

Многоэтапное хирургическое лечение первично-множественного синхронного рака толстой кишки у больного старческого возраста: клиническое наблюдение

М.Х. Фридман¹, В.И. Гилинский¹, Е.Ю. Климов¹, Е.Ю. Зорина¹, Г.Н. Хрыков²

¹СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»; Россия, 197022, Санкт-Петербург, 2-я Березовая аллея, 3/5;

²ГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России;

Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. акад. Лебедева, 6

Контакты: Глеб Николаевич Хрыков ghrykov@mail.ru

Представлен клинический случай успешного многоэтапного хирургического лечения пациента старческого возраста с первично-множественным синхронным раком ободочной кишки. Местно-распространенная опухоль локализовалась в восходящей ободочной кишке, еще одна — в сигмовидной кишке. Лечение проводилось в 2 этапа после оценки мультидисциплинарной командой на основании решения консилиума в составе онколога, анестезиолога, терапевта и невролога. На 1-м этапе был наложен обходной илеотрансверзоанастомоз. После проведения комплексной реабилитации в течение месяца в сочетании с предоперационной подготовкой была выполнена симультанная операция в объеме радикальной правосторонней гемиколэктомии (с резекцией передней брюшной стенки) и резекции сигмовидной кишки, а также пластика дефекта передней брюшной стенки местными тканями (2-й этап).

Этапное хирургическое лечение в сочетании с мультидисциплинарным подходом позволило выполнить радикальное удаление гигантского злокачественного новообразования толстой кишки с хорошим клиническим результатом.

Ключевые слова: местно-распространенный рак, ободочная кишка, хирургическое лечение, первично-множественный рак, мультидисциплинарный подход, пожилой возраст, старческий возраст, химиотерапия

DOI: 10.17650/2220-3478-2015-5-3-38-41

Multistage surgical treatment of elderly patient with multiple colon cancer: case report

M.H. Fridman¹, V.I. Gilinskiy¹, E. Yu. Klimov¹, E. Yu. Zorina¹, G.N. Khrykov²

¹Saint Petersburg City Clinical Oncology Dispensary; 3/5, 2nd Beryozovaya Avenue, Saint Petersburg, 197022, Russia;

²S.M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defense of Russia; 5 Academician Lebedev St.,

Saint Petersburg, 194044, Russia

A clinical case of successful multistage surgical treatment of elderly patient with primary synchronous colon cancer is presented. Locally advanced tumor are in ascending colon, the second tumor are in sigmoid colon. The treatment realized in two stages after assessment by multidisciplinary team based on decision of council of physicians consist of oncologist, anaesthesiologist, therapist and neurologist. First stage include an ileotransversal bypass. After the complex rehabilitation during one month in aggregate with pre-operative council of physicians second stage are simultaneous radical right hemicolectomy with abdominal wall resection and sigmoidectomy with abdominal wall defect plastic by own tissues.

Staged surgical treatment allowed to perform radical resection of the giant malignant neoplasm of the colon with good clinical result.

Key words: locally advanced cancer, colon, surgical treatment, primary multiple cancer, multidisciplinary approach, advanced age, elderly age, chemotherapy

Введение

Сегодня мы живем в неуклонно стареющем обществе, а число пациентов пожилого и старческого возраста (ПСВ) продолжает расти во всем мире, в том числе и в России. По данным Всероссийской переписи населения 2010 г., в Российской Федерации проживает 31,7 млн лиц ПСВ, что составляет 22,3 % от общего числа населения. По прогнозам, в Великобритании число пожилых людей в возрасте 85 лет и старше в ближайшие 25 лет вырастет более чем в 2 раза: в 2034 г.

их число превысит 3,5 млн человек. В настоящее время в странах Запада наблюдается процесс демографического старения населения: неуклонно увеличивается доля пожилых людей в общей численности (наиболее быстро растет группа лиц старше 65 лет). Следствием этого является не только рост заболеваемости раком, но также увеличение числа пожилых онкологических больных, требующих лечения. В Европе и США более 60 % новых случаев заболевания раком и более 70 % летальных исходов вследствие онкологических забо-

леваний встречаются в возрасте 65 лет и старше [1–4]. Около 50 % пациентов с колоректальным раком (КРР) старше 70 лет, в данной возрастной группе КРР занимает 2-е место среди причин летальных исходов от онкозаболеваний [5]. Однако сравнительная выживаемость пожилых (≥ 65 лет) пациентов с КРР хуже, чем в группе больных молодого возраста вследствие выявления при первичной диагностике более запущенных стадий, а также из-за того, что геронтологические больные часто получают недостаточно оптимальное лечение [6].

Несомненно, лечение возрастных пациентов усложняется наличием серьезных сопутствующих заболеваний. Доля пациентов в возрасте 80–89 лет с выраженной сопутствующей патологией за прошедшие несколько десятилетий увеличилась с 60 % в 1995–1998 гг. до 80 % в 2007–2010 гг. По данным анализа непосредственных результатов лечения 1666 больных раком толстой кишки (РТК) старше 75 лет, находившихся на лечении в нашем учреждении, уровень послеоперационных осложнений был в 2,5 раза, а послеоперационной летальности в 6 раз выше по сравнению с больными младше 75 лет [7].

Хирургическое лечение пациентов ПСВ с раком ободочной кишки сопровождается повышенной частотой осложнений, увеличением длительности пребывания в стационаре и более высоким уровнем 30-дневной летальности по сравнению с результатами лечения лиц младше 60 лет [8].

Очевидно, что в связи с увеличением числа онкологических пациентов ПСВ возникают непростые вопросы перед планированием их лечения. В данной статье авторами представлен успешный опыт нетривиального подхода к хирургическому лечению пациента старческого возраста с первично-множественным синхронным РТК.

Клиническое наблюдение

Пациент К., 80 лет, впервые обратился в СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» в январе 2014 г. с жалобами на наличие большой неподвижной опухоли в правой подвздошной области, выраженную слабость, астению, боль в проекции новообразования, снижение работоспособности.

Из анамнеза. В мае 2013 г. обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на наличие болезненного образования в правой подвздошной области, покраснения кожи над ним, лихорадку. В амбулаторных условиях пациенту было проведено лечение: вскрытие и дренирование абсцесса в правой подвздошной области, проведена стандартная консервативная терапия. Дополнительное обследование не проводили.

В декабре 2013 г. обследовался в одном из диагностических центров г. Санкт-Петербурга. При фиброколоноскопии в восходящей ободочной кишке обнаружена стенозирующая, бугристая опухоль; в дистальном отделе

сигмовидной кишки выявлена блюдцеобразная опухоль диаметром 2,5 см. При рентгенографии органов грудной клетки, электрокардиографии отмечены возрастные изменения. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости показало, что опухоль правой половины ободочной кишки, протяженностью 7 см, исходит из слепой кишки и поражает большую часть восходящей ободочной кишки с вращением в переднюю брюшную стенку, паранефральную клетчатку. Отдаленных метастазов не выявлено.

При поступлении в стационар состояние пациента стабильное, средней степени тяжести, осложненное выраженным токсико-анемическим синдромом, анемией тяжелой степени, болевым синдромом II степени, субкомпенсированным стенозом восходящего отдела ободочной кишки. Температура тела колеблется в пределах $37,5$ – $37,9$ °С. Соматический статус ECOG 2.

Лабораторные показатели: уровень общего белка – 50 г/л, альбумин – 30 г/л, содержание лейкоцитов – $14,8 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до 8, уровень гемоглобина – 88 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л.

Был установлен предварительный диагноз: первично-множественный синхронный рак: 1) рак восходящего отдела слепой кишки сT4NxM0; 2) рак сигмовидной кишки сT1NxM0. Сопутствующие патологии: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II степени, артериальная гипертензия II степени, 4-я группа риска сердечно-сосудистых осложнений, цереброваскулярная болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия II степени.

При планировании лечения консилиумом в составе онколога, анестезиолога, терапевта и невролога была выбрана следующая тактика лечения после проведения комплексной инфузионной предоперационной подготовки:

- на 1-м этапе выполнить наложение обходного илеотрансверзоанастомоза с сохранением последнего в дальнейшем;
- на 2-м этапе – радикальное хирургическое лечение в объеме симультанной операции: правосторонней гемиколэктомии с резекцией передней брюшной стенки и внутрибрюшной резекцией сигмовидной кишки.

Первый этап лечения позволил значительно улучшить общее состояние пациента на фоне проводимой коррекции, противовоспалительной, антибактериальной терапии. Уровень общего белка крови возрос до 65 г/л, альбумина – до 38 г/л; удалось скорректировать анемию (уровень гемоглобина возрос до 150 г/л, эритроцитов – до $4,5 \times 10^{12}$ /л), повысить трофологический статус на фоне нормализации питания (сочетание парентерального питания 3-компонентными питательными смесями в первые 2 сут после 1-го этапа хирургического лечения с ранним энтеральным питанием методом сипинга гиперкалорическими питательными смесями и последующим расширением до диетического стола № 5).

Выраженное улучшение соматического статуса до ECOG 1, отсутствие гипертермии, нормализация лабораторных показателей позволили повысить функциональ-

ную операбельность больного и выполнить 2-й, более травматичный и расширенный этап хирургического лечения.

Ревизия органов брюшной полости показала, что петли тонкой кишки умеренно раздуты, перистальтика кишечника вялая, серозная оболочка блестящая, в восходящей ободочной кишке определяется большая бугристая опухоль, врастающая в переднюю брюшную стенку, паранефральную клетчатку. Имеются единичные увеличенные регионарные лимфатические узлы. В сигмовидной кишке пальпируется инфильтративно-язвенная опухоль размером 1,5 × 1,5 см. Отдаленных метастазов не выявлено. Согласно плану лечения, выполняли не просто симптоматическую операцию, а 1-й этап перед радикальным вмешательством: назогастроинтестинальную интубацию и наложение илеотрансверзоанастомоза с таким расчетом, чтобы при повторной операции были возможны радикальное удаление правого фланга толстой кишки и внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки с сохранением ранее наложенного анастомоза. На 14-е сутки после операции с явным улучшением пациент был выписан с рекомендациями проведения реабилитационного периода.

Через 1 мес больной был госпитализирован повторно. После предоперационной подготовки выполнили симультанную комбинированную правостороннюю гемиколэктомию с резекцией передней брюшной стенки, внутрибрюшную резекцию сигмовидной кишки, пластику дефекта передней брюшной стенки местными тканями. На 15-е сутки после операции пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Послеоперационное гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома всех слоев стенки слепой кишки с инвазией в клетчатку и мышцы брюшной стенки. Метастазы в 9 из 11 лимфатических узлов; высокодифференцированная аденокарцинома с инвазией в мышечный слой стенки сигмовидной кишки. Края резекции без опухолевого роста.

В послеоперационном периоде больной был консультирован химиотерапевтом. С учетом выраженной со-

путствующей патологии и возраста проведение адьювантной химиотерапии признано нецелесообразным. Состояние пациента через 3 мес удовлетворительное, масса тела увеличилась на 2 кг, клинико-инструментальных данных, подтверждающих прогрессирование заболевания, не выявлено.

Заключение

Известно, что пациенты ПСВ, страдающие КРР, практически не представлены в рандомизированных исследованиях. Большинство больных ПСВ со II и III стадиями КРР получают только хирургическое лечение, хотя небольшая доля пациентов со II стадией может получить значимые преимущества от назначения им адьювантной химиотерапии, а у больных с III стадией она должна входить в обязательный стандарт.

При получении одинакового адекватного лечения уровень выживаемости пожилых онкологических больных и лиц молодого возраста сопоставим. Однако геронтологические пациенты вследствие физической и ментальной слабости, а также в связи с наличием множественных сопутствующих заболеваний и возрастных расстройств жизнедеятельности органов, которые в случае направления их на операцию и/или химиотерапевтическое лечение могут создать трудности при терапии, реже направляются к специалисту с необходимым для принятия правильного решения объемом знаний.

Тщательная оценка состояния пациента ПСВ и мультимодальный подход в стратегии лечения позволили выполнить в условиях специализированного лечебного учреждения радикальную симультанную операцию с успешным исходом. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего развития и улучшения результатов лечения данной тяжелой категории больных с обеспечением высокого уровня социальной реабилитации и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак у пожилых. Под ред. В.Н. Анисимова, К.П. Хавинсона, В.М. Моисеенко. СПб.: Изд-во Н-Л, 2004. 336 с. [Cancer of elderly patients. By eds.: V.N. Anisimov, K.P. Khavinson, V.M. Moiseenko. Saint Petersburg: Izd-vo N-L, 2004. 336 p. (In Russ.)].
2. Маркарян Д.Р., Никола В.В., Царьков П.В. Мультидисциплинарный подход в периоперационном ведении больных колоректальным раком в старческом возрасте (обзор литературы). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2011;21(1):50–6. [Markaryan D.R., Nikoda V.V., Tsarkov P.V. Multidisciplinary approach in the perioperative management of elderly patients with colorectal cancer (literature review). Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology 2011;21(1):50–6. (In Russ.)].
3. Мартынюк В.В., Пресняков В.Н., Сулейман Т.А. Хирургическое лечение рака прямой кишки у больных пожилого и старческого возраста. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 2000;6:28–30. [Martynuk V.V., Presnyakov V.N., Suleyman T.A. Surgical treatment of cancer of the rectum of elderly and old patients. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova = I.I. Grekov Surgery Herald 2000;6:28–30. (In Russ.)].
4. Aapro M.S., Kohne C.H., Cohen H.J., Extermann M. Never too old? Age should not be a barrier to enrollment in cancer clinical trials. Oncologist 2005;10(3):198–204.
5. Folprecht G., Cunningham D., Ross P. et al. Efficacy of 5-fluorouracil-based chemotherapy in elderly patients with metastatic colorectal cancer: a pooled analysis of clinical trials. Ann Oncol 2004;15(4):1330–8.

6. Манихас Г.М., Хрыков Г.Н., Ханевич М.Д., Фридман М.Х. Клинические рекомендации по лечению колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста. Успехи геронтологии 2013;26(3):458–68. [Manikhas G.M., Khrykov G.N., Khanevich M.D., Fridman M.Kh. Clinical recommendations for treatment of colorectal cancer of elderly and old patients. Uspekhi gerontologii = Progress of Gerontology 2013;26(3):458–68. (In Russ.)].
7. Манихас Г.М., Фридман М.Х., Ханевич М.Д. и др. Непосредственные результаты лечения рака желудка и толстой кишки у больных старческого возраста. Мат-лы VIII съезда онкологов России. 11–13 сентября 2013 г. В 3 т. Т. 3. СПб., 2013. С. 959. [Manikhas G.M., Fridman M.Kh., Khanevich M.D. et al. Direct results of treatment of the stomach cancer and cancer of the colon of old patients. Materials of the VIII assembly of oncologists of Russia. September, 11–13, 2013. In 3 volumes. Vol. 3. Saint Petersburg, 2013. P. 959. (In Russ.)].
8. Turrentine F.E., Wang H., Simpson V.B., Jones R.S. Surgical risk factors, morbidity and mortality in elderly patients. J Am Coll Surg 2006;203(6):865–77.