

Ю. М. Тимофеев, С. Т. Мазуров

СИНДРОМ ОГИЛВИ

НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

В статье приводится описание редкого осложнения в раннем послеоперационном периоде после радикальной операции по поводу колоректального рака — острого нетоксического мегаколона (синдром Огилви). Детально описаны клиническая картина, диагностика, лечение и прогноз этого синдрома.

Ключевые слова: острый нетоксический мегаколон, синдром Огилви, острая псевдообструкция толстой кишки.

Синдром Огилви впервые описан в 1948 г. у 2 пациентов с диссеминированными злокачественными опухолями [11]. Он проявляется острой дилатацией толстой кишки в отсутствие механического препятствия или воспаления. Отсутствие механического препятствия и воспаления подчеркивается в других названиях этого синдрома — острый нетоксический мегаколон и острая псевдообструкция толстой кишки.

Типичным проявлением синдрома Огилви является вздутие живота после различных хирургических вмешательств. Клиническая картина развивается на фоне или сразу после искусственной вентиляции легких. У двух третей пациентов наблюдаются тошнота и рвота. Газы обычно не отходят, стула нет. При этом перистальтика выслушивается, иногда отмечается ее усиление за счет тонкой кишки. Данный симптом зачастую наводит на мысль о механической кишечной непроходимости. Обращает на себя внимание отсутствие симптомов интоксикации: влажный язык, нормальный пульс, нетяжелое общее состояние больного. Температура тела обычно субфебрильная. В анализах крови отмечается умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Дальнейшее расширение толстой кишки при прогрессировании заболевания ведет к перфорации, перитониту, сепсису и смерти. Перфорация толстой кишки наблюдается примерно у 10% пациентов, летальный исход — у 15–30% пациентов [3].

Причины развития синдрома Огилви не известны, хотя описано большое число факторов, предрасполагающих к его развитию. К их числу относятся хирургическое вмешательство, общая анестезия с искусственной вентиляцией легких, различные лекарственные средства, правожелудочковая сердечная недостаточность, гнойно-инфекционные осложнения, хронические обструктивные заболевания легких, некоторые неврологические заболевания, сахарный диабет, уремия, перелом бедренной кости и водно-электролитные нарушения. К числу препаратов, вызывающих развитие острого нетоксического мегаколона, относятся нестероидные противовоспалительные средства, наркотические анальгетики, антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты, антациды и др.

Для диагностики синдрома Огилви проводят рентгеноконтрастное исследование ЖКТ, а также колоноскопию. Эти исследования позволяют исключить механическую низкую толстокишечную непроходимость, в том числе в зоне наложенного анастомоза. Одним из основных методов, позволяющих дифференцировать псевдонепроходимость и механическую непроходимость, является полипозиционное рентгенологическое исследование. При этом в 80–90% случаев при повороте пациента из положения на правом боку в положение на спине происходит смещение газа в левые отделы ободочной кишки и прямую кишку. Отдельные авторы для исключения механической обструкции и токсического мегаколона рекомендуют ирригоскопию с бариевой взвесью или водорастворимым рентгеноконтрастным средством [8; 14].

При синдроме Огилви отменяют все препараты, которые могут способствовать его развитию, а по возможности — и все остальные. Немедленно устанавливают назогастральный зонд. Стараются активизировать больного, рекомендуют двигаться хотя бы в постели, лучше — вставать и ходить. Проводят коррекцию водно-электролитных, метаболических и гипоксических нарушений. Для немедленной декомпрессии толстой кишки выполняют колоноскопию и аспирируют газ и жидкость из ее просвета. Клизмы, особенно сифонные, бесполезны и даже вредны. То же можно сказать о слабительных для приема внутрь, метоклопрамиде (церукале) и холинергических средствах [3]. При неэффективности консервативной терапии или при невозможности выполнения эндоскопической декомпрессии толстой кишки показано наложение цекостомы.

Из контролируемых исследований, являющихся «золотым» стандартом врачебной практики, известно, что лечение синдрома Огилви базируется на следующих принципах:

- консервативная терапия и отмена препаратов, способствующих развитию синдрома Огилви (наркотические анальгетики, антихолинэргические средства);
- ежедневное рентгенологическое исследование для измерения диаметра толстой кишки и выявления пациентов, нуждающихся в эндоскопической декомпрессии [13];
- эндоскопическая декомпрессия [9];
- хирургическое вмешательство при неэффективности консервативной терапии [16].

В отечественной литературе, даже в последних фундаментальных руководствах по колопроктологии, синдром Огилви

почти не описывается [2; 4; 6; 7]. Поскольку данные об этой редкой патологии появились лишь в публикациях последних лет [1; 5], практические врачи не знакомы с данным осложнением. Между тем в иностранной литературе оно описывается гораздо чаще [15; 17]. Все это побудило нас поделиться своими наблюдениями этого редкого, но чрезвычайно опасного осложнения после операций по поводу колоректального рака.

В отделении проктологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН за последние 25 лет наблюдались 2 больных, у которых после операций по поводу колоректального рака наблюдались симптомы кишечной непроходимости, соответствовавшие указанному синдрому. Течение заболевания, лечение и исход у них были одинаковыми. В этой статье мы приводим детальное описание течения синдрома Огилви у одного из больных.

Больная М., 70 лет, и/б №88/17612, находилась в отделении проктологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 05.01.2004 по 03.02.2004 с диагнозом: рак селезеночного изгиба ободочной кишки, T4N0M0, IIIA стадия. Сопутствующие заболевания — хроническая пневмония, хронический обструктивный бронхит, бронхоэктатическая болезнь, ИБС (стенокардия напряжения), в анамнезе — аппендэктомия в 1954 г. и компрессионный перелом тел позвонков Th9—Th12 в 2002 г. Менопауза с 50 лет. Аллергических реакций на лекарственные средства не было. Стул регулярный, запоров не было.

В декабре 2003 г. в связи с обострением хронической пневмонии получила 2 курса антимикробной терапии: 1) цефазолин (Цефамезин), 1,0 г внутримышечно 4 раза в день в течение 10 дней; нистатин, 500 000 ед внутрь 4 раза в день; 2) ампициллин/оксациллин (Ампиокс), 1,0 г внутримышечно 4 раза в день в течение 10 дней. Кроме того, назначался мукалтин, 0,05 г внутрь 4 раза в день.

08.12.2003 выполнена ирригоскопия. При этом диагностирован экзофитный рак селезеночного изгиба ободочной кишки, перистальтика толстой кишки обычная, просвет не расширен. 19.12.2003 произведена колоноскопия, при которой выявлен стенозирующий рак селезеночного изгиба ободочной кишки, тонус стенок толстой кишки сохранен. При рентгенографии легких (05.01.2004) воспалительных и метастатических изменений легких нет, при спирографии (08.01.2004) легочные объемы в норме. При УЗИ брюшной полости (23.12.2003) метастазов не выявлено.

20.01.2004 выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости отмечено, что тонкая и толстая кишка обычных размеров, в селезеночном изгибе ободочной кишки имеется стенозирующая опухоль размером 6 × 5 см, прорастающая серозную оболочку. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия, между поперечной ободочной и сигмовидной кишкой наложен анастомоз конец в конец (2 ряда отдельных узловых швов узелками внутрь). Гистологическое заключение №25302/04: аденокарцинома, прорастающая все слои стенки кишки, без метастазов в лимфатических узлах и дистрофических или иных изменений в стенке толстой кишки. После операции больная получала омнопон (2% раствор), 1 мл внутримышечно 3 раза в день, и антимикробные средства: сульперазон, 2 г внутримышечно 2 раза в день; метронидазол, 500 мг внутривенно 2 раза в день. Кроме того, проводили инфузионную терапию в объеме 2 л: раствор Рингера, 5% раствор глюкозы с добавлением 40 мл 10% раствора хлорида калия и реополиглюкин. На 2-е сутки больной было разрешено пить. На 4-е сутки (24.01.2004) возникла обильная рвота выпитой водой с желудочным содержимым, появилось вздутие живота. Симптомы интоксикации отсутствовали (язык чистый, влажный, пульс 80 мин⁻¹), общее состояние было

удовлетворительным. При промывании желудка через зонд выявлено обильное застойное желудочное содержимое. На 5-е сутки (25.01.2004) рвота продолжалась, усилилась перистальтика, газы не отходили. При рентгеноконтрастном исследовании ЖКТ желудок, тонкая и толстая кишка проходимы, тонкая кишка обычных размеров, толстая кишка выше и ниже анастомоза, от слепой до ампулы прямой кишки резко раздута, перистальтика толстой кишки отсутствует, раздутая петля поперечной ободочной кишки сдавливает желудок, вызывая его перегиб по типу песочных часов. Рентгеноконтрастное средство свободно проходит через анастомоз. Перегиб желудка и обуславливал, по-видимому, рвоту. После введения газоотводной трубки отхождения газов не отмечено. Общее состояние больной было вполне удовлетворительным: температура тела субфебрильная, пульс 80 мин⁻¹, язык чистый, влажный. Общий анализ крови в пределах нормы: лейкоциты 5000—6000 мкл⁻¹, палочкоядерные лейкоциты 6%. Диурез — 1,5 л/сут. При биохимическом исследовании крови отмечено умеренное снижение уровней общего белка и альбумина.

Заподозрен синдром Огилви. Отменены антибиотики, обезболивающие (как ненаркотические, так и наркотические), начато введение вазелинового масла через назогастральный зонд. Инфузионная терапия проводилась в прежнем объеме. На 6-е сутки (26.01.2004) с целью диагностики и декомпрессии толстой кишки произведена колоноскопия. При исследовании вся толстая кишка как выше, так и ниже анастомоза резко раздута, переполнена газами, перистальтика ее отсутствует; стенка кишки не реагирует на введение колоноскопа, не сокращается; анастомоз свободно проходим; в просвете толстой кишки вазелиновое масло, введенное в желудочный зонд накануне. Произведена тщательная аспирация кишечных газов и жидкости из просвета кишки до ее полного спадения. После данной процедуры состояние больной стало улучшаться: прекратилась рвота, стали отходить газы, больная начала пить и есть, появился жидкий стул до 3 раз в сутки. Толстая кишка оставалась вздутой еще в течение 3—4 сут. От последующих колоноскопий больная отказалась. На 8-е сутки удален дренаж из брюшной полости. На 9-е сутки отменена инфузионная терапия. На 10-е сутки сняты швы со срединной раны (заживление первичным натяжением). На 13-е сутки больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано провести курс лечения бифидумбактерином и лактобактерином для восстановления микрофлоры кишечника. Через 1 мес выполнена ирригоскопия: анастомоз проходим, толстая кишка обычных размеров, хорошо перистальтирует. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в сутки.

Это уникальное наблюдение синдрома Огилви после радикальной операции по поводу колоректального рака. Диагностические трудности обычно приводят к неадекватному лечению (сифонные клизмы, спазмолитики и т. п.). Вследствие этого возможны перфорация паретически раздутой толстой кишки и летальный исход. Знание симптомов этого редкого, но грозного осложнения способствует своевременной диагностике и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев М. В., Опушев В. А. Синдром Огилви // Вестн. хир. — 1990. — Т. 144, №5. — С. 38—42.
2. Кныш В. И. Рак ободочной и прямой кишки. — М: Медицина, 1997. — 304 с.
3. МакНелли П. Р. Секреты гастроэнтерологии: Пер. с англ. — СПб.: Невский диалект, 1999. — 1024 с.

4. Петров В. П., Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость. — М: Медицина, 1989. — 288 с.
5. Ужва И. Г. Синдром Огилви у хирургических больных // Клин. хир. — 1994. — №3. — С. 36—39.
6. Федоров В. Д. Рак прямой кишки. — М: Медицина, 1987. — 320 с.
7. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. — М: Медицина. — 1984. — 384 с.
8. Johnson C. D., Rice R. P. The radiologic evaluation of gross cecal distension // Am. J. Roentgenol. — 1985. — Vol. 145. — P. 1211—1215.
9. Kukora J. S., Dent T. L. Colonoscopic decompression of massive nonobstructive cecal dilatation // Arch. Surg. — 1977. — Vol. 112. — P. 512—515.
10. MacColl C., MacConnall K. L., Baylis B. Treatment of acute colonic pseudoobstruction (Ogilvie's syndrome) with cisapride // Gastroenterology. — 1990. — Vol. 98. — P. 773—775.
11. Ogilvie W. H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome // Brit. Med. J. — 1948. — Vol. 2. — P. 671—673.
12. Paran H. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction with neostigmine // J. Am. Coll. Surg. — 2000. — Vol. 190, N 3. — P. 315—318.
13. Scheurer U., Walchli P. Acute secondary pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie syndrome): experiences with endoscopic therapy // Schweiz. Med. Wochenschr. — 1985. — Vol. 115, N 36. — P. 1214—1218.
14. Schjoldager B. T., Christensen J. K. Ogilvie syndrome // Ugeskr. Laeger. — 2001. — Vol. 162, N 22. — P. 3059—3063.
15. Stephenson B. M., Morgan A. R., Salaman J. R. Ogilvie's syndrome: A new approach to an old problem // Dis. Colon Rectum. — 1986. — Vol. 29. — P. 203—210.
16. Tenofsky P. L., Beamer L., Smith R. S. Ogilvie syndrome as a postoperative complication // Arch. Surg. — 2000. — Vol. 135, N 6. — P. 682—686.
17. Vanek V. W., Alsalti M. Acute pseudoobstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) // Dis. Colon Rectum. — 1986. — Vol. 29. — P. 203—206.

Поступила 11.10.2003

Yu. M. Timofeyev, S. T. Mazurov

Ogilvie's Syndrome*Institute of Clinical Oncology, N. N. Blokhin RCRC RAMS, Moscow*

This is a description of a rare early postoperative complication after radical surgery for colorectal cancer, i. e. acute non-toxic megacolon (Ogilvie's syndrome). The report describes in detail the syndrome clinical pattern, diagnosis, treatment and prognosis.

Key words: acute nontoxic megacolon, Ogilvie's syndrome, acute colonic pseudoobstruction.