УДК: 616.33-089.87-053.9

А.М. Сидоренко, Т.А. Семёнова, А.П. Колесник, И.П. Колесник

КОМБИНИРОВАННАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА У ВОСЬМИДЕСЯТИЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Запорожский государственный медицинский университет
Запорожская медицинская академия последипломного образования

Ключові слова: *рак шлунку, гастректомія, похилий вік.*
Ключевые слова: *рак желудка, гастрэктомия, пожилой возраст.*
Key words: *cancer stomach, gastrectomy, middle age.*

У статті представлено випадок із практики – комбінована гастректомія у вісімдесятирічного хворого на рак шлунку. Цей випадок підтверджує, що літній вік не є протипоказанням до проведення гастректомії.

В статье представлен случай из практики – комбинированная гастрэктомия у восмидесятилетнего пациента с РЖ. Данный случай подтверждает, что старческий возраст не является противопоказанием к выполнению у больных РЖ гатсрэктомии.

The state present case from practice – combined gastrectomy in patient with cancer stomach of eighty-year-old. This case confirm, that old age is not contra-indication for gastrectomy.

Основным видом помощи при резектабельном раке желудка (РЖ) является хирургическая операция (гастрэктомия, резекция желудка). Резектабельность РЖ зависит от степени распространенности процесса. Среди больных РЖ доля пациентов старших возрастных групп составляет 50 – 72,6 %, при этом у больных этой возрастной группы преобладает поражение дистальной части желудка и чаще наблюдается высокодифференцированные опухоли [2].

Вопрос о возможности хирургического лечения РЖ у больных старческого возраста долгое время представлял интерес для хирургов и анестезиологов. В настоящее время, общепризнано, что возраст пациента с РЖ не должен служить препятствием к радикальной хирургической операции, при этом непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения у больных старше 75-ти лет вполне сопоставимы с таковыми у пациентов молодого возраста [5,6]. Тем не менее, количество случаев выполнения гастрэктомий у пациентов старше 80-ти лет в Украине немногочисленное. Вероятно, что одной из причин этого является невысокая продолжительность жизни женщин и мужчин в Украине.

Сложность хирургического лечения больных старших возрастных групп в основном обусловлена следующими причинами: снижением адаптивно-компенсаторных возможностей, иммунитета, ухудшением микроциркуляции, наличием гиповолемии, гиперкоагуляции, уменьшением объема лёгких (общей ёмкости лёгких, жизненной возможности и др.), снижением газообмена. Для пожилых больных характерно снижение респираторной реакции на гиперкапнию и гипоксию в состоянии бодрствования. Неэластичные сосуды вызывают повышение постнагрузки для сердца и способствуют росту систолического артериального давления. Снижены хронотропные и инотропные реакции на стресс, что приводит к быстрой декомпенсации со стороны сердечно-сосудистой системы. Велика вероятность поражения коронарных артерий, а также периферических сосудов. К 80-ти годам жизни масса печени снижается на 40 %. Печеночный кровоток снижается пропорционально уменьшению массы печени. В старческом возрасте количество функционирующих клубочков может составлять только половину по сравнению с молодым возрастом. Почечный кровоток тоже снижется и создает риск интраоперационных жидкостных и электролитных расстройств, а также острой почечной недостаточности. Кроме того, для пожилых пациентов характерно снижение уровня основного обмена и продукции тепла [4].

В ранний послеоперационной период для этих больных характерно развитие тахикардии, миокардиостроофии, уменьшение сердечного выброса, увеличение периферического венозного сопротивления и давления в легочной артерии. Кроме того, возникает нейтрофильный лейкоцитоз с эозино- и лимфопенией, гипопротеинемия, повышение в крови содержания глюкозы, мочевины, креатинина, АлТ, АсТ, малонового альдегида, средних молекул, повышается тромбогенный потенциал крови [1].

Все вышеперечисленные факторы приводят к снижению компенсаторных возможностей пациентов данной группы, а это в свою очередь уменьшает толерантность данных больных к хирургической травме [7].

Нами представлен случай успешного радикального оперативного лечения РЖ у больного Г. 80-ти лет.

Больной Г. 80-ти лет, госпитализирован 16.11.07. в торакальное отделение Запорожского областного клинического онкологического диспансера (ЗОКОД) с диагнозом: рак желудка, субтотальное поражение, T3NXMX, стадия II, КСГ IIA. Диагноз установлен на основании жалоб больного на постоянные боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку, затрудненное глотание жидкой пищи, резкую потерю массы тела (14 кг), общую слабость. Вышеперечисленные жалобы появились 5 месяцев до поступления.

При рентгенологическом исследовании (22.11.07): определяется чрезмерное несимметричное сужение просвета желудка в области тела, антрального отдела; ригидность контура по малой кривизне до кардии, дистальнее до препилорического отдела; рельеф сглажен, атипичен. Заключение: эндофитный рак желудка, субтотальное его поражение.

При эндоскопическом исследовании средняя треть тела желудка без какой-либо проксимальной границы, выяв-

© . . ; ΜΘΕΥΙ ΡΞΣ, ΄.ι . ; Ι ΠΕΡΣΖΔ ι . є. ˣ ΣΟΙ ΦΡΜΕ, ι . є. ˣ ΣΟΙ ΦΡΜΕ, 2008

лено поражение циркулярной, ригидной, инфильтративной опухолью, просвет желудка в этом месте сужен. Заключение: инфильтративный рак тела желудка.

В 1998 году пациент перенёс инфаркт миокарда. Имеет сопутствующую патологию: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь IIA ст., функциональный класс II.

После адекватной предоперационной подготовки, которая включала инфузионную терапию (растворы Рингера, глюкозы, коллоидные растворы, аминокислоты), метаболическую, гипотензивную (ингибиторы АПФ, b-блокаторы), сердечные гликозиды, нитриты, выполнена комбинированная гастрэктомия (03.11.07). Во время интраоперационной ревизии обнаружено субтотальное поражение желудка инфильтративной опухолью, прорастающей все слои. Отдалённых метастазов не обнаружено. При мобилизации желудка выявлено интраоперационное повреждение капсулы селезёнки, в связи с чем выполнена спленэктомия. Эзофагоеюноанастомоз сформирован при помощи циркулярного сшивающего аппарата, диаметром 25 мм, «конец-в-бок» в модификации Гиляровича. Техническое отверстие, через которое проводился степлер, использовано для энтероэнтероанастомоза по Брауну. При патогистологическом исследовании № 40973-84 (14.12.07.) – низкодифференцированная аденокарцинома pT4pNOpMO G3.

В послеоперационном периоде больной получал трёхкомпонентную антибиотико-, антикоагулянтную (фраксипарин), анальгетическую (маркаин в перидуральный катетер, морфин), метаболическую терапию, нитраты, b-блокаторы, дофамин в микродозах для стимуляции спланхнитического кровотока, инфузионно-трансфузионную терапию (растворы Рингера, глюкозы, коллоидные растворы, аминокислоты, альбумин, свежезамороженную плазму). Начато раннее энтеральное питание через назоеюнальный зонд. Послеоперационный период осложнился двухсторонней пневмонией и пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки после операции.

Таким образом, выполнение гастрэктомии у больных РЖ в старческом возрасте возможно при адекватных пред-, интра- и послеоперационном введении больных, наличии высококвалифицированного медицинского персонала и соответствующего ухода, современной госпитальной базы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *В.А. Лисецкий* «Профилактика и лечение послеоперационных осложнений у онкологических больных пожилого и старческого возраста»[*В.А. Лисецкий , И.В. Старосельский, А.П. Кабан и др. всего 7 авт.*]. Киев. (8 съезд онкологов УССР, Донецк 1990 г.)
2. *М.М. Мергенов*. Пути улучшения результатов хирургического лечения рака желудка у больных старших возрастных групп. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Великий Новгород 2007 г.
3. *А.А. Мальцева, Л.В. Усенко, Н.Ф. Мосенцев и др*. „Теоретические предпосылки и практические основы нутриционной поддержки в клинике критических состояний".Днепропетровск. Арт-пресс 2008, стр. 165-171.
4. *Джеймс Дюк*: секреты анестезии. Перевод с англ. под редакцией А.П. Зимбера и доц. В.В. Мальцева. Москва. „Медпресс-информ" 2005, стр. 382-386.
5. *Matsushita I, Hanai H, Kajimura M, Tamakoshi K, Nakajima T, Matsubayashi Y, Kanek E*: Should gastric cancer patients more than 80 years of age undergo surgery? Comparison with patients not treated surgically concerning prognosis and quality of life. J Clin Gastroenterol, 35: 29-34, 2002.
6. *McKenna RJ*: Clinical aspects of cancer in the elderly. Treatment decisions, treatment choices, and follow-up. Cancer, 74: 2107-2117, 1994.
7. *Korenaga D, Moriguchi S, Baba H, Kakeji Y, Orita H, Haraguchi M, Maehara Y, Ueo H, Sugimachi K*: Surgery for gastric carcinoma is feasible for patients over 80 years of age. World J Surg, 15: 642-648, 1991.

Сведения об авторах:

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

Семёнова Т.А., к.мед.н., доцент, кафедры онкологии ЗМАПО.

Колесник А.П., к.мед.н., ассистент, кафедры онкологии ЗГМУ.

Колесник И.П., интерн-хирург, кафедра общей хирургии ЗГМУ.

Научный руководитель - зав. каф. онкологии, д.мед.н., профессор Шевченко А.И.

Адрес для переписки: 69006, г. Запорожье, ул. Нижне-Днепровская 6б, кв. 98, т. 224-12-60

© . , . ; MΘΣΥΙ PΞΣ, ´.i . ; I ΠεPΣZΔ, i . c. x ΣΟΙ ΦPME, t . c. x ΣΟΙ ΦPME, 2008