

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики  
Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

*На правах рукописи*

**Аль Давуд Амджад**

**ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ И СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИЕ  
РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА У БОЛЬНЫХ  
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.  
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**

14.01.12 – онкология

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Донецк – 2021

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Научный руководитель доктор медицинских наук, доцент  
**Золотухин Станислав Эдуардович**

**Официальные оппоненты:** **Азаб Хусейн Ахмед**  
доктор медицинских наук, доцент,  
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ ЛНР, профессор кафедры онкологии и радиологии

**Хоронько Юрий Владиленович**  
доктор медицинских наук, профессор  
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии

**Ведущая организация:** **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России**

Защита состоится «23» апреля 2021 года в 11.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.011.03 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького» по адресу: г. Донецк, ул. Полоцкая, 2а, Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря. Тел. (062) 332-70-35, e-mail: spec-sovet-01-011-03@dnmu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке организации по адресу: г. Донецк, пр. Ильича,16; dnmu.ru

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь  
Диссертационного совета Д 01.011.03

Золотухин С.Э.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы исследования**

До настоящего времени сохраняется стойкая и повсеместная тенденция к росту заболеваемости колоректальным раком, в частности, раком прямой кишки (Lohsiriwat V. et al., 2010; Unal H.U. et al., 2013; Wu L. et al., 2013). Особенно высока его частота в индустриально развитых странах (Jemal A et al., 2011; Колесник Е.А. и соавт., 2016; Рабец А. С., Мовчанский С.С., 2017). По данным большинства исследователей, рак прямой кишки прочно обосновался на 3-4 месте в структуре онкологической патологии, а вместе с раком ободочной кишки в отдельных регионах занял 1-е – 2-е места (Браун Е.М. и соавт., 2010; Стегний К.В. и соавт., 2017). Общеизвестно, что рост показателя обусловлен, прежде всего, повышением уровня заболеваемости лиц старше 60 лет (75,8% новообразований толстой кишки у женщин, 71,5% у мужчин), при этом, далее, уровень повозрастных показателей нарастает пропорционально возрасту, достигая максимума в группе 70 лет и более (88,4 (Campbell K.L, 2005). Следует отметить и предрасполагающий фактор к увеличению заболеваемости колоректальным раком – повсеместный рост продолжительности жизни населения. По данным результатов совместного исследования Европейской комиссии и Организации экономического сотрудничества и развития Европы в 2016 году, средняя продолжительность жизни превысила 80-летний рубеж. Применяемый при этом термин «старение населения» характеризует не только повышение средней продолжительности жизни, но и увеличение удельного веса возрастной группы старше 75 лет, достигающей в некоторых странах 10-15%. По прогнозам специалистов, к 2035 г. доля населения пожилого и старческого возраста в мире увеличится до 40% (Гордев С.С. и соавт., 2017). Параллельно увеличению частоты возникновения рака толстой, в частности, прямой кишки, возрастает количество осложненных случаев (до 60%), при этом количество осложненных случаев рака толстой кишки находится в прямой зависимости от возраста больных (Слесаренко А.С. и соавт., 2008; E. Shaw et al., 2018). У пациентов старческого возраста ситуация значительно отягощается наличием выраженной, зачастую декомпенсированной, сопутствующей патологии практически в 100% случаев, при этом у 80% больных старше 75 лет на момент обнаружения рака толстой кишки, в среднем, имеется около 5 сопутствующих хронических заболеваний (Audisio R.A., Paramichael D., 2012; Marventano S., et al., 2014). Наличие последних факторов – высокой частоты случаев осложненного течения и выраженной сопутствующей патологии – обуславливает развитие тяжелых нарушений гомеостаза, сложных нарушений электролитного и кислотно-щелочного равновесия (Стойко Ю.М., 2007; Mantovani A. et al., 2018), что, в свою очередь, отрицательно влияют на течение операции, послеоперационного периода и прогноз заболевания. Считается, что характер и число случаев осложненного течения и сопутствующих заболеваний напрямую связаны с риском развития послеоперационных осложнений и летальности. Так, в

некоторых исследованиях цифры послеоперационной летальности после радикальных операций у больных пожилого и старческого возраста достигают 16%, а при осложненном течении – 45% (Marnitz et al., 2009; Nielsen M. et al., 2012). Такие хирургические риски являются частой причиной отказа не только от выполнения комбинированного и комплексного лечения, а также первично-восстановительных объемов операций. Кроме этого, скепсис в оценке состояния органов и систем приводит к тому, что более половины больных раком прямой кишки старческого возраста не только не подвергаются радикальному оперативному лечению, но и консервативной химиолучевой терапии. Такие негативные факторы ставят вообще под сомнение возможность проведения онкологически адекватного лечения у данной возрастной категории (Sanoff H.K., et al., 2009; Аглуллин И.Р. и соавт., 2011; Jafari M. D. et al., 2014; AwanS. et al., 2015).

В последние годы в исследовательской литературе можно увидеть появление различных тестовых опросов, шкал и протоколов, позволяющих, по мнению авторов, оценить состояние больных старческого возраста, определить степень риска применения того или иного вида лечения, в соответствии с чем выработать показания к нему (Teeuwen P.H. et al., 2011; Kenisand C.W. et al., 2011; Bangwell B. et al., 2013). При этом в предлагаемых руководствах отсутствует единые оценки и взгляды на возможность использования тех или иных видов оперативного лечения больных старческого возраста для удаления опухоли. Хотелось бы подчеркнуть, что на сегодняшний день, как и в прошлые десятилетия, для больных раком прямой кишки, в том числе и пациентов старческого возраста, существует лишь один радикальный способ лечения – хирургический. Отказ данным пациентам в радикальном хирургическом лечении из-за опасения развития тяжелых осложнений лишь усугубляет проблему и лишает надежды не только на выздоровление, но и на сколь-либо значимое продление жизни.

Все вышеперечисленное позволяет утверждать, что данная проблема актуальна и требует специального исследования особенностей течения заболевания в этом возрасте и выбора оптимальной лечебной тактики.

### **Степень разработанности темы**

Работы, непосредственно посвященные улучшению результатов радикального хирургического лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста, в исследовательской литературе встречаются достаточно редко и свидетельствуют о преимущественном отказе от радикального оперативного лечения и выборе консервативного подхода, что обуславливается высоким риском развития тяжелых послеоперационных осложнений и летальных исходов. Такая тактика обуславливается наличием во всех случаях декомпенсированной сопутствующей патологии и осложненного течения опухолевого процесса. Данный фактор потенциально обуславливает неудовлетворительные отдаленные и функциональные результаты лечения. В тех случаях, когда хирургическое лечение все же применяется, предпочтение отдано преимущественному выполнению

операции Гартмана и других видов оперативных вмешательств, сопровождающихся формированием постоянного колостом. Крайне редко освещены вопросы выбора оптимальных первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих способов оперативного лечения рака у больных старческого возраста. В полной мере в исследовательской литературе не изучены вопросы повышения отдаленной выживаемости пациентов старческого возраста после радикальных первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих операций на прямой кишке по поводу рака.

Такое положение дел свидетельствует о необходимости поиска новых подходов в лечении данного контингента больных, заключающихся в расширении показаний к радикальному хирургическому лечению за счет первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций по поводу рака прямой кишки, которые позволят снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности, улучшить отдаленные и функциональные результаты.

#### **Связь работы с научными программами, планами, темами**

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы (НИР) кафедры онкологии и радиологии им. академика Г.В. Бондаря Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» "Разработать эффективные способы первично-восстановительных, органосохраняющих и органозамещающих радикальных и паллиативных операций, повысить эффективность комбинированного, комплексного и паллиативного лечения опухолей основных локализаций (шифр УН 16.03.23).

Автор принимал непосредственное участие в разработке и внедрении способов хирургического лечения больных раком прямой кишки старческого возраста.

**Цель исследования:** улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты лечения больных раком прямой кишки старческого возраста за счет внедрения разработанных в клинике способов первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи**.

1. Проанализировать проблемы и причины неудовлетворительных результатов лечения больных раком прямой кишки старческого возраста.

2. Разработать эффективную тактику выполнения первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций прямой кишки по поводу рака у больных старческого возраста.

3. Изучить непосредственные результаты лечения после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций прямой кишки по поводу рака у больных старческого возраста.

4. Изучить отдаленные результаты лечения после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций прямой кишки по поводу рака у больных старческого возраста.

5. Оценить функциональные результаты лечения после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций прямой кишки у больных раком прямой кишки старческого возраста.

6. На основании результатов проведенного исследования разработать практические рекомендации в лечении больных раком прямой кишки старческого возраста при использовании первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций.

**Объект исследования** – рак прямой кишки у больных старческого возраста.

**Предмет исследования** – непосредственные, отдаленные и функциональные результаты лечения больных раком прямой кишки у больных старческого возраста после хирургического, комбинированного и комплексного лечения с использованием первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций.

#### **Научная новизна исследования**

Впервые применена эффективная тактика первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций у больных раком прямой кишки старческого возраста, основанная на разработанных в клинике способах оперативного вмешательства, обеспечивающая достаточный радикализм и удовлетворительную функциональную полноценность. Впервые разработана в клинике специальная тактика предоперационной подготовки, анестезиологического пособия и послеоперационного ведения пациентов раком прямой кишки старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией и осложненным течением опухолевого процесса. Впервые оценена эффективность специальной адьювантной послеоперационной терапии у больных старческого возраста. Впервые оценены отдаленные результаты лечения больных в зависимости от основных клинических факторов – пола, возраста, стадии, интеркуррентной патологии.

#### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Доказана возможность эффективного выполнения радикальных операций по поводу рака прямой кишки у большинства пациентов старческого возраста. Разработана и применена на практике органосохраняющая тактика лечения у больных раком прямой кишки старческого возраста, которая позволила уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности, увеличить продолжительность жизни и улучшить функциональные результаты лечения. Расширены показания к применению разработанных в клинике способов первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих операций у больных раком прямой кишки старческого возраста при наличии неблагоприятных факторов, выражающихся в полиморбидности и осложненном течении опухолевого процесса, что позволило увеличить удельный вес первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций. Определены оптимальные сроки пребывания больных раком прямой кишки старческого возраста в предоперационном и послеоперационном периодах.

Разработанные в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В.Бондаря способы хирургических вмешательств у больных раком прямой кишки старческого возраста внедрены в практику Республиканского онкологического центра им. проф. Г.В.Бондаря ДНР; Государственного учреждения «Луганский клинический онкологический диспансер» ЛНР; Центральной городской клинической больницы № 1; Донецкого клинического территориального медицинского объединения ДНР.

Полученные теоретические и практические данные используются в учебном процессе кафедры онкологии и радиологии им. акад. Г.В.Бондаря Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького».

#### **Личный вклад соискателя**

Соискателем самостоятельно проведен патентно-информационный поиск и анализ научной литературы по избранной проблеме. Соискатель принимал непосредственное участие в лечении больных раком прямой кишки старческого возраста. Автор принимал непосредственное участие в применении разработанных в клинике способов хирургических вмешательств у этой категории пациентов. Соискателем самостоятельно изучены, проанализированы и обобщены результаты исследования за 20 лет. Диссертант лично принимал участие в ассистировании на операциях у 24,0% (74 больных) из проанализированных в диссертации. Самостоятельно проведена статистическая обработка полученных результатов, написаны и проиллюстрированы разделы диссертационной работы, сформулированы основные положения, цель и задачи диссертационной работы, выводы, практические рекомендации. В работах, выполненных в соавторстве, реализованы научные идеи коллектива кафедры, работников центра и соискателя. В процессе выполнения работы не использованы идеи и разработки соавторов.

#### **Методология и методы исследования**

Клиническое обследование использовалось для оценки состояния больного, наличия осложнений опухолевого процесса, определения его распространенности. Лабораторные исследования показателей крови использовались для определения нарушений гомеостаза вследствие старческого возраста больного, наличия распространенного опухолевого процесса и сопутствующей общесоматической патологии. Эндоскопическое исследование толстой (прямой) кишок использовалось для установления (подтверждения) диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса по прямой кишке, исключения синхронных опухолей, забора биопсийного материала на гистологическое исследование, определение наличия свища с соседними органами, а также для контроля за состоянием толстой (прямой) кишки в процессе дальнейшего диспансерного наблюдения. Рентгенологическое исследование органов брюшной полости проводилось для определения рентгенологических признаков кишечной непроходимости и перфорации опухоли. Рентгенологическое исследование органов грудной

полости использовалось для исключения метастатического поражения легких. Рентгенологическое исследование толстой кишки проводилось для установления (подтверждения) диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса по кишке, определения наличия свища с соседними органами, для контроля за состоянием толстой кишки в процессе дальнейшего диспансерного наблюдения. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства применялось для оценки распространенности опухолевого процесса и диагностики отдаленного метастазирования. Компьютерная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства использовалась для определения распространенности опухоли на соседние органы, диагностики рецидивов опухолевого процесса. Изучение и оценка эффективности использования разработанных способов хирургических вмешательств проводилась путем сравнения полученных данных о непосредственных, отдаленных, функциональных результатах с данными литературы.

#### **Положения, выносимые на защиту**

1. Определение и разработка комплекса лечебных мероприятий для предоперационной подготовки, анестезиологического пособия и послеоперационного ведения больных старческого возраста при раке прямой кишки.

2. Возможность использования разработанных в клинике способов хирургических вмешательств, позволяющих выполнять первично-восстановительные и сфинктерсохраняющие операции у всех больных раком прямой кишки старческого возраста в неосложненных случаях.

3. Возможность преимущественного выполнения первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих операций у больных раком прямой кишки старческого возраста в условиях выраженной сопутствующей патологии и осложненного течения опухолевого процесса.

5. Разработанная экспертная система прогнозирования и математического анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных раком прямой кишки старческого возраста с учетом основных клинических факторов, выраженности сопутствующей патологии и осложненного течения.

#### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, обусловлена достаточным объемом клинического материала, использованием современных средств и методов исследований, адекватных целям и задачам работы, выбором современных методов статистического анализа полученных данных.

Положения, изложенные в диссертации, базируются на полученных данных и соответствуют материалу, представленному в публикациях.

Апробация работы состоялась 11.01.2021г. на заседании кафедры онкологии и радиологии им. академика Г.В. Бондаря ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО.



Основные положения и результаты диссертационной работы докладывались и обсуждались на XII съезде хирургов России (г. Ростов-на-Дону, 2015 г.); Юбилейной X международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии» (г. Москва, 2017 г.); X съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (г. Сочи, 2018 г.); X Съезде онкологов России (г. Нижний Новгород, 2019 г.); III международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать болезнь» (г. Донецк, 2019 г.). III Ежегодной международной конференции «Современные аспекты диагностики и лечения опухолей основных локализаций», посвященной памяти академика Г. В. Бондаря (Донецк, 2020); IV международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать болезнь» (г. Донецк, 2020 г.).

### **Публикации**

Результаты диссертации опубликованы в 13 научных работах, из них 6 статей в научных специализированных изданиях, рецензируемых ВАК ДНР, 7 публикаций в материалах конференций и съездов Российской Федерации и Донецкой Народной Республики.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертационная работа изложена на русском языке на 199 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 41 таблицей на 22 страницах и 37 рисунками на 22 страницах. Список использованных источников содержит 370 научных публикаций, из них 153 изложены кириллицей, 217 – латиницей, и занимает 41 страницу.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 312 больных раком прямой кишки старческого возраста, радикально оперированных за 25-летний период с 1990 по 2015 гг. в условиях Республиканского онкологического центра имени профессора Г.В.Бондаря. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ Statistica 10.0 for Windows. Применялись виды углублённых математических анализов, подтверждающих статистическую достоверность полученных результатов, их значимость в пределах 95% доверительного интервала. Критерии обработки указывались при работе с каждым параметром, позволяющим дать оценку исследуемой группы. Обсуждались результаты с достоверностью различий при  $p < 0,05$ .

Изучение материала по основным клиническим признакам показало, что набор пациентов пришёлся на период после 2005 года, что совпадает с тенденцией общемирового увеличения продолжительности жизни населения и, соответственно, с ростом числа пациентов старческого возраста в развитых странах мира. Количество мужчин и женщин распределилось примерно поровну – 160 (51,3%) и 152 (48,7%), при этом 59 (18,9%) пациентов были

старше 80 лет, 8 (2,6%) пациентов были старше 85 лет. Сопутствующую патологию имели все пациенты, при этом регистрировались от 1 до 4 патологических состояний. Всего зарегистрировано 512 сопутствующих патологических состояний у 312 пациентов. Наиболее часто диагностировалась патология сердечно-сосудистой системы – у всех пациентов – 312 (100%) случаев (60,9% от общего количества сопутствующих заболеваний). Наиболее редко – ожирение, 8 (2,6%) случаев, (1,6% от числа сопутствующих заболеваний). Осложненное течение заболевания отмечено у 74 (24,5%) пациентов, основной удельный вес пришелся на кишечную непроходимость, а именно на частичную – 42 случая (13,5% от общего количества больных и 58,3% в структуре осложнений). Наиболее часто опухолевым процессом поражен средне-ампулярный отдел (6-10 см от перианальной кожи) – 99 (31,7%) случаев, наиболее редко – нижне-ампулярный отдел (2-5 см от перианальной кожи) – 60 (19,2%) случаев. Основными удельными весами составили местно-распространенные формы опухолевого процесса T4 – 82,0%, преобладала безметастатическая форма регионарных лимфатических узлов (N0) – 244 (78,2%), наибольший удельный вес пришелся на II стадию опухолевого процесса – 234 (75,0%) случаев (TNM, 6-е издание). В морфологической структуре опухолей преобладали аденокарциномы различной степени дифференцировки – 282 (90,3%) случая, из них наиболее часто встречалась высокодифференцированная аденокарцинома – 204 (65,3%) наблюдения. В 28 (9,0%) случаях больным проведены курсы предоперационной и послеоперационной лучевой терапии, в 24 (7,7%) случаях хирургическое лечение дополнено послеоперационной адьювантной химиотерапией. Учитывая разнородность материала и незначительное количество наблюдений проведенного неоадьювантного и адьювантного лечения, в последующем мы не проводили оценку эффективности комбинированного и комплексного лечения в виду не возможности достижения статистически достоверных результатов.

В хирургическом лечении больных раком прямой кишки во всех случаях использовались разработанные в клинике способы оперативного лечения и применялись тактические наработки предоперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения больных для старших возрастных категорий, основанных на активной медикаментозной коррекции сопутствующей патологии и профилактике тромбозно-эмболических осложнений.

Основным способом оперативного вмешательства явилась брюшно-анальная резекция – 229 (73,4%), что связано, с одной стороны, преимущественной локализацией опухоли в дистальных отделах прямой кишки – ниже 9 см от перианальной кожи, с другой – выраженным местным распространением опухолевого процесса в параректальную клетчатку, что требовало выполнения тотальной мезоректумэктомии и демукозациии анального канала. Следует отметить, что лишь в 9 (2,9%) наблюдениях оперативное вмешательство закончилось формированием колостомы –

выполнены обструктивные операции Гартмана, что обуславливалось наличием выраженного осложненного течения (табл. 1).

Таблица 1

**Характер оперативных вмешательств у больных раком прямой кишки старческого возраста (n=312)**

Операция	Всего		
	абс.	%	m(±)
БАР по Петрову -Холдину	229	73,40	2,21
Брюшно-наданальная резекция	5	1,60	0,33
Чрезбрюшная резекция	63	20,19	1,16
Операция Гартмана	9	2,88	0,44
Операция Дюамеля	6	1,92	0,36
<b>ИТОГО</b>	<b>312</b>	<b>100,00</b>	

Немаловажными факторами для выбора способа лечения явились также выраженная возрастная сопутствующая патология, частое осложненное течение, вынуждающие использовать более простые и быстрые технические решения. Расширение объема мобилизации толстой кишки потребовалось в 29 (9,3%) наблюдениях, при этом в большинстве случаев – 23 (7,4%) – при выполнении наиболее часто используемой брюшно-анальной резекции. Дополнительное удаление других органов было необходимым в 9 (2,9%) случаях, наиболее часто нам приходилось резецировать внутренние женские половые органы – всего 16 (5,1%) и мочевого пузыря 11 (3,5%) случаев, что объясняется близким анатомическим расположением к прямой кишке и опухолевому процессу. Средняя продолжительность (медиана) операций составила 105 (85 – 155) минут: после брюшно-анальных резекций – 93 (85 – 125) минуты, при других модификациях – 100 (103 – 155) минут.

**Результаты и их обсуждение.** Интраоперационные осложнения отмечены в 16 (5,1%) случаях, что, учитывая контингент больных, можно считать удовлетворительным результатом, опираясь на данные исследовательской литературы (табл. 2).

Таблица 2

**Характер интраоперационных осложнений у больных раком прямой кишки старческого возраста (n=312)**

Осложнения	Всего		
	абс.	% среди осложнений	m(±)
Перфорация опухоли	8	50,00	0,41

Перфорация абсцесса	1	6,25	0,15
Повреждение селезенки	2	12,50	0,21
Кровотечение	1	6,25	0,15
Перфорация кишки	3	18,75	0,26
Гипотония	1	6,25	0,15
<b>ИТОГО</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>0,58</b>

Наиболее частыми явились наблюдения перфорации опухоли и прилегающих к опухоли участков кишки, произошедшей во время иссечения местно-распространенного опухолевого процесса – 11 случаев (3,5% от общего количества больных и 68,7% в структуре всех интраоперационных осложнений). Послеоперационные осложнения отмечены у 45 (14,4%) больных, у некоторых из них 2 и более патологических состояний, всего 59 (18,9%) осложнений (табл. 3). Непосредственно связанные с хирургическим лечением осложнения отмечены у 35 (11,2%) пациентов, наиболее частыми явился некроз низведенной кишки – 13 (4,2%), что потребовало в 11 (3,5%) случаях повторного оперативного вмешательства – трансверзостомии для отключения пассажа кишечного содержимого. Другие осложнения носили эпизодический характер. Всего потребовались повторные оперативные вмешательства в 16 (5,2%) наблюдениях. В 3 (1,0%) наблюдениях осложнения хирургического профиля удалось разрешить консервативно – 2 случая некроза низведенной кишки и 1 случай анастомозита.

Таблица 3

**Характер послеоперационной патологии у больных раком прямой кишки старческого возраста (n=312)**

Осложнения	Всего							
	абс	Удельный вес (%)		m (±)	повторные операции		без операции	
		от числа ослож.	от числа больн.		абс.	%	абс.	%
<b>Гнойно-септические, из них:</b>	35	59,32	11,21	1,99				
Гематома м/таза	4	6,78	1,28	0,67				
Перитонит	1	1,69	0,32	0,34				
Параколический абсцесс	1	1,69	0,32	0,34				
Нагноение п/о раны	2	3,39	0,64	0,48				
Некроз низведенной кишки	13	22,03	4,16	1,21	11	3,52	2	0,64

Несостоятельность швов анастомоза	2	3,39	0,64	0,48	2	0,64		
Мезентериальный тромбоз	1	1,69	0,32	0,34				
Кровотечение	3	5,17	0,96	0,58	1	0,32		
Анастомозит, ЧКН	2	3,39	0,64	0,48			2	0,64
Спаечная болезнь	2	3,39	0,64	0,48	2	0,64		
Цистит (атония)	4	6,78	1,28	0,67				
<b>Соматические, из них:</b>	24	40,68	7,69	1,65				
ТЭЛА	5	8,47	1,60	0,75				
ОНМК	6	10,16	1,92	0,82				
Отек легких	1	1,69	0,32	0,34				
ОССН, инфаркт миокарда	5	8,47	1,60	0,75				
Острый п/о панкреатит	1	1,69	0,32	0,34				
Пневмония	6	10,16	1,92	0,82				
ИТОГО% от кол-ва операций	59	100	18,91	2,58				
ИТОГО% от кол-ва пациентов	45		14,42		16	5,12	3	0,96

В последующем колостомы, сформированные после операции, были ликвидированы у 2 (0,64%) из 11 больных, и у 5 (1,60%) из 6, сформированных на дооперационном этапе. Таким образом, с учетом послеоперационной летальности, частота исходов оперативных вмешательств с сохраненным естественным пассажем кишечного содержимого достигла 278 (89,10%) наблюдений от изначального числа пациентов (n=312).

В ряде случаев возникшие осложнения не удалось купировать, в связи с чем наступил летальный исход. Из 3 (1,0%) случаев летальных исходов вследствие развития некроза низведенной кишки, непосредственной причиной явились инфаркт миокарда – 1 (0,3%), и острое нарушение мозгового кровообращения – 1 (0,3%) наблюдение, что, вероятно, было обусловлено как сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, так и повторным оперативным вмешательством, оказавшем дополнительную нагрузку на функциональные возможности органов и систем пациентов старческого возраста; в 1 (0,3%) из данных 3 наблюдений причиной явилось прогрессирование гнойно-септического процесса в малом тазу. Другими, наиболее частыми причинами, явились тромбоэмболия легочной артерии 5 (1,6%) и острое нарушение мозгового кровообращения – 3 (1,0%) случая, соответственно, что объясняется скрытыми нарушениями в свертывающей

системе крови. Обращает на себя внимание низкий удельный вес как причины развития послеоперационных осложнений, так и причины смерти, несостоятельность швов анастомоза – 1 (0,3%) случай (1,6% от общего количества чрезбрюшных резекций с формированием колоректального анастомоза,  $n = 63$ ), при этом непосредственной же причиной смерти в данном случае явилось желудочное кровотечение из стрессовой язвы желудка. В 1 (0,3%) наблюдении причиной смерти явилась двусторонняя пневмония, обусловившая развитие дыхательной и сердечной недостаточности.

В целом, учитывая возраст пациентов, полиморбидность и частое осложненное течение опухолевого процесса, можно считать удовлетворительными полученные непосредственные результаты хирургического лечения больных раком прямой кишки старческого возраста, которые соответствуют литературным данным других исследователей. Мы не увидели изменений в характере и частоте послеоперационной патологии раздельно по годам (возрастным интервалам). Этот фактор дополнительно определяет целесообразность выбранной тактики лечения независимо от конкретного возраста. Среднее пребывание больного на койке до операции в нашем исследовании составило 10-12 дней, после операции – 10-18 дней. На основе этих данных нами разработаны простые уравнения регрессии в 95% ДИ, вычисления которых позволяет планировать количество койко-дней, затраченных пациентом в до- и послеоперационном периодах, что позволяет планировать определенные затраты лечебного учреждения:

- формула для предоперационного периода:  $-11,2649+0,2841*x$ , где «х» - возраст пациента;

- формула для послеоперационного периода:  $65,8157+0,6108*x$ , где «х» - возраст пациента.

Оценка отдаленных результатов продемонстрировала удовлетворительные показатели выживаемости пациентов старческого возраста на протяжении всего периода наблюдения. В сроки от 6 до 72 месяцев местный рецидив развился у 10 (3,4%) больных. Отдаленные метастазы проявились у 17 (5,7%) больных, причем сочетание местного и метастатического продолжения болезни было зафиксировано лишь в 4 (1,3%) случаях. Для всех стадий радикально оперированных больных 5-летняя выживаемость всей выборки составила  $50,17\pm 3,03\%$  случаев, а средняя продолжительность жизни стремилась к 4 годам ( $3,71\pm 0,17$ ), что соответствует данным литературы, посвященным лечению рака прямой кишки и для более младших возрастных групп. Также, несмотря на старческий возраст пациентов, мы были удовлетворены показателями 7-летней и 10-летней выживаемости, составивших, соответственно,  $42,75\pm 3,04\%$  и  $26,27\pm 3,02\%$ . При этом мы зафиксировали случаи 15-летней выживаемости, которая составила  $12,14\pm 2,85\%$ .

Учитывая сомнения многих исследователей в нецелесообразности выполнения радикальных операций у больных раком прямой кишки старческого возраста в виду вероятной высокой частоты послеоперационной

летальности, мы изучили влияние этого показателя на 5-летнюю выживаемость, исключив из расчета случаи послеоперационных летальных исходов. 5-летняя выживаемость при этом составила  $52,80 \pm 3,11\%$ . Значимость различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнение этой величины с  $50,17 \pm 3,03\%$  для всей выборки позволило сделать вывод, что послеоперационная летальность незначительно влияет на 5-летнюю выживаемость.

Также мы посчитали целесообразным, учитывая опасения исследователей о возможной высокой частоте возникновения рецидивов в отдаленном периоде ввиду ограниченного применения комбинированных и комплексных методов лечения, изучить влияние рецидивов (в т. ч. отдаленного метастазирования) на 5-летнюю выживаемость. С этой целью мы определили влияние этого фактора на 5-летнюю выживаемость, исключив, по очевидным причинам, из расчета также случаи послеоперационной летальности. 5-летняя выживаемость составила  $55,71 \pm 3,26\%$ . Значимость различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнение этой величины с  $50,17 \pm 3,03\%$  для всей выборки позволило сделать вывод, что рецидивы заболевания незначительно влияют на 5-летнюю выживаемость.

Следующим аспектом, ставящим под вопрос целесообразность выполнения радикальных операций у больных старческого возраста в исследовательской литературе, является мнение о низкой продолжительности жизни данных пациентов ввиду вероятной высокой смертности от обострения интеркуррентной патологии в отдаленном периоде. С этой целью мы изучили влияние данного фактора на 5-летнюю выживаемость, исключив, по очевидным причинам, послеоперационную летальность и случаи летальных исходов от рецидивов заболевания. 5-летняя выживаемость составила при этом  $56,18 \pm 3,47\%$ . Значимость различий с показателем всей выборки определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнение этой величины с  $50,17 \pm 3,03\%$  для всей выборки позволило сделать вывод, что смертность от обострения интеркуррентной патологии незначительно влияет на 5-летнюю выживаемость.

Для дальнейшего подтверждения необходимости расширения показаний к выполнению радикальных оперативных вмешательств у больных раком прямой кишки старческого возраста мы провели отдельное исследование отдаленной выживаемости в зависимости от других факторов, в частности, от сочетания пола и возраста пациентов (табл. 4).

Таблица 4

**Сравнительная отдаленная выживаемость больных раком прямой кишки старческого возраста в зависимости от пола (n=312)**

Пол пациента/ выживаемость	Вся группа		Женщины		Мужчины	
	%	m(±)	%	m(±)	%	m(±)
1 год	91,69	1,59	94,53	1,87	89,00	2,52
3 года	74,18	2,59	80,54	3,36	68,26	3,84

5 лет	<b>50,17</b>	<b>3,03</b>	<b>57,22</b>	<b>4,32</b>	<b>43,59</b>	<b>4,18</b>
7 лет	42,75	3,04	49,62	4,43	36,32	4,13
10 лет	26,28	3,03	36,71	4,61	23,03	3,87
15 лет	12,14	2,86	18,45	4,62	7,25	3,13

В результате была отмечена статистически достоверная положительная разница выживаемости у женщин над мужчинами, превышающая, в зависимости от года (периода) наблюдения (n-летняя выживаемость) показатели последних в диапазоне от 5,53% до 14,69%, что обуславливает большую перспективность радикального хирургического лечения женщин перед мужчинами в старческом возрасте.

Также, в этом аспекте мы не смогли игнорировать тот факт, что группа больных «старческого возраста» достаточно разнообразна в цифровых параметрах. В нашем исследовании возраст больных колебался от 75 до практически 90 лет и, совершенно очевидно, что физические, физиологические, функциональные и др. резервы у таких больных, несмотря на индивидуальные особенности, в целом существенно разнятся, независимо от пола, в худшую сторону с увеличением возраста, что обусловлено прогрессированием сопутствующих заболеваний. В связи с этим мы задались вопросом, до какого возрастного предела у мужчин и женщин существует целесообразность радикального хирургического лечения. После определения возрастных границ у больных старческого возраста, позволяющих статистически достоверно достичь приемлемых результатов отдаленной выживаемости и колебавшихся у мужчин в пределах 75,45 – 80,34 лет, у женщин 75,24 – 80,91 лет и не имевших существенных различий, мы исследовали этот параметр отдельно по возрастным периодам жизни. Мы определили, что статистическая достоверность различий выживаемости между мужчинами и женщинами в пользу последних определена лишь в возрастном промежутке от 78 до 80 лет. В остальных возрастных промежутках статистически достоверных различий n-летней выживаемости нет, что, несмотря на ранее полученные более высокие показатели у женщин в разные периоды наблюдений, сохраняет перспективу радикального хирургического лечения у мужчин.

Несмотря на полученные удовлетворительные результаты отдаленной выживаемости у больных раком прямой кишки старческого возраста с учетом пола и возраста, мы посчитали необходимым дополнительно исследовать другие прогностические факторы, которые могут оказывать влияние на выживаемость и, соответственно, также, определяющие целесообразность выполнения первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций, что могло бы в будущем помочь корректировать тактику лечения. Проведя однофакторные дисперсионные анализы по различным клиническим признакам, мы определили, что:

- зависимости между средней продолжительностью жизни и выбором вида операции нет;



- наблюдается слабая зависимость между средней продолжительностью жизни и наличием послеоперационных осложнений, в частности, при несостоятельности швов анастомоза; однако следует отметить, что в нашем исследовании было отмечено лишь 2 (0,64 ±0,21%) случая:

- определена слабая зависимость между средней продолжительностью жизни и локализацией опухолевого процесса в прямой кишке. Наименее благоприятной явилась локализация в нижнеампулярном отделе, при которой средняя продолжительность жизни достигла 3,25 года в ДИ от 2,64 года до 4,71 года;

- зависимости между средней продолжительностью жизни и параметром N (состояние регионарных лимфатических узлов) нет.

- единственным параметром, при котором наблюдается очень сильная зависимость между средней продолжительностью жизни, явился параметр T – местная распространенность опухолевого процесса. Наиболее высокой продолжительностью жизни отмечена при критерии T2, составившая 4,83 года в ДИ от 3,12 года до 6,99 года при  $p=0,6841$  (рис. 1).

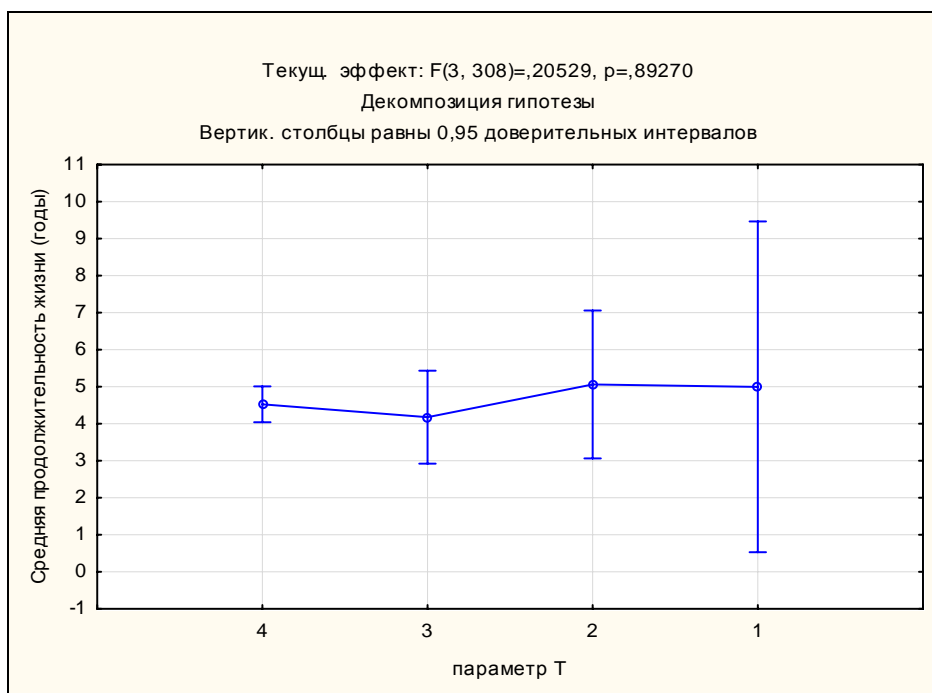


Рисунок 1. Однофакторный дисперсионный анализ между средней продолжительностью жизни и критерием T

Многофункциональная оценка качества жизни включает различные сферы деятельности человека – физиологическую, психологическую, социальную, духовную, сексуальную. В оценке данных параметров у больных старческого возраста мы столкнулись с целым рядом сложностей в оценке вышеуказанных характеристик. Общеизвестно, что к тем или иным нарушениям функции прямой кишки пациенты разных возрастов относятся совсем не однозначно. Особенно, это касается больных старческого возраста, имеющих полиморбидную патологию и, зачастую, связанный с возрастом

лабильный психо-эмоциональный статус, который часто определяется неудовлетворенностью физиологической, материальной, духовной и другими сторонами как личностного, так и социального положения. Эти обстоятельства нередко определяли отрицательную субъективную оценку качества жизни, в т.ч. из-за наличия когнитивных нарушений, депрессии, деменции. В этой связи, мы не оценивали качество жизни, как и в полной мере функциональные результаты больных старческого возраста, подверженных хирургическому лечению и не использовали существующие методы опроса (анкетирования), ограничившись только сведениями о состоянии анальной континенции (удерживанием кала). Удовлетворенность анальной континенцией высказали 66,8% исследуемых больных, 18,3% были частично удовлетворены, 14,9% пациентов были не удовлетворены.

Таким образом, на основании полученных непосредственных, отдаленных и функциональных результатов лечения больных раком прямой кишки старческого возраста, можно считать полностью оправданной применение разработанной хирургической тактики лечения с преимущественным использованием первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих способов операций у данного контингента больных.

## ВЫВОДЫ

1. Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения больных раком прямой кишки старческого возраста (75 лет и старше) является частый отказ как от выполнения первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекция, так и вообще от специального лечения по следующим причинам:

- опасения развития высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности ввиду наличия выраженной сопутствующей патологии и частого осложненного течения;

- сомнение исследователей в достижении удовлетворительных отдаленных результатов ввиду высокого риска летальности в отдаленном периоде из-за обострения интеркуррентной патологии;

- существующие методы всесторонней гериатрической оценки и способы коррекции выявленных нарушений малоприменимы в лечебной сети, не учитывают неотложность начала лечения опухолевого процесса.

2. Применяемая хирургическая тактика лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста, основанная на разработанных в клинике способах первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций, учитывающая локализацию и распространенность опухолевого процесса, анатомические особенности и функциональное состояние органов и систем гериатрических пациентов, позволила в 278 (89,10%) случаях сохранить естественный пассаж кишечного содержимого.

3. Получены удовлетворительные непосредственные результаты хирургического лечения:

- частота интраоперационных осложнений составила 16 (5,1%);

- частота послеоперационных осложнений составила 45 (14,4%);  
- частота послеоперационной летальности составила 15 (4,8%) наблюдений, что не превышает аналогичные данные в исследовательской литературе.

4. Получены удовлетворительные отдаленные результаты лечения:

- 5-летняя выживаемость составила  $50,17 \pm 3,03\%$ ;

- 7-летняя –  $42,75 \pm 3,04\%$ ;

- 10-летняя –  $26,27 \pm 3,02\%$ ;

- 15-летняя –  $12,14 \pm 2,85\%$  случаев.

5. Установлена статистически достоверная положительная разница выживаемости у женщин, превышающая, в зависимости от n-летнего периода, показатели у мужчин в диапазоне от 5,53% до 14,69%.

6. Влияние основных клинических характеристик (тип операции, локализация опухоли, характер послеоперационных осложнений и др.) у больных старческого возраста на выживаемость оказалось слабозависимым или не определялось. Значительное влияние выявлено лишь при критерии T, а именно T2, при котором средняя продолжительность жизни достигла 4,83 года в ДИ от 3,12 года до 6,99 года.

7. Удовлетворенность функцией удерживания кишечного содержимого высказали 66,8% исследуемых больных.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Оптимальным сроком для предоперационного обследования и подготовки больных раком прямой кишки старческого возраста является 10-12 дней, для послеоперационного периода – 10-18 дней, в зависимости от технического способа оперативного лечения. Для планирования в бюджетном учреждении продолжительности лечебного процесса могут быть использованы разработанные формулы:

- для предоперационного периода:  $-11,2649 + 0,2841 * x$ , где «x» - возраст пациента;

- для послеоперационного периода:  $65,8157 + 0,6108 * x$ , где «x» - возраст пациента.

2. В предоперационной подготовке больных старческого возраста основное внимание должно быть уделено медикаментозной коррекции выраженных сопутствующих заболеваний и улучшению реологических свойств крови.

3. В послеоперационном периоде у больных старческого возраста основное внимание должно быть уделено комплексной профилактике тромбозомболических осложнений.

4. При осложненном течении опухолевого процесса у больных раком прямой кишки старческого возраста наиболее оптимальной является брюшно-анальная резекция как наиболее технически простой способ оперативного лечения.

5. Удельный вес обструктивных резекций прямой кишки у больных старческого возраста не должен превышать 3%.

## СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Причины развития колоректального рака [Текст] / В. Х. Башеев, В. В. Балабан, М. Г. Мутык, А. И. Ковальчук, Аль Давуд Амджад // Новообразование. – 2016. – № 1 (14). – С. 6–14. Автором проведен поиск и систематизация литературных данных.

2. Хирургия рака нижнеампулярного отдела прямой кишки [Текст] / В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, А. Ю. Кияшко, В. В. Балабан, Аль Давуд Амджад // Новообразование. – 2017. – № 1 (16). – С. 9–12. Соискатель изучил непосредственные и отдаленные результаты лечения больных.

3. Непосредственные результаты лечения больных раком толстой кишки с инвазией в мочевой пузырь в Республиканском онкологическом центре имени профессора Г. В. Бондаря [Текст] / В. Х. Башеев, В. В. Балабан, А. О. Понсе, Аль Давуд Амджад, Н. В. Бондаренко // Новообразование. – 2018. – Т. 10, № 4 (23). – С. 177–184. Соискатель изучил непосредственные результаты лечения больных.

4. Предварительные результаты радикального хирургического лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста [Текст] / В. Х. Башеев, Аль Давуд Амджад, С. Э. Золотухин, А. О. Понсе Прадо, Л. А. Башеева, М. А. Булатова, Д. С. Паниев // Новообразование. – 2018. – Т. 10, № 4 (23). – С. 164–173. Соискатель провел статистическую обработку данных.

5. Отдаленные результаты лечения больных раком толстой кишки с инвазией в мочевой пузырь после комбинированных резекций [Текст] / В. Х. Башеев, В. В. Балабан, Н. В. Бондаренко, Аль Давуд Амджад, А. О. Понсе // Новообразование. – 2019. – Т. 11, № 1 (24). – С. 4–9. Соискатель изучил непосредственные результаты лечения больных.

6. Проблемы лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста [Текст] / С. Э. Золотухин, Аль Давуд Амджад, А. О. Понсе Прадо, А. Н. Заика, М. Г. Мутык, М. М. Клочков, Р. А. Аль Баргути, А. С. Золотухин // Новообразование. – 2020. – Т. 12, № 4 (31). – С. 126–132. Соискатель провел статистическую обработку данных.

7. Использование аппарата сварки мягких тканей при операциях по поводу рака прямой кишки [Текст] / И.Е. Седаков, Н.В. Бондаренко, А.И. Ковальчук, Д.С.Зыков, А.Понсе, Аль Давуд Амджад // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2015. – № 2 (Материалы XII съезда хирургов России: тезисы; г. Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015 г.). — С. 985.

8. 50-летний опыт хирургического лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки [Текст] / В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, В. В. Балабан, Аль Давуд Амджад // Российская школа колоректальной хирургии : материалы юбилейной X международной конференции ; г. Москва. 29-30 мая 2017 г. – Москва, 2017. – С. 36.

9. Первично-восстановительные и сфинктерсохраняющие резекции прямой кишки по поводу рака у пациентов старческого возраста [Текст] / В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, Амджад Аль Давуд, Л. А. Башеева // Евразийский онкологический журнал. – 2018. – Т. 6, № 1 (X Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии : материалы ; г. Сочи, 23-25 апреля 2018 г.). – С. 401–402.

10. Хирургическая реабилитация больных раком прямой кишки старческого возраста [Текст] / В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, Аль Давуд Амджад, А. О. Понсе, М. Г. Мутык, В. В. Балабан // X Съезд онкологов России : тезисы ; г. Нижний Новгород, 17–19 апреля 2019 г. – С. 182.

11. Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных раком прямой кишки старческого возраста после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций [Текст] / В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, Аль Давуд Амджад, А. О. Понсе, М. Г. Мутык, В. В. Балабан, М. М. Клочков // Университетская клиника. – 2019. Приложение (Наука побеждать ... болезнь : материалы III международного медицинского форума Донбасса; г. Донецк, 14-15 ноября 2019 г.). – С. 46.

12. Результаты лечения больных раком прямой кишки старческого возраста после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций [Текст] / В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин, Аль Давуд Амджад, А. О. Понсе, М. Г. Мутык, М. М. Клочков // III Ежегодная международная конференция «Современные аспекты диагностики и лечения опухолей основных локализаций», посвященная памяти академика Г. В. Бондаря, 29–30 апреля 2020 года, г. Донецк: тезисы. – Донецк, 2020. – С. 14-15.

13. Отдаленные результаты лечения больных раком прямой кишки старческого возраста после первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций [Текст] / С.Э. Золотухин, Аль Давуд Амджад, А. О. Понсе Прадо, М. Г. Мутык, Н. В. Бондаренко, М. М. Клочков, М. А. Булатова // IV международный медицинский форум Донбасса / Университетская клиника (научно-практический журнал) 12-13 ноября 2020 года, г. Донецк: Материалы. – Донецк, 2020. – С. 191-192.