

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СТРУКТУРЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Артюхов С. В.

ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург, e-mail: art_serg@mail.ru

В России, как и в целом в мире, не снижаются темпы роста больных колоректальным раком. Возрастает и число больных старшей возрастной группы. Одним из тяжелых осложнений рака ободочной кишки является развитие обтурационной кишечной непроходимости, которая в свою очередь в до- или послеоперационном периоде может также осложниться развитием ряда инфекционно-воспалительных процессов – пневмония, абсцессы, перитонит, сепсис. Данные осложнения, каждое в отдельности, может являться фатальным для пациента. Требуется тщательный анализ как эпидемиологии данных процессов, так и понимания того, какие меры, на каком этапе можно предпринять для улучшения качества лечения больных осложненным колоректальным раком. На основании ретроспективного и проспективного анализа 2200 случаев острой обтурационной кишечной непроходимости при раке левых отделов ободочной кишки показаны сочетанные осложнения инфекционно-воспалительного характера, частота встречаемости и причины, приводящие к их возникновению.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, непроходимость, осложнения, сепсис.

INFECTIOUS – INFLAMMATORY PROCESSES IN STRUCTURE OF COMPLICATIONS OF THE ACUTE OBTURATSIONNY INTESTINAL OBSTRUCTION AT THE CANCER OF THE LEFT DEPARTMENTS OF THE COLON

Artyukhov S. V.

SPb Alexandrovskiy hospital, St. Petersburg, e-mail: art_serg@mail.ru

In Russia, as in General in the world are not slowing down the growth of colorectal cancer. Increases the number of patients in older age groups. One serious complication of cancer of the colon, is the development of obturative intestinal obstruction, which in turn in the pre-or postoperative period mo can also be complicated by the development of infectious – inflammatory processes – pneumonia, abscess, pyo-ritona, sepsis. These implications, each individually, may be fatal for the patient. Required-is a thorough analysis of how the epidemiology of these processes, and understanding what action on which this PHE can be done to improve the quality of treatment of patients with complicated colorectal cancer. OS-the basis of retrospective and prospective analysis of 2200 cases of acute obstructive intestinal neploho the need for cancer of the left departments of the colon, shown concomitant infectious complications – vespoli-tive nature, frequency and reasons leading to the occurrence.

Keywords: cancer of a colonic intestine, obstruction, complications, sepsis.

В России заболеваемость колоректальным раком неизменно растет [13, 14]. Санкт-Петербург относится к городам, в которых сохраняется один из высоких уровней онкологической заболеваемости в Российской Федерации, что связано в основном со значительным удельным весом лиц пожилого и старческого возраста. Так, среди больных раком ободочной кишки 65–75 % старше 60 лет [1, 2, 13, 14].

Остается высоким количество впервые диагностированного рака ободочной кишки III–IV стадии, который составляет 81–90 % всех наблюдений рака толстой кишки, причем на долю III стадии приходится не более 30 % [3, 4]. Наиболее частыми сочетанными осложнениями при раках ободочной кишки являются интраабдоминальные абсцессы, перфорации опухоли с развитием перитонита, некроз и перфорация, а также диастатические разрывы приводящих отделов ободочной кишки, кровотечение из опухоли [5, 6]. Причиной

развития данных осложнений онкологического процесса в ободочной кишке считают несоответствие ангиогенеза скорости роста опухоли, вследствие чего развивается ишемия, некроз и перфорация стенки, как приводящих отделов. Огромную роль играет степень запущенности толстокишечной непроходимости и состоятельность баугиниевой заслонки, когда за короткий промежуток времени происходит быстрое повышение внутрипросветного давления, способствующее нарушению микроциркуляции в кишечной стенке [9, 12].

Согласно данным ВОЗ, частота развития сепсиса достигает 200–275 на 100 тыс. населения в год, а летальность достигает 80 % [8]. В его основе лежит генерализованная воспалительная реакция макроорганизма, обусловленная выбросом различных биологически активных веществ в ответ на действие микроорганизмов [9, 10]. Понятие «абдоминальный» сепсис объединяет группу больных, в основе развития сепсиса у которых лежит перитонит. Сам термин «абдоминальный сепсис» является условным, собирательным, подчеркивающим локализацию первичного гнойно-воспалительного процесса в животе [11]. Кишечник рассматривается как потенциальный источник инфекции или, по крайней мере, как источник, из которого в кровь попадают различные продукты жизнедеятельности бактерий [9, 11]. На сегодняшний день в большинстве крупных многопрофильных центров частота грамположительного и грамотрицательного сепсиса оказалась примерно равной [7, 8, 11].

Сочетание осложненного обтурационной непроходимостью рака ободочной кишки и инфекционно-воспалительных процессов, включая сепсис, представляет собой самостоятельную проблему, которая требует изучения.

Целью нашей работы является изучение инфекционно-воспалительных процессов в структуре осложнений острой кишечной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки, с целью понимания путей профилактики.

Материал и методы

Проведен анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой кишки, находившихся на лечении в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за период 2003–2012 годов. Исследование проводилось по результатам ретроспективного и проспективного анализа. Объём обследования и лечения согласовывался с медико-экономическими стандартами в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

Всего за указанный период в больницу обратились 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от

26 лет до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8 %. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были госпитализированы только 1,1 % больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 2 % пациентов, в течение 24–48 часов госпитализированы 17,6 % больных. Основная масса пациентов (70,4 %) скорой помощью доставлены в течение 48–72 часов с момента заболевания. После 72 часов госпитализировано 9 % больных. Таким образом, удельный вес пациентов, госпитализированных после 48 часов с момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составил от 70 % до 80 %.

По сравнению с 2003 годом, число госпитализированных в стационар больных с диагнозом острой обтурационной кишечной непроходимостью при раке левой половины толстой кишки выросло к 2012 году на 22 %. Это обусловлено не только абсолютным ростом числа заболевших, но и сокращением коечного фонда хирургических отделений города, а также снижением числа больных, госпитализируемых по программе ОМС, в федеральные медицинские учреждения города.

По локализации онкологического процесса больные распределились так – у 4,6 % больных злокачественная опухоль локализовывалась в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8 % – в области селезеночного изгиба, у 17,4 % – в нисходящей кишке, у 39,5 % – в сигмовидной кишке, у 22,7 % – в ректосигмоидном отделе и у 6 % – в прямой кишке. Из 131 больного раком прямой кишки у 112 опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 – в среднеампулярном отделе и у 2 – на уровне анального канала.

При гистологическом исследовании аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена более чем у 88 % больных. Более злокачественные формы рака были выявлены у 11,9 %, из которых наиболее прогностически неблагоприятная форма – неклассифицируемый рак, определен у 1,7 %.

Среди заболевших мужчин было 973 (44,2 %), женщин – 1127 (55,8 %). Пациентов в возрасте до 40 лет было 2,3 %, 41–60 лет – 22,4 %, 61–70 лет – 35,2 % и старше 70 лет – 40,1 %. Всего пациентов старше 60 лет было 75,3 %.

Важным фактором результата лечения больных является догоспитальный этап, и в частности, его продолжительность. Особенное значение это имеет у больных пожилого возраста, когда имеется сочетание ряда заболеваний, взаимно отягощающих друг друга. Длительный догоспитальный период влечет за собой усугубление водно-электролитных расстройств, интоксикации, запуск цитокинового каскада [1,9,10]. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были доставлены только 1,1 % больных. В период от 12 до 24 часов в стационар доставлены менее 2 % пациентов, в течение 24–48 часов – 17,6 % больных. Большинство пациентов (70,4 %) обратились в течение 48–72

часов от момента заболевания, после 72 часов – 9 % больных. Таким образом, удельный вес пациентов, поступивших после 48 часов от момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составлял от 70 % до 80 %. При анализе причин поздней обращаемости, факторами, влияющими на сроки, явились:

- поздняя обращаемость больных за медицинской помощью вследствие развития подобных симптомов в течение нескольких предыдущих дней или недель. Как правило, пациенты и их родственники занимались самолечением, применяя для устранения симптомов слабительные или клизмы;

- физическая немощность больных вследствие наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствие ухода;

- осознанный отказ от госпитализации из-за различных семейных или социально-экономических проблем;

- ошибки медицинских работников.

Тяжесть состояния только у 21,3 % больных была оценена ниже 15 баллов, операционно-анестезиологический риск соответствовало III степени. У 88,7 % больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV–V степени. При этом 6 % (124 пациента) находились в крайне тяжелом состоянии, и они сразу направлялись в блок критических состояний. Тяжесть состояния была обусловлена как запущенностью онкологического процесса, так и степенью тяжести острой кишечной непроходимости.

Чаще всего наблюдалась перфорация опухоли (у 41,9 % больных). У каждого третьего больного (30,3 %) диагностирован околоопухолевый абсцесс. С примерно одинаковой частотой (12,9–11,6 %) наблюдались некроз приводящих отделов, распространенный перитонит без перфорации кишки. Тяжелый сепсис диагностирован у 8,8 % больных, в том числе у 1,7 % – септический шок. Послеоперационные осложнения после наблюдались у 237 (23,3 %) пациентов (всего 318 осложнений). Инфекционно-воспалительные осложнения одиночно или в сочетаниях встречались в 170 случаях. Пневмония выявлена у 49 человек (4,8 %), тромбофлебиты в 2,7 % случаев (27 пациентов), нагноение послеоперационной раны отмечено у больных (6,8 %), эмпиема плевры диагностирована у 4 больных (0,4 %). Абсцессы брюшной полости у 21 больного (2,1 %) и некроз колостомы у 7 пациентов (0,7 %).

Немаловажную роль играют и лабораторные индикаторы. Почти у 5 % больных количество лейкоцитов было ниже 4×10^9 /л, что свидетельствовало о тяжелой интоксикации или абдоминальном сепсисе. Системная воспалительная реакция с повышением уровня лейкоцитов выше $12,1 \times 10^9$ /л отмечена более чем у 44 % больных. Палочкоядерный сдвиг более 6 % наблюдалась у 93 % больных. О наличии выраженного иммунодефицита

свидетельствует низкий процент содержания лимфоцитов в крови. Так их удельный вес менее 1 % выявлен у 8,2 %, менее 3 % – у 50,4 % и от 3 до 6 % – у 30,1 % больных. Таким образом, недостаточный уровень лимфоцитов был диагностирован более чем у 88 % пациентов. Эти данные свидетельствуют о тяжелом иммунодефиците у пациентов с острой кишечной непроходимостью, обусловленном раком левой половины толстой кишки.

Таким образом, различные инфекционно-воспалительные осложнения изолированно или в сочетании встречаются в среднем у каждого пятого больного. Это обусловлено разными причинами – возрастом, сроками поступления, сопутствующими заболеваниями. Наличие факторов риска следует учитывать при составлении плана лечения таких пациентов.

Выводы:

1. При поступлении больных с острой кишечной непроходимостью следует учитывать возраст, сроки доставки для понимания возможных патогенетических процессов с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений.
2. Учитывая сочетанность различных осложнений, следует как можно раньше начинать эмпирическую антибактериальную профилактику с переходом в антибактериальную терапию.
3. Пациенты с острой кишечной непроходимостью с сочетанием ряда осложнений и наличием сопутствующих заболеваний требуют мультидисциплинарного подхода.

Список литературы

1. Абдулаев М. А. Выбор хирургической тактики при острых осложнениях рака ободочной кишки: дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2007. – 250 с.
2. Александров В. Б. Каковы перспективы лапароскопических технологий в лечении рака толстой кишки (опыт 53 1 операции) // Тез. докл. III Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 24–25 февраля 2000 г.). – С.3.
3. Алиев М. Я. Тактика хирургической детоксикации при лечении больных с острой непроходимостью кишечника опухолевого генеза // Актуальные проблемы современной хирургии: материалы международного хирургического конгресса. – М., 2003. – С. 130.
4. Белобородов В. Б. Сепсис. – М., 2000. – С. 13.
5. Васильев С. В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1993. – 34 с.
6. Марусанов В. Е. Интенсивная терапия сепсиса и септического шока на догоспитальном этапе и в стационаре: учебное пособие. 2-е изд., доп. /В. Е. Марусанов, Н. В.

Петрова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 36 с.

7. Михайлов А. П., Данилов А. М., Игнатенко В. А., Сигуа Б. В., Петров А. С. Острая кишечная непроходимость при колоректальном раке у больных пожилого и старческого возраста // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2008. – № 4.

8. Неотложная хирургия рака ободочной кишки / Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев, И. Е. Селина, А. В. Скворцова. – М.: Миклош, 2009. – 96 с.

9. Орлов Г. М., Мовчан К. Н., Старцев В. Ю., Долгов В. П., Хижа В. В., Иванов Г. Н., Алексеев П. С., Ботян А. Ю., Сеньков Р. Э., Некрасова А. В. Основные медико-статистические показатели оказания онкологической помощи жителям Санкт-Петербурга в 2009–2013 годах. – СПб.: МИАЦ, 2014. – 99 с.

10. Сепсис: Клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии: рук. для врачей / В. В. Мороз, В. Н. Лукач, Е. М. Шифман др. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 291 с.

11. Соринсон С. Н. Сепсис (этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия): краткое справочное руководство. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2000. – 64 с.

12. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году / Филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава. Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015. – 236 с.; ил. ISBN 978-5-85502-210-0–России,

13. Уханов А. П., Игнатьев А. И., Мергенов М. М., Карпеченко М. В. Оперативные вмешательства при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого происхождения // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2008. – № 4.

14. Хирургический сепсис / М. В. Гринев, М. И. Громов, В. Е. Комраков. – СПб.; М., 2001. – 315 с.