

оксидантной системы вызывает оксидативный стресс с повреждением кардиомиоцитов.

Результаты собственных исследований и имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о значительном увеличении CD95 + (FaS) при атеросклерозе [9].

Известно, что зрелые Т- и В-лимфоциты в неактивном состоянии лишены мембранного рецептора FaS и экспрессируют протоонкогены Bcl-2 и Bcl-x, что определяет их устойчивость к индукторам апоптоза. Установлено, что помимо антиапоптотической функции Bcl-2 также обладает противовоспалительными свойствами, значительно снижая опосредованную TNF- α гиперэкспрессию Е-селектина и почти полностью блокируя экспрессию VCAM-I на эндотелии [11]. Увеличение экспрессии CD95 + (FaS) на лимфоцитах при их активации сопровождается повы-

шением чувствительности клеток к лиганду FaS α , присоединение которого определяет запуск программы гибели клеток [7]. Полученные нами данные повышения CD95+ Т-лимфоцитов и нарастания активационного коэффициента с развитием острой ишемии при НС можно расценивать как признак повышенной готовности лимфоцитов к апоптозу, а с развитием ОИМ – как активацию программной гибели клеток.

Таким образом, при ОКС отмечается усиление клеточного апоптоза в результате иммунных нарушений, что приводит к активации цитокиновой системы с повышением медиаторов острого воспалительного ответа (IL-1 β), спонтанного апоптоза по экспрессии CD95+ (FaS)-Т-лимфоцитов, направленных на увеличение тромбогенного потенциала эндотелиоцитов, подвергшихся апоптозу.

Сведения об авторах статьи:

Хусанова Леонора Нурфаизовна – доцент, к.м.н., зав. отделением терапии клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Смакаева Элина Равилевна – аспирант кафедры терапии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Садикова Регина Ильгизовна – аспирант института биохимии и генетики УНЦ РАН. Адрес: г. Уфа, Пр. Октября, 71.

Мингазетдинова Лира Набиевна – профессор кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазов, В.А. Эндотелиальная дисфункция у больных с дебютом ишемической болезни сердца в разном возрасте / В.А. Алмазов, О.А. Беркович, М.Ю. Симникова [и др.] // Кардиология. – 2001. – № 5. – С. 24-29.
2. Васина, Л. В. Клеточные и гуморальные маркеры апоптоза при остром коронарном синдроме в сочетании с гипертонической болезнью // Артериальная гипертензия. – 2008. – №14 (4). – С. 332-335.
3. Ковалев, И.А. Дисфункция эндотелия у лиц с отягощенной по атеросклерозу сердечной недостаточностью / И.А. Ковалев, Г.И. Марцинкевич, Т.Е. Сулова [и др.] // Кардиология. – 2004. – №1. – С. 39-42.
4. Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической системы в России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиология. – 2007. – №1. – С. 4-7.
5. Пальцев, М.А. Межклеточные взаимодействия / М.А. Пальцев, А.А. Иванов, С.Е. Северин – М.: Медицина, 2003. – С. 1586-1591.
6. Петрищев, Н.Н. Содержание растворимых маркеров апоптоза и циркулирующих аннексин V-связанных апоптотических клеток в крови больных острым коронарным синдромом / Н.Н. Петрищев, Л.В.Васина, А.В.Луговая // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – №11 (1). – С. 14-23.
7. Bcl-2 and Bax regulate the channel activity of the mitochondrial adenine nucleotide translocator / C. Brenner [et al.] // Oncogene. – 2000. – № 19. – P. 329-336.
8. Beta-cell deficit and increased beta-cell apoptosis in humans with type 2 diabetes / A. E. Butler [et al.] // Diabetes. – 2003. – No. 52. – P. 102-110.
9. Hansson G. K. Immune mechanisms in atherosclerosis / G.K. Hansson // Arterioscler. Tromb. Vase. Biol. – 2001. – No. 21 (12). – P. 76-90.
10. Selective suppression of endothelial cell apoptosis by the high molecular weight of adiponectin / H. Kobayashi [et al.] // Clin. Res. – 2004. – No. 94. – P. 27-31.
11. Bombeli, T. Apoptotic vascular endothelial cells become procoagulant / T. Bombeli, A. Karsan, J. M. Harlan // Blood. 1997. No. 89. 2429-2442.

УДК 616.351-006.6; 616.34-007.272

© З.В. Тотилов, В.З. Тотилов, Р.Ю. Мальсагов, И.М. Талапова, 2013

З.В. Тотилов¹, В.З. Тотилов¹, Р.Ю. Мальсагов², И.М. Талапова³ К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

¹ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Владикавказ

²Ингушская республиканская клиническая больница, г. Назрань

³ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет
имени Х.М. Бербекова», г. Нальчик

В статье представлен анализ результатов наблюдения 169 больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью. У 148 больных отслежены исходы декомпрессионной терапии и изучено влияние размеров ракового канала на динамику течения непроходимости на фоне декомпрессионной терапии. 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. Результаты исследования позволили разработать клинико-рентгенологическую классификацию и дать четкие рекомендации по определению объема и длительности предоперационной подготовки.

Ключевые слова: толстокишечная непроходимость, классификация, рак прямой кишки.

Z.V. Totikov, V.Z. Totikov, R.Yu. Malsagov, I.M. Talapova

THE CLASSIFICATION OF LARGE BOWEL OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

The article presents the analysis of the results of monitoring 169 patients with colorectal cancer complicated with acute obstruction. In 148 patients the outcomes of decompression therapy have been studied, and the effect of the cancer canal size on the dynamics of obstruction against decompression therapy has been investigated. Decompression therapy showed three outcomes of acute obstruction in patients with rectal cancer. The first option, when the manifestations of intestinal obstruction are eliminated, the second when the disease takes an undulating course and the third, when the manifestations of obstruction increase. The results of the study led to the development of clinical and radiological classification and provide clear guidelines for determining the amount and duration of preoperative preparation.

Key words: large bowel obstruction, classification, rectal cancer.

Лечение больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, до настоящего времени остается одним из сложных вопросов неотложной хирургии и онкологии [3,4,5,6,7]. Несмотря на активное внедрение современных высокоэффективных методов диагностики и лечения, летальность при данной патологии в подавляющем большинстве клиник, занимающихся неотложной хирургией и онкологией, достигает 15-30% [1,3,7]. Крайне низкими остаются показатели 5-летней выживаемости больных [2,4,8].

Одной из причин такого положения, на наш взгляд, является отсутствие рациональной клинической классификации острой обтурационной непроходимости, на основе которой была бы предложена четкая предоперационная тактика, позволяющая индивидуализированно, по возможности в максимально полном объеме провести подготовку к оперативному вмешательству, уточнить диагноз и сформировать наиболее опытную бригаду. То есть создать оптимальные условия как для ликвидации непроходимости, так и для лечения основного заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения острого нарушения проходимости толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии, определить прогностические критерии исхода этой терапии и на основании этого дать четкие рекомендации по определению длительности проведения предоперационной подготовки.

Материал и методы

Исследование основано на наблюдении 169 больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью, в экстренном порядке госпитализированных в клиническую больницу скорой помощи г. Владикавказа. Из них у 21 пациента при поступлении наряду с острой толстокишечной непроходимостью

выявлены клинические признаки перитонита. В связи с этим они оперированы после короткой предоперационной подготовки. Из остальных 148 больных у 38 длительность проведения декомпрессионной терапии колебалась от 3 часов до 4 суток.

Всем больным наряду с изучением особенностей клинического течения на фоне декомпрессионной терапии для определения прогностических критериев были выполнены лабораторные исследования, произведены ректороманоскопия или колоноскопия, ирригоскопия, интраоперационное описание опухоли, макроскопическое исследование опухоли и ракового канала.

Результаты

Исходы декомпрессионной терапии нами 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. На фоне декомпрессионной терапии мы 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.

Как видно из табл. 1, полностью клинические и рентгенологические проявления кишечной непроходимости в течение 6-24 часов были ликвидированы у 54 (36,5 %) больных. Нами также отмечено, что уже 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 у всех больных со стриктурой ракового канала 6-10 мм и протяженно-

стью 25-50мм. При стриктуре от 3 до 5 мм и протяженностью ракового канала 25-50мм разрешить непроходимость удалось у 8 из 14 больных. А при сужении просвета кишки до 6-10 мм и протяженностью ракового канала 60-100мм у 4 из 29 больных.

Таблица 1

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

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

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, произведенные в течение 20-24 часов, а у небольшой части и в течение 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 и 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. При изучении макропрепарата из 26 больных со вторым вариантом исхода декомпрессионной терапии и диаметром стриктуры прямой кишки 6-10 мм 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. В подавляющем большинстве случаев (у 18 из 21 больного) непроходимость прогрессировала 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 6-10мм и протяженностью ракового канала 110-150мм.

Для определения оптимальных сроков предоперационной подготовки у больных с различными вариантами исхода декомпрессионной терапии нами были ретроспективно изучены результаты лечения у 41 больного и в процессе исследования у 110 больных.

При ретроспективном исследовании выявлено, что у 6 пациентов с первым вариантом развития нарушения проходимости за время проведения предоперационной подготовки в течение 7-10 дней удалось максимально провести коррекцию гомеостаза и сопутствующих заболеваний.

У больных со вторым вариантом предоперационная подготовка максимально эффективной оказалась в том случае, когда она ограничивалась 24 часами. Более длительная подготовка ухудшала общее состояние.

При третьем варианте нарушения проходимости наилучшие результаты предоперационной подготовки получены тогда, когда она проводилась в течение 12 часов. За это время при интенсивной инфузионно-

трансфузионной терапии и коррекции сердечно-сосудистых изменений отмечалась положительная динамика. Более длительная терапия ухудшала состояние больного – у 2 больных развились признаки перитонита.

Результаты ретроспективного анализа позволили нам определить для основной группы достаточно четкие временные параметры для проведения предоперационной подготовки у больных с различными вариантами течения нарушения проходимости на фоне декомпрессионной терапии. В результате при соблюдении сроков предоперационной подготовки и оптимизации коррекции имеющихся нарушений за это время ни у одного больного нами не отмечено ухудшения водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений, а также общего состояния больного.

Заключение. Таким образом, проведенный мультифакторный анализ позволяет выделить в развитии острого нарушения проходимости при раке прямой кишки 4 стадии: первая – когда на фоне декомпрессионной терапии еще возможно полное, но временное обратное развитие процесса; вторая – когда на фоне декомпрессионной терапии течение заболевания принимает волнообразный характер; третья – когда процесс прогрессирует; четвертая – когда на фоне непроходимости имеются признаки перитонита.

При обзорной рентгенографии брюшной полости объективным прогностическим

критерием для первой стадии является уменьшение объема газа над уровнем жидкости на 30% и более. Косвенными прогностическими признаками для первой стадии являются: диаметр ракового канала более 10мм, обильное отхождение каловых масс и газов, уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния.

Для второй стадии объективным критерием является уменьшение объема жидкости и газа на 30% и менее. Косвенными признаками являются: диаметр ракового канала 6-10мм, умеренное отхождение каловых масс и газов, умеренное уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния.

Для третьей стадии объективным критерием является нарастание объема газа над уровнями жидкости. Косвенные признаки: диаметр ракового канала менее 5 мм, кишечное содержимое отходит в незначительном количестве, вздутие живота и болевой синдром сохраняются, общее состояние ухудшается.

Для четвертой стадии характерно наличие симптомов перитонита наряду с явлениями острой кишечной непроходимости.

Оптимальный срок проведения предоперационной терапии при первой стадии 7-10 дней, при второй – до 24 часов, при третьей – до 12 часов, при четвертой – 2-3 часа.

Сведения об авторах статьи:

Тотиков Заурбек Валерьевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России. Адрес: 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40. Тел. 8 (8672) 740435. E-mail: z-totikov@mail.ru.

Тотиков Валерий Зелимханович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России. Адрес: 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40. Тел. 8 (8672) 740435. E-mail: vz-totikov@mail.ru.

Мальсагов Руслан Юсупович – зав. хирургическим отделением Ингушской РКБ. Адрес: 386101, г. Назрань, ул. Муталиева, 11. E-mail: malt-ru@yandex.ru.

Талапова Индира Мамбетовна – аспирант кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО КБГУ. Адрес: 360004, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Е.Е. Ачкасов [и др.] // Колопроктология. – 2009. – №3 (29). – С.17-23.
2. Лечение осложненного рака ободочной кишки в неотложной хирургии / А.И. Баранов [и др.] // Колопроктология. – 2011. – №3 (37). – Приложение. – С.62-63.
3. Важенин, А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В. Важенин, Д.А. Маханьков, С.Ю. Сидельников // Хирургия. – 2007. – №4. – С. 49-53.
4. Пахомова, Г.В. Неотложная хирургия ободочной кишки / Г.В. Пахомова, Т.Г. Подловченко, Н.С. Утешев. – М.: Миклош, 2009. – 95 с.
5. Тимербулатов, В.М. Диагностика и хирургическое лечение острой толстокишечной непроходимости, осложненной интраабдоминальной гипертензией / В.М. Тимербулатов [и др.] // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №2. – С.4-12.
6. Тотиков, В.З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 235 с.
7. Тотиков, В.З. Рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью / В.З. Тотиков, З.В. Тотиков // Владикавказ: Изд-во ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, 2011. – 150 с.
8. Stoianov Kh. The factors determining survivorship in patients with colorectal carcinoma complicated by obstructive ileus of the large intestine / Kh. Stoianov, D. Vulchev, A. Karashmalukov // – Khirurgiia-Sofia. – 1996. – 49(2). – P. 17-20.