

А.М. Сидоренко¹, Т.А. Семенова², В.В. Варваров²

Правосторонняя гемиколонэктомия у 90-летней больной раком слепой кишки

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

Ключевые слова: колоректальный рак, долгожители.

Описан случай заболевания и радикального лечения рака слепой кишки у женщины в возрасте 90 лет. Этот случай доказывает, что возраст пациента не является противопоказанием для хирургического лечения в условиях соответствующей врачебной тактики ведения таких больных.

Правобічна геміколонектомія у 90-річної хворі на рак ободової кишки

О.М. Сидоренко, Т.О. Семенова, В.В. Варваров

Описано випадок захворювання та радикального лікування раку ободової кишки у жінки віком 90 років. Цей випадок доводить, що вік пацієнта не є протипоказанням для радикального хірургічного лікування за умов відповідної лікарської тактики ведення таких хворих.

Ключові слова: колоректальний рак, довгожителі.

Патологія. – 2013. – №1 (27). – С. 92–94

Right hemicolectomy in 90 years old woman with ceacum cancer

A.M. Sidorenko, T.A. Semenova, V.V. Varvarov

Ceacum cancer case in 90 years old woman and its curative treatment are described. This case proves that the patient's age is not contraindication for radical surgical treatment in conditions of proper treatment approach for such patients.

Key words: ceacum cancer, long-livers

Pathologia. 2013; №1 (27): 92–94

Общезвестно, что большую часть больных злокачественными опухолями составляют люди старших возрастных групп. По определению ВОЗ, пожилыми считаются мужчины и женщины, достигшие возраста 60 лет, период старости составляет от 75 до 90 лет, свыше 90 лет – долгожители [8].

В настоящее время основным методом лечения злокачественных новообразований остается хирургический. Особую важность для анестезиолога представляют обусловленные возрастом изменения основного обмена, снижение компенсаторно-приспособительных возможностей сердечно-сосудистой, дыхательных систем, функции печени и почек [5,6]. К 70 годам основной обмен составляет 60% от нормы, что означает замедление метаболизма и экспрессии анестетиков. Общее содержание воды в организме снижается в среднем на 20%. Старение сопровождается потерей эластичности артериального русла, снижением объемных показателей гемодинамики (сердечный выброс составляет 60% от показателей 30-летних) [1]. Сердечно-сосудистая система у лиц пожилого возраста теряет способность адаптироваться к тахикардии, внезапному увеличению нагрузки. Также велика вероятность тромбоэмболических осложнений после хирургических вмешательств и длительной иммобилизации. У стариков развивается выраженная ригидность и деформация грудной клетки, фиброзные изменения бронхиального дерева, снижение податливости легких приводит к ухудшению оксигенации организма [2,4]. У всех пожилых пациентов разви-

вается пневмосклероз и эмфизема легких с изменением числа альвеол и поверхности легких в целом, ухудшается продукция сурфактанта и дренажная функция бронхов, что способствует развитию ателектазов. Уменьшение жизненной емкости легких, увеличение остаточного объема и шунтирования крови приводит к снижению PaO_2 . [3]. Таким образом, формируется «старческая гипоксия». Масса печени снижается на 40%, в связи с чем изменяется печеночный кровоток. Количество функционирующих клубочков снижается на 50% по сравнению с молодым возрастом. Для раннего послеоперационного периода характерно снижение сердечного выброса, развитие тахикардии, увеличение периферического венозного сопротивления в легочной артерии. Для клинико-биохимических показателей характерны нейтрофильный лейкоцитоз с гипопротейнемией, гипергликемией, повышение уровня АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, увеличение вязкости крови [1].

Все перечисленные факторы снижают компенсаторные возможности пациентов и уменьшают толерантность к хирургической травме. Тем не менее, возраст пациента не является противопоказанием к хирургическому лечению.

Цель работы

Описать случай радикального лечения рака слепой кишки у 90-летней пациентки.

Пациентка В., 1921 г.р., поступила в абдоминальное отделение Запорожского областного клинического онкодиспансера (ЗОКОД) 16.05.2011 с диагнозом: Са слепой

кишки Т31NXM0 G3 StII KCG II. Токсико-анемическая форма. Вторичная анемия. Хроническая кишечная непроходимость. ИБС: диффузный кардиосклероз. Сердечная недостаточность ПА. Функциональный класс II. Желудочковая экстрасистолия, постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь II стадия. Дисциркуляторная энцефалопатия II.

При поступлении предъявляла жалобы на запоры, общую слабость, потерю массы тела на 10 кг за последние 6 месяцев, периодические боли в правой подвздошной области, пальпируемый компонент в правой подвздошной области до 10 см.

При объективном осмотре общее состояние средней степени тяжести. Общее состояние по шкале ECOG – 2 балла. Рост 162 см, вес 48 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. Тургор мягких тканей снижен.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Витальные функции скомпенсированы. В правой подвздошной области пальпируется ограничено смещаемая, болезненная опухоль размерами 10×12 см. Дизурических расстройств, периферических отеков нет. Ректально: без особенностей. Стул – раз в 3–4 дня. Больная постоянно принимала лозап, кордарон, кардиомагнил с целью компенсации сопутствующей патологии.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с лета 2010 года, когда появились жалобы на запоры. Изменение состояния пациентка связывала с нерациональным питанием. 10 мая 2011 года появились схваткообразные боли в животе, его вздутие, тошнота, однократная рвота. 16.05.2011 за специализированной медицинской помощью обратилась в поликлинику ЗОКОД. Госпитализирована в абдоминальное отделение для дальнейшего обследования и возможного лечения.

18.05.2011 выполнена ирригоскопия: барий заполнил всю толстую кишку, кроме слепой кишки, которая «ампутирована». Терминальный отдел подвздошной кишки деформирован, сужен. В сигмовидной кишке спастические сокращения и группа дивертикулов. Опорожнение кишки замедленное. Кишка опущена в большой таз. Рельеф кишки после опорожнения грубый. Гаустрация неравномерная. При раздувании стенки кишки эластичные, за исключением слепой кишки, где определяется бугристое образование, стенозирующее просвет кишки. Заключение: Рак илеоцекального угла. Дивертикулы сигмы.

По результатам УЗИ, в проекции восходящего отдела кишечника справа в мезогастральной зоне визуализируется объемное образование размером 71×45 мм.

20.05.2011. Р-графия ОГК: корни легких уплотнены. Диффузный пневмосклероз. Синусы облитерированы.

Данные лабораторных методов исследований: общий анализ крови (17.05.11) гемоглобин – 77 г/л; эритроциты – 2,5 т/л; цветовой показатель – 0,9, тромбоциты – 210 г/л; лейкоциты – 3,9 г/л; палочкоядерных – 6%, сегментоядерных – 55%, эозинофилов – 3%, лимфоциты – 34%, моноциты – 2%. СОЭ – 7 мм/ч.

Коагулограмма: гематокрит – 0,26; протромбиновый индекс – 90,6%; фибрин плазмы – 1,99 г/л; индекс фибринолиза – 0,49; фибриноген В – «отр», фибринолитическая активность крови – 8,9%, ретракция сгустка крови – 57%, толерантность плазмы к гепарину – 13,20, аутокоагуляционный тест – 90,5.

Биохимический анализ крови. Общий белок – 65 г/л, билирубин общий – 8,75 мкмоль/л; тимоловая проба – 0,38, креатинин – 138 мкмоль/л. Глюкоза крови – 3,4 ммоль/л.

После предоперационной подготовки, включавшей трансфузию одногруппной эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, растворов коллоидов, аминокислот большой, в плановом порядке под внутривенной эндотрахеальной анестезией с ИВЛ 21.05.2011 выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена опухоль слепой кишки до 8 см в диаметре, стенозирующая просвет, с выходом на серозный покров. Множественные регионарные метастатические лимфоузлы до 3 см в диаметре вдоль а. ileocolica. Отдаленные метастазы не обнаружены. Выполнена правосторонняя гемиколонэктомия. Кровопотеря составила 1000 мл, гемогидробаланс – +500,0. Артериальное давление колебалось от 120/70 до 140/80. Пульс – 60–86 в мин. Диурез не менее 1,5 л, сатурация кислорода – 94–98%. В послеоперационном периоде больная получала полноценную инфузионную терапию. Через 4 дня пациентка из отделения интенсивной терапии переведена в хирургическое отделение.

Морфологическое заключение №20 393-404 (27.05.11). Низкодифференцированная аденокарцинома толстой кишки с инфильтрацией всей толщи стенки и жировой клетчатки. В 7 лимфоузлах метастазы аденокарциномы pT4N2M0 G3. Послеоперационный период протекал без особенностей. Швы сняты на 12 сутки после операции. Учитывая возраст пациентки и сопутствующую патологию, адьювантную химиотерапию не проводили. Выписана в удовлетворительном состоянии на 14 сутки после операции.

Осмотрена в ЗОКОД через 6 месяцев после операции. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Жалоб нет. Активность по шкале Карновского 90%, по ECOG – 1 балл. Рекомендовано дальнейшее диспансерное наблюдение.

Выводы

Описанный клинический случай убедительно доказывает, что возраст не является противопоказанием для радикального хирургического лечения при условии адекватной предоперационной подготовки, оптимальном анестезиологическом пособии и лечебной тактике в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Аякова Ю.В. Особенности профилактики тромбэмболических осложнений травматической болезни у герантологических больных / Ю.В. Аякова, А.А. Хипняк // Боль, обезболивание и интенсивная терапия. – 2010. – №4. – С. 28–31.
2. Быков А.С. Некоторые аспекты ведения постоперационных больных / А.С. Быков // Боль, обезболивание и интенсивная терапия. – 2010. – №6. – С. 177–179.
3. Быков А.С. Состояние центральной и периферической гемодинамики, ее вариабельность у пациентов пожилого и старческого возраста при различных вариантах анестезии: Автореф. дис. ... к. мед. наук: 1.03.2008/ Быков Аким Семенович. – Екатеринбург, 2008. – 46 с.
4. Дзязько М.А. Выбор метода анестезии и исходы в послеоперационном периоде у пациентов пожилого и старческого возраста / М.А. Дзязько // Анастезиология и реанимация. – 2010. – №5. – 122 с.

5. Лазебник Л.Б. Практическая гериатрия/ Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев // Гериатрическая гастроэнтерология. – М., 2002. – С. 163–166.
 6. Лозебник Л.Б. Хроническая обструктивная болезнь легких у пожилых/ Л.Б. Лозебник, З.Ф. Михайлова // Consilium medicum. – 2004. – №6. – С. 67–69.
 7. Попадьина Г.А. Анализ сопутствующей патологии у пациентов пожилого возраста при абдоминальных вмешательствах/ Г.А. Попадьина, Я.Г. Докенштейн // Боль, обезболивание и интенсивная терапия. – 2011. – №5. – С. 152–154.
 8. Черный В.И. Мультиmodalное обезболивание при проведении оперативных вмешательств в онкологии / В.И. Черный, Е.А. Колганова // Боль, обезболивание и интенсивная терапия. – 2011. – №5. – С. 46–49.
-

Сведения об авторах:

Сидоренко А.М., к. мед. н., доцент каф. онкологии ЗГМУ.

Семенова Т.А., к. мед. н., доцент каф. анестезиологии и реанимации ЗМАПО.

Варваров В.В., врач-интерн каф. онкологии ЗМАПО.

Надійшла в редакцію 05.03.2013 р.