

На правах рукописи

ХАЛИЛОВ ЗАУР БАХМАН ОГЛЫ

**МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА**

14. 01. 17- хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

МОСКВА – 2020

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» г. Москва, и в Республиканском научном центре хирургии имени акад. М.А. Топчибашева г. Баку.

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Курбанов Фазиль Самедович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, зав.
кафедрой эндоскопической хирургии

Емельянов Сергей Иванович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры хирургии с курсами
травматологии, ортопедии и
хирургической эндокринологии ИУВ
(ФГБУ) Национальный медико-
хирургический центр им. Н.И. Пирогова,
заслуженный врач РФ

Левчук Александр Львович

доктор медицинских наук, профессор,
ЗАО Группа компаний «МЕДСИ»,
Клиническая больница №1 в Отрадном,
зав. отделением общей онкологии и
колопроктологии

Кочатков Александр Владимирович

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Российский научный центр хирургии имени Б.В. Петровского"

Защита диссертации состоится «26» января 2021 года, в 14:00 часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.009 при Российском университете дружбы народов по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке и на сайте ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; сайт: <http://dissovet.rudn.ru>)

Автореферат разослан « 03 » декабря 2020 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

И.С. Пантелеева

Актуальность исследования

В последние десятилетия отмечается постоянный рост числа больных с объемными образованиями толстой кишки, а также частоты встречаемости его осложненных форм (Давыдов М.И., 2008, 2011; Сажин В.П., 2006; Inoue A., 2014; Ichikawa N., 2016). Ежегодно в мире выявляется около миллиона больных новообразованиями толстой кишки и полмиллиона смертей от этих заболеваний (Глушков Н.И., 2015). В экономически развитых странах рак толстой кишки занимает одно из лидирующих мест среди злокачественных опухолей по заболеваемости (Попов А.С., 2015), что влечет рост потребности в плановых и экстренных вмешательствах.

Центральным направлением развития хирургии прямой и ободочной кишки является внедрение миниинвазивных лапароскопических методик, что стало возможным, благодаря появлению современных оперативных технологий (Емельянов С.И., 2013, 2016). Эффективность этих вмешательств подтверждается меньшим болевым синдромом и кровопотерей, а также сокращением сроков госпитализации и реабилитации. Результативность этих операций в лечении колоректального рака была доказана многими международными и отечественными исследованиями, как в хирургии, так и онкологии (Можанов Е.В., 2013; Liang J.T., 2007; Nakamura T., 2009; Guerrieri M., 2012).

Значимым и объективным процессом является повышение в составе населения удельного веса представителей старших возрастных групп, при этом пик заболеваемости раком толстой кишки приходится на возраст свыше 70 – 75 лет. В этом возрасте у большинства больных выявляется и иная патология, требующая дополнительного лечения. Серьезную тактическую проблему представляют и первично-множественные опухоли у больных старших возрастных групп (Гедревич З.Э., 2015). Таким образом, медицинский аспект этой проблемы чрезвычайно важен по целому ряду направлений.

Степень разработанности темы

Активному внедрению видеоэндоскопической хирургии в колопроктологии способствовал факт доказанности технической выполнимости операций из лапароскопического доступа у больных старших возрастных групп (Воробьев Г.И., 2004; Кит О.И., 2012; Хитарьян А.Г., 2015; Лядов В.К., 2016; Abraham N.S., 2004). Очевидно, что основным принципом хирургической помощи является обеспечение высокого качества жизни больных раком толстой кишки после операции, не в ущерб онкологическому радикализму (Lee J.K., 2012).

В то же время, лапароскопические вмешательства не получили, до сих пор, достаточного распространения у больных раком толстой кишки пожилого и старческого возраста. Ряд авторов высказывают неудовлетворенность результатами подобных вмешательств, особенно у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, высказывая необходимость тщательного отбора для выполнения малоинвазивных лапароскопических вмешательств (Хитарьян А.Г., 2015; Шинкарев С.А., 2015; Даулетбаев Д.А., 2016).

Оценивая ситуацию в целом можно сказать, что продолжение исследований и поиск новых решений в этой области сохраняют свою актуальность.

Цель работы: разработка рациональной стратегии хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки и улучшение результатов лечения этой категории больных.

Задачи исследования

1. Определить место лапароскопических операций у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки.

2. Определить значение возрастного фактора и тяжести сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с новообразованиями толстой кишки при выборе лапароскопического или лапаротомного доступа хирургического вмешательства.

3. Провести сравнительную оценку индекса коморбидности у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки с группой больных молодого и среднего возраста.

4. Уточнить влияние коморбидного фона на возможность выполнения лапароскопического вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки.

5. Выявить зависимость объема интраоперационной кровопотери у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки от вида хирургического доступа.

6. Определить зависимость продолжительности стационарного лечения у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки, перенесших лапароскопическую операцию, сравнительно с группой больных, оперированных из лапаротомного доступа.

7. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения объемных образований толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста сравнительно с группой больных молодого и среднего возраста.

8. Определить возможность и целесообразность выполнения экстренных лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с осложнениями новообразований толстой кишки, требующих неотложного хирургического лечения.

9. Провести сравнительную оценку результатов качества жизни в послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки, оперированных лапароскопически и из лапаротомного доступа.

Научная новизна исследования

1. На основании проведенного анализа результатов плановых операций у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки оценены основные показания и противопоказания к хирургическому, в том числе лапароскопическому лечению, оценены возможности оперативных вмешательств у больных старших возрастных групп с тяжелыми

сопутствующими заболеваниями.

2. Определен потенциал экстренных лапароскопических операций у больных пожилого и старческого возраста с осложнениями новообразований толстой кишки, сформулированы основные ограничения этого метода у данной категории больных.
3. Показано, что выполнение сочетанных хирургических вмешательств у больных с объемными образованиями толстой кишки старших возрастных групп не сопровождается ухудшением их результатов, в том числе при наличии у больных тяжелого коморбидного фона.
4. Доказано достоверное положительное влияние применения миниинвазивных лапароскопических технологий у больных пожилого и старшего возраста с объемными образованиями толстой кишки на сроки послеоперационной реабилитации и основные показатели качества жизни.

Теоретическая и практическая значимость работы

1. Оценены показания к лапароскопическим вмешательствам у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки, определены ограничения лапароскопических операций и место лапаротомии в плановом лечении этих больных.
2. Определена степень влияния коморбидного фона на возможности лапароскопических технологий у больных объемными образованиями толстой кишки старших возрастных групп. Показана высокая эффективность этих методик у больных данной группы с выраженными сопутствующими заболеваниями.
3. Продемонстрирован потенциал лапароскопических методик в лечении больных пожилого и старческого возраста с новообразованиями толстой кишки различных локализаций и стадии.
4. Показаны возможности лапароскопических операций у больных старших возрастных групп с различными осложнениями новообразований толстой кишки. Уточнены ограничения к выполнению экстренных миниинвазивных вмешательств у больных осложненным раком толстой кишки.
5. Выполнение лапароскопических операций у больных объемными образованиями толстой кишки старших возрастных групп показало достоверно лучшие результаты по параметрам качества жизни в раннем послеоперационном периоде в сравнении с больными, оперированными из лапаротомного доступа.

Внедрение в практику

Основные положения диссертации используются в практической работе хирургического отделения Центральной клинической больницы Российской академии наук и Республиканского научного центра хирургии имени акад. М.А. Топчибашева, Центральной больницы города Баку, Азербайджанская республика. Результаты диссертационной работы внедрены в учебный процесс на кафедре

госпитальной хирургии с курсом детской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ.

Положения, выносимые на защиту

1. Лапароскопические вмешательства в хирургии объемных образований толстой кишки являются методом выбора у больных пожилого и старческого возраста, достоверно сокращая сроки госпитализации и послеоперационной реабилитации.

2. Основные противопоказания к выполнению лапароскопической резекции толстой кишки у больных новообразованиями старших возрастных групп определяются, главным образом, локальным статусом и распространенностью основного процесса.

3. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста не оказывает достоверного влияния на возможность выполнения лапароскопических операций у больных новообразованиями толстой кишки.

4. В экстренной хирургии объемных образований толстой кишки с осложненным течением использование лапароскопических методов оптимально у больных с кровотечением и кишечной непроходимостью.

5. Лапароскопические миниинвазивные вмешательства в лечении больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки демонстрируют существенно лучшие результаты по параметрам физического функционирования, в сравнении с больными, оперированными из лапаротомного доступа.

Степень достоверности и апробация работы

Результаты исследования и основные положения диссертации являются достоверными и подтверждены большим клиническим опытом с формированием групп сравнения, современными методами исследования и статистической обработки. Сформулированные выводы, положения и рекомендации аргументированы и логически вытекают из системного анализа результатов выполненных исследований.

Результаты проведенных исследований доложены на:

- Международной научной конференции «#SCIENCE4HEALTH 2016» (Москва, 2016 г.);
- Конференции «Виноградовские чтения». Актуальные проблемы хирургии, травматологии и реаниматологии. (Москва, 2016, 2017 и 2018 гг.);
- Международной научной конференции «#SCIENCE4HEALTH2017» (Москва, 2017 г.);
- X Международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии» (Москва, 2017 г.);

- Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX-м Юбилейным Съездом РОЭХ (Москва, 2017 г.).
- Научно-практическая конференции «Актуальные вопросы современной хирургии» (Москва, 2018 г.)
- 1st Congress of the Ambroise Paré International Military Surgery Forum (APIMSF) – 30th Anniversary APIMSF Meeting (Baku, Azerbaijan, 2018).
 - Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию академика Б.А. Агаева (Баку, 2018).
 - 5th Azerbaijan – German – Turkish Medical Congress (Baku, Azerbaijan 2019).
 - XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology. (Baku, Azerbaijan 2019).
 - расширенном заседании кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов, кафедры экспериментальной и клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, сотрудников ЦКБ РАН с привлечением докторов медицинских наук Республиканского Научного Центра хирургии имени академика М. А. Топчибашева (Москва, 2020 г.)

По теме диссертации опубликована **33 работы**, в том числе **16 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ** для публикации материалов кандидатских и докторских диссертаций.

Структура диссертации

Диссертация изложена на 263 страницах машинописного текста и состоит из оглавления, списка сокращений, введения, 6 глав (в том числе обзора литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 243 научных трудов, в том числе 90 отечественных и 153 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 59 рисунками, 33 таблицей, клиническими примерами.

Содержание работы

Материалы исследования

Настоящее исследование является составной частью научной программы, проводимой совместно кафедрой госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГАОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов (РУДН), Центральной клинической больницей Российской Академии Наук (РАН) (клиническая база кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГАОУ ВО РУДН), город Москва, Российская Федерация и Республиканским научным центром хирургии имени акад. М.А. Топчибашева, Центральной клинической больницей города Баку, Азербайджанская республика, посвященной оценке возможностей видеоэндоскопических технологий в лечении больных с объемными образованиями толстой кишки.

Клинический опыт, легший в основу настоящего исследования, составил 290 больных, оперированных по поводу объемных образований толстой кишки. В

исследование вошло 169 больных с объемными образованиями ободочной кишки и 121 больной с объемными образованиями прямой кишки.

Было 159 мужчин и 131 женщина в возрасте от 21 лет до 89 лет (средний возраст $68,3 \pm 1,0$ лет). В основную группу исследования (1 группа) вошел 171 больной в возрасте 60 лет и старше, в группу сравнения (младшего возраста) – 119 больных в возрасте до 59 лет включительно (2 группа).

Сопоставление изучаемых групп проводилось отдельно в зависимости от локализации основного процесса (ободочная или прямая кишка).

Среди больных, оперированных по поводу рака прямой кишки, было 56 мужчин и 65 женщин в возрасте от 30 лет до 83 лет (средний возраст $61,7 \pm 1,8$ лет). В 1 группе было 63, во 2 группе – 58 больных раком прямой кишки. Средний возраст больных 1 группы составил $71,0 \pm 1,3$ лет, больные были, преимущественно, в возрастном диапазоне от 60 до 79 лет, 2 группы - $50,4 \pm 1,9$ лет ($p < 0,01$). Распределение больных в исследуемых группах по гендерному признаку продемонстрировало их сопоставимость ($\chi^2 = 0,206$; $p = 0,65$).

Локализация рака прямой кишки в исследуемых группах была сходной ($\chi^2 = 1,059$; $p = 0,901$), как можно видеть в таблице 1.

Таблица 1 – Локализация рака прямой кишки в исследуемых группах

Основной диагноз рака прямой кишки	1 группа (n=63)		2 группа (n=58)		χ^2 ; p
	n	P \pm mp%	n	P \pm mp%	
Рак анального отдела	6	9,5 \pm 3,7	4	6,9 \pm 3,3	$\chi^2 = 1,059$; $p = 0,901$
Рак нижеампулярного отдела	12	19,0 \pm 4,9	11	19,0 \pm 5,1	
Рак среднеампулярного отдела	17	27,0 \pm 5,6	14	24,1 \pm 5,6	
Рак вышеампулярного отдела	8	12,7 \pm 4,2	13	22,4 \pm 5,5	
Рак ректосигмоидного отдела	19	30,2 \pm 5,8	16	27,6 \pm 5,9	
Рецидив рака прямой кишки	1	1,6 \pm 1,6	-	-	

В обеих группах у трети больных был выявлен рак ректосигмоидного отдела, менее 10% - рак анального канала. Один больной из первой группы за 1,8 года до настоящего поступления перенес переднюю резекцию прямой кишки и поступил с рецидивом рака. Метастатическое поражение печени было выявлено у 9 больных (7,4%), в том числе множественное поражение у 4 больных. Инвазия опухоли в тонкую кишку была зафиксирована у 2 больных, в мочевого пузырь у 2 больных, в матку и в мочевого пузырь у 1 больной.

Распределение больных по стадиям рака прямой кишки (классификация TNM, 7-я редакция, 2009 год), не выявило достоверных различий между группами ($\chi^2 = 1,465$; $p = 0,690$). В изучаемых группах практически у 2/3 больных были опухоли кишки третьей и четвертой стадии (таблица 2).

Во всех случаях у больных, вошедших в данное исследование, была выявлена аденокарцинома. Степень дифференцировки опухолей была разнообразной, но преобладали в обеих группах больные умеренной и низкой степени дифференцировки. Полученные результаты не были статистически значимы ($\chi^2=0,006$; $p = 0,997$). Один больной 1 группы был оперирован по поводу ворсинчатой аденомы ректосигмовидного перехода с дисплазией III ст., при завершающем морфологическом исследовании в двух препаратах были выявлены микрофокусы низкодифференцированной аденокарциномы.

Таблица 2 – Стадирование рака прямой кишки в соответствии с классификацией TNM

Стадия рака прямой кишки	1 группа (n=63)		2 группа (n=58)		χ^2 ; p
	n	P \pm mp%	n	P \pm mp%	
Стадия II	19	30,2 \pm 5,8	15	25,9 \pm 5,7	$\chi^2=1,465$; $p=0,690$
Стадия IIIA	9	14,3 \pm 4,4	10	17,2 \pm 5,0	
Стадия IIIB	19	30,2 \pm 5,8	22	37,9 \pm 6,4	
Стадия IV	16	25,4 \pm 5,5	11	19,0 \pm 5,1	

У 7 больных 1 группы и у 10 больных 2 группы было выявлено осложненное течение заболевания, что потребовало выполнения экстренной операции. В обеих группах преобладали больные, оперированные по плановым показаниям, больным младших возрастных групп несколько чаще выполнялись экстренные вмешательства, однако различия не были достоверны ($\chi^2=0,940$; $p = 0,332$).

Сопутствующие заболевания были выявлены у 47 больных раком прямой кишки 1 группы (74,6 \pm 5,5%) и у 23 больных (39,7 \pm 6,4%) 2 группы ($p<0,001$).

Сердечно-сосудистые заболевания наблюдались у 23 (36,5 \pm 6,1%), эндокринные и метаболические заболевания – у 13 (20,6 \pm 5,1%), заболевания дыхательной системы – у 16 (25,4 \pm 5,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта – у 12 (19,0 \pm 4,9%), заболевания моче-половой системы – у 13 (20,6 \pm 5,1%), неврологические заболевания - у 3 (4,8 \pm 2,7%), заболевания системы крови – у 13 (20,6 \pm 5,1%), прочие заболевания – у 6 (9,5 \pm 3,7%) больных основной группы. По ряду позиций разница между сравниваемыми группами была статистически значимой.

В 1 группе преобладали больные с заболеваниями сердечно сосудистой системы, в том числе двое больных, до настоящего поступления, перенесли аортокоронарное и маммарокоронарное шунтирование, в одном случае в сочетании с трансмиокардиальной лазерной реваскуляризацией. Один больной с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, хроническим простатитом и задержкой мочеиспускания требовал ношения постоянного

уретрального катетера. Еще один больной раком простаты получал постоянную гормонотерапию.

Сопутствующие заболевания у больных второй группы наблюдались у 23 (39,7±6,4%) больных. В контрольной группе сердечно-сосудистые заболевания встречались у 11 (19,0±5,1%) ($\chi^2=4,600$; $p = 0,032$), эндокринные и метаболические заболевания – у 4 (6,9±3,3%) ($\chi^2=4,720$; $p = 0,030$), заболевания дыхательной системы – у 6 (10,3±4,0%) ($\chi^2=4,599$; $p = 0,032$), заболевания желудочно-кишечного тракта – у 8 (13,8±4,5%) ($\chi^2=0,604$; $p = 0,437$), заболевания моче-половой системы – у 6 (10,3±4,0%) ($\chi^2=2,416$; $p = 0,120$), заболевания системы крови – у 4 (6,9±3,3%) ($\chi^2=4,720$; $p = 0,030$), прочие заболевания – у 5 (8,6±3,7%) ($\chi^2=0,030$; $p = 0,863$) больных.

Как видим из предложенного материала, сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные и метаболические заболевания, заболевания дыхательной системы, заболевания системы крови достоверно чаще встречались у больных старшей возрастной группы, что подтверждает снижение резервно-адаптационных свойств организма у больных основной группы.

Подтверждение выявленной нами существенной разницы между изучаемыми группами по тяжести сопутствующих заболеваний было получено при оценке индекса коморбидности по таблице, предложенной М.Е.Charlson (1987).

Усредненный индекс коморбидности (рис. 1) в 1 группе составил 7,2±0,4 (от 4 до 10), во 2 группе - 4,1±0,2 (от 3 до 5). Различия в исследуемых группах были достоверными ($p<0,001$).

Больные исследуемых групп были, также, оценены с точки зрения степени выраженности операционного риска, для чего была использована шкала физического статуса пациентов Американской ассоциации анестезиологов (ASA physical status classification system). В первой группе был 81,0±4,9% больной, принадлежащий к III и IV классам по шкале ASA, в то время, как во второй группе таких больных был 31,0±6,1% ($\chi^2=35,355$; $p<0,001$). Таким образом, рассматриваемые группы различались по частоте встречаемости, характеру и тяжести сопутствующих заболеваний.

Ряду больных, до настоящего поступления, были выполнены хирургические вмешательства. Ранее выполненные операции в анамнезе были у 29 больных 1 группы (46,0%), в том числе у 12 больных (19,0%) в связи с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза. Во 2 группе ранее оперированных больных было 10 (17,2%), после вмешательств на органах брюшной полости – 5 больных (8,6%). В одном случае больной перенес переднюю резекцию прямой кишки, о чем упоминалось ранее. По этому критерию статистически достоверных различий между сравниваемыми группами выявлено не было.

В группе больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки, было 93 мужчины и 76 женщин в возрасте от 21 лет до 89 лет (средний возраст составил 68,4±1,0 лет). В 1 группу вошли 108 больных раком ободочной кишки в возрасте 60

лет и старше, во 2 группу - 61 больной в возрасте до 60 лет. Гендерный состав больных фактически не различался ($\chi^2=0,358$; $p = 0,550$).

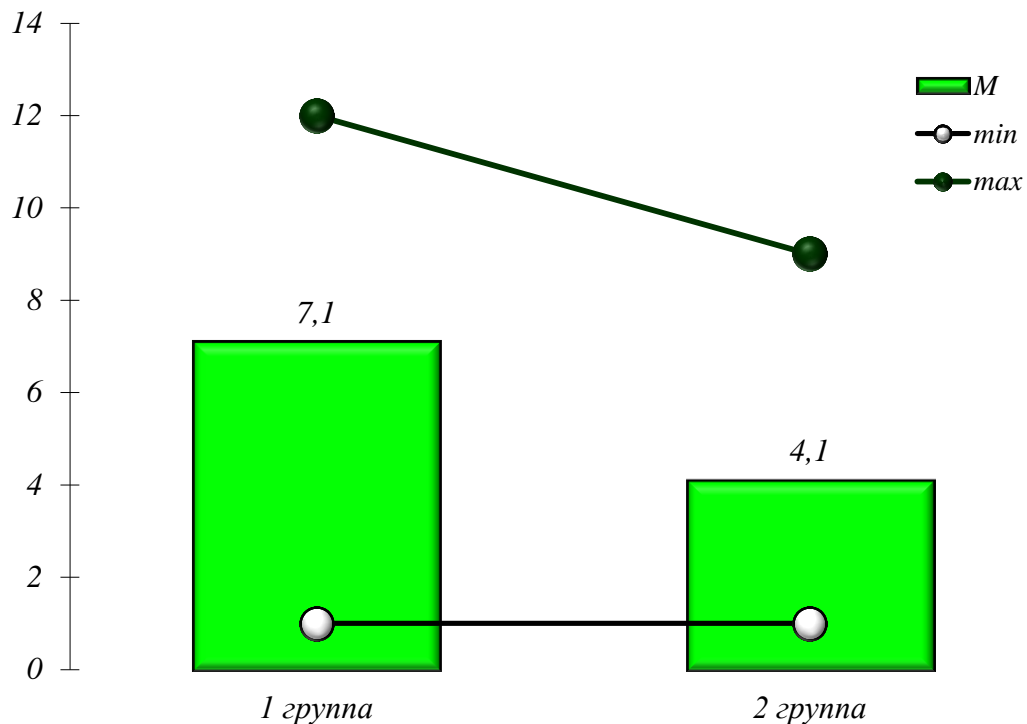


Рисунок 1 – Индекс коморбидности у больных объемными образованиями прямой кишки.

Средний возраст больных 1 группы составил $75,1 \pm 0,7$ лет, 2 группы составил $52,0 \pm 1,0$ лет ($p < 0,01$), преобладали пациенты от 60 до 79 лет.

Локализация опухолей ободочной кишки в исследуемых группах больных показана в таблице 3.

В одном случае опухоль слепой кишки распространялась на терминальный отдел подвздошной кишки. У 5 больных диагностированы первично-множественные опухоли, в том числе у 2 больных синхронные (рак слепой кишки и рак правой почки; две опухоли восходящей ободочной кишки разной степени дифференцировки: высоко дифференцированная аденокарцинома кишечного типа и умеренно дифференцированная аденокарцинома). Еще у 3 больных был выявлен первично-множественный метакронный рак. Метастатическое поражение печени было выявлено у 18 больных, в том числе единичные метастазы у 10, множественные у 8 больных. Множественные метастатические поражения печени и легких диагностированы в 10, канцероматоз брюшины в 7 случаях.

Распределение больных по стадиям рака ободочной кишки (классификация TNM, 7-я редакция, 2009 год) не выявило существенных и достоверных различий между группами ($p > 0,05$). Во второй группе было несколько больше больных с III и IV стадиями рака (78,7% против 60,7% в 1 группе), но различия не были статистически значимы ($\chi^2=10,051$; $p=0,186$).

Таблица 3 – Локализация опухоли в группах больных раком ободочной кишки

Локализация рака ободочной кишки	1 группа (n=108)		2 группа (n=61)		χ^2 ; p
	n	%	n	%	
Рак слепой кишки	20	18,5	8	13,1	$\chi^2=4,222$; $p=0,837$
Рак восходящего отдела ободочной кишки	26	24,1	18	29,5	
Рак печеночного изгиба ободочной кишки	6	5,6	3	4,9	
Рак поперечно-ободочной кишки	3	2,8	1	1,6	
Рак селезеночного изгиба ободочной кишки	5	4,6	2	3,3	
Рак нисходящего отдела ободочной кишки	18	16,7	9	14,8	
Рак сигмовидной кишки	29	26,9	19	31,1	
Синхронный рак слепой и сигмовидной кишки	1	0,9	-	-	
Синхронный рак восходящей и сигмовидной кишки	-	-	1	1,6	

В обеих группах преобладали больные аденокарциномой умеренной степени дифференцировки. ($\chi^2=2,506$; $p = 0,474$).

Как и у больных раком прямой кишки, среди описываемой группы были пациенты, оперированные по экстренным показаниям. В 1 группе экстренные операции потребовались 31 больному, во 2 группе – 10 больным. Различия между группами по этому показателю не были статистически значимы ($\chi^2=3,215$; $p = 0,073$).

Для всей группы больных раком ободочной кишки сопутствующие заболевания были выявлены в 76,9±3,2% больных (130 больной). При этом в 1 группе больных сопутствующие заболевания выявлены в 102 случаях (94,4±2,2%), во 2 группе – в 28 случаях (45,9±6,4%). Различия между группами по этому параметру были статистически значимы ($\chi^2=51,747$; $p<0,001$).

Различия между группами были выявлены не только по частоте, но и по характеру сопутствующих заболеваний. Так, анемия была диагностирована у 65 больных 1 группы (60,2%) и у 8 больных 2 группы (13,1%), различия были достоверны ($\chi^2=35,200$; $p<0,001$). Сходные различия получены и по другим нозологическим группам.

В 1 группе больных достоверно преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе тяжелые заболевания. Инфаркт миокарда был в анамнезе у

8% больных, в том числе остановка сердечной деятельности на фоне фибрилляции желудочков, потребовавшая реанимационных мероприятий, произошла за год до настоящей госпитализации у 1 больного. Стентирование коронарных артерий и/или баллонная ангиопластика в анамнезе было у 4 больных этой группы (3,7%), в том числе одному больному, в связи с рестенозом коронарных стентов и многососудистым поражением коронарных артерий потребовалось повторное стентирование.

Одной больной раком слепой кишки, ИБС, стенокардией напряжения, постоянной формой фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточностью, перенесшей инфаркт миокарда за 13 лет до настоящего поступления, в предоперационном периоде потребовалось выполнение коронарографии.

Кризовое течение артериальной гипертонии было у 3 больных раком ободочной кишки 1 группы. Еще одному больному этой группы, в связи с флотирующим тромбозом общей и подвздошной бедренных вен ранее была выполнена имплантация кава-фильтра.

В группе больных моложе 60 лет баллонная ангиопластика с стентированием правой коронарной артерии и передней нисходящей ветви левой коронарной артерии потребовалась лишь одному больному (1,6%).

Выявленные различия по частоте встречаемости заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у больных раком ободочной кишки.

Сопутствующие болезни желудочно-кишечного тракта, были разнообразны и отмечены у больных обеих групп. Частота различий встречаемости этих заболеваний в рассматриваемых группах по ряду позиций была достоверной.

Сходные различия были получены и для иных групп заболеваний, в частности болезней обмена веществ, а также органов малого таза и брюшинного пространства.

Таким образом, по ряду сопутствующих эндокринологических и обменных заболеваний, а также болезней органов малого таза были получены существенные различия между изучаемыми группами. Один из больных 1 группы до настоящего поступления перенес нефрэктомии слева по поводу гнойного пиелонефрита, а другой - цистостомии в связи с хронической задержкой мочи.

Оценка иных значимых сопутствующих заболеваний показала, в частности, что заболевания дыхательной системы, такие как ХОБЛ и пневмосклероз, в 1 группе больных был выявлен у 16 больных ($14,8 \pm 3,4\%$), во 2 группе - у 2 больных ($3,3 \pm 2,3\%$) ($\chi^2=4,307$; $p = 0,038$).

Можно видеть, что при оценке такого параметра, как частота встречаемости сопутствующих заболеваний были получены достоверные различия между изучаемыми группами. Обращает на себя внимание, что эти различия были отмечены для таких тяжелых заболеваний, как артериальная гипертония, ИБС, стенокардия напряжения, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярная болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия, сахарный диабет 2

типа. Усредненный индекс коморбидности (рис. 2) в 1 группе больных раком ободочной кишки составил $8,8 \pm 0,9$ (от 5 до 12), во 2 группе - $4,6 \pm 0,2$ (от 3 до 7), различия были достоверны ($p < 0,001$). К III и IV классам ASA в первой группе было отнесено $72,2 \pm 4,3\%$ больных, во 2 группе - $27,9\%$ больных ($\chi^2 = 32,836$; $p < 0,001$).

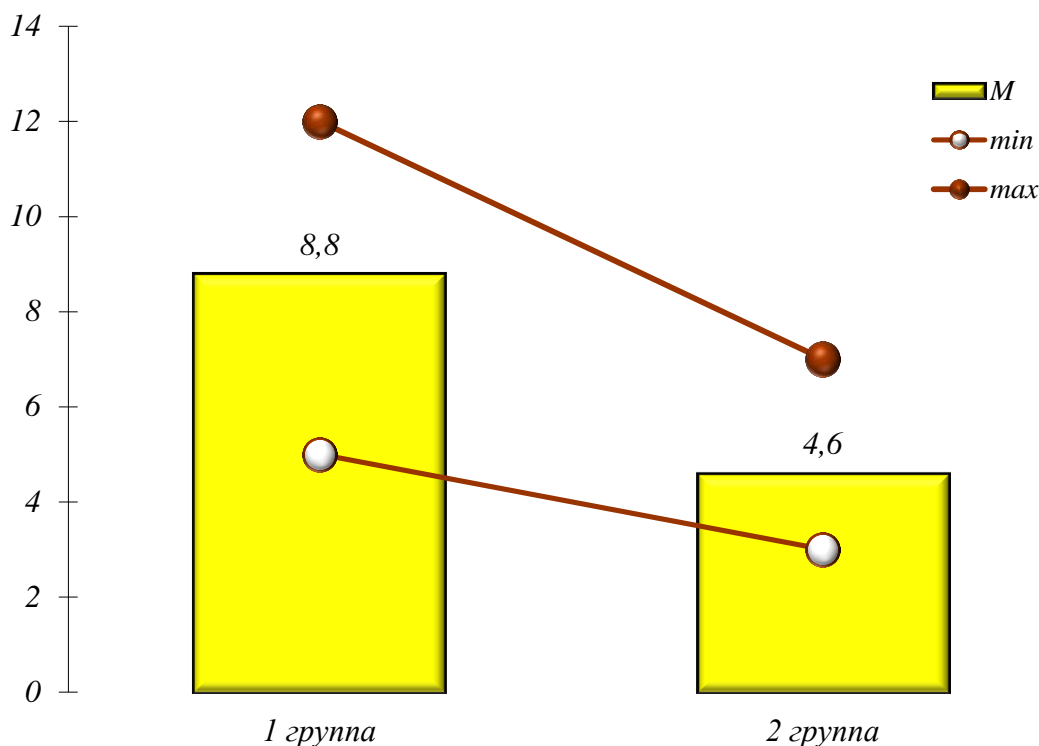


Рисунок 2 – Индекс коморбидности в исследуемых группах больных объемными образованиями ободочной кишки.

Ранее перенесенные операции были в анамнезе у 25 больных 1 группы (32,5%) и у 19 больных 2 группы (37,3%), различия были недостоверны ($p > 0,05$).

Таким образом, по основным клиническим параметрам, таким как пол, локализация, стадия и гистологическая форма основного процесса, наличие осложнений группы больных колоректальным раком были сходны и сравнимы. При этом были получены вполне закономерные и достоверные различия по наличию, характеру и тяжести сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования

Плановое хирургическое лечение было выполнено 104 больным раком прямой кишки, в том числе 56 больным 1 группы и 48 больным 2 группы (таблица №4). Хирургические вмешательства были разнообразны и выполнялись как с использованием видеоэндоскопической техники (54 больных), так и из традиционных доступов (50 больных). В 1 группе больных, оперированных лапароскопически, было существенно больше, чем среди более молодых больных (62,5% и 39,6% соответственно).

Основными вариантами операций были передняя резекция прямой кишки, которая выполнялась как лапароскопически, так и из традиционного доступа, а

также брюшно-промежностная экстирпация. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки в обеих группах выполнялась из «открытого» доступа.

Таблица 4 – Характер оперативных вмешательств у больных раком прямой кишки

Характер оперативных вмешательств	1 группа (n=56)		2 группа (n=48)		χ^2 ; p
	n	%	n	%	
Передняя резекция прямой кишки лапароскопическая	35	57,1	18	37,5	$\chi^2=7,118$; $p=0,212$
Передняя резекция прямой кишки лапароскопическая, резекция левого яичника	-	-	1	2,1	
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	9	16,1	11	22,9	
Передняя резекция прямой кишки	12	21,4	16	33,3	
Передняя резекция прямой кишки, резекция правого мочеточника	-	-	1	2,1	
Резекция сигмовидной кишки (операция Гартмана)	-	-	1	2,1	

Прим.: В 1 группе трое больных, оперированных лапароскопически, ранее перенесли вмешательство на органах брюшной полости.

Таким образом, актуальность выполнения лапароскопических операций не снижалась в старших возрастных группах, напротив, в 1 группе эти больные преобладали, хотя различия по этому параметру между группами не были достоверны ($p>0,05$). Большинство больных 1 группы, оперированных лапароскопически, было в возрасте свыше 70 лет, 3 больных – старше 80 лет.

В 1 группе трое больных, оперированных лапароскопически, ранее перенесли вмешательство на органах брюшной полости. При выполнении операции им потребовался продолжительный адгезиолизис. Операция Гартмана была выполнена больному 54 лет (2 группа), у которого был выявлен рак ректосигмоидного отдела с инвазией в мочевой пузырь (T4N1Mx). Во время вмешательства, учитывая распространенность процесса, было решено выполнить резекцию сигмовидной кишки, как первый этап хирургического лечения с последующим направлением больного в онкологическое учреждение для проведения курса химиолучевой терапии.

.Еще одному больному этой группы, оперированному по поводу рака ректосигмоидного отдела, была выполнена передняя резекция прямой кишки, резекция правого мочеточника. Еще в одном случае лапароскопическая передняя резекция прямой кишки была выполнена в сочетании с резекцией левого яичника.

Сравнительный анализ изучаемых групп был основан на исследовании таких интраоперационных характеристик, как продолжительность планового хирургического вмешательства, величина кровопотери, развитие осложнений и конверсии доступа. При анализе этих результатов из исследования были исключены больные колоректальным раком, перенесшие сочетанные операции, а также больные с осложненным течением операции.

Среднее общее время хирургического вмешательства в исследуемых группах больных раком прямой кишки, практически не отличалось, составив 201,9 минут в 1 группе и 207,9 минут во 2 группе ($p > 0,05$). Не сказались принадлежность к той, или иной группе и на времени лапароскопического вмешательства (186,3 и 190,0 минут соответственно), а также открытого вмешательства (233,3 и 231,8 минут соответственно), хотя продолжительность этих операций и была закономерно большей ($p > 0,05$). Не было получено существенных различий по времени хирургического вмешательства при сравнении однотипных вмешательств в исследуемых группах. Таким образом, выполнение хирургического вмешательства у больных раком прямой кишки старшей возрастной группы практически не сказались на продолжительности операции, причем это обстоятельство касалось как лапароскопических операций, так и традиционных «открытых» вмешательств. Общая кровопотеря в 1 группе составила 175,0 мл, во 2 группе – 216,4 мл. Разница средних величин кровопотери в обеих группах не были статистически значимы ($p = 0,582$).

Не было выявлено достоверных различий и для отдельных видов вмешательств. Необходимость в выполнении адгезиолизиса не повлияла существенно на величину кровопотери. Передняя резекция по поводу рака прямой кишки из традиционного доступа сопровождалась средней интраоперационной кровопотерей в объеме $233,3 \pm 15,2$ мл в 1 группе и $238,9 \pm 17,7$ мл во 2 группе, что превышало таковой показатель при лапароскопической передней резекции кишки (соответственно: $150,0 \pm 9,7$ мл и $126,3 \pm 8,8$ мл). Если, статистически значимых различий межгрупповых средних значений получено не было: при лапароскопическом доступе – $p = 0,081$; при традиционном доступе – $p = 0,812$, но внутригрупповые показатели имели статистически значимые различия: как в 1 группе ($p = 0,019$); так и во 2 группе ($p = 0,033$). Полученные показатели указывают, что в обеих группах больных с новообразованием прямой кишки степень интраоперационной кровопотери достоверно меньше у больных, перенесших лапароскопическое вмешательство.

Интраоперационных осложнений в 1 группе больных не было, во 2 группе осложнение во время операции развилось у одного больного (2,1%) раком ректосигмоидного отдела толстой кишки (T3N0M0, умеренно-дифференцированная аденокарцинома), которому была выполнена лапароскопическая передняя резекция прямой кишки, резекция левого яичника, регионарная лимфодиссекция. Интраоперационно развилось кровотечение из вен параректального пространства слева. Кровотечение остановлено из

лапароскопического доступа, конверсии доступа не потребовалось. Общая кровопотеря была оценена в 700 мл, была восполнена интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде.

Конверсия доступа была выполнена у одного больного в каждой группе, что, применительно к доле больных, оперированных лапароскопически, выявило несколько меньший процент у больных старшего возраста (2,9% в 1 группе и 5,3% во 2 группе, $p > 0,05$), хотя различия и не были достоверны. Причиной конверсии доступа у больного 1 группы явился крупный размер опухоли и значительные технические сложности при ее мобилизации. Во 2 группе у больного раком ректосигмоидного отдела конверсия доступа была вызвана схожей проблемой и сложной интраоперационной ситуацией с последующими послеоперационными осложнениями.

Данному больному, оперированному по поводу рака ректосигмоидного отдела толстой кишки, потребовалась резекция правого мочеточника, его пластика с формированием терминотерминального уретероуретероанастомоза и сигморектоанастомоза, в связи с прорастанием мочеточника опухолью. В послеоперационном периоде выявлена несостоятельность мочеточникового анастомоза с развитием мочевого перитонита, что потребовало релапаротомии, санации брюшной полости, а также несостоятельности сигморектоанастомоза, в связи с чем выполнена релапаротомия, трансверзостомия.

Средняя общая продолжительность госпитализации в 1 группе больных, перенесших традиционные операции, составила 14,7 суток, во 2 группе – 13,2 суток, лапароскопические – 8,3 и 7,0 соответственно (рис. 3).

Сроки общей госпитализации были закономерно больше у больных 1 группы, главным образом за счет времени предоперационного обследования. Большая продолжительность лечения отмечена у больных обеих групп, оперированных из лапаротомного доступа, сравнительно с больными, которым были выполнены лапароскопические операции (больные, которым была выполнена конверсия доступа, а также перенесшие послеоперационные осложнения были исключены). Достоверных различий в исследуемых группах в пределах вмешательств, выполненных из одинакового доступа, выявлено не было: при лапароскопическом доступе – $p = 0,399$; при традиционном доступе – $p = 0,421$.

Напротив, сравнение сроков госпитализации у больных, оперированных из лапаротомного и лапароскопического доступов, выявило статистически значимые различия как в 1 группе ($p = 0,002$), так и во 2 группе больных ($p = 0,027$).

Время послеоперационного лечения продемонстрировало схожие тенденции. В обеих группах больных были получены достоверные различия по срокам послеоперационного лечения в зависимости от варианта хирургического вмешательства: 1 группе (при лапароскопическом доступе – $6,4 \pm 0,6$ сут, при традиционном доступе – $11,7 \pm 2,3$ сут; $p = 0,019$), так и во 2

группе (при лапароскопическом доступе – $5,9 \pm 0,5$ сут, при традиционном доступе – $9,3 \pm 1,2$ сут; $p=0,032$) больных.

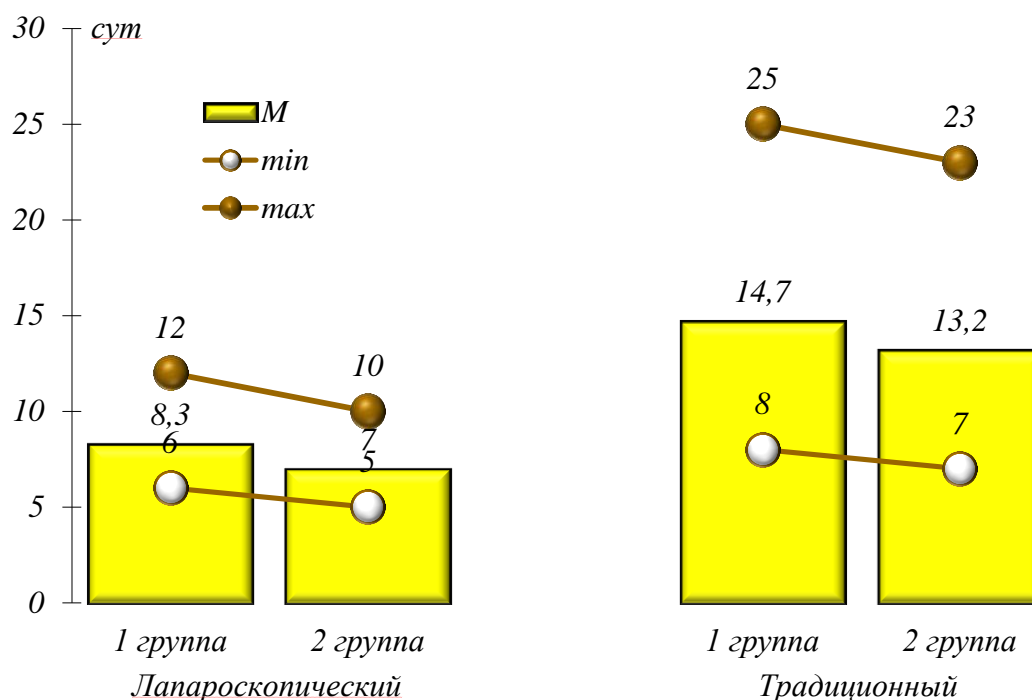


Рисунок 3 – Средняя продолжительность стационарного лечения больных.

В исследовании рассматривали осложнения, имеющие отношения к третьей и выше степеням по классификации Clavien-Dindo. Данный выбор объясняется заданной задачей исследования необходимостью выявления основных критериев, влияющих на выбор лапароскопических методик у больных раком прямой или ободочной кишки. В этой связи хирургические осложнения 1 и 2 степени по классификации Clavien-Dindo не имели существенной значимости. Послеоперационные осложнения развились у 3 больных из 1 группы (5,4%) и у 1 больного из 2 группы (2,1%), о котором было сказано ранее ($p>0,05$).

Во всех случаях больные перенесли видеоэндоскопическую переднюю резекцию прямой кишки. В двух случаях больным потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Одному больному потребовалась релапароскопия, ревизия зоны анастомоза, редренирование брюшной полости, выведение трансверзостомы по поводу несостоятельности межкишечного анастомоза, второму - лапароскопический адгезиолизис в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью. Таким образом, частота послеоперационных осложнений в 1 группе, в сравнении с контрольной группой, была больше, но встречаемость осложнений, обусловленных хирургическими проблемами (несостоятельность анастомоза), была, практически, одинаковой (1,8% и 2,1% соответственно).

Оценка непосредственных результатов лечения больных раком прямой кишки проводилась с использованием стандартизированного опросника «SF-36

HEALTH STATUS SURVEY» состоящего из 11 разделов по основным сферам функционирования. Опрос больных выполнялся первый раз за 1 - 3 суток до хирургического вмешательства, второй раз - в раннем послеоперационном периоде, на 7 – 9 сутки, обычно непосредственно перед выпиской. Из опроса ранее были исключены больные, перенесшие сочетанные операции, а также больные с послеоперационными осложнениями.

Оценка качества жизни проводилась в группе из 54 (51,9%) больных с новообразованиями прямой кишки, в том числе у 29 (51,8%) больного 1 группы и у 25 (52,1%) больных 2 группы.

В 1 группе 16 из них были оперированы лапароскопически и 13 – из традиционного доступа, во 2 группе – 11 и 14 больных соответственно.

Результаты анкетирования в обеих изучаемых группах больных были оценены в зависимости от выбранного доступа. При сравнении больных, оперированных из лапароскопического доступа, можно видеть сходную положительную динамику после операции практически по всем параметрам в обеих группах.

Максимальный рост был продемонстрирован по параметрам «Физическое функционирование», «Интенсивности болевых ощущений» и «Самооценка психического здоровья».

Для обеих групп больных раком прямой кишки эти параметры в раннем послеоперационном периоде изменились в положительную сторону, по некоторым показателям, статистически значимо ($p < 0,05-0,01$).

При сопоставлении групп больных, оперированных из лапаротомного доступа была сходная динамика практически по всем параметрам в обеих группах. При этом в 1 группе больных динамика по этим параметрам была более выраженной, чем у молодых пациентов, хотя полученные различия не были достоверны ($p > 0,05$).

Таким образом, по итогам оценки качества жизни у больных раком прямой кишки лучший результат в раннем послеоперационном периоде был получен в группе больных, оперированных из лапароскопического доступа. Напротив, необходимость выполнения лапаротомии существенно снижала характеристики качества жизни в ранние сроки после операции по целому ряду позиций, причем у больных старших возрастных групп это снижение было более выраженным. Больные этой группы отмечали более выраженное значимое ухудшение, как общего состояния, так и параметров физического функционирования, а также более выраженный болевой синдром.

Плановое хирургическое лечение было проведено 128 больным объемными образованиями ободочной кишки, в том числе 77 больным 1 группы и 51 больному 2 группы (таблица №5). Как и для больных с объемными образованиями прямой кишки, в группе больных с патологией ободочной кишки старших возрастов, сравнительно с молодыми пациентами, в большинстве случаев были выполнены

лапароскопические вмешательства (71,4% и 54,9% соответственно), хотя различия не были достоверны ($p>0,05$).

Операция типа Гартмана из нижнесрединного лапаротомного доступа, была выполнена 3 больным раком 4 стадии в каждой группе, в том числе ряду больных после диагностической лапароскопии, во время которой была выявлена или подтверждена диагностированная ранее инвазия опухоли в соседние органы или окружающие ткани. Субтотальная колэктомия была выполнена больному синхронным раком слепой и сигмовидной кишки. Еще у одной больной 1 группы лапароскопическая резекция сигмовидной кишки была дополнена резекцией мочевого пузыря.

Таблица 5 – Характер оперативных вмешательств у больных с объемными образованиями ободочной кишки

Характер оперативных вмешательств	1 группа (n=77)		2 группа (n=51)		χ^2 ; p
	n	%	n	%	
Гемиколэктомия правосторонняя лапароскопическая	25	32,5	6	11,8	$\chi^2=13,683$; $p=0,057$
Резекция сигмовидной кишки лапароскопическая	14	18,2	13	25,5	
Гемиколэктомия левосторонняя лапароскопическая	16	20,8	7	13,7	
Резекция поперечноободочной кишки лапароскопическая	-	-	2	3,9	
Гемиколэктомия правосторонняя	9	11,7	9	17,6	
Гемиколэктомия левосторонняя	4	5,2	3	5,9	
Резекция сигмовидной кишки	9	11,7	10	19,6	
Колэктомия субтотальная	-	-	1	2,0	

Сочетанные операции потребовались 6 больным 1 группы (7,8%), вмешательства выполнялись из того же доступа, что и резекция кишки. В одном случае лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия была выполнена одновременно с парциальной резекцией желудка по поводу гиперпластического полипа субкардиального отдела. В одном лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия была выполнена сочетанно с лапароскопической герниопастикой по поводу послеоперационной грыжи (ранее больная перенесла ампутацию матки с

придатками). Еще в 2 случаях операция на толстой кишке сочеталась с паховой герниопластикой. У одной больной правосторонняя лапароскопическая гемиколэктомия сочеталась с холецистэктомией по поводу желчнокаменной болезни. Наконец, еще у одной больной этой группы были выполнены левосторонняя гемиколэктомия и правосторонняя нефрэктомия из лапаротомного доступа.

Лапароскопические операции по поводу объемных образований ободочной кишки выполнялись больным 1 группы всех возрастных категорий, главным образом - от 70 до 79 лет. Кроме того, лапароскопические резекции ободочной кишки были выполнены 12 больным старше 80 лет.

В 1 группе 18 больных, у которых в анамнезе были хирургические вмешательства, были оперированы из лапароскопического, 7 – из лапаротомного доступа, во 2 группе таких больных было 14 и 5 соответственно. При этом 15 из этих больных 1 группы, оперированных лапароскопически, ранее перенесли вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, во 2 группе таких больных было 14.

Анализ среднего общего времени вмешательства в исследуемых группах (167,5 минут в 1 группе и 172,4 минут во 2 группе) не выявил достоверных различий ($p=0,688$). Рассмотрение этого параметра в зависимости от избранного доступа также не выявило различий при сравнении групп : при лапароскопических операциях – $p = 0,112$; при традиционном доступе – $p = 0,759$.

Традиционные вмешательства потребовали для выполнения несколько больше времени, чем лапароскопические. При этом, в отличие от ситуации у больных с патологией прямой кишки, различия продолжительности хирургического вмешательства в пределах групп в зависимости от вида доступа не были статистически значимы: в 1 группе – $p=0,072$; во 2 группе – $p = 0,144$).

Достоверные различия не были получены и при сравнении продолжительности отдельных хирургических вмешательств, выполненных как из лапароскопического, так и из традиционного доступов: гемиколэктомия правосторонняя лапароскопическая – $p = 0,524$; гемиколэктомия правосторонняя – $p = 0,394$; гемиколэктомия левосторонняя лапароскопическая – $p = 0,851$; гемиколэктомия левосторонняя – $p = 0,744$; резекция сигмовидной кишки лапароскопическая – $p = 0,227$; резекция сигмовидной кишки – $p = 0,652$.

Таким образом, пожилой и старческий возраст значительной части больных, вошедших в это исследование, не помешал выполнению радикальных вмешательств на различных отделах ободочной кишки, в том числе из лапароскопического доступа.

Оценка величины интраоперационной кровопотери производилась в обеих группах. Объем кровопотери фиксировали по данным анестезиологических карт. Разница средних величин кровопотери в обеих группах не были статистически значимы ($p=0,097$).

Величина кровопотери не зависела от возрастной группы больных, различия не

были статистически значимы: при лапароскопическом доступе – $p=0,223$; при традиционном доступе – $p=0,844$.

Сравнение средних величин кровопотери внутри каждой возрастной группы также не выявил статистически достоверных различий: в 1 группе в открытом доступе $213,3\pm 25,6$ мл, в лапароскопической операции $161,2\pm 8,9$ мл ($p=0,065$); во 2 группе соответственно – $219,9\pm 21,2$ мл и $177,7\pm 9,8$ мл ($p=0,082$).

В итоге, анализ выявил отсутствие достоверных различий, как для исследуемых групп в целом, так и для отдельных видов хирургических вмешательств.

Анализ интраоперационных осложнений и конверсии доступа продемонстрировал хорошие результаты вмешательств по поводу рака ободочной кишки. Во 2 группе не было больных с интраоперационными осложнениями и с конверсией доступа. В 1 группе лишь в одном случае осложнение, развившееся вовремя лапароскопического вмешательства по поводу рака восходящего отдела ободочной кишки, потребовало лапаротомии для завершения операции (1,3%). Во время мобилизации опухоли у больной развилось массивное кровотечение (700 мл), что потребовало выполнения нижнесрединной лапаротомии и выполнения правосторонней гемиколэктомии в традиционной хирургической технике. Послеоперационное течение без особенностей, больная была выписана на 10 сутки после вмешательства.

Средняя продолжительность общей госпитализации в 1 группе оставила 16,6 суток при выполнении традиционного вмешательства и 9,3 суток при выполнении лапароскопического. Для 2 группы эти показатели составили 16,2 суток и 8,9 суток соответственно.

Продолжительность госпитализации больных раком ободочной кишки практически не отличалась при сравнении исследуемых групп (при лапароскопических операциях – $p = 0,233$; при традиционном доступе – $p = 0,427$), при этом была достоверно меньше у больных, перенесших лапароскопическое вмешательство (в 1 группе – $p = 0,009$; во 2 группе – $p = 0,006$). При анализе больные с послеоперационными осложнениями, а также перенесшие конверсию доступа были исключены.

Таким образом, продолжительность госпитализации была достоверно меньше у больных, перенесших лапароскопическое вмешательство.

Продолжительность послеоперационного лечения, в группах статистически значимо различалась в зависимости от варианта хирургического доступа: в 1 группе (при лапароскопическом доступе – $6,4\pm 0,6$ сут, при традиционном доступе – $12,1\pm 1,6$ сут; $p=0,029$), так и во 2 группе (при лапароскопическом доступе – $6,7\pm 0,6$ сут, при традиционном доступе – $10,1\pm 1,3$ сут; $p=0,032$).

Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных (3,9%) из 1 группы (двое больных оперированы лапароскопически и один из традиционного доступа) и у 1 больного (2,0%) из 2 группы (оперирован лапароскопически), различия между группами были недостоверны ($p>0,05$). Тем не менее, следует отметить, что хотя частота осложнений в первой группе была невысока, но осложнения у двух

больных были тяжелыми. Лишь у одной больной, оперированной по поводу рака сигмовидной кишки, в послеоперационном периоде развилась двусторонняя нижнедолевая пневмония, потребовавшая медикаментозного лечения.

У одной больной 1 группы, 72 лет, поступившей с диагнозом рак нисходящего отдела толстой кишки T1N0M0, ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь 3 ст., ХСН, ЦВБ, дисциркуляторная энцефалопатия, которой была выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, на 6 сутки после вмешательства появилась симптоматика «острого живота» и была выявлена несостоятельность межкишечного анастомоза, местный перитонит. По экстренным показаниям была выполнена лапаротомия, разобщение десцендосигмоанастомоза, формирование концевой десцендостомы, санация брюшной полости. Таким образом, послеоперационное осложнение, потребовавшее повторного хирургического лечения, развилось у больной с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и с осложненным течением основного заболевания (кровотечения) в анамнезе.

С тяжелыми осложнениями, обусловленными сопутствующими заболеваниями, мы столкнулись и во втором случае. У больного 67 лет, которому была выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу рака, умеренно-дифференцированной аденокарциномы, в послеоперационном периоде развилась полиорганная недостаточность на фоне декомпенсации тяжелых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2 типа, тяжелая форма, в стадии декомпенсации, хроническая болезнь почек 1 ст.; ИБС, стенокардия 3 функциональный класс, постинфарктный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий, неполная блокада левой ножки пучка Гиса, цереброваскулярная болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст.; ХОБЛ смешанного типа; ГЭРБ, полип 12-перстной кишки, полип прямой кишки, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хр. простатит, анемия смешанного генеза, легкой степени тяжести). В течение 7 суток после вмешательства больному проводились реанимационные мероприятия, не имевшие эффекта. На фоне нарастания полиорганной недостаточности у больного на 7 сутки был зафиксирован летальный исход (1,3%).

Пневмония нижней доли правого легкого осложнила послеоперационный период у одного больного 2 группы. Данное осложнение было купировано консервативно.

Вместе с тем, уместно отметить, что мультидисциплинарный подход к лечению больных старших возрастных групп в большинстве случаев позволило добиться благоприятных результатов.

Таким образом, пожилой и старческий возраст не привел к развитию роста частоты послеоперационных осложнений у подавляющего большинства больных раком ободочной кишки. Однако очевидно, что в случае формирования тяжелых осложнений или декомпенсации серьезных сопутствующих заболеваний лечение этих больных представляет сложную задачу и сопровождается неблагоприятным

прогнозом. Это представление, несомненно, в равной мере может быть распространено на группу больных раком прямой кишки пожилого и старческого возраста. Можно сделать вывод о том, что хирургическое лечение больных колоректальным раком старших возрастных групп предъявляет особые требования к квалификации и оснащению клиники и квалификации персонала, причем как хирургических подразделений, так и отделения реанимации и интенсивной терапии, а также диагностических служб.

Оценка непосредственных результатов лечения больных раком ободочной кишки проводилась с использованием стандартизированного опросника «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY», в исследование вошли 64 (50%) больных, в том числе 37 (48,1%) больных из 1 группы и 27 (52,9%) больных из 2 группы. В 1 группе 17 больных были оперированы лапароскопически и 20 – из традиционного доступа, во 2 группе – 12 и 15 больных соответственно.

Оценка результатов лапароскопических операций показала тенденцию, сходную с таковой при изучении качества жизни у больных раком прямой кишки, причем и по параметру «Общее состояние здоровья», как и по остальным позициям была продемонстрирована сходная и положительная динамика. Максимальный рост у больных раком ободочной кишки был также показан по параметрам «Физическое функционирование», «Интенсивности болевых ощущений» и «Самооценка психического здоровья», эти изменения для обеих групп были достоверны ($p < 0,05$).

В группах больных, оперированных из лапаротомного доступа, была получена тенденция, сходная с таковой у больных раком прямой кишки. У больных 1 группы в раннем послеоперационном периоде была выявлена отрицательная или незначительная положительная динамика по параметрам, характеризующим качество физического функционирования больных, их адаптивные способности, а также возможности реабилитации («Общее состояние здоровья», «Физическое функционирование», «Влияние физического состояния на ролевое функционирование» и «Интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью»). Кроме того, в этой группе больных была отмечена динамика и по параметру «Самооценка психического здоровья», хотя, как и у больных раком прямой кишки, достоверных различий, в сравнении с молодыми больными, получено не было ($p > 0,05$).

Для более детального анализа мы изучали показатели качества жизни в послеоперационном периоде отдельно.

Полученные показатели выявили, что в обеих группах у больных, перенесших лапароскопические операции, по ряду показателей качества жизни в раннем послеоперационном периоде наблюдается статистически значимая положительная разница при сравнении с показателями больных, оперированных из лапаротомного доступа.

В частности, у группы больных старшего возраста достоверные результаты были отмечены по таким пунктам, как «GH - Общее состояние здоровья» –

58,9±4,9 баллов ($p < 0,01$), «FP - Физическое функционирование» – 73,4±5,5 баллов ($p < 0,01$) «RP - Ролевое функционирование» – 61,7±5,7 баллов ($p < 0,05$), «SF - Социальное функционирование» – 55,9±5,2 баллов ($p < 0,05$), «BP - Интенсивности болевых ощущений» – 74,2±6,4 баллов ($p < 0,05$) и «МН – «Самооценке психического здоровья» – 73,3±7,2 баллов ($p < 0,05$).

Примерно аналогичная картина наблюдалась также в группе больных молодого и среднего возраста. Так, статистически значимые показатели у больных 2 группы были отмечены по параметрам «FP - Физическое функционирование» – 73,9±5,2 баллов ($p < 0,05$), «SF - Социальное функционирование» – 57,9±5,2 баллов ($p < 0,01$), «BP - Интенсивности болевых ощущений» – 72,2±6,1 баллов ($p < 0,05$) и «МН – «Самооценке психического здоровья» – 73,9±5,7 баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, по результатам проведенного исследования в группе больных раком ободочной кишки можно сделать вывод о высокой эффективности лапароскопических операций при оценке их влияния на качество жизни у больных в раннем послеоперационном периоде. Изучаемые показатели продемонстрировали рост, в том числе у больных 1 группы, аналогично таковым у более молодых больных. Напротив, выполнение лапаротомии снижало качества жизни больных пожилого и старческого возраста по целому ряду показателей, чего, фактически, не было отмечено у молодых больных раком ободочной кишки.

В заключении можно сделать вывод, что у больных раком ободочной кишки, как и у больных раком прямой кишки, лапароскопические вмешательства существенно повышают уровень качества жизни в раннем послеоперационном периоде.

Анализ возможностей лапароскопического лечения больных раком ободочной кишки старших возрастных групп показал его высокую востребованность и эффективность. Лапароскопические операции были выполнены у 71,4% больных старше 60 лет, в этой группе в 22% случаев - больным старше 80 лет. При этом лапароскопический доступ позволил выполнить практически весь спектр вмешательств на ободочной кишке у пациентов, вошедших в данное исследование.

В исследование вошли больные, госпитализированные с осложненным течением опухоли прямой или ободочной кишки и оперированные в ближайшие сроки после поступления, а также те, у которых осложнение развилось при плановой госпитализации на этапе предоперационного обследования. Кроме того, части больных уже после госпитализации были предприняты попытки консервативного гемостаза, эти больные были оперированы в связи с неэффективностью консервативного лечения.

Характер выполненных экстренных операций в изучаемых группах больных показал, что у 28,6% больных 1 группы и у 30,0% больных 2 группы операции были выполнены из лапароскопического доступа.

Вопрос о наложении межкишечного анастомоза решался интраоперационно, основанием для отказа от наложения соустья считали выраженное растяжение

петель кишечника газами, некроз стенки кишки с развитием перфорации, абсцесса или перитонита на фоне тяжелого состояния больного.

Среднее время, затраченное на выполнение хирургического вмешательства в 1 группе больных, составило $182,5 \pm 11,6$ минут (от 90 до 240 минут), во 2 группе – $192,6 \pm 12,5$ минут (от 75 до 210 минут) ($p = 0,897$).

Если среднее время общей госпитализации составила у больных 1 группы $24,3 \pm 3,7$ суток, то у больных 2 группы этот показатель составил $17,3 \pm 3,1$ сут.

Время стационарного лечения в послеоперационном периоде у больных 1 группы составила в среднем $10,7 \pm 2,1$ суток, в то время как у больных 2 группы – $6,3 \pm 1,9$ суток.

Полученные данные подтверждают, что время лечения больных старших возрастных групп было несколько больше, чем в группе сравнения, однако различия не были существенны: по общей госпитализации – $p = 0,194$; по послеоперационной госпитализации – $p = 0,161$).

Интраоперационных и послеоперационных осложнений, летальных исходов, а также конверсий доступа в исследуемых группах больных злокачественными новообразованиями прямой кишки, перенесших экстренные вмешательства, не было.

Таким образом, результаты экстренного хирургического лечения больных раком прямой кишки пожилого и старческого возраста можно расценить как хорошие.

В настоящем исследовании не было получено существенных различий при проведении сравнительного анализа с результатами лечения больных более молодого возраста, в том числе при выполнении по экстренным показаниям лапароскопических вмешательств.

Анализ экстренных операции в изучаемых группах, выполненные больным раком ободочной кишки по конкретным показаниям, показал, что больным выполнялись различные экстренные вмешательства, в том числе операции из лапароскопического доступа. Субтотальная колэктомия была выполнена одному больному синхронным раком восходящей и сигмовидной кишки.

Характер экстренных вмешательств у больных с объемными образованиями ободочной кишки показан в таблице №6.

В группе больных пожилого и старческого возраста, в сравнении с группой более молодых больных, лапароскопических вмешательств было существенно больше – $61,3 \pm 8,7\%$ против $20,0 \pm 12,6\%$. Однако, статистически отвергнут «нулевую гипотезу» нам не удалось – $\chi^2 = 3,639$; $p = 0,056$. По-видимому, это было обусловлено тем обстоятельством, что у больных 2 группы было относительно большее количество тяжелых осложнений, таких как перфорация опухоли, местный и разлитой перитонит (30% против $12,9\%$ в 1 группе), что накладывало ограничения на возможности лапароскопического доступа. Этим больным операции выполняли из «открытого» лапаротомного доступа, который, таким

образом, сохраняет свои позиции в экстренной хирургии осложненного колоректального рака.

Таблица 6 – Экстренные операции у больных с объемными образованиями ободочной кишки

Показания к выполнению экстренных операций	Характер выполненных операций	1 группа (n=31)	2 группа (n=10)
Острая кишечная непроходимость	Гемиколэктомия правосторонняя	3 (9,7%)	–
	Гемиколэктомия правосторонняя лапароскопическая	10 (32,3%)	1 (10,0%)
	Гемиколэктомия левосторонняя	1 (3,2%)	–
	Гемиколэктомия левосторонняя лапароскопическая	2 (6,5%)	–
	Резекция сигмовидной кишки (операция Гартмана)	2 (6,5%)	4 (40,0%)
Перфорация опухоли, разлитой перитонит	Колэктомия субтотальная, санация и дренирование брюшной полости	1 (3,2%)	–
	Гемиколэктомия правосторонняя, санация и дренирование брюшной полости	3 (9,7%)	1 (10,0%)
	Резекция сигмовидной кишки (по типу операции Гартмана)	–	1 (10,0%)
Периопухолевый инфильтрат, абсцесс	Гемиколэктомия правосторонняя, санация, дренирование абсцесса	1 (3,2%)	–
Кишечное кровотечение	Гемиколэктомия правосторонняя	7 (22,6%)	2 (20,0%)
	Гемиколэктомия левосторонняя	1 (3,2%)	–
	Резекция сигмовидной кишки	–	1 (10,0%)

Среднее время, затраченное на выполнение хирургического вмешательства в группе больных пожилого и старческого возраста, составило $170,3 \pm 9,1$ минут (от 75 до 335 минут), в группе больных младшего возраста – $188,5 \pm 20,2$ минут (от 80 до 270 минут), различия по этому параметру не были достоверны ($p=0,376$).

Средняя продолжительность операций, выполненных по поводу острой кишечной непроходимости, была несколько меньше, чем по поводу кишечных кровотечений, однако разница была не достоверна ($p>0,05$). Эти различия были

обусловлены, главным образом, включением в эту группу больных, перенесших операцию Гартмана, продолжительность которых была невелика.

Средняя продолжительность экстренных вмешательств, выполненных больным осложненным раком прямой кишки из различных доступов, показал, что при хирургических вмешательствах по поводу острой кишечной непроходимости средняя продолжительность операции составила у больных 1 группы $147,2 \pm 12,1$ минут, а у больных 2 группы – $128,9 \pm 9,7$ минут ($p=0,315$). Продолжительность операций по поводу кишечного кровотечения в обеих группах была несколько больше, чем у больных, оперированных по поводу непроходимости. В частности, при кишечных кровотечениях продолжительность операций у больных старшей возрастной группы составила $201,0 \pm 16,5$ минут, во 2 группе – $179,5 \pm 14,4$ минут ($p=0,369$). Более продолжительное время операций у больных кишечным кровотечением объясняется тем, что у 2-х больных для исключения источника кровотечения в проксимальных сегментах кишки во время хирургического вмешательства проводилась интраоперационная колоноскопия.

Лапароскопические операции потребовали несколько меньшего времени для своего выполнения в обеих группах, однако различия не были достоверны: при острой кишечной непроходимости – $p = 0,125$; при кишечном кровотечении – $p = 0,223$.

Средняя кровопотеря при выполнении экстренного вмешательства у больных с новообразованиями ободочной кишки не была велика, составив $148,6 \pm 14,7$ мл в 1 группе и $161,1 \pm 15,3$ мл во 2 группе ($p=0,574$), объем кровопотери различался в зависимости от показаний к операции.

У оперированных по поводу острой кишечной непроходимости больных 1 группы средний объем интраоперационной кровопотери составила $141,3 \pm 11,2$ мл, а у больных 2 группы – $149,6 \pm 10,7$ мл ($p=0,574$). Незначительно высокие показатели были отмечены у больных с кишечным кровотечением. Средние показатели интраоперационной кровопотери у больных 1 группы составила $155,6 \pm 13,3$ мл, а у больных 2 группы - $167,2 \pm 14,9$ мл ($p=0,572$). Как видно, достоверных различий с учетом показаний к операциям получено не было как при острой кишечной непроходимости, так и при кишечном кровотечении.

Средняя продолжительность общей госпитализации в 1 группе составила $23,6 \pm 1,7$ суток (от 4 до 47 суток), средняя продолжительность послеоперационной госпитализации – $10,6 \pm 0,9$ суток (от 4 до 26 суток). Во 2 группе эти показатели составили $19,8 \pm 3,5$ суток (от 6 до 26 суток) ($p=0,348$) и $8,6 \pm 0,8$ суток (от 6 до 12 суток) ($p=0,123$) соответственно. Полученные различия не были статистически достоверны.

Определенные различия были получены по параметру продолжительности госпитализации между группами больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости и кишечного кровотечения. У больных 1 группы, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, средняя продолжительность общей госпитализации составила $17,7 \pm 1,9$ сут., тогда как у

больных 2 группы она составила $15,9 \pm 1,6$ сут. ($p=0,482$). У больных, оперированных по поводу кишечного кровотечения, продолжительность общей госпитализации была несколько больше. В 1 группе она составила $24,2 \pm 1,8$ сут., а во 2 группе – $22,1 \pm 1,9$ сут. ($p=0,438$).

Также были проанализированы показатели продолжительности послеоперационной госпитализации. Полученные показатели указывают, что при острой кишечной непроходимости средняя продолжительность послеоперационной госпитализации в 1 группе составила $9,1 \pm 0,7$ сут., а во 2 группе – $7,5 \pm 0,8$ сут. ($p=0,088$). Близкие результаты наблюдались у больных, оперированных по поводу кишечного кровотечения, где в 1 группе продолжительность послеоперационной госпитализации составила $10,2 \pm 1,1$ сут., а во 2 группе – $8,2 \pm 0,9$ сут. ($p=0,185$).

Можно видеть, что в обеих группах средняя продолжительность общей госпитализации у больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости, была меньше, чем у больных, поступивших с симптоматикой острого кровотечения. При этом сроки послеоперационного лечения у этих групп больных существенно не различались.

Таким образом, большая продолжительность общей госпитализации у больных с острым кишечным кровотечением была обусловлена большим временем предоперационного лечения. Эта ситуация связана с тем, что если больные, поступившие с клиникой кишечной непроходимости были оперированы в течение ближайших часов после госпитализации, то у больных с кровотечением в стационаре предпринимались попытки консервативного гемостаза. Эти больные были оперированы лишь при неэффективности консервативных методов гемостаза, либо при развитии рецидива кишечного кровотечения.

Таким образом, видеозендоскопическое вмешательство может быть эффективно выполнено по экстренным показаниям у больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста, в том числе с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Интраоперационных осложнений в обеих изучаемых группах больных раком ободочной кишки, перенесших экстренные вмешательства, не было. В одном случае у больного 1 группы было выявлено тяжелое послеоперационное осложнение (3,2%) после правосторонней гемиколэктомии. Вмешательство было предпринято на фоне острой obturационной толстокишечной непроходимости и на третьей сутки осложнилось несостоятельностью илеотрансверзоанастомоза. Больному потребовалась релапаротомия, резекция илеотрансверзоанастомоза, выведение двухствольной илеостомы с миграцией приводящей петли илеостомы в подкожную клетчатку, с формированием абсцесса передней брюшной стенки в дальнейшем. Повторное вмешательство заключалось в иссечении илеостомы, наложение илеоилеоанастомоза, с последующей интенсивной консервативной терапией.

Данное осложнение, очевидно было обусловлено нарушением репаративных процессов у больного старшей возрастной группы, с большим количеством

тяжелых сопутствующих заболеваний и с осложненным первично-множественным метакронным раком. Очевидно, в такой ситуации более обоснованной была бы тактика выполнения обструктивной резекции, как это и было осуществлено у ряда больных этой группы.

В целом, экстренные вмешательства были выполнены с хорошим непосредственным эффектом подавляющему большинству больных раком прямой и ободочной кишки. При этом закономерно, что лапароскопические вмешательства были успешно осуществлены при опухолевом поражении различной локализации без развития серьезных интраоперационных осложнений, а также осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Выводы.

1. Лапароскопические вмешательства являются методом выбора у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями толстой кишки ($60,2 \pm 4,2\%$) при отсутствии местных или общих противопоказаний.

2. Противопоказания к выполнению вмешательств из лапароскопического доступа у больных объемными образованиями толстой кишки не обусловлены возрастом и тяжестью сопутствующих заболеваний ($74,6 \pm 5,5\%$ – прямая кишка; $94,4 \pm 2,2\%$ – ободочная кишка ($\chi^2=51,747$; $p<0,001$)).

3. У больных пожилого и старческого возраста с новообразованиями толстой кишки усредненный индекс коморбидности достоверно выше по сравнению с группой больных младшего возраста, составляя $7,2 \pm 0,4$ (от 4 до 10) и $4,1 \pm 0,2$ (от 3 до 5) соответственно ($p<0,001$), что подтверждает необходимость особого подхода при выборе тактики лечения больных старших возрастных групп.

4. Тяжелый коморбидный фон не повлиял на возможность выполнения лапароскопических операций у больных пожилого и старческого возраста с новообразованиями толстой кишки (индекс коморбидности при локализации в прямой кишке – $7,2 \pm 0,4$; при локализации в ободочной кишке – $8,8 \pm 0,9$), сравнительно с группой больных молодого и среднего возраста (индекс коморбидности при локализации в прямой кишке – $4,1 \pm 0,2$, $p<0,001$; при локализации в ободочной кишке – $4,6 \pm 0,2$, $p<0,001$).

5. При новообразованиях прямой кишки объем интраоперационной кровопотери достоверно меньше у обеих групп больных, перенесших лапароскопическую операцию: в 1 группе – при лапароскопическом доступе $150,0 \pm 9,7$ мл, при лапаротомном доступе $233,3 \pm 15,2$ мл ($p=0,019$); во 2 группе при лапароскопическом доступе $126,3 \pm 8,8$ мл; при лапаротомном доступе $238,9 \pm 17,7$ мл ($p=0,033$).

6. Показатели средней интраоперационной кровопотери при новообразованиях ободочной кишки достоверно не различались в зависимости от вида хирургического доступа в обеих группах больных: в 1 группе при лапаротомном доступе $213,3 \pm 25,6$ мл, при лапароскопической операции $161,2 \pm 8,9$ мл ($p=0,065$); во 2 группе соответственно – $219,9 \pm 21,2$ мл и $177,7 \pm 9,8$ мл ($p=0,082$).

7. Продолжительность послеоперационного стационарного лечения у

больных пожилого и старческого возраста с новообразованиями толстой кишки, достоверно меньше в группе больных, перенесших лапароскопическую операцию, чем у больных, оперированных лапаротомным доступом: при новообразованиях прямой кишки (при лапароскопическом доступе – $6,4 \pm 0,6$ сут, при лапаротомном доступе – $11,7 \pm 2,3$ сут; $p=0,019$); в новообразованиях ободочной кишки (при лапароскопическом доступе – $6,4 \pm 0,6$ сут, при лапаротомном доступе – $12,1 \pm 1,6$ сут; $p=0,029$).

8. Показаниями к выполнению экстренных лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с осложнениями объемных образований ободочной кишки являются кишечное кровотечение – 42,9% и ранние сроки развития кишечной непроходимости – 57,1%.

9. Оценка качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями прямой кишки после лапароскопического вмешательства продемонстрировала существенно лучшие результаты, в частности, достоверные показатели были выявлены по критериям «Физическое функционирование» – $75,4 \pm 3,7$ баллов; $p < 0,05$, «Социальное функционирование» – $45,0 \pm 3,3$ баллов ($p < 0,05$), «Интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью» – $74,6 \pm 4,3$ баллов ($p < 0,01$), а также «Самооценке психического здоровья» – $74,9 \pm 4,3$ баллов ($p < 0,01$).

10. Оценка качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с объемными образованиями ободочной кишки после лапароскопического вмешательства продемонстрировала существенно лучшие результаты, в частности, достоверные результаты были отмечены по пунктам «GH - Общее состояние здоровья» – $58,9 \pm 4,9$ баллов ($p < 0,01$), «FP - Физическое функционирование» – $73,4 \pm 5,5$ баллов ($p < 0,01$) «RP - Ролевое функционирование» – $61,7 \pm 5,7$ баллов ($p < 0,05$), «SF - Социальное функционирование» – $55,9 \pm 5,2$ баллов ($p < 0,05$), «BP - Интенсивности болевых ощущений» – $74,2 \pm 6,4$ баллов ($p < 0,05$) и «MH – «Самооценке психического здоровья» – $73,3 \pm 7,2$ баллов ($p < 0,05$).

Практические рекомендации.

1. Выполнение лапароскопических вмешательств у больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста оправдано, так как существенно сокращает сроки госпитализации и время послеоперационной реабилитации.
2. Выполнение лапароскопических операций у больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста оправдано с онкологических позиций, обеспечивая возможность выполнения радикальных резекций кишки.
3. Сочетанные лапароскопические операции, выполненные как по поводу сопутствующих заболеваний, требующих хирургического вмешательства, так и в связи с распространением опухолевого роста за пределы пораженного органа, не привели к увеличению частоты неудовлетворительных результатов у больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста.

4. У больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста с тяжелыми декомпенсированными сопутствующими заболеваниями, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, следует считать оправданной тактику этапного лечения, направленного на первоначальную коррекцию сопутствующей патологии с последующим выполнением радикальной резекции ободочной или прямой кишки.
5. Экстренные лапароскопические вмешательства могут быть выполнены с хорошим непосредственным эффектом у больных осложненным колоректальным раком пожилого и старческого возраста. Операции из лапаротомного доступа показаны больным с опухолью осложненной перфорацией с развитием абсцесса брюшной полости или перитонита, а также при поздних стадиях кишечной непроходимости.
6. После хирургического лечения всем пациентам с верифицированным диагнозом рак толстой кишки необходимо осуществлять дальнейшее наблюдение и специализированное лечение у онколога по месту жительства.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Результаты лапароскопических операций на толстой кишке. // Материалы VII Международной научной конференции SCIENCE4HEALTH 2016. Москва, Россия, - 2016. - Стр.149-150 (в соавт. с Пантелеевой И.С., Борисовой М.И., Цыгановой Е.В., Ахмедовым Т.З.)
2. Лапароскопические операции в лечении рака толстой кишки у пациентов пожилого и старческого возраста. Материалы конференции молодых ученых. // Виноградовские чтения. Москва, Россия. 28 апреля, 2016. - Стр. 15-16. (в соавт. с Пантелеевой И.С., Цыгановой Е.В., Борисовой М.И., Ферзаули А.А.)
3. Возможности лапароскопической хирургии рака ободочной кишки. Тезисы национального хирургического конгресса совместно с XX-м Юбилейным Съездом РОЭХ Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского №1 2017 г. ISSN 2075-6895. Стр.877. (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Курбановым Ф.С.)
4. Лапароскопически-ассистированные вмешательства на толстой и прямой кишке. // Международная Научная Конференция «#SCIENCE4HEALTH2017» (Материалы конференции). – Москва. - 2017. -С.43 (в соавт. с Борисовой М.И., Цыгановой Е.В., Калиниченко А.Ю.)
5. Видеоэндоскопическая хирургия рака толстой кишки. // Виноградовские чтения. Актуальные проблемы хирургии, травматологии и реаниматологии. (Материалы конференции). – Москва. - 2017. - С.14-15 (в соавт. с Горшуновой Е.М., Цыгановой Е.В., Калиниченко А.Ю.)
6. Миниинвазивные технологии в хирургическом лечении злокачественных новообразований ободочной кишки. // **Доказательная гастроэнтерология. Научно-практический журнал.** – 2017. - том 6. - №1. - С. 21-25 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Курбановым Ф.С.)

7. Лапароскопическая хирургия рака ободочной кишки у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. // X Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии». (Материалы конференции). – Москва. - 2017. - С.24 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Курбановым Ф.С.)
8. Возможности лапароскопических операций у больных старших возрастных категорий при раке толстой кишки. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - 2017. - № 3. - С. 86-89 (в соавт. с Калиниченко А.Ю.)
9. Конверсия лапароскопического доступа в хирургии колоректального рака. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - 2017. - № 5. - С. 83-86 (в соавт. с Калиниченко А.Ю.)
10. Лапароскопическая хирургия рака ободочной кишки. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - 2017. - № 7. - С. 14-17 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Р.Х. Азимовым, И.С. Пантелеевой, Ф.С. Курбановым)
11. Видеоэндоскопические вмешательства у больных колоректальным раком. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - 2017. - №9. - Стр. 54-58 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Азимовым Р.Х., Калиниченко А.Ю., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С.)
12. Лапароскопическая хирургия рака ободочной кишки в экстренной хирургии. // Журнал «Surgery», Азербайджан. - №3. - 2017. - Стр. 63- 67.
13. Хирургическое лечение больных раком прямой кишки старших возрастных групп. // Журнал «Здоровье», Азербайджан. - №6. - 2017. - Стр. 47-52.
14. Видеоэндоскопические вмешательства у больных раком ободочной кишки с тяжелым полиморбидным фоном. // Журнал «Surgery», Азербайджан. - №4. - 2017. - Стр. 23- 26.
15. Современные возможности хирургического лечения больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста. // Азербайджанский Медицинский Журнал» (Азербайджан). - №4. - 2017. - Стр. 38-42.
16. Возможности экстренной видеоэндоскопической хирургии рака ободочной кишки. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - № 11. – 2017. - Стр. 22-27 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Чиниковым М.А., Курбановым Ф.С.)
17. Видеоэндоскопическое лечение осложненного первично – множественного синхронного рака восходящей ободочной кишки у больной старшей возрастной группы. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - № 12. – 2017. - Стр. 80-82 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Курбановым Ф.С.)
18. Непосредственные результаты хирургического лечения больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста. // **Московский хирургический журнал.** - № 5. – 2017. - Стр.30-34 (в соавт. с Азимовым Р.Х., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С., Курбановым Ф.С.)

19. Комбинированное лечение рака прямой кишки. // **Московский хирургический журнал.** - 2017. - № 6. - Стр. 5-7 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Чиниковым М.А., Курбановым Ф.С.)
20. Возможности эндовидеохирургических вмешательств в лечении больных раком прямой кишки старших возрастных групп. // **Доказательная гастроэнтерология.** – 2017. - № 4. - Стр. 53-58 (в соавт. с Азимовым Р.Х., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С., Курбановым Ф.С.)
21. Эффективность видеозендоскопических вмешательств у больных колоректальным раком старших возрастных категорий. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** – 2018. - № 2. - Стр.74-78 (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Чиниковым М.А., Курбановым Ф.С.)
22. Миниинвазивная хирургия колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** - 2018. - № 3. - Стр. 76-81. (в соавт. с Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С., Курбановым Ф.С.)
23. Comparative analysis of the early results of surgical treatment for colon cancer patients. // Meeting Abstracts from the 1st Congress of the Ambroise Paré International Military Surgery Forum (APIMSF) – 30th Anniversary APIMSF Meeting, Baku, Azerbaijan, May 15-18, 2018 // **World. J. Surg.** – 2018. – v.42, №S1. – S.30 (в соавт. с Kurbanov F., Kalinicheenko A., Azimov R., Chinikov M., Panteleyeva I.).
24. Сравнительная оценка послеоперационных показателей качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с раком толстой кишки. // Журнал «Surgery» Азербайджан. - 2018. - №2. - Стр. 3-8 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Калиниченко А.Ю., Азимовым Р.Х., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С.)
25. Современное малоинвазивное хирургическое лечение колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста. // Журнал «Surgery» Азербайджан. - 2018. - №3. - Стр. 14- 20 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Азимовым Р.Х., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С., Плетнер П.Д.)
26. Малоинвазивное хирургическое лечение осложненного колоректального рака у больных старших возрастных групп. // Журнал «Здоровье» Азербайджан. - 2018. - №4. - Стр. 66-72 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Пантелеевой И.С., Чиниковым М.А., Плетнер П.Д.)
27. Результаты хирургического лечения больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста. // «Современные Достижения Азербайджанской Медицины», Азербайджан. - 2018. - №3. - Стр. 194-201 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С., Чиниковым М.А., Плетнер П.Д.)
28. Characteristics of the postoperative period taking into account the operation methods during tumors of colon in patients of elder age groups. // Abstracts of the XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology.

September, - 2019. - P.261. (в соавт. с Kurbanov F., Azimov R., Chinikov M., Panteleyeva I.).

29. Лапароскопические операции могут быть методом выбора при новообразованиях толстой кишки у больных старших возрастных групп. // Журнал «Surgery» Азербайджан. - 2019. - №3. - Стр. 64 - 67.

30. Хирургическое лечение объемных образований прямой кишки у больных пожилого и старческого возраста. // **Московский хирургический журнал** - 2019. - № 6 (70). - Стр. 5- 12 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Чиниковым М.А., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С.)

31. Миниинвазивные вмешательства в ургентной хирургии толстой кишки. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** – 2020. - № 6. - Стр. 109 - 113 (в соавт. с Ниезбековым Б.М., Рзаев Т.З., Чиниковым М.А.)

32. Ближайшие и отдаленные результаты мини-инвазивных вмешательств в ургентной хирургии толстой кишки. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова,** 2020, № 7, стр. 54 - 60. (в соавт. с Ниезбековым Б.М., Рзаев Т.З., Курбановым Ф.С., Азимовым Р.Х., Чиниковым М.А., Пантелеевой И.С.)

33. Влияние коморбидного фона на возможность хирургического лечения больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста. // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.** – 2020. – № 9. – С. 43-50. (в соавт. с Ниезбековым Б.М., Курбановым Ф.С., Чиниковым М.А., Азимовым Р.Х., Пантелеевой И.С.)

Халилов Заур Бахман оглы (Азербайджан)

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В исследовании изучены возможности выполнения лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста оперированных по поводу объемных образований толстой кишки. Выполнен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 290 больных. В основную группу вошел 171 больной в возрасте 60 лет и старше, в группу сравнения – 119 больных в возрасте до 59 лет включительно. Показаниями к выполнению экстренных лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с осложнениями объемных образований ободочной кишки является кишечное кровотечение – 42,9% и ранние сроки развития кишечной непроходимости – 57,1%. На основании полученных результатов показано, что выполнение сочетанных хирургических вмешательств у больных с объемными образованиями толстой кишки старших возрастных групп не сопровождается ухудшением их результатов, в том числе при наличии у больных тяжелого коморбидного фона. Доказано достоверное положительное влияние применения миниинвазивных лапароскопических технологий у данной категории больных на сроки

послеоперационной реабилитации и основные показатели качества жизни пациентов.

Khalilov Zaur Baxman ogly` (Azerbaijan)

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT SPACE-OCCUPYING
LESIONS OF THE COLON IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

The study examined the possibilities of performing laparoscopic interventions in elderly and senile patients operated on for large bowel formations. A comparative analysis of the results was performed. surgical treatment of 290 patients. The main group included 171 patients aged 60 years and older, the comparison group-119 patients aged up to 59 years inclusive. Indications for performing emergency laparoscopic interventions in elderly and senile patients with complications of volumetric formations of the colon are intestinal bleeding-42.9% and early development of intestinal obstruction-57.1%. Based on the results obtained, it is shown that performing combined surgical interventions in patients with large colon formations of older age groups is not accompanied by a deterioration in their results, including in the presence of a severe comorbid background in patients. A significant positive effect of the use of minimally invasive laparoscopic technologies in this category of patients on the terms of postoperative rehabilitation and the main indicators of the quality of life of patients has been proved.