

Эпидемиологические аспекты обтурационной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки

С.В. АРТЮХОВ

Александровская больница, пр. Солидарности, 4, Санкт-Петербург, 193312, Российская Федерация

Цель исследования На основании ретроспективного и проспективного анализа определить возрастную – половую группы больных, время доставки в стационар, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний и возможных осложнений, отягчающих течение острой кишечной непроходимости на фоне рака левых отделов ободочной кишки.

Материалы и методы В основу исследования положен анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой кишки за 10 лет. Среди пациентов мужчин было 973 (44,2%), женщин – 1227 (55,8%). Пациентов старше 60 лет было 75,3%.

Результаты и их обсуждение Основное количество больных (70,4%) доставлены в течение 48 - 72 часов от момента заболевания. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV - V степени. Тяжесть состояния 67% больных оценена в 16 баллов и выше. Различные сопутствующие заболевания самостоятельно или в виде сочетаний встречались у подавляющего большинства (97,7%) пациентов. Кроме острой кишечной непроходимости различные сочетанные осложнения рака были выявлены у 241 (23,7%) больного. Чаще всего опухоль находилась в сигмовидной кишке (39,4%).

Выводы Большинство больных (75,3%) старше 60 лет и поступают с комплексной сочетанной патологией, отягчающей течение основного заболевания. Ранняя и активная догоспитальная диагностика может привести к профилактике развития запущенных форм острой кишечной непроходимости.

Ключевые слова Рак ободочной кишки, кишечная непроходимость, эпидемиология.

Epidemiological Aspects of Obstructive Ileus in Cancer the Left Parts of the Colon

S. V. ARTYUKHOV

Alexander hospital, PR Solidarity, 4, Saint Petersburg, 193312, Russian Federation

The purpose of the study The research goal is to determine age and sex groups of patients, time when they were taken to the hospital, whether they have some concomitant diseases and how severe they are, and also to find out if they have complications which can make the clinical course of acute intestinal obstruction worse with underlying cancer of colon's left division. It must be based on post-event and prospective analysis.

Materials and methods The study is based on the analysis of the treatment of 2200 patients with cancer of the left half of the colon in 10 years. Among patients men were 973 cases (44.2%), women – 1227 (55,8%). Patients older than 60 years was 75.3 %

Results and their discussion The main number of patients (70,4%) delivered within 48 - 72 hours from the onset of the disease. In 88.7% of patients anesthetic risk corresponds to the IV - V degree. The severity of the 67% of patients evaluated in 16 points and above. Various comorbidities independently or in combinations met the vast majority (97.7 per cent) patients. In addition to acute intestinal obstruction different associated complications of cancer have occurred in 241 (23,7%) patient. Most often the tumor is located in the sigmoid colon (39.4%).

Conclusions Majority of patients (75,3 %) are over 60 years old. They arrive with complex comorbidity. Active early pre-hospital diagnosis may lead to prevention of development of advanced forms of acute intestinal obstruction.

Key words Colon cancer, intestinal obstruction, epidemiology.

Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака ободочной кишки. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки частота этого неотложного состояния в структуре других осложнений рака составляет около 90%. По данным Всемирной организации здравоохранения в развитых странах мира рак ободочной и прямой кишки занимает третье место, а среди осложненных форм злокачественных опухолей, требующих срочных хирургических вмешательств, является лидирующей патологией. В последние два десятилетия в эпидемиологии рака ободочной кишки наблюдаются две неблагоприятные тенденции. Во-первых, растет заболеваемость данной патологией,

во-вторых - увеличивается удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста, лечение которых сопряжено с определенными организационными и лечебно-тактическими особенностями. Так, среди больных раком ободочной кишки 65-75% старше 60 лет [1, 2, 3]. Возрастает число больных раком ободочной кишки и в России. В 2011 году показатель заболеваемости по разным регионам составил 17,3 до 20,1 случая, а показатель распространенности - 58,6 - 60,2 на 100 тысяч населения. Как следует из Государственного доклада, анализирующего здоровье населения РФ, в 2000 г. прирост заболеваемости раком ободочной кишки на 100 тысяч населения за год составил 2,57%.

Наиболее высокий рост заболеваемости раком толстой кишки отмечается в развитых странах. Так, из 650000 заболевших в 2008 году более 130000 случаев приходится на жителей стран Европы, где количество заболевших ежегодно повышается и составляет в последние годы 30 – 35 случаев на 100 тысяч населения. Несмотря на высокий уровень жизни, доступность высокотехнологичной медицины ежегодно в этих странах от рака толстой кишки умирают 100000 - 120000 больных [3, 4].

Причинами подъема заболеваемости считают увеличение средней продолжительности жизни, рост числа больных с хроническими заболеваниями толстой кишки, изменение характера пищи с высоким удельным весом рафинированных продуктов с низким содержанием клетчатки, ухудшение экологии, широкое применение различных пестицидов и химических пищевых добавок, урбанизационные процессы.

Раком толстой кишки преимущественно болеют люди старших возрастных групп. Так, удельный вес пациентов старше 60 лет среди женщин составляет 75,8%, среди мужчин 71,5%. В структуре больных колоректальным раком лица моложе 40 лет составляют около 3,5%, от 41 до 60 лет 36-42% и лица старше 60 лет - 58-75%. Все это приводит к существенному росту расходов на лечение этой группы больных, поскольку экономические затраты на лечение пациентов старших возрастных групп, отягощенных различными сопутствующими заболеваниями, на 30-50% превышают затраты чем при лечении больных возрастом до 60 лет.

Одним из частых осложнений колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. В структуре причин развития обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза удельный вес рака слепой кишки составляет около 0,5%, восходящей ободочной кишки - 1,3%, печеночного изгиба ободочной кишки - 3,8%, правой трети поперечной ободочной кишки - 3,2%, средней трети поперечной ободочной кишки 3,6%, левой трети поперечной ободочной кишки - 4,7 %, нисходящей ободочной кишки - 17,8%, сигмовидной кишки - 37,9%, ректосигмоидного отдела - 22,5% и прямой кишки - 4,7%. Как следует из представленных данных, причиной развития острой обтурационной кишечной непроходимости у 86,5% явился рак левой половины толстой кишки [5, 6].

Цель исследования – на основании ретроспективного и проспективного анализа определить возрастную – половые группы больных, время доставки в стационар, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний и возможных осложнений, отягчающих течение острой кишечной непроходимости на фоне рак левых отделов ободочной кишки.

Материалы и методы

В основу исследования положен анализ лечения больных раком левой половины толстой кишки, го-

спитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003-2012 годы. В течение 2003–2012 Эгг. в больницу госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Возраст больных от 26 до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов.

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.

Среди пациентов мужчин было 973 (44,2%), женщин – 1227 (55,8%). Возраст больных представлен в таблице 1. Как следует из данных таблицы 1, удельный вес пациентов в возрасте до 40 лет составил 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%.

Объем обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими стандартами и в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу.

Результаты и их обсуждение

Одним из факторов, определяющих прогноз лечения пациентов при неотложных состояниях, является продолжительность догоспитального периода заболевания. Очевидно, что чем дольше этот период, тем меньше шансов на благополучный исход лечения пациентов. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих также сопутствующие заболевания. Прогрессирующая интоксикация, расстройство водноэлектролитного баланса и других составляющих гомеостаза способствуют быстрой декомпенсации функций различных органов и систем. Продолжительность догоспитального этапа представлена в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, до 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были доставлены в больницу только 1,1% больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 2% пациентов, в течение 24 - 48 часов - 17,6 % больных. Основное количество больных (70,4%) доставлены в течение 48 - 72 часов с момента манифестации заболевания. После 72 часов доставлены 9% больных. Таким образом, удельный вес пациентов, обратившихся позже 48 часов, в разные годы, составил от 70% до 80%.

Таблица 1/ Table 1

Возраст больных по годам поступления/ The age of patients by year of admission

Возраст, лет /Age, years	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Всего /In total
До 40 лет/under 40 years	5	4	5	6	4	7	3	5	6	5	50
41-60	42	39	47	46	51	51	54	57	50	56	493
61-70	59	70	72	74	82	79	85	82	87	84	774
> 70 лет	81	82	91	92	85	84	89	90	94	95	883
Всего /in total	187	195	215	218	222	221	231	234	237	240	2200

Таблица 2/ Table 2

Сроки госпитализации больных с момента развития кишечной непроходимости по годам/ Date of patient's hospitalization since the beginning of intestinal obstruction course

Догоспитальный срок, час / Prehospital period, hours	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Всего /In total
До 12 часов /less than 12 hours	1	1	1	3	1	2	4	3	5	3	24
12,1-24	5	6	7	4	3	2	5	4	4	3	43
24,1-48	32	29	38	39	41	36	43	42	37	50	387
48,1-72	140	147	158	155	156	162	154	161	162	153	1548
Более 72/ more than 72	9	12	11	17	21	19	25	24	29	31	198
Всего /in total	187	195	215	218	222	221	231	234	237	240	2200

Таблица 3/ Table 3

Степень тяжести состояния больных по шкале APACHE-II при госпитализации/ The degree of patient's conditions severity by APACHE-II scale at the moment of hospitalization

Количество баллов/Number of points	Количество больных/Number of patients
До 8 /Less than 8	123 (5,6%)
9 – 15	346 (15,7%)
16 – 20	674 (30,6%)
21 – 25	703 (32%)
26 – 30	260 (11,8%)
Более 30 баллов/More than 30	94 (4,3%)
Всего /In total	2200 (100%)

При анализе причин поздней обращаемости, факторами, влияющими на сроки, явились: 1) 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; 2) физическая немощность больных вследствие наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствие ухода; 3) осознанный отказ от госпитализации из-за различных семейных или социально-экономических проблем; 4) ошибки медицинских работников.

Как результат вышесказанного, пациенты поступали с различной степенью тяжести, которая представлена в таблице 3.

Как следует из представленных данных, тяжесть состояния только у 21,3% больных была оценена ниже 15 баллов, операционно-анестезиологический риск соответствовал III степени. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV - V

степени. Все эти больные нуждались в тщательной предоперационной подготовке, при этом 124 больных находились в крайне тяжелом состоянии, которым, вследствие тяжелой интоксикации и полиорганной недостаточности, была выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких. Тяжесть состояния была обусловлена как запущенностью онкологического процесса, так и степенью выраженности проявлений острой кишечной непроходимости.

810 больных с отдаленными метастазами, 223 больных с местнораспространенной неудалимой опухолью и 148 больных, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить радикальную операцию, исключены из дальнейшего анализа

Объектом исследования стали 1019 больных, у которых не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнен радикальный объем. Данные о тяжести состояния в исследуемой группе представлены в таблице 4.

Тяжесть состояния по APACH-II в баллах/ The severity of condition by number on the APACHE-II

Число баллов/Number of points	Количество/Quantity
До 8/Less than 8	122 (12%)
9 -15	214 (21%)
16 - 20	279 (27,4%)
21 - 25	261 (25,6%)
26 - 30	106 (10,4%)
Более 30/More than 30	37 (3,6%)
Всего/In total	1019 (100%)

Сопутствующие заболевания (n=1019)/ Co-morbidity (n=1019)

Сопутствующие заболевания/ Co-morbidity	Всего/ In total
ИБС, острый инфаркт миокарда/ CHD, acute myocardial infarction	3
ИБС, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз/ CHD, postinfarction and atherosclerotic cardiosclerosis	452
Нарушение ритма сердца/ Heart rhythm disturbance	173
Гипертоническая болезнь/ Essential hypertension	387
Облитерирующие заболевания нижних конечностей/ Obliterating diseases of lower limb	42
Цереброваскулярная болезнь с энцефалопатией 2 - 3 ст./ Cerebrovascular disease with second and third-degree encephalopathy	211
ЦВБ, состояние после инсульта/ CVD, status post stroke	135
Хронические заболевания почек, осложненных ХПН/ Pre-existing kidneys conditions complicated by chronic kidney disease	43
Аденома предстательной железы, хронический пиелонефрит/ Prostatic adenoma, chronic pyelonephritis	97
Рак другой локализации/ Cancer at other sites	32
Желчнокаменная болезнь/ Cholelithiasis	79
Язвенная болезнь/ Peptic ulcer	2
Разрегулированный сахарный диабет/ Misaligned diabetes mellitus	209
Ожирение/ Adiposity	13
Несросшийся перелом шейки бедра неизвестной давности/ Non-united fracture of femoral neck unknown prescription	14
Послеоперационная вентральная грыжа/ Postoperative ventral hernia	17
ХОБЛ/ Chronic Obstructive Pulmonary Disease	21
Цирроз печени/ Cirrhosis	23
Хронический алкоголизм/ Chronic alcoholism	14
Острая пневмония/ Acute pneumonia	9
Туберкулез легких / Pulmonary tuberculosis	2
Сопутствующих заболеваний не выявлено/ No concomitant diseases found	23
Всего/ In total	1978

Из данных таблицы 4 видно, что тяжесть состояния 67% больных оценена в 16 баллов и выше, что свидетельствует о низких компенсаторных возможностях пациентов, обусловленной длительной интоксикацией.

При тяжести состояния в 20 и более баллов практически всегда имело место органная несостоятельность, чаще печеночно-почечная и дыхательная недостаточность. Пациенты данной категории помещались в блок критических состояний, где им выполнялись установка желудочного зонда, катетеризация центральной вены, очистительные клизмы и инфузионная

терапия в течение 2 - 3 часов до восстановления положительного центрального венозного давления. Различные сопутствующие заболевания самостоятельно или в виде сочетаний встречались у подавляющего большинства (97,7%) пациентов. Эти данные представлены в таблице 5.

Как следует из представленных данных, сопутствующие заболевания отсутствовали только у 2,3% больных. У всех остальных пациентов имелись сопутствующие заболевания, требующие соответствующей корригирующей терапии.

Таблица 6/ Table 6

Сочетанные осложнения у больных с обтурационной кишечной непроходимостью (n = 241)/ Combinative complications at patients with obturation intestinal obstruction (n = 241)

Осложнения/ Complications	Всего/ In total
Диастатические разрывы приводящих отделов/ Diastatical tears of adductor divisions	29 (12%)
Некроз приводящих отделов/ Necrosis of adductor divisions	31 (12,9%)
В том числе с перфорацией приводящих отделов/ Including perforation of adductor divisions	10 (4,2%)
Перфорация опухоли с перитонитом/ Tumor with peritonitis perforation	101 (41,9%)
Некроз и распад опухоли без перфорации/ Tumor necrosis and disintegration without perforation	19 (7,9%)
Перитонит без перфорации/ Peritonitis without perforation	28 (11,6%)
Околоопухолевый абсцесс/ Nearly tumorous abscess	73 (30,3%)
Абдоминальный тяжелый сепсис/ Abdominal heavy sepsis	17 (7,1%)
Септический шок/ Septic shock	4 (1,7%)
Кишечное кровотечение из опухоли/ Tumor intestinal bleeding	20 (8,3%)
Обструкция левого мочеточника, гидронефроз/ Left ureteral obstruction, hydronephrosis	7 (2,9%)
Прорастание опухолью других органов/ Tumor pullulation in other organs	85 (35,3%)
Всего осложнений/ Complications in total	424

Таблица 7/ Table 7

Локализация опухоли (n = 1019)/ Tumor localization (n = 1019)

Локализация опухоли/ Tumor site	Всего/ In total
Левая треть поперечной ободочной кишки/ Left third of transverse colonic	49 (4,8%)
Селезеночный изгиб/ Splenic flexure	108 (10,6%)
Нисходящая ободочная кишка/ Descending colon	185 (18,1%)
Сигмовидная кишка/ Sigmoid colon	401 (39,4%)
Ректосигмоидный отдел/ Rectosigmoid	223 (21,9%)
Прямая кишка/ Rectum	53 (5,2%)

Кроме острой кишечной непроходимости различные сочетанные осложнения рака были выявлены у 241 (23,7%) больного. Количество и характер осложнений представлены в таблице 6. На каждого больного приходилось 1,8 сочетанных осложнений. Чаще всего наблюдалась перфорация опухоли (у 41,9% больных) с развитием местного или распространенного перитонита.

У 30% диагностирован околоопухолевый абсцесс, а прорастание опухолью соседних органов (петли кишечника, гениталии, почка и мочеточник, селезенка) выявлено более чем у 35% пациентов. Примерно с одинаковой частотой (~12%) наблюдались диастатические разрывы ободочной кишки, некроз приводящих отделов за счет развития ишемии, разлитой перитонит без перфорации кишки. Тяжелый сепсис диагностирован у 8,8% больных, в том числе у 1,7% - септический шок. Клинически значимое кишечное кровотечение из опухоли наблюдали у 8,3% больных с сочетанными осложнениями.

Локализация опухолей представлена в таблице 7.

Чаще всего опухоль находилась в сигмовидной кишке (39,4%), у 22% опухоль находили в ректосигмоидном отделе. В 18% случаев она располагалась в нисходящей ободочной кишке. Примерно с одинаковой частотой находили поражение левой трети поперечной ободочной и прямой кишки (около 5%). Опухоль селезеночного изгиба выявлена у каждого 10 больного.

Выводы

1. Большинство больных (75,3%) старше 60 лет, и поступают с комплексной сочетанной патологией, отягчающей течение основного заболевания. Ранняя и активная догоспитальная диагностика может привести к профилактике развития запущенных форм острой кишечной непроходимости.

2. Одним из важнейших факторов, влияющих на течение заболевания и перспективы выздоровления, является время доставки от момента заболевания, т.к. до 80% больных поступают в сроки от 2-х суток и более. Просветительская работа, диспансеризация могут повлиять на снижение сроков догоспитального этапа.

3. Внедрение объективных методов оценки тяжести состояния помогает тщательно проводить сортировку как на догоспитальном этапе, так и в приемном отделении больницы, с целью наиболее раннего оказания необходимого объема корректирующей терапии.

4. Пациенты поступают с различными видами и формами осложнений острой кишечной непроходимости, что необходимо помнить и учитывать при проведении обследования и выборе объема операции.

5. Наиболее часто (порядка 60%) опухоль расположена в ректосигмоидном отделе и сигмовидной кишке, что необходимо учитывать при планировании обследования больного.

Список литературы

1. Абдулаев М.А. Выбор хирургической тактики при острых осложнениях рака ободочной кишки : дис. д-ра мед. наук. СПб, 2007; 250.
2. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки: автореф. дис... д-ра мед. наук. СПб., 1993; 34.
3. Перегудов С.И., Синенченко Г.И., Пирогов А.В., Банщиков Е.С. Диастатические разрывы толстой кишки: диагностика и лечение. Скорая медицинская помощь. 2004; 5: 3: 116-118.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность). -М., 2007; 251.
5. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С., Селина И.Е. Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки с учетом продолжительности и качества жизни. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2008; 4.
6. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С., Селина И.Е., Скворцова А.В. Неотложная хирургия рака ободочной кишки –М.: Миклош, 2009; 96.

Поступила 23.09.2015

Информация об авторе

1. Артюхов С. В. - к.м.н., зав.отделением Александровской больницы, Санкт-Петербург, E-mail: art_serg@mail.ru

References

1. Abdulaev M.A. Vybora khirurgicheskoy taktiki pri ostrykh oslozhnennykh raka obodochnoy kishki : dis. d-ra med. nauk[Choice of surgical tactics in acute complications of colon cancer. Doctor of Medical Sciences thesis]. S-P. 2007; 250.
2. Vasilyev S.V. Pervichnoe vosstanovlenie kischechnoy nepreryvnosti pri oslozhnennykh formakh raka obodochnoy i pryamoy kishki: avtoref. dis... d-ra med. nauk[Preliminary restoration of intestinal continuity in complicated forms of colon and rectum cancer. Author's abstract, Doctor of Medical Sciences thesis]. S-P. 1993; 34.
3. Peregudov S.I., Sinenchenko G.I., Pirogov A.V., Banshikov E.S. Diastaticheskie razryvy tolstoy kishki: diagnostika i lechenie. Skoraya meditsinskaya pomoshch'[Diastatic breakages of the colon: diagnosis and treatment. Emergency medical care]. 2004; 3: 3: 116-118.
4. Chissov V.I., Starinskyi V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2005 godu (zabolevaemost' i smertnost')[Malignant neoplasms in Russia in 2005 (morbidty and mortality)]. M. 2007; 251.
5. Pakhomova G.V., Podlovchenko T.G., Uteshev N.S., Selina I.E.. Khirurgicheskoe lechenie oslozhnennogo raka obodochnoy kishki s uchetoм prodolzhitel'nosti i kachestva zhizni. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii[Surgical treatment of complicated cancer of the colon, given the duration and quality of life. Bulletin of surgical gastroenterology]. 2008; 4.
6. Pakhomova G.V., Podlovchenko T.G., Uteshev N.S., Selina I.E.. Neotlozhnaya khirurgiya raka obodochnoy kishki[Emergency surgery of colon cancer]. M. Miklosh, 2009; 96.

Received 23.09.2015

Information about the Author

1. Artyukhov S. - PhD, Heads of Aleksandrovskaya hospital, Saint-Petersburg, E-mail: art_serg@mail.ru