

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

MODERN POSSIBILITIES IN IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF COLON CANCER

**N. Glushkov
A. Belyaev
T. Gorshenin**

Summary. The article presents the results of treatment of elderly and senile patients with complications of colon cancer, in whose perioperative management a multidisciplinary approach was used. The peculiarity of patients in older age groups, caused by polymorbidity, the phenomenon of mutual complication, requires the use of a non-standard approach in the treatment of complicated colon cancer, since the latter is accompanied by negative results.

A comparative analysis of the results of treatment of 289 elderly and senile patients with complicated colon cancer by the traditional method and using a multidisciplinary approach was carried out. The patients were divided into two groups: study and control. In addition to the introduction of the principles of a multidisciplinary approach, additional diagnostic methods were used in the main group in order to more specifically determine the type, severity of complications, staging of the window process and determine functional operability. Patients of the main group, taking into account the implementation of a multidisciplinary approach, were operated using endovideosurgical technologies.

In the group of patients where a multidisciplinary approach was used using additional diagnostic methods and minimally invasive treatment methods, a more favorable course of the postoperative period was noted with a decrease in postoperative complications (from 44.9% to 27.8%) and mortality (from 8.9% to 5, 3%).

Keywords: colon cancer, surgical treatment, elderly and senile age.

Глушков Николай Иванович

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации;
СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
nikolay.glushkov@szgtmu.ru

Беляев Алексей Михайлович

ФГБУ «Национальный исследовательский
медицинский центр имени Н.Н. Петрова»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации
Bat281060@yandex.ru

Горшенин Тимофей Леонидович

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации;
СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
tgorshenin@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами рака ободочной кишки в периоперационном ведении которых использовался мультидисциплинарный подход. Особенность больных старших возрастных групп обусловлена полиморбидностью, феноменом взаимного отягощения. Это требует использования нестандартного подхода в лечении осложненных форм рака ободочной кишки.

Проведен сравнительный анализ результатов лечения 289 больных пожилого и старческого возраста с осложненным раком ободочной кишки традиционным методом и с использованием мультидисциплинарного подхода и современных методов диагностики и лечения. Больные были распределены на две группы: основную и контрольную. Помимо внедрения принципов мультидисциплинарного подхода в основной группе применялись дополнительные методы диагностики с целью более конкретного определения вида, тяжести осложнения и определения функциональной операбельности. Больным основной группы с учетом реализации мультидисциплинарного подхода операции выполняли с помощью эндовидеохирургических технологий.

В группе больных, где использовался мультидисциплинарный подход современные методы диагностики и лечения отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода со снижением послеоперационных осложнений (с 44,9% до 27,8%) и послеоперационной летальности (с 8,9% до 5,3%).

Ключевые слова: рак ободочной кишки, хирургическое лечение, пожилой и старческий возраст.

Введение

Вопросы лечения больных пожилого и старческого возраста с осложнениями рака ободочной кишки (РОК) сохраняют свою актуальность, что обусловлено высокой заболеваемостью данной онокопатологией на фоне общемировых тенденций старения населения, длительным бессимптомным течением, ошибками в диагностике [2, с. 236; 5, с. 721; 7, с. 19; 8, с. 1307]. Кроме того, пандемия SARS-CoV-2 еще более обострила эту проблему — перепрофилирование специализированного коечного фонда на инфекционный привело к тому, что часть пациентов не смогли получить своевременно необходимую помощь [6, с. 727]. В результате увеличилось количество больных с осложненными формами рака ободочной кишки, и, особенно, среди людей пожилого и старческого возраста [5, с. 726; 6, с. 727].

Пациенты пожилого и старческого возраста с осложненными формами рака ободочной кишки представляют особую группу больных. Наличие выраженной сопутствующей патологии является фактором с одной стороны ограничивающим расширение объема оперативного вмешательства, а с другой, обуславливающим неблагоприятное течение послеоперационного периода. В настоящее время одним из путей улучшения результатов лечения рака ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста является применение мультидисциплинарного подхода с использованием широкого спектра клиничко-диагностических методов определения уровня функциональных резервов организма и диагностики сопутствующих заболеваний [1, с. 117; 3, с. 152; 4, с. 5]. Принцип мультидисциплинарного подхода предусматривает участие и взаимодействие многих врачей разной специальности в ведении одного пациента, что позволяет оптимизировать процессы диагностики и лечения.

Цель

Улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненным раком ободочной кишки путем внедрения мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы

В основу исследования положен анализ результатов лечения 289 больных пожилого и старческого возраста с осложненным раком ободочной кишки, находившихся на лечении в отделении общей хирургии СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в период с 2008 по 2020 гг. Все больные были разделены на две группы — контрольная (n=156) и основная — (n=133). Больным контрольной группы диагностика и лечение осложнений рака

ободочной кишки осуществлялась согласно традиционному подходу. Ведение пациентов основной группы осуществлялось по принципам мультидисциплинарного подхода с использованием современных методов диагностики и лечения. С целью реализации всех пунктов междисциплинарного подхода из исследования были исключены пациенты, требовавшие экстренного оперативного вмешательства по абсолютным показаниям (перфорация толстой кишки, декомпенсированная степень острой толстокишечной непроходимости).

Возраст больных варьировал от 62 до 95 лет, составив в среднем 80,4 — в контрольной группе и 81 — в основной. У всех больных обеих групп имелась сопутствующая патология, наиболее часто со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем (рисунок 1).

Влияние коморбидности на течение периоперационного периода оценивали с помощью возраст-зависимого коэффициента Charlson. Медиана индекса Charlson составила 7,6 [4, с. 5] в обеих группах. Вероятность развития летального исхода в послеоперационном периоде согласно шкалы CR-POSSUM варьировала в пределах 2,5–81,4, составив в среднем 20,7 в контрольной группе и 20,6% — в основной. У большинства (176 (60,9%)) больных обеих групп отмечалась третья степень операционно-анестезиологического риска по ASA.

Чаще у больных обеих групп опухоли локализовались в левой половине ободочной кишки и особенно в сигмовидной кишке (рисунок 2).

В контрольной группе вторая стадия онкологического процесса диагностирована у 68 больных, третья — у 57, четвертая — у 31. В основной группе: II стадия — у 61, III — у 44, IV — у 28 пациентов.

Таким образом, больные контрольной и основной групп были сопоставимы по полу, возрасту, наличию и тяжести сопутствующей патологии, степени операционно-анестезиологического риска и стадии онкологического процесса.

Для оптимизации мультидисциплинарного подхода лечебно-диагностический процесс был разделен на отдельные этапы: дооперационный, операционный и послеоперационный.

При развитии у больного осложнения рака ободочной кишки, не требовавшего экстренного оперативного вмешательства его госпитализация осуществлялась не хирургическое отделение. В данном случае было возможным более широко и полноценно реализовать принципы мультидисциплинарного подхода. Очевидно, что больному с осложнением рака ободочной киш-

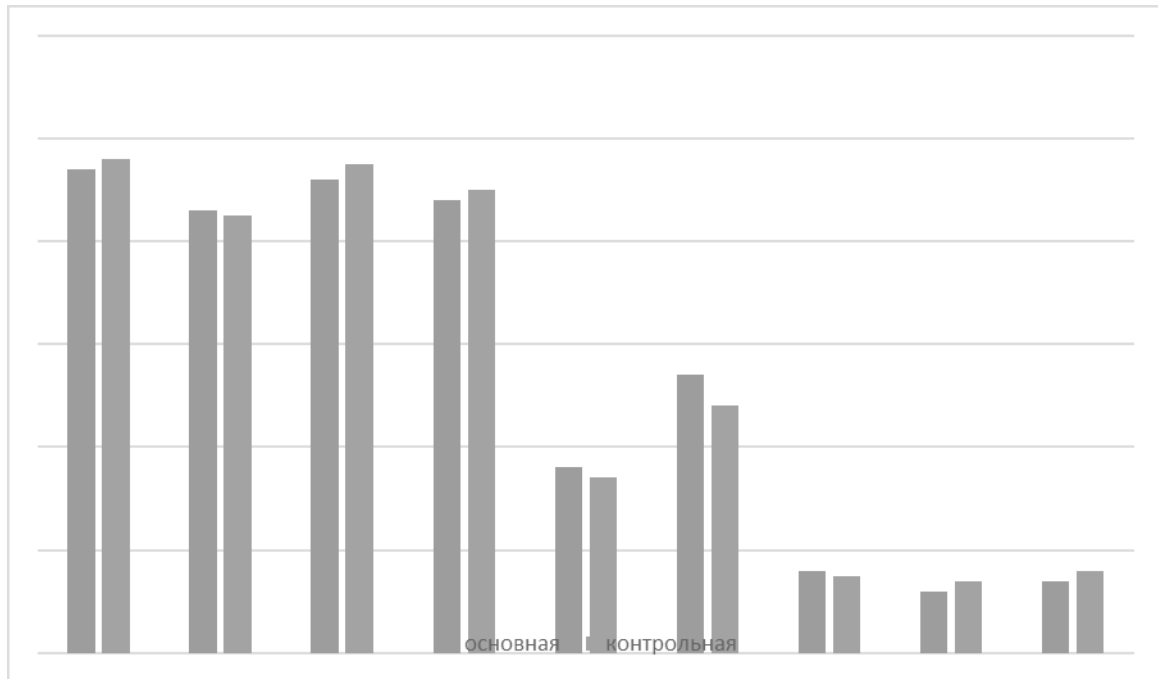


Рис. 1. Распределение больных согласно сопутствующей патологии

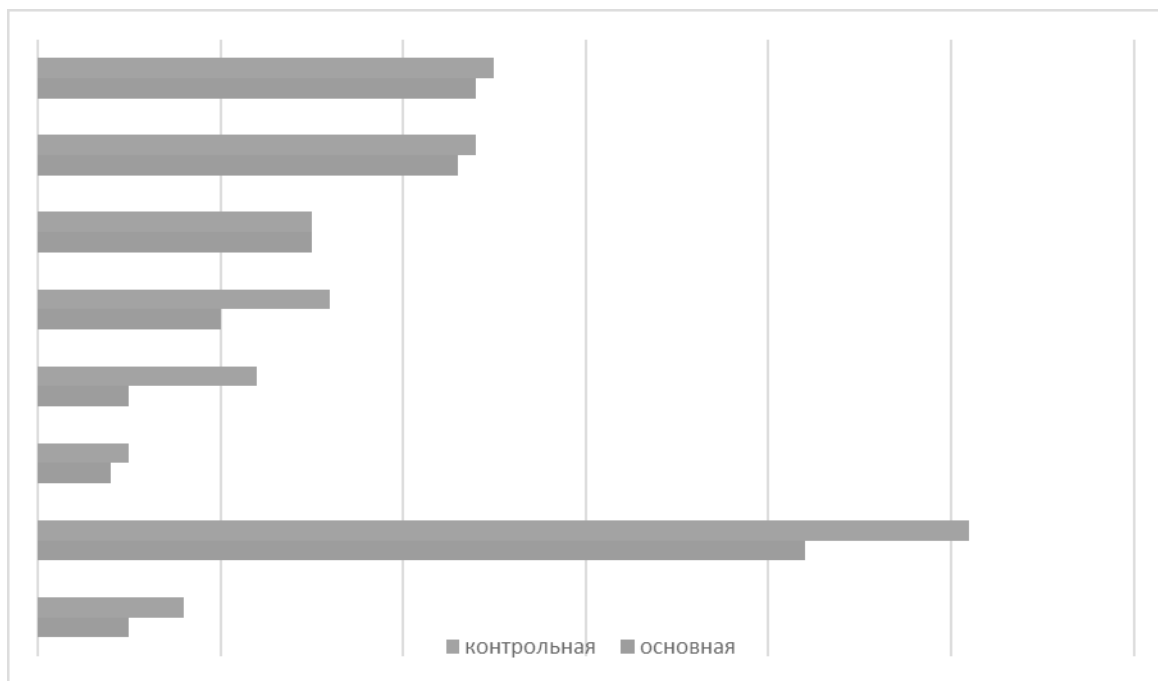


Рис. 2. Распределение больных согласно локализации опухолей в ободочной кишке

ки операция неизбежна в краткосрочной перспективе. В этом контексте, основной задачей мультидисциплинарной бригады на предоперационном этапе было максимально быстро и эффективно подготовить больного к предстоящей операции. Ключевым моментом муль-

тидисциплинарного подхода, позволяющим реализовать весь его потенциал является временной фактор. Для «удлинения» появившейся паузы важно правильно интерпретировать осложнение РОК, его тяжесть. Диагностика осложнений рака ободочной кишки строится



Рис. 3. а. Цветная параметрическая карта скорости кровотока (BF). б. Мультипланарная реконструкция в аксиальной проекции в артериальную фазу. в. График зависимости «время — плотность» в брюшной аорте (ROI 1), опухоли ректосигмоидного отдела ободочной кишки (ROI 2) и интактной кишечной стенке (ROI 3)

на стандартных методах обследования. При этом вопрос о сроках и объеме оперативного вмешательства решается зачастую на субъективных данных. Так, при острой кишечной непроходимости, необходимо установить не только факт непроходимости, но и ее степень, так как это играет существенную роль при выборе тактики лечения. Известно, что компенсированная степень кишечной непроходимости, как правило, хорошо поддается консервативному лечению, а при субкомпенсированной степени, консервативные мероприятия, проводимые в течение 14–20 часов не ухудшают состояние пациента. В этой связи, правильная установка степени острой толстокишечной непроходимости (ОТКН) играет существенную роль. Однако, трактовка степени ОТКН лишь на основании клинико-рентгенологических данных не всегда точна. Пациентам основной группы, наряду с традиционными методами диагностики мы использовали измерение внутрибрюшного давления (ВБД), исследование гемодинамических показателей в непарных артериях брюшной аорты. Измерение внутрибрюшного давления позволяет более достоверно судить о степени ОТКН. Исследование ВБД проводили от 2 до 4 раз в сутки в зависимости от тяжести состояния больных путем измерения давления в мочевом пузыре. При компенсированной степени ОТКН внутрибрюшное давление варьировало от 8 до 15 мм рт.ст., составив в среднем $12,8 \pm 1,7$ мм рт.ст. При субкомпенсированной степени ОТКН показатели ВБД варьировали от 15 до 20 мм рт.ст., составив в среднем $17,8 \pm 2,1$ мм рт.ст. Нарастание степени ОТКН сопровождается повышением внутрибрюшного давления. В свою очередь, повышающееся внутрибрюшное давление оказывает прямое или опосредованное влияние практически на все органы и системы, в том числе

и на спланхничный кровоток. Для оценки регионарного кровотока в непарных артериях брюшной аорты использовали доплерографическое исследование. Кишечная непроходимость сопровождалась редукцией кровотока — уменьшался диаметра сосуда, снижалась объемная скорость кровотока при увеличении индекса резистентности сосудистой стенки. Причем, чем выше степень ОТКН, тем более выражены были эти изменения.

Имелась достоверная связь между степенью кишечной непроходимости, уровнем внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) и показателями гемодинамики. Таким образом, исследование ВБД наряду с гемодинамическими показателями сосудов брюшной аорты позволяла получать более достоверное представление о степени ОТКН. Кроме того, оценка этих показателей в процессе консервативного лечения давала представление о динамике течения кишечной непроходимости, тем самым позволяла более четко определиться со сроками оперативного вмешательства.

При раке ободочной кишки, осложненном перифокальным воспалением, срочность оперативного вмешательства определяется степенью выраженности параканкротных воспалительных изменений, которые могут варьировать от формирования перифокального инфильтрата до перитонита. Очевидно, что только на основании клинико-лабораторных данных и ультразвукового исследования органов брюшной полости судить о выраженности воспалительных изменений трудно. В этом контексте важно более широко использовать спиральную компьютерную томографию. Больным основной группы, помимо СКТ, мы выполняли ее разно-

видность — перфузионную компьютерную томографию (ПКТ). Это исследование позволяло более точно осуществить стадирование опухоли по системе TNM, оценить характер паратуморозных изменений, а также провести дифференциальную диагностику между воспалительными и онкологическими поражениями ободочной кишки (рисунок 3).

Использование описанных дополнительных методов диагностики позволяло большую часть больных основной группы оперировать в отсроченном порядке.

Наряду с диагностикой вида развившегося осложнения и стадирования онкологического процесса важное значение имеет оценка функционального состояния органов и систем. Обычно для этого используется ЭКГ, реже ЭхоКГ, оценка функции внешнего дыхания и осмотр врачей специалистов. Однако использование лишь этих методов не позволяет получить полноценное представление о функциональной операбельности больного. Вместе с указанными методами больным основной группы проводилось исследование миокардиального (Tei) индекса и оценка трофологического статуса. Известно, что состояние сердечно-сосудистой системы имеет одно из решающих значений в выборе объема и метода оперативного вмешательства и определяет риски развития сосудистых послеоперационных осложнений. Определение миокардиального индекса позволяет судить об эффективности сократимости левого желудочка. При величине миокардиального индекса более 0,79 у пациентов диагностировались клинико-инструментальные предикторы развития острой левожелудочковой недостаточности. Больные с подобными значениями Tei-индекса были отнесены нами в "группу риска". Дальнейшая кардиотропная фармакологическая коррекция позволяла профилировать возможные сердечно-сосудистые осложнения. Также у больных обеих групп оценивали трофологический статус. При этом пациентам основной группы определяли не только исходное состояние пациента, но и динамику изменения массы тела за предшествующие 2 мес. до госпитализации. Так, несмотря на то, что у большинства больных ИМТ был нормальным или выше нормы, более у половины из них имелась белково-энергетическая недостаточность, требовавшая коррекции. Что нами и осуществлялось согласно разработанному протоколу.

Основными задачами, стоящими перед хирургом при выполнении операции по поводу осложнений рака ободочной кишки, наряду с устранением самого осложнения, являются минимизация хирургической агрессии при сохранении адекватного онкологического объема и функционального результата. Значимый прогресс в лечении рака толстой кишки связан с активным внедрением эндовидеохирургических технологий. Проведенные

рандомизированные исследования доказали преимущество лапароскопических операций на толстой кишке при ее онкопатологии по сравнению с традиционными, в том числе и у пациентов пожилого и старческого возраста. Дискутабельным остается вопрос о выполнении лапароскопических операций в случаях развития осложнений рака толстой кишки. Несомненно, операции, проводимые в условиях напряженного карбоксиперитонеума у возрастного пациента с наличием ряда сопутствующих заболеваний, таят в себе негативные моменты. С другой, стремление хирурга уменьшить хирургическую агрессию дает основание включить эти операции в арсенал помощи пациентам с осложнениями рака толстой кишки. По нашему мнению, внедрение и использование эндовидеохирургических технологий в лечении осложненных форм рака ободочной кишки является основополагающим моментом мультидисциплинарного подхода в принятии решения об объеме оперативного вмешательства у конкретного больного.

Основой мультидисциплинарного подхода в послеоперационном периоде являлось продолжение коллегиального ведения пациентов под руководством лечащего врача. Кроме того, в послеоперационном периоде использовались принципы протоколов ускоренного выздоровления и реабилитации после хирургических операций (ERAS, FAST TRACK): уменьшение времени пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, ранняя активизация, ранняя энтеральная терапия, раннее удаление катетеров, зондов и дренажей, рациональная антибактериальная терапия, проведение физиотерапевтического лечения.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программ Statistica 8.0 for Windows и Microsoft Excel. Анализ достоверности различия средних величин проведен по критерию Стьюдента (t-критерий), оценку сопряженности качественных признаков проводили с использованием критерия Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты

Больные обеих групп были оперированы в срочном и отсроченном порядке. В основной группе, с учетом реализации мультидисциплинарного подхода в предоперационном периоде, операции выполнялись с помощью эндовидеохирургических технологий, в контрольной — традиционно (таблица 1).

Традиционные и видеоассистированные операции были сопоставимы по времени, однако сопровождалась меньшим объемом интраоперационной кровопотери (таблица 2)

Таблица 1. Объем оперативных вмешательств

Объем оперативного вмешательства	Методы оперативных вмешательств		Всего
	Тр.	М.	
Правосторонняя гемиколэктомия	58	53	111
Левосторонняя гемиколэктомия	11	5	16
Резекция поперечной ободочной кишки	6	2	8
Резекция сигмовидной кишки	20	14	34
Операция типа Гартмана	37	27	64
Илеотрансверзостомия	11	17	28
Колостомия	13	15	28
Итого	156	133	289

Примечание: Тр.— традиционные. М.— минимальноинвазивные.

Таблица 2. Объем интраоперационной кровопотери

Объем оперативного вмешательства	Методы оперативных вмешательств		
	Тр.	М.	p
Правосторонняя гемиколэктомия	220	45	0,001
Левосторонняя гемиколэктомия	240	60	0,001
Резекция поперечной ободочной кишки	150	130	0,699
Резекция сигмовидной кишки	200	400	0,001
Операция типа Гартмана	190	60	0,001
Илеотрансверзостомия	80	50	0,05
Колостомия	140	40	0,001

Примечание: Тр.— традиционные. М.— минимальноинвазивные.

Все больные после перенесенных оперативных вмешательств доставлялись в отделение реанимации и интенсивной терапии. В реанимационном отделении обезболивание осуществлялось путем введения анестетиков непосредственно в эпидуральное пространство в сочетании с системным назначением НПВС. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде была назначена 22 (16,5%) больным основной группы. Это достоверно ($p < 0,01$) меньше, чем больным ретроспективной группы, которым антибактериальные препараты назначались во всех случаях, эмпирически и вне зависимости развившегося осложнения РОК. Пациентам основной группы в большинстве случаев введение антибактериальных препаратов ограничивалось периоперационной антибиотикопрофилактикой. Энтеральное питание при отсутствии или купировании явлений кишечной непроходимости пациентам основной группы начиналась с первых суток с введения в назогастральный зонд глюкозо-электролитных смеси в объеме 250–500 мл. Больным контрольной группы энтеральное введение жидкостей начиналось не ранее вторых суток. Перевод на хирургическое отделение осуществлялся на 1–3 суток. Среднее время нахождения пациентов основной группы в реанимации составило 1,6 суток. Это достоверно ($p < 0,001$) меньше, чем у больных контроль-

ной группы (3,4 суток). На хирургическом отделении продолжались консервативные мероприятия, включавшие в себя инфузионную терапию, профилактику венозных тромбо-эмболических осложнений (ВТЭО) (низкомолекулярные гепарины). Длительность инфузионной терапии составила в среднем 5,4 суток, что достоверно меньше ($p < 0,01$), чем в контрольной группе — 7,2 суток. Введение низкомолекулярных гепаринов продолжалась вплоть до выписки пациента из стационара. Важным моментом послеоперационного периода являлась ранняя активизация пациентов. С первых суток в хирургическом отделении осуществлялась мобилизация и вертикализация пациенты с помощью младшего и среднего персонала отделения и специалистов лечебной физкультуры. Продолжалась энтеральная терапия по разработанному протоколу. Назогастральный зонд удалялся на 1–3 сутки (1,5) у больных основной группы и на 3–5 (4,6) контрольной. Мочевой катетер извлекался на 2–4 сутки (3,1). Дренажи из брюшной полости извлекались на 4–6 сутки (4,6) (таблица 3).

В послеоперационном периоде оценивали динамику купирования болевого синдрома, восстановление перистальтики кишечника, развитие осложнений, длительность послеоперационного койко-дня.

Таблица 3. Мероприятия раннего послеоперационного периода

Мероприятия	Группы		
	Контрольная	Основная	p
Время нахождения в реанимации (сут.)	3,4	1,6	0,001
Начало энтеральной терапии	2,8	1,3	0,001
Длительность антибактериальной терапии	6,4	5,2	0,001
Длительность инфузионной терапии	7,2	5,4	0,01
Начало мобилизации	3,2	1,4	0,001
Извлечение н/гастрального зонда (сут.)	4,6	1,5	0,001
Извлечение мочевого катетера (сут.)	5,2	3,1	0,01
Удаление дренажей (сут.)	4,8	4,6	0,069

Таблица 4. Послеоперационные осложнения у больных раком ободочной кишки

Осложнения	Тяжесть осложнений по Clavien-Dindo										Всего		
	I		II		III		IV		V				
	К	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К	О	
ИОХВ-I	43	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	24
Эвентрация	0	0	0	0	8	4	0	0	0	0	0	8	4
Пневмония	0	0	15	8	0	0	2	0	3	2	20	10	
Спаечная кишечная непроходимость	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	
Несостоятельность анастомоза	0	0	0	0	0	0	3	0	3	2	6	2	
Некроз стомы	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	4	2	
Внутрибрюшное кровотечение	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	4	1	
ОИМ	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	5	1	
ААК	0	0	8	4	0	0	0	0	0	0	8	4	
ТЭЛА	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	5	1	
Сердечно-сосудистая недостаточность	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	
ЖКК	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	
Итого	43	24	23	12	8	6	20	3	14	7	108	52	

Примечание: К — контрольная группа. О — основная группа;

Выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы. У больных, оперированных лапароскопически (основная группа) болевой синдром был выражен значительно меньше по сравнению с группой больных, оперированных традиционными методами (контрольная группа). Не требовалось назначения наркотических анальгетиков. Болевой синдром хорошо купировался назначением НПВС и у большинства больных к 6 суткам он был незначительным. Прямое влияние на выраженность болевого синдрома оказывала операционная травма, и в значительной мере величина лапаротомии.

Ритмичная перистальтика при неосложненном течении послеоперационного периода после лапароскопических операций отмечалась на вторые — третьи стуки. В это время начинали отходить газы. Первый стул отходил на 4–6 сутки. В контрольной восстановление функции кишечника происходила на 1–2 дня позже. Хотя перистальтика и определялась раньше у больных основ-

ной группы, но следует понимать, что это глубоко субъективный показатель, зависящий от многих факторов.

При сравнительном анализе послеоперационных осложнений выявлено, что они достоверно чаще ($p=0,015$) возникали в контрольной группе — 70 (44,9%), чем в основной — 37 (27,8%) (таблица 4).

В обеих группах преобладали раневые осложнения: 51 (32,7%) — в контрольной и 28 (21,1%) — в основной. Меньшая операционная травма, и как следствие более ранняя мобилизация больных обусловили тот факт, что пневмония в послеоперационном периоде развилась реже (10 (7,5%)) в основной группе, чем в контрольной (20 (12,8%)). Несостоятельность межкишечных анастомозов отмечена в двух случаях (1,5%) в основной группе и в 6 (3,8%) в контрольной. Проведение периоперационной антибиотикопрофилактики и отказ от необоснованной антибиотикотерапии в основной группе привело к тому, что такое грозное осложнение, как

антибиотик-ассоциированный колит зарегистрирован только у четырех больных, в то время, как в контрольной группе, где у большинства больных проводилась эмпирическая антибиотикотерапия, это осложнение развилось у 8 пациентов. Исследование Tei-индекса в основной группе с последующей коррекцией кардиологической фармакотерапии привели к снижению количества сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с контрольной группы. В структуре осложнений по Clavien-Dindo в обеих группах преобладали осложнения I и II степени, не требовавшие хирургического вмешательства. В то же время, тяжелые осложнения (III и IV ст.) значительно чаще выявлены у пациентов контрольной — 28 (17,9%) (в основной — 9 (6,8%) ($p < 0,05$) группы.

Летальный исход в основной группе отмечен у 7 больных, в контрольной — 14. Причиной смерти у больных основной группы в четырех случаях явилась интоксикация, в двух — сердечно-сосудистая недостаточность и в одном — ТЭЛА. В контрольной группе причиной летальных исходов стали: интоксикация (6 случаев), ТЭЛА (4 случая), сердечно-сосудистая недостаточность (2 случая), острый инфаркт миокарда (1 случай), внутрибрюшное кровотечение (1 случай). Таким образом, послеоперационная летальность достоверно ниже оказа-

лась в основной группе (5,3%), чем контрольной (8,9%) ($p = 0,05$).

Более благоприятное течение послеоперационного периода у больных основной группы привело к сокращению длительности их пребывания в стационаре ($M = 10$) по сравнению с пациентами контрольной группы ($M = 14$) ($p = 0,001$).

Заключение

Таким образом, использование мультидисциплинарного подхода в лечении больных пожилого и старческого возраста с осложнениями рака ободочной кишки позволяет сократить число послеоперационных осложнений, снизить летальность.

Выводы

Современные принципы оказания медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста с осложненными формами рака ободочной кишки, основанные на мультидисциплинарном подходе и современных методах диагностики и лечения позволяют снизить количество послеоперационных осложнений с 44,9% до 27,8%, а послеоперационную летальность с 8,9% до 5,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаренко А.А. Мультидисциплинарный подход в лечении больного осложнённой формой рака прямой кишки и текущего инфаркта миокарда / А.А. Захаренко, И.В. Шлык, Д.В. Овчаренко [и др.]. // Вестник хирургии имени ИИ Грекова. 2017. Т. 176, № 2.
2. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2016 г. (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. 2017. [Kaprin A.D. Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality) / A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrov. // М.: MNI OI them. P.A. Herzen. 2017. (In Russian)]
3. Лукьянюк П.П. Пути повышения мультидисциплинарного подхода в хирургическом лечении больных местнораспространенными опухолями, осложненными некрозом / П.П. Лукьянюк, Б.Г. Безмозгин, Д.А. Суров и др. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2020. Т. 15. № 1.
4. Павелец К.В. Мультидисциплинарный подход в хирургическом лечении колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском / Павелец К.В., Лобанов М.Ю., Шишликова Ю.С., Русанов Д.С. // Современные проблемы науки и образования. 2018.
5. Pellino G., Spinelli A. — Diseases of the Colon & Rectum, 2020 — June 2020 Volume 63 Issue 6.
6. Shaukat A, Church T. Lancet GastroenterolHepatol. 2020 Aug;5(8):726–727. doi: 10.1016/S2468–1253 (20)30191–6. Epub 2020 Jun 19.
7. Milojkovic B. Surgical treatment of acute intestinal obstruction caused by colorectal cancer / B. Milojkovic, D. Mihajlovic, N. Ignjatovic // ActaMedicaMedianae. 2015. V.54, № 4.
8. Lu PW, Fields AC, Yoo J, Irani J, Goldberg JE, Bleday R, Melnitchouk N. Sociodemographic predictors of surgery refusal in patients with stage I–III colon cancer. J SurgOncol. 2020 Jun;121(8):1306–1313. doi: 10.1002/jso.25917. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32227344.

© Глушков Николай Иванович (nikolay.glushkov@szgmu.ru),

Беляев Алексей Михайлович (Vam281060@yandex.ru), Горшенин Тимофей Леонидович (tgorshenin@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»