

С. Э. Золотухин^{1,2}, Аль Давуд Амджад², А. О. Понсе Прадо², А. Н. Заика^{1,2}, М. Г. Мутык²,

М. М. Клочков¹, Р. А. Аль Баргути¹, А. С. Золотухин¹

Проблемы лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста

1. ГОУ ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

2. Республиканский онкологический центр имени профессора Г. В. Бондаря

Проведен обзор литературы существующих подходов к лечению рака прямой кишки у больных старческого возраста, выявлены недостатки выбора тактики оперативного лечения и предлагаемых консервативных пособий, результатом чего является преимущественно повсеместный отказ от радикальных первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих вмешательств. Проанализированы шкалы и методы оценки риска осложнений при консервативном и хирургическом лечении гериатрических больных колоректальным раком.

Ключевые слова: рак прямой кишки, старческий возраст, первично-восстановительные, сфинктерсохраняющие операции.

Актуальность:

До настоящего времени сохраняется стойкая и повсеместная тенденция к росту заболеваемости колоректальным раком (КРР), в частности, раком прямой кишки [1, 2, 3, 4]. Общеизвестно, что рост показателя обусловлен, прежде всего, повышением уровня заболеваемости лиц старше 60 лет (75,8% новообразований толстой кишки у женщин, 71,5% у мужчин). При этом уровень по возрасту показателей нарастает пропорционально возрасту, достигая максимума в группе 70 лет и более 88,4% [5, 6]. По данным других авторов установлено, что за десятилетний период уровень заболеваемости злокачественными опухолями прямой кишки у лиц старше 60 лет увеличился на 6,8%, возрастная кривая заболеваемости достигает пика (67,1%) в группе 70 лет и старше [7, 8, 9].

По статистике, у 80% больных старше 75 лет на момент обнаружения рака толстой кишки, в среднем, имеется около 5 сопутствующих хронических заболеваний [10, 11, 12, 13]. Наличие последних факторов — высокой частоты случаев осложненного течения и выраженной сопутствующей патологии — отрицательно влияет на течение операции, послеоперационного периода и прогноз заболевания [10, 11, 12]. Характер и число случаев осложненного течения и сопутствующих заболеваний напрямую связаны с риском развития послеоперационных осложнений и летальности. По данным разных авторов послеоперационная летальность после радикальных операций у больных пожилого и старческого возраста достигают 16%, а при осложненном течении — 45% [14, 10, 11, 15, 16, 12, 13]. Такие негативные факторы ставят под сомнение возможность проведения радикального лечения у данной возрастной категории [17].

Часто опираясь на возраст пациентов, стереотипно недооцениваются функциональные резервы пожилых и завышаются хирургические риски, что влияет на выбор метода и объема лечения. Это может являться частой причиной отказа не только от выполнения комбинированного и комплексного лечения, а так же первично-восстановительных объемов операций.

В последние годы в публикациях можно увидеть появление различных тестовых опросов, шкал и протоколов, позволяющих, по мнению авторов, оценить состояние больных старческого возраста, определить степень риска применения того или иного вида лечения, в соответствии с чем определять показания к нему [18, 19, 20]. При этом в предлагаемых руководствах отсутствуют единые оценки и взгляды на возможность использования тех или иных видов лечения, в т.ч. на тактику хирургического лечения больных старческого возраста. Отказ данным пациентам в радикальном лечении из-за опасения развития тяжелых осложнений лишь усугубляет проблему и лишает надежды не только на выздоровление, но и продолжительность жизни.

Современные тенденции выбора тактики лечения рака прямой кишки у пациентов старческого возраста.

Разработка и совершенствование хирургических методов лечения рака прямой кишки, появление сшивающих аппаратов, атравматического сшивающего материала создали предпосылки к снижению количества инвалидизирующих операций. Однако это мало отразилось на выборе вида оперативного вмешательства у больных старческого возраста, в связи с наличием у большинства из них целого ряда тяжелых сопутствующих заболеваний и, соот-

ветственно, высоким риском возникновения послеоперационных осложнений, в том числе несостоятельности швов анастомоза. Кроме этого, не всегда обоснованным является скепсис в отношении неудовлетворительных результатов функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки в данной возрастной группе после сохранения естественного пассажа кишечного содержимого. По данным отдельных исследователей, у 80% больных старше 75 лет на момент обнаружения КРР, в среднем имеется около 5 сопутствующих хронических заболеваний (полиморбидность) [21]. Зачастую сопутствующая патология носит декомпенсированный характер [22,10,24]. Некоторые исследователи считают, что, характер и число сопутствующих заболеваний напрямую связаны с риском развития послеоперационных осложнений и летальности [5]. Также, одним из факторов, ограничивающим возможность радикального лечения у больных пожилого и старческого возраста, является рост количества осложненных случаев, подразумевающих необходимость ургентного вмешательства. Экстренная помощь больным КРР чаще всего оказывается не в специализированных учреждениях, а в общехирургических стационарах. Это связано с тем, что у 50% больных КРР первым проявлением заболевания являются неотложные состояния, вызванные опухолью (кишечная непроходимость, перитонит, кровотечение) [5,2,9]. Результатом сочетания выраженной сопутствующей патологии и частое осложненное течение опухолевого процесса является то, что более половины больных раком прямой кишки старческого возраста, не только не подвергаются радикальному оперативному лечению, но и консервативной химиолучевой терапии. В случаях удаления опухоли, практически повсеместный отказ хирургов от выполнения первично-восстановительных операций в пользу таких вмешательств, как операция Гартмана, брюшно-анальная резекция прямой кишки с одностольной колостомой, оправдывается большей простотой операции и меньшим количеством послеоперационных осложнений. Калечащий характер подобных вмешательств обрекает пациентов на самоизоляцию, создает сложную медицинскую и социальную проблему. Как упоминалось ранее, по мнению ряда исследователей, характер и число сопутствующих заболеваний напрямую связаны с риском развития послеоперационных осложнений и летальности [25,17,26]. В связи с чем ставится под сомнение возможность проведения онкологически адекватного лечения у данной возрастной категории [14,27,28,29]. Апеллируя данному мнению, ряд исследователей справедливо полагают, что пациенты старческого возраста все же являются не однородной группой и значительно различаются по физическому и физиологическому статусу, то есть, снижение функциональных резервов органов и систем, число и тяжесть сопутствующих заболеваний у каждого пациента старческого возраста выражены далеко не одинаково [24,30]. Выбор лечебной так-

тики должен в большей степени основываться на биологическом статусе пациента, а именно функциональных возможностях органов и систем, более точно отражающих индивидуальные особенности пациента. Описанные в литературе различные методы прогнозирования рисков и возможных развитий осложнений, исходов лечения рака прямой кишки у гериатрических больных, возможно, позволяют более широко применять комплексное лечение и расширенные объемы операций.

Методы прогнозирования рисков развития осложнений и исходов лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста.

Перед характеристикой существующих методов прогнозирования рисков того или иного вида лечения у больных старческого возраста необходимо упомянуть о существующих и общепринятых методиках оценки состояния онкологических больных — ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group -Восточной кооперативной онкологической группы) и Карновского, которые позволяют определить его физический статус. Они оценивают активность пациента, его способность к самообслуживанию и необходимость в посторонней помощи в баллах. Из недостатков эти шкалы не учитывают возраст, локализацию, стадию онкологического заболевания, характер и частоту сопутствующей патологии, функциональное состояние органов и систем. В то же время, данные шкалы являются фактически единственными, предназначенными для больных с онкологической патологией [31]. Другие, предложенные оценочные методы, используемые в гериатрии, не адаптированы для онкологических заболеваний и предназначены для всех пациентов данной возрастной группы. Существующие шкалы оценки функционального состояния больных, применяемые в онкологии, не учитывают возрастные изменения. Краткие сведения основных шкал приведены ниже. Американское общество анестезиологов (ASA) предложило оценочную шкалу (классификацию — ASA physical status classification system), позволяющую устанавливать степень выраженности сопутствующей патологии и общий физиологический статус пациента перед проведением анестезиологического пособия и оперативного лечения, определить их оптимальные сроки проведения. Примерно такой же алгоритм действий для пациентов определяют по Британской анестезиологической оценочной шкале (CEPOD) и шкале Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов — МНОАР. Данные методики предназначены для всех возрастных групп и отдельно не предусматривают операционные риски у больных старческого возраста [7].

Одной из распространенных для определения хирургического риска и выявления сопутствующей патологии у пожилых пациентов является шкала Чарлсона, ассоциированная с возрастом (CACI) [32, 27]. В основу данного скрининга положена идея зависимости риска смертности от совокупности количества и тяжести сопутствующей патологии, когда

возраст являлся определяющим фактором, влияющим на прогноз. Шкала позволяет учесть количество и тяжесть 19 наиболее часто встречаемых сопутствующих заболеваний и состояний органов и систем, в том числе при наличии опухолевого заболевания. Шкала CACI еще до операции определяет риск летальности пациента с 1-го года после хирургического лечения. Несмотря на определенные преимущества, шкала CACI не прогнозирует возможные осложнения после операции и не учитывает объем, травматичность, длительность оперативного вмешательства, кровопотерю и другие важные параметры.

Шкала P-POSSUM учитывает показатели крови, кардиопульмональные заболевания, результаты электрокардиографии, объем операции. Ее недостатком является тот факт, что она не учитывает тип операции на кишке и не прогнозирует дооперационные риски для больных с доброкачественными заболеваниями ободочной и прямой кишки (дивертикулит, колит). Для оценки рисков летальности при KPP разработана ее модификация — CR-POSSUM, которая учитывает 6 физиологических и 4 хирургических оценочных параметра, включая стадию заболевания, но не может прогнозировать риски на дооперационном этапе из-за необходимости учета хирургических параметров (кровопотери, объема операции, контаминации брюшины). Однако она не имеет уточнения объемов операции на кишке [20]. Некоторые исследования показали, что шкалы POSSUM переоценивают летальность [18, 33].

Ассоциацией колопроктологов Великобритании и Ирландии в 2003 г. была разработана шкала ACPGBI–CRC для оценки рисков летальности после операции у пациентов с KPP еще на дооперационном этапе. Эта шкала с доказанной высокой чувствительностью и специфичностью относительно KPP по сравнению со шкалами POSSUM учитывает возраст больного, класс ASA, стадию онкологического заболевания, объем и срочность планируемой операции, определяет летальность в течение 30 дней после операции. Стоит отметить, что при оценке рисков летальности у пациентов со злокачественными заболеваниями ACPGBI–CRC показала лучший результат по сравнению со шкалами POSSUM при выполнении как плановых, так и экстренных вмешательств [20]. Однако кроме шкалы P-POSSUM ни один из калькуляторов не прогнозирует рисков осложнений. Поэтому для определения рисков летальности и осложнений перед операцией у пожилых пациентов необходимо использовать и шкалу CACI, и P-POSSUM, и ACPGBI–CRC, что, несомненно, ввиду громоздкости, практически не пригодно в повседневной работе хирургов, особенно в случаях urgentных ситуаций.

Одной из многофакторных попыток решения данной проблемы является использование всесторонней гериатрической оценки (ВГО) [34, 35, 36, 19]. Эта оценка включает скрининговые и оценочные шкалы на предоперационном определении риска развития возможных осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде, а так же рисков развития

токсичности при проведении химиотерапии. Оценка функционального и физического состояния онкологическим пациентам пожилого и старческого возраста проводится перед каждым этапом лечения, что позволяет каждый раз определять так называемый биологический возраст. Проводится скрининг на выявление гериатрических синдромов, с помощью которого определяется физическое, физиологическое, психологическое состояние пациента, оцениваются когнитивный и нутритивный статусы. В последующем привлекаются мультидисциплинарная команды для консультации, определяющая необходимость различных видов коррекции.

Пациенты старческого возраста имеют ряд особенностей и отличаются наличием у них гериатрических синдромов, включающих синдром старческой астении (мальнутриции, падения, саркопении / астенизации, каловая и мочева инконтиненция, зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни, невозможность выполнения повседневных рутинных нагрузок), когнитивные нарушения, сенсорный дефицит, депрессии, деменции [29]. В связи с этим появились дополнительные скрининговые исследования и методы, связанные с оценкой нутритивного, физического, функционального, психоэмоционального статуса.

В оценке, нередко встречающегося астеничного и кахексичного состояния пациентов, является важным определение статуса его питания. Смертность таких больных увеличивается, если количество принимаемой пероральным путем пищи остается неадекватным на протяжении более 14 дней [37]. По данным M. I. Correia и соавт. в общей популяции госпитализированных пациентов, которым проводится хирургическое лечение по поводу онкологических заболеваний, недостаточность питания является независимым фактором риска увеличения частоты инфекционных осложнений, смертности, длительности пребывания в стационаре и финансовых затрат [38]. Недостаточность питания часто развивается в связи с онкологическим заболеванием или из-за недостаточности работы органов и систем, что особенно актуально у пожилых пациентов. Специалисты группы ESPEN считают повышенным риск развития тяжелой недостаточности, если существует хотя бы один из следующих факторов: потеря массы тела >10–15% за последние 6 мес; индекс массы тела <18 кг / м²; уровень альбумина в сыворотке крови <30 г / л (при отсутствии признаков дисфункции печени или почек) [39, 40]. В дальнейшем было показано, что проведение парентерального питания в течение 7–10 дней до операции способствует улучшению послеоперационных исходов у пациентов с тяжелой недостаточностью питания, а также снижает риск развития инфекционных осложнений и несостоятельности анастомоза у больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта [41]. Соответственно, чем раньше будет произведена оценка нутритивного статуса пациенту перед выбором лечения, тем выше вероятность успешного

его проведения. Результат оценки MNA также выражается в баллах и суммируется с баллами скрининговой шкалы MNA-SF. Если суммарное количество баллов составляет 17–23,5 — есть риск недостаточности питания, <17 — плохой нутритивный статус. Эта оценка помогает определить, кому из пациентов необходимо добавление нутритивной поддержки до лечения или раннее введение энтерального питания после операции. MNA-SF имеет чувствительность 98%, специфичность 100%, а ее диагностическая точность для прогнозирования мальнутриции составляет 99% [42]. Развернутая шкала MNA также обладает высокой чувствительностью (96%) и специфичностью (98%). Важными в лечении пациента являются его независимость от посторонней помощи и способность к самостоятельному выполнению как простых, так и сложных действий, требующих психоэмоциональной, физической, функциональной и когнитивной адаптации к ситуации.

Основными распространенными заболеваниями, поражающими головной мозг у пожилых больных, являются: дисметаболические нарушения, дисциркуляторная энцефалопатия, сосудистое поражение головного мозга, сочетающееся с нейродегенеративными изменениями. Частота встречаемости смешанной формы (сосудистодегенеративной деменции) составляет не менее 20% среди всех заболеваний головного мозга у пожилых [43]. Среди дисметаболических причин когнитивных расстройств наиболее важно отметить гипотиреоз, печеночную недостаточность, хроническую гипоксемию в результате дыхательной недостаточности или сонных апноэ, дефицит цианокобаламина и фолиевой кислоты, злоупотребление алкоголем и психотропными препаратами [43].

Для оценки физического и физиологического статуса пациента старческого возраста выполнение элементарных действий, выявление основных проблем в повседневной жизнедеятельности предназначен индекс Бартела (BI) [44, 45]. BI определяет базовые уровни функциональности и автономности, отслеживающий динамику пациентов в повседневной деятельности до и после лечения. BI включает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания, определению качества жизни и мобильности. Оценка уровня повседневной активности и зависимости от посторонней помощи производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из вопросов теста. При заполнении BI стоит учитывать, что основной целью является определение степени зависимости от любой помощи (физической или словесной). Шкала обладает высокой чувствительностью (94%) и специфичностью (80%) [44, 45]. Для более глубокой оценки (чем скрининговая версия) адаптации физической и функциональной деятельности пожилого пациента используется тест инструментальной активности повседневной жизнедеятельности — Лоутона (IADL) [35]. Он определяет зависимость пациента от посторонней помощи при выполнении сложных действий. Тест имеет ген-

дерное разделение. Максимальное суммарное количество баллов — 8 для женщин и 5 для мужчин. Чем больше балл, тем выше независимость пациента от посторонней помощи. Чувствительность теста составляет 62%, специфичность — 80% [19].

Так же важным является учет психоэмоционального фактора. Когда пациент узнает о своем диагнозе и планируемом лечении, у него появляются страх за свою жизнь, тревожные мысли о будущем, нарушение сна, могут развиваться апатия, тревога и депрессия. Из-за физических страданий при обследовании и лечении возникают психологические проблемы. Самыми важными из них являются депрессия и тревога умеренной и тяжелой степени, которые ухудшают как переносимость, так и исходы лечения: снижение выздоровления и выживаемости [46]. Депрессии на 14–24% чаще выявляют у больных людей, чем в общей популяции [30]. По данным амбулаторных центров, клинически выраженная депрессия диагностируется у 6–9% пожилых пациентов [47]. По данным J. Zaboga и соавт., депрессия в субклинической или клинической стадии выявляется у 29%–43% пациентов с 14 различными онкологическими заболеваниями [48]. Среди пациентов с КРР у 50% имеются отдельные симптомы депрессии, из них у 65% — комбинация тревоги и депрессии [46]. Это объясняется тем, что в патогенез развития тревоги и депрессии у больных КРР вовлечены провоспалительные цитокины (интерлейкины (ИЛ) 1, 6, 8, фактор некроза опухоли альфа) [49]. Онкологические пациенты, подверженные депрессии, имеют более низкие показатели общего здоровья и качества жизни, чем те, у которых депрессия отсутствует [28]. В большинстве случаев эти больные помимо психологической поддержки нуждаются в назначении антидепрессантов. Характеризуя существующие методы прогнозирования риска развития осложнений при хирургическом лечении рака прямой кишки, аналогичные риски присутствуют при проведении химиолучевой терапии. Для лучевой терапии нет оценочных шкал, позволяющих определить риск развития радиационно-индуцированных осложнений. Для назначения же химиотерапевтического лечения A. Hurgia и соавт. в рамках клинических исследований совместно с Cooperative Group Clinical Cancer Trials разработали калькулятор оценки риска развития химиотерапевтической токсичности, который, кроме пола, возраста и антропометрических данных пациента, включает отражение социально-демографических показателей, тип опухоли, результаты лабораторных анализов (гемоглобин, клиренс креатинина) и всесторонней гериатрической оценки, количество предполагаемых агентов химиотерапии и предполагаемую дозировку препаратов [50]. В зависимости от этих данных рассчитывается индивидуальный риск токсичности химиотерапии в процентном выражении, и клиницист может принять решение о выборе схемы лечения. Результаты исследования по разработке этого калькулятора были определены Американским обществом клинической

онкологии как одно из важнейших клинических достижений 2012 г. в онкологической практике [50]. Однако, повседневная онкологическая практика демонстрирует не только отказ от дополнения хирургического лечения химиолучевой терапией, но и не редкий отказ от этих методов в плане специальной паллиативной терапии без хирургического лечения, мотивируя низкой эффективностью и высоким риском развития осложнений со стороны различных органов и систем.

Обсуждение.

Для гериатрических пациентов обязательной является всесторонняя гериатрическая оценка, определяющая последних в ту или иную группу риска возможных осложнений, с учетом выявления тяжелой сопутствующей патологии, имеющей риск декомпенсации на любом из этапов лечения [41]. Это определяет необходимость направления пациента на соответствующую реабилитацию с привлечением специалистов не только общего терапевтического профиля, но и других специалистов (реабилитолога, диетолога, психолога, геронтолога и др.). После компенсации сопутствующих заболеваний и подготовки пациента к лечению проводится повторная всесторонняя гериатрическая оценка и принимается окончательное решение о выборе метода лечения в соответствии с выявленной патологией — комбинированное, хирургическое или паллиативное.

При оценке подобной тактики, даже не предвзятый анализ приведенного выше обзора существующих шкал и методов определения риска развития послеоперационных осложнений и летальности, показывает их громоздкость и мало применимость в практической деятельности лечебных учреждений. Вряд ли, даже крупные лечебные центры имеют материальную, профильную и организационную возможность, помимо коррекции наиболее часто встречаемых сопутствующих заболеваний. По нашему мнению, основным и важнейшим обстоятельством для принятия решения о лечебной тактике данного контингента больных является временной фактор. Как подчеркивалось ранее, более половины больных КРР старческого возраста имеют осложненное течение опухолевого процесса в виду давности заболевания, нередко приводящего на этом фоне и к декомпенсированному течению сопутствующей патологии. Ввиду необходимости ургентного или неотложного характера оперативного вмешательства, у хирургов не остается времени для коррекции не только нутритивного, психоэмоционального, физиологического статусов, но и на эффективное лечение традиционной сопутствующей патологии. Последнее, само по себе, нередко малоэффективно на фоне не удаленного опухолевого процесса и связанных с ним нарастающей интоксикации, нарушений гомеостаза и др. При постоянно ухудшающемся состоянии пациента пролонгация принятия решения об оперативном вмешательстве может лишь усугубить ситуацию.

Попытка выполнения радикальной операции должна быть предпринята в отношении всех пациентов, независимо от возраста. В связи с этим, мы с определенной долей сомнения относимся к призывам отдельных исследователей к дальнейшей разработке новых, на фоне существующих (более 60) протоколов прогнозирования осложнений и ведения пациентов старческого возраста раком прямой кишки. При такой локализации, в случае отказа от радикальной операции, неизбежным становится необходимость отключения пассажа кишечного содержимого в виде стомы на переднюю брюшную стенку. Выраженный болевой синдром ввиду дальнейшего прогрессирования онкологического процесса и необходимость наркотического обезболивания, ректальное кровотечение на фоне распада опухоли, врастание в соседние органы, в частности, в мочевой пузырь с образованием мочепузырно-влагалищных и мочепузырно-прямокишечных свищей, раковая интоксикация. При таких обстоятельствах отсутствует возможность эффективного проведения химиолучевой терапии, что ухудшает качество жизни пациентов на фоне минимальной продолжительности жизни.

Заключение.

Выполнение радикальной операции оставляет шанс на повышение выживаемости пациентов раком прямой кишки старческого возраста, при этом для сохранения качества жизни преимуществом должны обладать первично-восстановительные и сфинктерсохраняющие резекции. Данная проблема актуальна и требует проведения дальнейших исследований с целью выбора оптимальной лечебной тактики с определением соотношения степени риска и достигнутой выживаемости.

Список литературы.

1. G. S. Briskin, G. M. Smakov, A. S. Borodin., A. D. Marchenkov Early diagnosis of colorectal cancer // *Surgery*. 2005. - № 5. - С.37–40.
2. Markaryan D. R. A multidisciplinary approach to the treatment of colorectal cancer in senile patients: Dis. ... cand. medical science. M., 2012. 151 s
3. A. S. Slesarenko, E. A. Turbanova, A. E. Zolotko. Radical operations in elderly and senile patients with colorectal cancer / // *Materials of the XII Central European Congress of Coloproctologists*. M., 2008. — S.157–158.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN2012. *International Journal of Cancer* [Internet]. Wiley; 2014 Oct 9;136(5): E359–E386. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29210>
5. M. V. Grinev, R. V. Karachun, O. V. Babkov Modern approaches to the treatment of colorectal cancer // *Mat. scientific and practical. conf. Surgeons of the Russian Federation: Journal of Ambulance*. SPb., 2004. — Т.5, - № 3. — С.79

6. Davydov, E.M. Aksel [Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2012. Eds.:'. Moscow, 2014. Pp. 44, 52, 53, 63. (In Russ.)].
7. [Central base of statistical data. Federal state statistics service. Life expectancy in the Russian Federation. Available at: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi>. (In Russ.)].
8. Audisio RA, Bozzetti F, Gennari R, et al. The surgical management of elderly cancer patients; recommendations of the SIOG surgical task force. *Eur J Cancer*. 2004;40(7):926–938. doi:10.1016/j.ejca.2004.01.016
9. Ahmed S1, Howel D2, Debrah S3; NORCCAG (Northern Region Colorectal Cancer Audit Group) The influence of age on the outcome of treatment of elderly patients with colorectal cancer // *J. Geriatr. Oncol.*— 2014.— Vol. 5, No 2.— P. 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2013.12.005>
10. Manov, E. N. To the issue of treatment of complicated colorectal cancer / E. N. Manov // Actual problems of modern surgery: Tr. International Surgical Congress. M., 2003.— P. 115.
11. Ways to improve the diagnosis of diseases of the colon / R. Ya. Biganyakov et al. // *Vestn. nat. Medical and Surgical Center. N. I. Pirogova* 2008.— T. 3, No. 2.— S. 49–50.
12. Ellis G., Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2004;71:45–59 <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh033>
13. Ohigashi S. Present state and problems for colorectal cancer in elderly patients // *Nihon Rinsho*.—2014.— Vol. 72, No 1.— P. 134–138. 48. Outcome of large-bowel perforation in patient with colorectal cancer / P. G. Carraro et al. // *Dis. Colon Rectum*. 2001. -Vol. 41, № 11. -P. 1421–1426.
14. Manihas G. M., Khrykov G. N., Khanevich M. D., Fridman M. Kh. Clinical recommendations for the treatment of colorectal cancer in elderly patients // *Successes gerontol.*— 2013.— T. 26. No 3.— S. 458–468.
15. Alley, P. G. Surgery for colorectal cancer in elderly patients / P. G. Alley // *Lancet*.—2000. Vol. 356.— P. 9234/956. 25. Anselmetti, G. La chirurgiad'urgenzanelleneoplasiedel colon / G. Anselmetti // *Chir. Gastroenterol*. 2002.— Vol. 26, N3.— P. 409–418. 10.1016/S0140–6736(00)02707–0.
16. Bojer A. S., Roikjar O. Elderly patients with colorectal cancer are oncologically undertreated // *Eur. J. Surg. Oncol.*— 2015.— Vol. 41. No 3.— P. 421–425. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.10.065>.
17. Sanoff H. K., Goldberg R. M. Colorectal cancer treatment in older patients. *Gastrointest Cancer Res* 2007;1(6): 248–53.
18. Brooks M. J., Sutton R., Sarin S. Comparison of Surgical Risk Score, POSSUM and p-POSSUM in higher-risk surgical patients. *Br J Surg* 2005;92(10):1288–92. DOI: 10.1002/bjs.5058. PMID: 15981213.
19. Kenisand C., Wildiers H., Wedding U. et al. Practice guideline. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in oncological patients. 2011.
20. Teeuwen P. H., Bremers A. J., Groene-woud J. M. et al. Predictive value of POSSUM and ACPG-BI scoring in mortality and morbidity of colorectal resection: a case-control study. *J Gastrointest Surg* 2011;15(2):294–303. DOI: 10.1007/s11605–010–1354–0.
21. Latkauskas T., Rudinskaitė G., Kurtinaitis J. et al. The impact of age on postoperative outcomes of colorectal cancer patients undergoing surgical treatment. *BMC Cancer* 2005;5:153 <https://doi.org/10.1186/1471-2407-5-153>
22. V. Ya. Beliy, V. G. Konev, V. N. Chernev, V. A. Burka A new approach to surgical tactics in acute obstructive colonic obstruction of tumor etiology // *End. surgery*. 2006.— No. 4.— S. 17–19.
23. Biganzoli L., Aapro M. Adjuvant chemotherapy in elderly. // *Ann. Oncol.*— 2003.— No 14 (Suppl. 3). iii1–iii3. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdg740>
24. Larsen S. G., Wiig J. N., Tretli S. et al. Surgery and preoperative irradiation for locally advanced or recurrent rectal cancer in patients over 75 years of age // *Colorectal Dis*. 2006. Vol. 8, № 3. P. 177–185. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2005.00877.x>
25. Ramesh H. S., Pope D., Gennari R., Audisio R. A. Optimising surgical management of elderly cancer patients. *World J SurgOncol* 2005;3(1):17. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-3-17>.
26. Sun W. Management and outcome of colorectal cancer in elderly patients. *Clin Colorectal Cancer* 2003;3(3):172–3. [https://doi.org/10.1016/S1533-0028\(11\)70085-8](https://doi.org/10.1016/S1533-0028(11)70085-8).
27. Frenkel W. J., Jongerius E. J., Mandjes-van Uiter M. J. et al. Validation of the Charlson Comorbidity Index in acutely hospital-ized elderly adults: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(2):342–6. DOI: 10.1111/jgs.12635.
28. Graça Pereira M., Figueiredo A. P., Fin-cham F. D. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *Eur J Oncol Nurs* 2011;16(3):227–32. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.06.006.
29. Larrabee G. J., Crook T. M. 3rd. Estimated prevalence of age associated memory impairment derived from standardized tests of memory function. *Int Psychogeriatr* 1994;6(1):95–104. PMID: 8054499.
30. Potash M., Breibart W. Affective disorders in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002;16(3):671–700. PMID: 12170575.
31. Tan K. Y., Kawamura Y., Mizokami K. et al. Colorectal surgery in octogenarian patients— outcomes and predictors of morbidity. *Int J Colorectal Dis* 2009;24(2):185–9. DOI: 10.1007/s00384–008–0615–9.
32. Charlson M., Szatrowski T. P., Peterson J., Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994;47(11):1245–51.
33. Slim K., Panis Y., Alves A. et al. Predicting postoperative mortality in patients undergoing colorectal surgery. *World J Surg* 2006;30(1):100–6. DOI: 10.1007/s00268–005–0081–2. PMID: 16369701.

34. Benson A.B. 3rd, Venook A.P., Cederquist L. et al. Colon cancer, Version 1.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw 2017;15(3):370–98. PMID: 28275037.
35. Burhenn P.S., McCarthy A.L., Begue A. Geriatric assessment in daily oncology practice for nurses and allied health care professionals: Opinion paper of the Nursing and Allied Health Interest Group of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). J Geriatr Oncol 2016;7(5):315–24. DOI: 10.1016/j.jgo.2016.02.006.
36. Decoster L., Van Puyvelde K., Mohile S. et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an up-date on SIOG recommendations. Ann Oncol 2015;26(2):288–300. DOI: 10.1093/annonc/mdl210.
37. Sandstrom R., Drott C., Hyltander A. et al. The effect of postoperative intravenous feeding (TPN) on outcome following major surgery evaluated in a randomized study. Ann Surg 1993;217(2):185–95. PMID: 8439216.
38. Correia M.I., Caiaffa W.T., da Silva A.L., Waitzberg D.L. Risk factors for malnutrition in patients undergoing gastroenterological and hernia surgery: an analysis of 374 patients. Nutr Hosp 2001;16(2):59–64. PMID: 11443835.
39. Bozzetti F., Forbes A. The ESPEN clinical practice Guidelines on Parenteral Nutrition: present status and perspectives for future research. Clin Nutr 2009;28(4):359–64. DOI: 10.1016/j.clnu.2009.05.010.
40. Egenvall M., Schubert Samuelsson K., Klarin I. et al. Management of colorectal cancer in the elderly: a population-based study // Colorectal Dis. — 2014. — Vol. 16, No 6. — P. 433–441. <https://doi.org/10.1111/codi.12575>
41. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Rectal Cancer. Version 2.2017. NCCN Evidence Blocks. 2017.
42. Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C. et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009;13(9):782–8. PMID: 19812868.
43. Lovenstone S., Gauthier S. Management of dementia. London: Martin Dunitz, 2001. P. 201.
44. Damhuis R.A., Meurs C.J., Meijer W.S. Postoperative mortality after cancer surgery in octogenarians and nonagenarians: results from a series of 5390 patients. // World J. Surg Oncol. — 2005, No 3. — P. 71. [https://doi.org/10.1016/S1359-6349\(03\)90249-7](https://doi.org/10.1016/S1359-6349(03)90249-7).
45. Nanayakkara C., Lekamwasam S. Validity of the 5-item Barthel Index in the assessment of physical dependence in the elderly. Asian J Gerontol Geriatr 2015;10(2):79–82.
46. Carmack C.L., Basen-Engquist K., Yuan Y. et al. Feasibility of an expressive-disclosure group intervention for post-treatment colorectal cancer patients: results of the Healthy Expressions study. Cancer 2011;117(21):4993–5002. DOI: 10.1002/cncr.26110.
47. Berardi D., Menchetti M., De Ronchi D. et al. Late-life depression in primary care: A nationwide Italian epidemiological survey. J Am Geriatr Soc 2002;50(1):77–83. PMID: 12028250.
48. Zabora J., Brintzenhofesoc K., Curbow B. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology 2001;10(1):19–28. PMID: 11180574.
49. Miranda D.O., Soares de Lima T.A., Azevedo L.R. et al. Proinflammatory cytokines correlate with depression and anxiety in colorectal cancer patients. Bio Med Res Int 2014;2014:739650. DOI: 10.1155/2014/739650.
50. Hurria A., Togawa K., Mohile S.G. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. J Clin Oncol 2011;29(25):3457–65. DOI: 10.1200/JCO.2011.34.7625.

S. E. Zolotuhin^{1,2}, Amdzhad Al' Davud², A. O. Ponce Prado², A. N. Zaika^{1,2}, M. G. Mutyk², M. M. Klochkov¹,

R. A. Al Barghouti¹, A. S. Zolotuhin¹

Problems of treatment of rectal cancer in senile patients

1. State Educational Institution of Higher Professional Education "M. Gorky Donetsk National Medical University"

2. G. V. Bondar Republican Cancer Center

A literature review of existing approaches to the treatment of colorectal cancer in senile patients has been carried out, shortcomings in the choice of surgical treatment tactics and the proposed conservative benefits have been identified, the result of which is a predominantly widespread rejection of radical primary recovery and sphincter-preserving interventions. The scales and methods for assessing the risk of complications in the conservative and surgical treatment of geriatric patients with colorectal cancer are analyzed.

Key words: colorectal cancer, senile age, primary recovery, sphincter-preserving operations