

близно однаковою величиною приросту вентиляції в молодих людей і осіб похилого віку [4].

Як показали дослідження, з віком спостерігається збільшення артеріовенозної різниці за киснем (див. табл. 2). Причиною цього є сповільнення кровотоку в людей похилого віку. При гіпоксичному впливі артеріовенозна різниця за киснем не змінюється ні у молодих, ні у людей похилого віку (див. табл. 2). Це зумовлено протилежною дією двох факторів — посиленням кровотоку, з одного боку, та збільшенням споживання кисню — з другого.

Таким чином, проведені дослідження дозволяють зробити такі висновки.

1. При гіпоксичному стресі в людей похилого віку, на відміну від молодих, значно зни-

жується вміст кисню в крові.

2. Компенсаторні реакції системи транспорту кисню у відповідь на гіпоксію знижуються при старінні, що призводить до зменшення доставки кисню тканинам у людей похилого віку.

3. Зниження доставки кисню при гіпоксичному стресі в людей похилого віку пригнічує тканинне дихання та викликає розвиток компенсованого метаболічного ацидозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Гипоксия. Адаптация, патогенез, клиника.* — СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2000. — 384 с.
2. *Гриппи Майкл А.* Патофизиология лёгких. — М.; СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», Нев. диалект, 1999. — 344 с.
3. *Зинчук В. В., Балбатун О. А., Зинчук Н. В.* Возможность фармакологической коррекции кислород-транспортной функции крови // Вест-

ник Смоленской мед. академии. — 2005. — № 3. — С. 32-34.

4. *Вікові особливості реакції кардіореспіраторної системи на гіпоксію / О. В. Коркушко, А. В. Писарук, В. Ю. Лишневська та ін. // Фізіол. журнал.* — 2005. — Т. 51, № 6. — С. 11-17.

5. *Анализ средства гемоглобина к кислороду и потребление кислорода тканями / Г. М. Сахарова, Э. А. Гвоздева, В. А. Бражник и др. // Пульмонология.* — 1994. — № 1. — С. 55-59.

6. *Туз Н. У.* Энциклопедия клинических лабораторных тестов: Пер. с англ. под ред. В. В. Меньшикова. — М.: Лабинформ, 1997. — 128 с.

7. *Rickards C. A., Newman D. G.* The effect of low-level normobaric hypoxia on orthostatic responses // *Aviat Space Environ Med.* — 2002 May. — N 73 (5). — P. 460-465.

8. *Ursino M., Magosso E., Avanzolini G.* An integrated model of the human ventilatory control system: the response to hypoxia // *Clin. Physiol.* — 2001 Jul. — N 21 (4). — P. 465-477.

УДК 616.351-006,616.36-006

О. А. Біленко, А. О. Машуков, А. О. Колотвін

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЦИТОРЕДУКТИВНИХ І ПАЛІАТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ

Одеський обласний онкологічний диспансер

Виявлення в онкологічних хворих віддалених метастазів дотепер багатьма лікарями розглядається як смертельний вирок хворому. При колоректальних пухлинах цим пацієнтам часто виконуються симптоматичні операції (різні варіанти колостом) у зв'язку з явищами хронічної кишкової непрохідності або навіть превентивно. Проте онкологічна громадськість все ширше обговорює доцільність не радикальних операцій, пов'язаних із видаленням уражених органів, до яких належать паліативні (видалення первинної

пухлини із залишенням віддалених метастазів) і циторедуктивні операції (видалення первинної пухлини і віддалених метастазів) [1; 2]. Інтерес до цих втручань зумовлений надіями не тільки на поліпшення виживання хворих, але і якості життя, можливості запобігання таким смертельно небезпечним ускладненням, як кишкова кровотеча, перфорація пухлини. Розуміння актуальності проблеми лікування хворих на розповсюджені форми колоректального раку спонукали нас поділитися власним клінічним досвідом.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні абдомінальної онкології Одеського обласного онкологічного диспансеру у 2000–2003 рр. виконано 26 циторедуктивних операцій при ураженні первинною пухлиною різних відділів ободової та прямої кишок. Середній вік хворих становив 59,7 року. Чоловіків було 11, жінок — 15. Переважали пухлини категорії Т3-4 (24 хворих), у 18 виявлено метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Обсяг операції у вказаній групі



був таким: правобічна геміколектомія — 2, лівобічна геміколектомія — 3, резекція сигмоподібної кишки — 5, черезчеревна резекція прямої кишки — 3, операція Гартмана — 5, черевно-анальна резекція прямої кишки — 3, черевно-промежинна екстирпація прямої кишки — 5. У всіх випадках виявлено віддалені метастази: у 23 хворих — у печінці, у 2 — в яєчниках, у 1 — у легенях. Обсяг операцій на печінці був таким: атипічні крайові резекції печінки — 18, лівобічна лобектомія — 2, правобічна лобектомія — 1, бісегментектомія — 2. У 19 хворих віддалені метастази видалялися синхронно з первинною пухлиною. У 4 спостереженнях метастази в печінці мали метакронний характер і були видалені у відстроченому періоді. Із 2 хворих із метастатичним ураженням яєчників у однієї пацієнтки залучення в пухлинний процес яєчників також мало метакронний характер.

Із 21 хворого (віково-статевий розподіл аналогічно першій групі), що перенесли паліативні операції, у 3 виконана лівобічна геміколектомія, в 4 спостереженнях — резекція сигмоподібної кишки, операція Гартмана — у 7 хворих, черевно-промежинна екстирпація прямої кишки — у 7. Метастази в печінці виявлені у 19, із них у 2 — канцероматоз парієтальної очеревини й асцит. У 2 пацієнтів паліативний характер операції також був зумовлений наявністю асциту та канцероматозу черевної порожнини.

Враховуючи, що в даних групах захворювання вже мало системний характер, у післяопераційному періоді ми прагнули проводити ад'ювантну хіміотерапію. Вибір схем лікування або відмова від нього визначалися з урахуванням структури і локалізації метастазів, загального стану хворого, медикаментозного забезпечення клініки. У першій групі ад'ювантна хіміотерапія

була проведена у 15 хворих, в другій — у 18.

Результати дослідження та їх обговорення

Доцільність виконання циторедуктивних і паліативних операцій вивчалася на підставі даних безпосередніх і віддалених результатів. Із 26 пацієнтів, що перенесли циторедуктивні втручання, у 7 виникли ускладнення: інтраопераційна кровотеча, ДВЗ-синдром — 2 (помер 1), гнійно-септичні ускладнення — 2, гостра серцева недостатність — 1, тромбоемболія легеневої артерії — 2 (помер 1). У групі хворих, що перенесли паліативні операції (21 спостереження), післяопераційні ускладнення відзначені у 5 пацієнтів: 2 — гнійно-септичні ускладнення, 2 — гостра серцева недостатність (помер 1), тромбоемболія легеневої артерії — 1 (помер).

Не претендуючи на статистично коректний аналіз (через малу кількість спостережень), можна відзначити, що із 7 ускладнень у першій групі 2 були пов'язані з розширенням обсягу операції за рахунок резекції печінки, що не могло не позначитися на ступені операційного ризику. Решта ускладнень в обох групах мала приблизно однакову структуру і частоту. Ми вважаємо, що якщо із 47 хворих із розповсюдженими формами колоректального раку 43 пацієнтам вдалося продовжити життя й уникнути низки тяжких ускладнень, зумовлених прогресуванням захворювання, то операційний ризик можна вважати прийнятним. Вдосконалення техніки операції на печінці, тактики перед- і післяопераційного ведення (профілактика тромбоемболічних і гнійно-септичних ускладнень) дають надію на поліпшення безпосередніх результатів.

Нами проведений аналіз дворічного виживання хворих, що перенесли циторедуктивні

та паліативні операції з приводу раку прямої й ободової кишок. Із 26 пацієнтів, яким була виконана циторедуктивна операція, більше двох років прожило 14. Із 21 хворого, які перенесли паліативні операції, більше 2 років прожили 6. Слід зазначити, що в обох групах ніхто із пацієнтів із віддаленими метастазами, яким не проводилася ад'ювантна хіміотерапія, не дожив до контрольного терміну.

Для більш детального вивчення віддалених результатів лікування необхідно:

а) продовжити набір даних груп хворих;

б) стандартизувати схеми медикаментозного лікування.

Враховуючи, що при симптоматичних операціях із приводу колоректального раку аналогічного розповсюдження середня тривалість життя дорівнює 6–8 міс, відмова від паліативних і циторедуктивних операцій нам здається необґрунтованою.

Висновки

1. Виконання паліативних і циторедуктивних операцій у хворих на генералізований колоректальний рак не пов'язане з таким ступенем операційного ризику, який примусив би відмовитися від виконання цих втручань.

2. Паліативні та циторедуктивні операції дозволяють продовжити життя хворим й уникнути розвитку ускладнень, пов'язаних із прогресуванням пухлинного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Циторедуктивные комбинированные операции при раке ободочной кишки с метастазами в печень* / Г. И. Воробьев, А. П. Жученко, А. Ф. Филон и др. // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. Ч. 2. — Минск, 2004. — С. 130.

2. *Симонов Н. Н. Хирургическое лечение рака прямой кишки при наличии отдаленных метастазов. Циторедуктивные, паллиативные, симптоматические операции. Практическая онкология: Избр. лекции* / Под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. — СПб.: Центр ТОММ, 2004. — С. 207-214.

