

## ПЛАНОВЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Кубанский медицинский институт,  
ГУЗ клинический госпиталь для ветеранов войн им. проф. В. К. Красовитова  
департамента здравоохранения Краснодарского края*

Высокий темп роста заболеваемости раком толстой кишки, существенный сдвиг в возрастном составе пациентов за счет преобладания лиц пожилого и старческого возраста, заметное увеличение числа больных с различными осложнениями опухолевого процесса и остающиеся высокими цифры послеоперационных осложнений и летальности свидетельствуют об актуальности проблемы и необходимости дальнейшего поиска путей улучшения результатов лечения гериатрических больных колоректальным раком (Алиев С. А., 2003; Манов Е. Н., 2003; Ammaturо С., et al., 1996; и др.).

В клинике хирургических болезней Кубанского медицинского института с 1998 по 2005 г. в плановом порядке прооперирован 261 больной колоректальным раком пожилого и старческого возраста. Мужчин было 217 (83,1%), женщин – 44 (16,9%) в возрасте от 60 до 92 лет. Средний возраст – 73,7 года. Соотношение мужчин и женщин было 4,93:1,0.

Общее состояние больных раком ободочной и прямой кишки помимо опухолевого процесса определяло наличие сопутствующих заболеваний. Анализ сопутствующей патологии показал, что пациенты исследуемой группы составляют довольно тяжелый контингент больных. Достаточно сказать, что все пациенты страдали сопутствующими заболеваниями. Превалирующей явилась патология сердечно-сосудистой системы, диагностированная у 243 (93,2%) больных. Большинство пациентов имели несколько (от двух до семи) заболеваний одновременно. Деструкция опухоли и кровотечение из нее у 41 (15,6%) больного привели к умеренно выраженной гипохромной анемии. Снижение массы тела за время болезни от 3 до 21 кг отмечено у 155 (59,2%) пациентов.

Длительность анамнеза колебалась в пределах от 1 месяца до 3 лет и составила в среднем 7,7 месяца. Следует отметить, что у 37 (14,3%) больных опухоль толстой кишки явилась случайной находкой во время стационарного обследования по поводу какого-либо другого заболевания.

Преобладающей локализацией рака явились дистальные отделы толстой кишки (прямая и сигмовидная кишка), опухоли которых встречались у 183 (70,1%) пациентов.

Распределение больных по стадиям заболевания соответствует постхирургической патогистологической классификации pTNM (1978, 1998). При этом I стадия заболевания диагностирована у 4 (1,4%), II стадия – у 156 (59,8%), III стадия – у 68 (25,9%) и IV стадия – у 32 (12,2%) больных.

Учитывая, что глубина прорастания является одним из факторов местного распространения опухолевого процесса, оказывающим существенное влияние

на выживаемость, отметим, что у 250 (95,9%) пациентов опухоль прорастала все слои стенки толстой кишки (T3 – T4), что указывает на запущенность процесса у данного контингента больных.

В наших клинических наблюдениях у 92 (35,4%) больных было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Отдаленные метастазы выявлены в 34 (12,9%) случаях.

После обследования и проведения предоперационной подготовки больным были выполнены оперативные пособия, представленные в таблице 1.

Локализация опухоли в том или ином сегменте толстой кишки диктовала необходимость дифференцированного выбора объема и характера операции как в тактическом, так и в техническом отношении. Во всех наблюдениях, когда позволяли общее состояние больного и анатомическая характеристика опухоли, мы пытались удалить её, так как оставленная в брюшной полости опухоль представляла собой потенциальный источник интоксикации и серьезных осложнений. При этом 128 (87,1%) пациентов были прооперированы радикально.

Следует отметить, что при вовлечении в опухолевый процесс соседних органов 53 (20,4%) больным выполнялись комбинированные операции.

Наличие сопутствующих хирургических заболеваний явилось показанием к выполнению сочетанных оперативных вмешательств в 61 (23,4%) случае.

В общей сложности у больных исследуемой группы первичный анастомоз на толстой кишке был сформирован в 170 (65,3%) случаях. У 61 (23,2%) больного при правосторонней локализации резектабельной опухоли выполнялась правосторонняя гемиколэктомия с формированием арефлюксного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза по В. И. Оноприеву. Несостоятельности анастомоза не выявлено ни в одном случае. При резекциях толстой кишки на различном уровне первичный толсто-толстокишечный анастомоз наложен у 103 (39,5%) больных. Во всех наблюдениях выполнялся ручной однорядный толсто-толстокишечный анастомоз по стандартной, принятой в клинике методике, сущность которой заключалась в том, что толстокишечная рана формируется на открытых концах кишки, предварительно взятых на лигатурные держалки. В качестве шовного материала использовалась нерассасывающаяся мононить 4/0–6/0 или рассасывающаяся (что является наилучшим вариантом) нить PDS-II 4/0–5/0. Основным моментом в выполнении однорядного анастомоза являлись точное сопоставление слоев сшиваемой кишки, широкий захват подслизистого слоя, играющего основную роль в регенерации и биологической изоляции анастомоза, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Слизистая оболочка не прошивалась. По окончании наложения

### Структура оперативных вмешательств, выполненных больным колоректальным раком

Объем оперативного вмешательства	Количество больных
1. Правосторонняя гемиколэктомия	61 (23,2%)
2. Резекция поперечной ободочной кишки	5 (2,0%)
3. Левосторонняя гемиколэктомия	11 (4,1%)
4. Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия	7 (2,7%)
5. Резекция сигмовидной кишки	41 (15,7%)
6. Обструктивная резекция сигмовидной кишки	5 (2,0%)
7. Внутрибрюшная резекция прямой кишки	44 (17,0%)
8. Обструктивная внутрибрюшная резекция прямой кишки	21 (8,1%)
9. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением	2 (0,7%)
10. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с колостомой	5 (2,0%)
11. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	32 (12,3%)
12. Субтотальная колэктомия	5 (2,0%)
13. Проксимальная декомпрессионная колостомия	9 (3,4%)
14. Обходные анастомозы	2 (0,7%)
15. Трансанальная удаление опухоли	11 (4,1%)
Всего	261 (100,0%)

анастомоза для его биологической изоляции использовали жировые отростки, брыжейку, тазовую брюшину или большой сальник (патент РФ на изобретение № 2231983). Субтотальная колэктомия была завершена первичным петлеконцевым однорядным илеоректальным анастомозом у 5 (2,0%) пациентов. При наличии неоперабельной опухоли в 2 (0,7%) случаях выполнен однорядный обходной анастомоз. Из всех 170 сформированных первичных анастомозов несостоятельность диагностирована в двух случаях при выполнении низких колоректальных анастомозов, что составило 1,04% от количества всех анастомозов, выполненных в данной группе пациентов. При расположении опухоли в левых отделах толстой кишки в 68 (25,9%) случаях радикальная операция была дополнена выполнением забрюшинной аортоподвздошно-тазовой лимфаденэктомии. При этом у 21 (8,2%) больного был сохранен ствол левой ободочной артерии по методике, разработанной В. И. Оноприевым и С. Г. Павленко (2003), позволяющей значительно улучшить кровоснабжение проксимального участка анастомозируемой кишки. В 71 (27,2%) случае оперативное вмешательство было закончено формированием одноствольной концевой кишечной стомы, причем в 18 (12,3%) случаях постоянной. У 5 (3,4%) больных оперативное вмешательство было ограничено формированием проксимальной декомпрессионной двуствольной колостомы. Во всех случаях при формировании кишечной стомы использовалась разработанная в клинике методика. При этом при выполнении обструктивных резекций толстой кишки культя последней ушивалась однорядным монолитным швом. В послеоперационном периоде осложнений со стороны колостомы и

несостоятельности швов культи толстой кишки не выявлено. Рана промежности после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у 27 (10,2%) пациентов была ушита разработанным инструментом по оригинальной методике, позволяющей тщательно сопоставить однородные ткани и исключить наличие остаточных полостей в малом тазу (патент РФ на полезную модель № 38101). Лапаротомная рана в 203 (77,6%) случаях ушивалась по разработанной методике на проточном дренаже с последующей активной аспирацией раневого содержимого. При этом нагноений послеоперационной раны, ушитой по данной методике, не выявлено.

Характер послеоперационных осложнений представлен в таблице 2.

В послеоперационном периоде умерло 4 (1,5%) больных. При этом непосредственной причиной смерти у одного пациента явилась прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне перитонита, вызванного несостоятельностью швов анастомоза, а у трех – острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне прогрессирования выраженной сопутствующей кардиальной патологии.

Таким образом, больные колоректальным раком пожилого и старческого возраста составляют достаточно сложную группу пациентов, что обусловлено как наличием тяжелого общего состояния, вызванного основным заболеванием, так и имеющейся множественной, зачастую декомпенсированной, сопутствующей патологией. При этом непосредственно возраст пациента не должен служить противопоказанием к радикальному оперативному вмешательству. Оптимизация непосредственных

## Структура послеоперационных осложнений

Характер послеоперационных осложнений	Количество больных
1. Несостоятельность швов анастомоза	2 (0,8%)
2. Абсцесс брюшной полости	4 (1,5%)
3. Нагноение послеоперационной раны	4 (1,5%)
4. Эвентрация петель тонкой кишки	2 (0,8%)
5. Разлитой гнойный перитонит	3 (1,1%)
6. Пневмония	3 (1,1%)
7. Плеврит, гнойный трахеобронхит	1 (0,4%)
Всего	19 (7,3%)

результатов лечения данного контингента больных во многом определяется тщательной предоперационной подготовкой, коррекцией сопутствующих заболеваний и использованием разработанных прецизионных хирургических технологий.

Поступила 11.01.07 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С. А. Хирургическая тактика при осложненных формах рака ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы колопроктологии. 1-й съезд колопроктологов России. Самара, 2003. С. 169–170.
2. Манов Е. Н. К вопросу лечения осложненного колоректального рака // Актуальные проблемы современной хирургии (международный хирургический конгресс). М., 2003. С. 115.
3. Оноприев В. И., Павленко С. Г., Яргулин С. А. Способ улучшения кровообращения проксимального участка ободочной кишки при внутрибрюшной резекции прямой кишки по поводу рака. Патент РФ на изобретение № 2000111054. 2003.
4. Ammaturo C., Cirillo F. et al. Locclusionone retto-colica da cancro // Minerva Chir. 1996. Vol. 51. № 6. P. 433–438.

S. G. PAVLENKO,  
A. E. MORGEOV, E. V. KOTELEVSKY

**PLANNED SURGICAL INTERVENTION  
IN OLD AND ELDERLY PATIENTS WITH  
COLORECTAL CANCER**

*The results of planned surgical treatment of 261 old and elderly aged patients with colorectal cancer were analysed.*

*Male – 217 (83,1%), female – 44 (16,9%). The age of patients was from 60 to 92 years. In average it made 73,7 year. All patients suffered with concomitant diseases. Among these diseases cardiovascular was the prevalent in 243 (93,2%) patients, but second one in its meaning was the gastrointestinal pathology, revealed in 137 (52,4%). Prevalent localization of cancer was in distal part of intestinum crassum in 183 (70,1%) cases. Precised technology in applying intestinal anastomosis and stoma were used in surgical treatment. Postoperative complications were noticed in 19 (7,3%) cases, suture anastomosis leakage was in 2 (0,8%), lethality in 1,5%.*

**Н. Ю. ПЕРОВА, А. Г. УВАРОВА, Н. Ю. ТАРАНОВА**

**АУТОГЕННЫЕ МЕМБРАНЫ НА ОСНОВЕ ТРОМБОЦИТОВ  
С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФИБРИНА (F.R.P.)  
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ:  
ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДИКА ПОЛУЧЕНИЯ  
И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

*Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар*

**Введение**

Одними из наиболее актуальных проблем современной хирургической стоматологии в настоящее время являются методы хирургического лечения де-

структивных форм периодонтитов (гранулематозного и гранулирующего), опухолеподобных образований челюстей (различного рода кист), а также локальных и генерализованных пародонтитов [2, 6]. Методики