

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

¹Гедревич З.Э., ¹Мороз Е.Г., ²Кутузов А.В.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным Белорусского канцеррегистра 2021г. в Республике Беларусь в течение последних 10 лет сохраняется рост заболеваемости колоректальным раком. Пик заболеваемости приходится на возраст 75-79 лет, что в 4,3 раза выше грубого интенсивного показателя для рака прямой кишки у всей популяции. Высокий процент одногодичной летальности при раке прямой кишки 23,3 свидетельствует об агрессивном характере течения рака этой локализации.

Цель. Изучить возможности и непосредственные результаты лечения колоректального рака у лиц старческого возраста и долгожителей.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о 104 пациентах Минского городского клинического онкологического центра, получивших хирургическое и комбинированное лечение в 2013-2022 гг. по поводу колоректального рака. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 42 пациента в возрасте от 75 до 95 лет. Контрольную группу составили 62 пациента в возрасте 40-60 лет. Стратификация по гендерному признаку: соотношение мужчин и женщин в основной группе составило 2,8:1, в контрольной группе - 1,8:1. Наличие рака верифицировано гистологическим методом у всех пациентов. Классификация TNM осуществлялась в соответствии с UICC, 8-е издание, 2016 год. Все пациенты, вошедшие в исследование, имели стадию T2-T4, без отдаленных метастазов. Индекс по шкале Карновского 70-50%. У всех пациентов основной и контрольной групп не было абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению. Предоперационная лучевая терапия осуществлялась подведением к первичному очагу суммарной очаговой дозы 25 Гр крупными фракциями по 5 Гр в течение 5 дней. Оперативное вмешательство выполнялось в последующие 72 часа. В обе группы включены пациенты, которым изначально планировалось выполнение радикальной операции с сохранением сфинктера.

Результаты. В основной группе большинство операций выполнено открытым чрезбрюшинным доступом (41) и в одном случае - лапароскопическим. При этом произведено 34 передних резекций прямой кишки с формированием превентивной стомы у 17 пациентов. Комбинированная операция в объеме передней резекции с резекцией смежных органов (матка, яичники, мочевого пузыря) выполнена в четырёх случаях, у двоих пациентов произведена операция Гартмана, один случай оказался нерезектабельным, выполнена двустольная

сигмостомия, в одном случае - низкая передняя резекция с формированием превентивной стомы. Средняя продолжительность операции в основной группе составила 102 ± 18 мин. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента возникло осложнение в виде несостоятельности швов сигмо-ректоанастомоза.

В контрольной группе 57 хирургических вмешательств выполнены открытым способом в объеме внутрибрюшинной резекции прямой кишки, в том числе у 5 пациентов произведены комбинированные операции с резекцией смежных органов и формированием превентивной колостомы и в 10 случаях выполнена низкая передняя резекция с превентивной стомой. У 5 пациентов передняя резекция выполнена лапароскопическим доступом. В раннем послеоперационном периоде в одном случае возникло осложнение которое закончилось с летальным исходом. Причина смерти - ТЭЛА. Средняя продолжительность операции в контрольной группе составила 117 ± 23 минут.

Таким образом, в основной группе радикальные вмешательства с сохранением сфинктера чаще выполнялись с превентивной стомой (51,4% против 26,3% в контрольной группе) с целью снижения компрессии на зону анастомоза в послеоперационном периоде

Выводы. 1. При отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению непосредственные результаты радикального комбинированного и хирургического лечения рака прямой кишки у лиц старческого возраста и долгожителей не имеют достоверного отличия по сравнению с группой пациентов среднего возраста.

2. Для снижения риска несостоятельности анастомоза у лиц старческого возраста и долгожителей целесообразно формирование превентивной колостомы.