

З.В. Тотиков, В.З. Тотиков, Р.Ю. Мальсагов

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ НА ФОНЕ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Владикавказ

ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница», г. Назрань

Показаны результаты исследования 162 больных раком прямой кишки, осложненным непроходимостью. На фоне декомпрессионной терапии у этих больных возможно три варианта исхода непроходимости: полное, но временное разрешение; волнообразное течение; нарастающее течение непроходимости. При уменьшении диаметра стриктуры и увеличении протяженности опухолевого канала повышается вероятность развития непроходимости и уменьшается возможность воздействия на нее декомпрессионной терапии.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, декомпрессионная терапия, рак прямой кишки.

Z.V. Totikov, V.Z. Totikov, R.U. Malsagov

THE DYNAMICS OF INTESTINAL OBSTRUCTION ON THE BACKGROUND OF DECOMPRESSION THERAPY IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER

The results in monitoring of 162 patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction are represented. On the background of decompression therapy in these patients three types of outcome obstruction may be: the first option, when the phenomena of intestinal obstruction resolved, the second when the disease may take the wave course and the third, when the phenomena of obstruction may grow. In decreasing the diameter of stricture and increasing the length of the tumor channel, the increase of risk in obstruction and decrease of possibility in exposure to decompression therapy.

Key words: intestinal obstruction, decompression therapy, rectal cancer.

Введение. Исходы лечения у больных с острым нарушением проходимости прямой кишки во многом зависят от сроков проведения предоперационной подготовки, длительность которой должна определяться индивидуально в зависимости от тяжести физического состояния больного и динамики развития непроходимости на фоне декомпрессионной терапии [1, 4, 6, 7, 9].

Но если определению тяжести состояния больного раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, исследователями уделено значительное внимание, то работ, посвященных изучению влияния размеров ракового канала на динамику течения непроходимости на фоне декомпрессионной терапии, практически нет [8, 9].

Как показал анализ современной литературы, посвященной острой обтурационной непроходимости толстой кишки, большинство хирургов при определении длительности предоперационной подготовки и выбора объема оперативного вмешательства руководствуются только тяжестью состояния больного и рентгенологическими параметрами непроходимости [2, 8]. Сторонники такого подхода не уделяют должного внимания тому факту, что на фоне полноценной декомпрессионной терапии непроходимость имеет следующие тенденции развития: к временному, но полному разрешению, к волнообразному течению, к нарастанию явлений непроходимости [3, 5, 8, 9].

Выявление факторов, влияющих на эти тенденции, и определение их объективных прогностических критериев позволили бы индивидуализировать длительность предоперационной подготовки и выбор объема оперативного вмешательства у больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Цель: изучить влияние размеров ракового канала на динамику течения непроходимости на фоне декомпрессионной терапии.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на наблюдении за 162 больными раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью, госпитализированными в клинику скорой помощи г. Владикавказа в экстренном порядке. Из 162 больных у 52 пациен-

тов (1 группа) проведено ретроспективное исследование, изучены истории болезни. У остальных 110 больных (2 группа) определение размеров ракового канала и изучение динамики течения непроходимости проводили в процессе исследования.

Исходы декомпрессионной терапии отслежены у 148 больных, в том числе у 110 пациентов второй группы и у 38 больных первой группы, которым проведено ретроспективное исследование. Декомпрессионная терапия не проводилась у 25 больных, так как им в течение 2–3 часов были выполнены оперативные вмешательства. Еще у 3 пациентов декомпрессионная терапия проводилась непоследовательно и в недостаточном объеме, в связи с чем их не анализировали по данным параметрам.

Как описано в предшествующих работах (В.П. Петров (1983) [5] и В.З. Тотиков (1993) [8]), на фоне декомпрессионной терапии наблюдали три варианта исхода острой непроходимости у больных раком прямой кишки. Первый вариант, когда явления кишечной непроходимости разрешаются, второй, когда заболевание принимает волнообразное течение, и третий, когда явления непроходимости нарастают. Во второй группе в связи с использованием разработанного в клинике лечебно-диагностического алгоритма у больных с первым вариантом клинического течения длительность наблюдения (то есть предоперационного периода) составила 5–10 суток, при втором варианте – 12–24 часа и при третьем варианте – 6–12 часов. В первой группе не было четкой тактики, длительность проведения декомпрессионной терапии колебалась от 5–6 часов до 4 суток.

Всем больным для уточнения размеров ракового канала произведены ректороманоскопия или колоноскопия, ирригоскопия, интраоперационное описание опухоли, макроскопическое исследование опухоли и ракового канала.

Результаты исследования и их обсуждение. С помощью данных ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, интраоперационного и макро-морфологического описания опухоли у 162 больных были определены размеры опухолевого канала (табл. 1).

Таблица 1

Диаметр и протяженность стриктуры при раке прямой кишки, осложненном непроходимостью

Протяженность	Диаметр, мм				
	до 5	6–10	11–15	16–17	Всего больных
	Количество больных (n)				
25–50 мм	16	2	–	–	18
60–100 мм	28	31	22	4	85
110–150 мм	22	18	17	2	59
Итого	66	51	39	6	162

Диаметр ракового канала у больных колебался от 3 до 17 мм. Полной obturации не выявлено ни у одного больного. У 6 (3,7 %) пациентов опухоль суживала просвет кишки от 17 до 15 мм, у 39 (24,1 %) человек – от 15 до 11 мм, у 51 (31,5 %) пациента – от 10 до 6 мм, и у 66 (40,7 %) больных диаметр стриктуры был менее 6 мм.

Из 162 больных у 18 (11,1 %) пациентов протяженность опухолевого канала составляла от 25 до 50 мм, у 85 (52,5 %) человек – от 60 до 100 мм и у остальных 59 (36,4 %) пациентов – от 110 до 150 мм.

Таким образом, у большей части больных диаметр ракового канала достигал 3–5 мм. Хотя явления острой непроходимости имели место и у больных с раковой стриктурой до 17 мм. Протяженность ракового канала была от 25 до 150 мм, но у большей части она составляла 60–100 мм.

Исходы декомпрессионной терапии оценивались по изменению клинических проявлений и рентгенологической картины. Декомпрессионная терапия включала в себя паранефральные блокады, перидуральный блок, спазмолитики, стимуляцию кишечника, вазелиновое масло, очистительные или сифонные клизмы.

Как видно из таблицы 2, полностью клинические и рентгенологические проявления кишечной непроходимости в течение 6–24 часов были ликвидированы у 54 (36,5 %) больных. На контрольных рентгенограммах, произведенных через 6–7 часов от начала декомпрессионной терапии, у всех больных площадь газа над уровнями жидкости уменьшилась более чем на 30 %. Больные отмечали обильное отхождение газов и каловых масс с примесью вазелинового масла, уменьшение вздутия живота, улучшение общего состояния. Такое течение отмечено у всех больных с диаметром стриктуры более 11 мм и всех пациентов со стриктурой ракового канала 6–10 мм и протяженностью 25–50 мм. При стриктуре от 3 до 5 мм и протяженностью ракового канала 25–50 мм разрешить непроходимость удалось у 8 больных из 14. А при сужении просвета кишки до 6–10 мм и протяженностью ракового канала 60–100 мм у 4 из 29 больных.

Варианты исхода декомпрессионной терапии у больных раком прямой кишки, осложненным непроходимостью в зависимости от диаметра и протяженности ракового канала

Протяженность	Диаметр, мм				
	3–5	6–10	11–15	16–17	Всего больных
	Количество больных (n)				
25–50 мм	n = 14 8 (57,0 %)¹ 4 (28,6 %)² 2 (14,4 %)³	n = 2 2 (100 %)¹	–	–	16
60–100 мм	n = 26 0¹ 7 (27 %)² 19 (73 %)³	n = 29 4 (13,8 %)¹ 18 (62,1 %)² 7 (24,1 %)³	n = 20 20 (100 %)¹	n = 3 3 (100 %)¹	78
110–150 мм	n = 21 0¹ 3 (14,3 %)² 18 (85,7 %)³	n = 16 0¹ 9 (56,3 %)² 7 (43,7 %)³	n = 15 15 (100 %)¹	n = 2 2 (100 %)¹	54
Итого	61	47	35	5	148

Примечание: 1 – первый вариант исхода непроходимости на фоне декомпрессионной терапии, 2 – второй вариант исхода непроходимости на фоне декомпрессионной терапии, 3 – третий вариант исхода непроходимости на фоне декомпрессионной терапии.

У 41 (27,7%) больного, несмотря на отхождение каловых масс и газов, полностью ликвидировать явления непроходимости не удалось. Заболевание приняло волнообразное течение. На контрольных рентгенограммах, произведенных через 6–7 часов с момента начала декомпрессионной терапии, площадь газа над уровнями жидкости уменьшилась менее чем на 30 %. Повторные рентгенограммы (только в первой группе), произведенные многократно в течение 12–96 часов отмечали то уменьшение, то увеличение секвестрированной жидкости и газа в кишечнике. Такое волнообразное течение наблюдалось у 4 из 14 больных со стриктурой 3–5 мм, протяженностью ракового канала 25–50 мм, при таком же диаметре и протяженности 60–100 мм и 110–150 мм у 7 из 25 и у 3 из 21 больного, соответственно. При сужении ракового канала до 6–10 мм и протяженности 60–100 мм вышеописанное течение отмечено у 18 из 29 больных и у 9 из 16 больных при стриктуре 6–10 мм и протяженности 110–150 мм. Из 26 больных вторым вариантом исхода декомпрессионной терапии и диаметром стриктуры прямой кишки 6–10 мм при изучении макропрепарата у 9 пациентов в просвете ракового канала обнаружены фруктовые шкурки или семечки, инородные тела, у остальных плотные каловые массы.

У 53 (35,8 %) больных клинические и рентгенологические признаки острого нарушения проходимости прямой кишки нарастали: при сужении просвета кишки до 3–5 мм и протяженности ракового канала до 25–50 мм у 2 из 14 пациентов; при сужении ракового канала до 3–5 мм и протяженности до 60–100 мм у 19 из 26 больных; при сужении ракового канала до 6–10 мм и протяженности 60–100 мм у 7 из 29 больных. Прогрессировала непроходимость и в подавляющем большинстве случаев (у 18 из 21 больного) при сужении ракового канала до 3–5 мм и протяженности 110–150 мм. И несколько в меньшей степени у 7 больных из 16 со стриктурой 6–10 мм и протяженностью ракового канала 110–150 мм.

На развитие непроходимости влияли не только размеры ракового канала, но и наличие в просвете кишечника плотных каловых комков, фруктовых шкурок и косточек.

Заключение. Результаты исследования показали, что острая непроходимость при раке прямой кишки может развиваться уже при стриктуре менее 17 мм и протяженности ракового канала более чем 50 мм. В зависимости от роста опухоли, то есть уменьшения диаметра стриктуры и увеличения протяженности опухолевого канала, увеличивается вероятность развития непроходимости и уменьшается возможность воздействия на нее декомпрессионной терапии. На динамику развития и течение непроходимости заметную роль оказывает и консистенция каловых масс.

При диаметре ракового канала более 10 мм и любой протяженности на фоне полноценной декомпрессионной терапии практически сохраняется 100-процентная вероятность полного, но временного разрешения непроходимости.

Вероятность полного, но временного разрешения непроходимости сохраняется и у большинства больных с сужением ракового канала менее чем 5 мм и с протяженности его не более 50 мм. При большей протяженности ракового канала возможность разрешения непроходимости остается у 13,8 % больных, диаметр ракового канала которых составляет 6–10 мм, а протяженность 50–100 мм. У остальных больных непроходимость принимает персистирующий или нарастающий характер.

Таким образом, консервативные методы декомпрессионной терапии у 36,5 % больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью, завершаются временным, но полным разрешением непроходимости. У 27,7 % пациентов заболевание принимает волнообразное течение, у 35,8 % декомпрессионная терапия способствует только замедлению прогрессирования непроходимости.

Список литературы

1. Антипова, С. В. Алгоритм и методы хирургического лечения осложненных форм колоректального рака / С. В. Антипова, Е. В. Калинин, В. В. Шляхтин // Онкология. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 293–297.
2. Головизнин, А. А. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости толстой кишки / А. А. Головизнин, Н. А. Никитин, И. Н. Пересторонин // Актуальные проблемы современной хирургии : тез. докл. Международного хирургического конгресса (г. Москва, 22–23 февраля 2003 г.). – М., 2003. – С. 135.
3. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость : рук-во для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. – СПб. : Питер, 1999. – 448 с.
4. Наврузов, С. Н. Тактика при кишечной непроходимости опухолевого генеза / С. Н. Наврузов, А. М. Хакимов, С. Б. Абдужаппаров // Материалы I съезда колопроктологов СНГ (г. Ташкент, 22–23 октября 2009 г.). – Ташкент, 2009. – С. 371–372.
5. Петров, В. П. Дискуссия : обтурационная опухолевая непроходимость толстого кишечника / В. П. Петров // Хирургия. – 1987. – № 12. – С. 143–144.
6. Пугаев, А. В. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М. : Профиль, 2005. – 223 с.
7. Тарасенко, С. В. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки / С. В. Тарасенко, О. Д. Песков, О. В. Зайцев // Актуальные проблемы современной хирургии : тез. докл. Международного хирургического конгресса (г. Москва, 22–23 февраля 2003 г.). – М., 2003. – С. 113.
8. Тотиков, В. З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки : дис. ... д-ра мед. наук / В. З. Тотиков. – М., 1993. – 235 с.
9. Тотиков, В. З. Рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью / В. З. Тотиков, З. В. Тотиков. – Владикавказ : Изд-во ГБОУ ВПО СОГМА, 2011. – 150 с.

Тотиков Заурбек Валерьевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии с онкологией, ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Республика Северная Осетия – Алания, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40, тел.: (8672) 74-04-35, e-mail: z-totikov@mail.ru.

Тотиков Валерий Зелимханович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с онкологией, ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, Республика Северная Осетия – Алания, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40, тел.: (8672) 74-04-35, e-mail: vz-totikov@mail.ru.

Мальсагов Руслан Юсупович, заведующий хирургическим отделением ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница», Россия, Республика Ингушетия, г. Назрань, 386101, ул. Муталиева, д. 11, тел.: (8732) 22-16-46, e-mail: malt-ru@yandex.ru.

УДК 611.664 - 611.42

© З.С. Туаева, О.Н. Тотоева, К.Ю. Караева, З.Н. Тотоева, 2013

З.С. Туаева, О.Н. Тотоева, К.Ю. Караева, З.Н. Тотоева

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА МИОМЕТРИЯ В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ДЕТСКИХ, ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ПЕРИОДАХ ОНТОГЕНЕЗА

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Владикавказ