоподібної кишки — 11 (13,3 %);
- операція Гартмана — 4 (4,8 %);

- операція Мікулича — 6 (7,2 %);
- передня резекція прямої кишки (ПРПК) — 8 (9,6 %);
- резекція прямої кишки за Дюамелем — 3 (3,6 %);
- черевно-наданальна резекція прямої кишки (ЧНРПК) — 4 (4,8 %);
- черевно-анальна резекція прямої кишки (ЧАРПК) та зведення сигмоподібної або ободової кишки — 18 (21,7 %).

Радикальну операцію вдалося виконати 77 хворим (92,8 %). Шістьом хворим (7,2 %) із метастазами в печінку проведено паліативні втручання.

Літературні дані та власний досвід свідчать про те, що найчастіше результати хірургічного лікування залежать від наявності супровідних захворювань. Серед пацієнтів віком 60–69 років 86 % мали патологію серця, судинної та дихальної систем. Супровідні хвороби були наявні у 100 % пацієнтів віком понад 70 років.

Одним із ускладнень пухлинного процесу у хворих на рак правої та лівої половини ободової кишки є токсико-анемічний синдром. У групі хворих на рак прямої кишки ускладненням найчастіше буває хронічна obturaційна непрохідність.

Наш досвід свідчить, що поліпшення безпосередніх результатів хірургічного лікування залежить від патологічно обгрунтованої корекції цих хвороб на передопераційному етапі, поліпшення анестезіологічного забезпечення, досконалість техніки оперативних втручань.

У передопераційному періоді хворі одержували кардіотропні та ноотропні ліки, антибактеріальну терапію, інфузію сольових розчинів, амінокислот, гіперосмолярних розчинів глюкози, білкових та кровозамінних препаратів.

У коригуванні призначень разом із лікарями-онкологами брали участь анестезіологи, терапев-

ти, ендокринолог. Звичайно, такі хворі потребу-ють підготовки до операції в цілому 5–9 діб. Підготовку ободової кишки до операції проводили методом ортоградного лаважу 6,4 % водного розчину поліетиленгліколю з електролітами. Патентована назва цього препарату «Фортранс», який забезпечує ефективне очищення кишки навіть тоді, коли наявні явища хронічної часткової кишкової непрохідності.

На етапі початкового знеболювання хворим із компонентами анестезії вводили кардіотропні, антиоксидантні, гормональні препарати. Обов'язково маємо катетеризувати дві периферійні вени. В одну з них вводимо розчини на основі гідроетиленкрохмалю (6 %, 10 % розчини «Рефортан», «Стабізол»), що забезпечує під час операції стабільність гемодинамічних показників.

Знеболення забезпечували такими видами наркозу:

— тотальна венна нейролептаналгезія в умовах штучного дихання — 57 (68,7 %) хворих;

— ендотрахеальний наркоз із використанням газової суміші в умовах штучного дихання — 23 (27,7 %) хворих;

— спинномозкова анестезія з внутрішньовенним уведенням розчину «Калісол» — 3 (3,6 %) хворих.

Спинномозкову анестезію виконали хворим, у яких були невдалі спроби інтубації у зв'язку з ригідністю нижньощелепного суглоба та анкілозом у міжхребцевих суглобах шийного відділу хребта.

У 73 (87 %) хворих операції закінчувалися відновленням прохідності кишки, з них двом наклали превентивну стому на поперечно-ободову кишку (один випадок з ПРПК, другий у разі резекції сигмоподібної кишки).

В 11 хворих виконали комбіновані втручання:

— ЧАРПК разом із екстирпацією матки з додатками — 5 хворих;

— резекція ободової кишки разом із резекцією тонкої кишки — 3 хворих;

— ЧАРПК разом із сегментарною резекцією печінки із солідними метастазами — 3 хворих.

Виконуючи радикальні операції у 7 хворих, провели розширені лімфаденектомії з виділенням паракавальних та приаортальних вузлів. При цьому двічі траплялося порушення стінки аорти та нижньої порожнистої вени, які були ушиті атравматичними нитками без наслідків.

Чотирьом хворим виконали симультанну холецистектомію з приводу жовчнокам'яної хвороби.

Загальна тривалість операцій у разі резекції різних відділів ободової кишки становила (120 ± 20) хв. Операції на прямій кишці тривали (160 ± 25) хв. До цього часу захищено комбіновані та симультанні втручання.

Обсяг кровотечі під час операцій на ободовій кишці становив (280 ± 80) мл, а на прямій кишці — (690 ± 70) мл.

Інтраопераційно проводили трансфузію свіжозамороженої плазми, якщо показники гемоглобіну були нижчими за 75 г/л, виконували трансфузію еритроцитарної маси. Раніше обсяг трансфузії компонентів крові досягав 1,5 л, особливо в разі ЧАРПК. Тепер, з появою розчинів на основі гідроетиленкрохмалю, кровотечу можна компенсувати інфузією розчинів «Стабізол» або «Рефортан», що дає змогу уникнути небажаних реакцій на масивні трансфузії компонентів крові. Ці препарати справляють позитивний вплив і в післяопераційному періоді за нестабільної гемодинаміки. Тому об'єм інфузії цих розчинів, з нашого досвіду та за даними літератури, може досягати двох літрів.

До інфузії розчину альбуміну в інтра- та післяопераційному періодах ми ставимося обережно з двох причин:

1) можуть виникнути анафілактичні реакції, які не підлягають контролю;

2) у критичному стані застосовувати хворим альбумін небезпечно, бо внаслідок ушкодження ендотелію під час масивних інфузій понад 2,5 л альбумін переходить у міжклітинний простір поза судинним руслом, посилює інтерстиціальний набряк легень.

Останнє ускладнення ми спостерігали в післяопераційному періоді у двох хворих, які померли.

Після закінчення операції більшості хворих, які мали супровідні хвороби серцево-судинної та дихальної систем, продовжували штучне дихання з утворенням позитивного тиску на вдиху від 2 до 6 год.

### Результати та обговорення

Смертність у післяопераційному періоді становила 10,8 % — померли 9 хворих. Причинами смерті були:

— гостра серцево-судинна недостатність — 4 (4,8 %) хворих;

— тромбоемболія легеневої артерії — 3 (3,6 %) хворих;

— набряк легень — 2 (2,4 %) хворих.

Неспроможність анастомозу в цій групі хворих зафіксували у двох випадках. В однієї хворої ускладнення сталося після закриття двостовбурової трансверзостоми за Мельниковим. На восьму добу хворій виконали релапаротомію, ретрансверзостомию. Незважаючи на інтенсивне лікування, хвора померла на 32 добу після операції за відсутності симптомів перитоніту на тлі прогресування ракової інтоксикації.

Хворим, що мали метастази в печінку, виконали паліативні втручання, не маючи можливості зробити резекцію печінки в зв'язку з великою кількістю метастазів.

Рецидив пухлини спостерігали у двох хворих після ПРПК та ЧАРПК через 1,5 року. Це потребувало повторювати оперативні втручання у вигляді черевно-проміжної екстирпації та опущення в проміжну рану лівого відділу ободової кишки з формуванням проміжної колостоми. Усім хворим після операцій за Мікуличем та Гартманом проведено протягом 3 місяців реконструктивні втручання.

На цей час 52 (62,7%) хворих живі. Інші хворі померли від ускладнень серцево-судинних захворювань (гострий інфаркт міокарда, гострі порушення мозкового кровообігу).

### Висновки

Безпосередні результати хірургічного лікування хворих на рак прямої та ободової кишки похи-

лого та старечого віку переконують у тому, що сучасний рівень онкохірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післяопераційного періоду дає змогу виконувати хірургічне лікування пацієнтів цієї групи, забезпечити їм стійке, тривале виживання в разі відсутності віддалених метастазів.

Насамкінець треба відзначити, що живі хворі до цього часу мають повну соціальну адаптацію, оскільки виділення калу відбувається природним шляхом.

Більшість хворих стримують гази та кал, не мають неприємних відчуттів.

Особливо звертаємо увагу на те, що лікування цієї групи хворих потребує підвищеної уваги та зусиль і лікарів, і медперсоналу відділень.

Кожний вияв неухважності чи байдужості порушує психічний стан хворого, фізіологічний ритм в організмі людини похилого віку і призводить до погіршення результатів лікування. На нашу думку, лікування цих хворих має перспективу.

### Цитована література

1. *Алиев С. А.* Хирургическая тактика при obturационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском / С. А. Алиев, А. А. Амирафов // *Вестн. хирургии.* — 1997. — № 1. — С. 46–49.
2. *Бондарь Г. В.* Радикальные и паллиативные комбинированные операции в хирургическом лечении рака прямой кишки / Г. В. Бондарь, В. П. Звездин, А. И. Ладур // *Хирургия.* — 1990. — № 4. — С. 58–61.
3. *Думанский Ю. В.* Рак желудка и толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста: Дис. ... докт. мед. наук: 14.01.07. — М., 1990. — 330 с.
4. *Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака толстой кишки* / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин и др. // *Арх. клин. и эксперим. медицины.* — Донецк, 2000. — № 4. — С. 552–556.
5. *Подходы к лечению больных раком прямой кишки пожилого и старческого возраста* / И. А. Новохатский, А. Ю. Фомин, В. В. Власов, А. А. Калмыков // *Актуальные вопр. колопроктологии: Тез. докл. I Всерос. съезда колопроктологов.* — Самара, 2003. — С. 264–265.
6. *Хирургическое лечение колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста* / Ю. М. Стойко, Н. Н. Крылов, К. К. Агапонов и др. // *Актуальные вопр. колопроктологии: Тез. докл. I Всерос. съезда колопроктологов.* — Самара, 2003. — С. 295–296.

### **Хирургическое лечение колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста**

***В. А. Левашов, В. А. Пустовойт, А. И. Качур, С. С. Павлов, С. П. Сороко, Е. А. Семикоз,  
Б. Е. Бондаренко, И. Ф. Коссе, И. В. Амелина, В. Е. Федченко, Э. В. Поддубный***

Представлена совместная работа врачей онкологов, анестезиологов, терапевтов по лечению наиболее часто встречающихся опухолей желудочно-кишечного тракта у пациентов самой старшей возрастной группы. Несмотря на сочетание патологий сердечно-сосудистой и дыхательной систем, лечение таких больных является перспективным направлением. Низкая послеоперационная летальность для этой группы (10,8%) достигнута благодаря совершенствованию анестезиологического обеспечения, хирургической техники. Есть широкие возможности для улучшения доживания и качества жизни больных с тяжелой патологией.

### **The surgical treatment of colorectal cancer in elderly and senile patients**

***V. A. Levashov, V. A. Pustovoyt, O. I. Kachur, S. S. Pavlov, S. P. Soroko, O. O. Semikoz, B. Ye. Bondarenko,  
I. F. Kosse, I. V. Amelina, V. Ye. Fedchenko, E. V. Poddubnyi***

The results of the team-work of oncologists, anaesthetists, therapists in the treatment of the most prevalent gastrointestinal tract tumors in the patients of the oldest group have been presented in the article. In spite of combination of cardiovascular and respiratory pathologies, the treatment of these patients is a perspective trend. The low post-operation mortality (10,8%) for this group is achieved due to perfection in anaesthetics support and surgical technology. There are wide potentialities for improvement of living so long and quality of patients' lives with serious pathology.