

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ НА ФОНЕ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ

[З. В. Тотиков, В. З. Тотиков](#)

*ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава
России (г. Владикавказ)*

В статье представлены результаты наблюдения 395-ти больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью, которым после установления диагноза проводилась консервативная декомпрессионная терапия. На фоне декомпрессионной терапии наблюдалось три варианта исхода острой непроходимости. Первый вариант, когда явления кишечной непроходимости разрешаются, второй, когда заболевание принимает волнообразное течение, и третий, когда явления непроходимости нарастают. У этих больных изучена динамика основных клинических и лабораторных показателей как при поступлении, так и во время проведения декомпрессионной терапии.

Ключевые слова: толстокишечная непроходимость, рак толстой кишки, декомпрессионная терапия.

Тотиков Заурбек Валерьевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 2 ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», г. Владикавказ, рабочий телефон: 8 (8672) 74-04-35, e-mail: z-totikov@mail.ru

Тотиков Валерий Зелимханович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», г. Владикавказ, рабочий телефон: 8 (8672) 74-04-35, e-mail: vz-totikov@mail.ru

Введение. Лечение больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, до настоящего времени остается одним из сложных вопросов неотложной хирургии

и онкологии [1-3, 6-10]. Несмотря на активное внедрение современных высокоэффективных методов диагностики и лечения, летальность при данной патологии в подавляющем большинстве клиник остается высокой [4-8, 10].

Одной из причин такого положения является отсутствие рациональной предоперационной тактики, позволяющей индивидуализировано, по возможности в максимально полном объеме, провести подготовку к оперативному вмешательству, тем самым создать оптимальные условия как для ликвидации непроходимости, так и для лечения основного заболевания [4-9]. Остаются недостаточно изученными особенности течения острого нарушения проходимости толстой кишки на фоне проводимой декомпрессионной терапии, что не всегда позволяет дать четкие рекомендации по определению длительности проведения предоперационной подготовки [6, 9].

Цель исследования: изучить динамику основных клинических и лабораторных показателей у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, на фоне консервативной декомпрессионной терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 395 больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью и без признаков перитонита, госпитализированных в экстренном порядке.

В клинике использовался следующий лечебно-диагностический алгоритм — всем поступающим больным без признаков перитонита после общеклинических методов обследования производится обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, колоноскопия (ректороманоскопия) или ирригоскопия. Затем после установления диагноза в течение 6 часов проводится декомпрессионная и корригирующая терапия. После чего выполняется вновь обзорная рентгенография брюшной полости и УЗИ.

Мы на фоне декомпрессионной терапии наблюдали 3 варианта исхода острой непроходимости у больных раком толстой кишки. Первый вариант, когда явления кишечной непроходимости разрешаются, 2-й, когда заболевание принимает волнообразное течение, и 3-й, когда явления непроходимости нарастают.

Результаты. Из 395-ти больных после использования консервативной декомпрессионной и корригирующей терапии полностью, но временно разрешить непроходимость удалось у 136-ти (34,4 %) больных (1-й вариант). У 160-ти (40,5 %) пациентов заболевание приняло волнообразное течение (2-й вариант), и у 99-ти (25,1 %) отмечено только замедление развития непроходимости (3-й вариант).

При 1-м варианте течения острой непроходимости, т. е. когда прогнозировалось временное, но полное разрешение непроходимости, больным в течение 24 часов декомпрессионная терапия продолжалась в полном объеме. Затем, на фоне коррекции метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, лечения сопутствующих заболеваний, дезинтоксикационной и при необходимости противовоспалительной терапии, безшлаковой диеты и нутритивной поддержки, продолжали назначать вазелиновое масло по 30 мл 5-6 раз в сутки, вплоть до оперативного вмешательства, которое, как правило, выполнялось в течение 7-ми — 10-ти дней. Проводимая терапия была эффективна у всех больных этой группы (табл. 1).

Таблица 1

Динамика основных клинических показателей у 136-ти больных с 1-м вариантом исхода декомпрессионной терапии

Показатель		При поступлении		Через 6 часов терапии		Через 12 часов		Через 24 часа	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Боль*		114	83,8	70	51,5	27	19,9	—	—
Тошнота*		89	65,4	9	6,6	—	—	—	—
Рвота*		67	49,3	2	1,5	—	—	—	—
Вздутие живота*		123	90,4	39	28,7	13	9,6	5	3,7
Сухость во рту*		61	44,9	8	5,9	—	—	—	—
Отхождение стула и газов*		22	16,2	136	100	136	100	136	100
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	21	15,4	59	43,4	94	69,1	118	86,8
	от 80 до 100 ударов в минуту*	106	77,9	77	56,6	42	30,9	18	13,2
	более 100 ударов в минуту*	9	6,6	—	—	—	—	—	—
Высокий тимпанит*		114	83,8	32	23,5	11	8,1	—	—
Перистальтика кишечника	ослабленная*	13	9,6	—	—	—	—	—	—
	усиленная	123	90,4	136	100	136	100	136	100

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверные отличия)

Уже через 6 часов после декомпрессионной и корригирующей терапии отмечено улучшение клинических показателей. Наряду с уменьшением вздутия живота у подавляющего большинства больных уменьшился болевой симптом, прекратилась тошнота и рвота, уменьшилась тахикардия и сухость во рту. У всех больных отмечено усиление перистальтической активности, отхождение газов и стула. К 24 часам практически у всех больных с 1-й стадией острого нарушения проходимости толстой кишки клинические показатели оказались в пределах нормы.

Достаточно четкая тенденция прослеживается при исследовании интоксикационного синдрома на фоне проводимой консервативной декомпрессионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии у больных с прогнозируемым разрешением непроходимости. При контрольных исследованиях лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и молекул средней массы (МСМ), произведенного через 24 часа, отмечено их снижение, однако у 4-х больных с местнораспространенным раком, осложнённым перифокальным воспалительным процессом, эти показатели оставались высокими (табл. 2).

Таблица 2

Динамика основных лабораторных показателей у больных с 1-м вариантом исхода декомпрессионной терапии

Показатель	При поступлении	На 2-е сутки	р
ЛИИ, расч.ед.	$3,32 \pm 0,32$	$2,61 \pm 0,15$	$< 0,05$
МСМ, усл.ед.	$0,28 \pm 0,012$	$0,20 \pm 0,014$	$< 0,02$
Общий белок, г/л	$74,25 \pm 2,41$	$75,42 \pm 2,68$	$> 0,1$
Альбумин, г/л	$36,94 \pm 1,14$	$32,28 \pm 2,13$	$< 0,05$

Мочевина, ммоль/л	7,58 ± 0,39	6,32 ± 0,47	< 0,05
Креатинин, мкмоль/л	94,48 ± 5,32	70,18 ± 5,52	< 0,02
Калий, ммоль/л	3,88 ± 0,23	4,62 ± 0,28	< 0,05
Натрий, ммоль/л	142,58 ± 1,17	146,34 ± 1,33	< 0,05
Гемоглобин, г/л	137,38 ± 1,86	128,43 ± 1,69	< 0,001
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,22 ± 0,35	4,25 ± 0,27	> 0,1
Моноциты, ×10 ⁹ /л	56,84 ± 4,75	58,47 ± 3,88	> 0,1

Примечание: $p < 0,05$ — достоверные отличия

Из 136-ти больных с 1-м вариантом течения острой непроходимости при поступлении у 116-ти (85,3 %) на рентгенограммах определялись уровни жидкости и газ, в том числе у 42-х тонко- и толстокишечные и у 74-х — толстокишечные. У остальных 20-ти (14,7 %) больных — пневматоз толстой кишки.

У 160-ти (40,5 %) больных со 2-м, персистирующим вариантом течения острого обтурационного нарушения проходимости, после установления диагноза или выполнялась попытка реканализации ракового канала эндоскопическими способами, или проводилась предоперационная подготовка. Предоперационная подготовка проводилась в зависимости от необходимости от 6–7 до 24 часов и была направлена на снижение интоксикации, коррекцию водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений и профилактику воспалительных осложнений.

На фоне проводимой декомпрессионной терапии и коррекции водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений практически у всех больных отмечено улучшение общего состояния (табл. 3).

Таблица 3

Динамика основных клинических показателей у 160-ти больных со 2-м вариантом исхода декомпрессионной терапии

Показатель		При поступлении		Через 6 часов терапии		Через 12 часов	
		n	%	n	%	n	%
Боль*		138	86,3	92	57,5	71	44,4
Тошнота*		111	69,4	51	31,9	43	26,9
Рвота*		82	51,3	24	15,0	19	11,9
Вздутие живота*		148	92,5	123	76,9	103	64,4
Сухость во рту*		78	48,8	44	27,5	31	19,4
Отхождение стула и газов*		22	13,6	160	100	160	100
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	25	15,6	55	34,4	59	36,9
	от 80 до 100 ударов в минуту*	122	76,3	103	64,4	101	63,1
	более 100 ударов в минуту*	13	8,1	2	1,2	—	—
Высокий тимпанит*		138	86,2	79	49,4	67	41,9

Перистальтика кишечника	ослабленная*	19	11,9	—	—	—	—
	усиленная	141	88,1	160	100	160	100

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверные отличия)

Стабилизировалось давление, снизилась тахикардия, уменьшилась интенсивность болевого симптома, а у 28,8 % больных он полностью прошел, исчезли тошнота и рвота. Отмечено отхождение стула и газов, нормализация или усиление перистальтической активности.

При исследовании уровня интоксикации, которое проведено у 59-ти больных, также отмечена некоторая тенденция к ее снижению в течение 24 часов. Наряду с клиническими проявлениями уменьшения сухости во рту, уречения пульса, снизились, хотя и незначительно, показатели ЛИИ и МСМ (табл. 4).

Таблица 4

Динамика основных лабораторных показателей у больных со 2-м вариантом исхода декомпрессионной терапии

Показатель	При поступлении	В течение 24 часов	p
ЛИИ, расч.ед.	$3,92 \pm 0,28$	$3,34 \pm 0,35$	$< 0,001$
МСМ, усл.ед.	$0,32 \pm 0,018$	$0,29 \pm 0,025$	$< 0,05$
Общий белок, г/л	$69,33 \pm 2,82$	$67,94 \pm 3,45$	$> 0,1$
Альбумин, г/л	$36,26 \pm 1,41$	$31,88 \pm 1,63$	$< 0,05$
Мочевина, ммоль/л	$7,62 \pm 0,38$	$7,12 \pm 0,52$	$< 0,05$
Креатинин, кмоль/л	$102,58 \pm 6,26$	$98,36 \pm 7,15$	$< 0,01$
Калий, ммоль/л	$3,84 \pm 0,18$	$4,24 \pm 0,13$	$< 0,05$
Натрий, ммоль/л	$141,26 \pm 1,04$	$137,18 \pm 1,21$	$< 0,02$
Гемоглобин, г/л	$136,35 \pm 1,42$	$141,85 \pm 1,72$	$< 0,02$
Эритроциты, $10^{12}/л$	$4,04 \pm 0,48$	$4,0 \pm 0,52$	$> 0,1$
Моноциты, $\times 10^9/л$	$42,18 \pm 3,94$	$40,52 \pm 4,16$	$> 0,1$

Примечание: $p < 0,05$ — достоверные отличия

У всех 160-ти больных с волнообразным течением непроходимости при контрольном рентгенологическом исследовании, выполненном через 5-6 часов, независимо от степени пневматизации кишечника отмечено уменьшение площади газа над уровнями жидкости меньше чем на 30 % от изначального.

У 99-ти (25,1 %) больных при прогнозируемом прогрессировании непроходимости (3-й вариант) после установления диагноза проводилась предоперационная подготовка в течение 12 часов, у части больных выполнялась попытка эндоскопической реканализации ракового канала. В течение этого времени больным проводилась коррекция водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений и дезинтоксикационная терапия.

На фоне проводимой декомпрессионной и коррегирующей терапии общее состояние у больных с подобным течением также улучшилось, однако в меньшей степени, чем у больных с другими вариантами течения непроходимости (табл. 5).

У всех 99-ти больных с прогнозируемым прогрессированием непроходимости на обзорных рентгенограммах, произведенных через 5–6 часов, во всех случаях, независимо от исходного уровня пневматизации, отмечена стабилизация или увеличение площади газа над уровнями жидкости.

Таблица 5

Динамика основных клинических показателей у 99-ти больных с 3-м вариантом исхода декомпрессионной терапии

Показатель		При поступлении		Через 6 часов	
		n	%	n	%
Боль*		81	88,04	63	68,5
Тошнота*		60	65,2	39	42,4
Рвота*		45	48,9	15	16,3
Вздутие живота*		87	94,6	81	88,04
Сухость во рту*		47	51,1	18	19,6
Отхождение стула и газов*		8	8,7	15	16,3
ЧСС	до 80 ударов в минуту*	13	14,1	21	22,8
	от 80 до 100 ударов в минуту*	71	77,2	68	73,9
	более 100 ударов в минуту*	8	8,7	3	3,3
Высокий тимпанит*		81	88,04	74	80,4
Перистальтика кишечника	ослабленная*	15	16,3	7	7,6
	усиленная	77	75,7	85	92,4

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверные отличия)

Из 32-х больных, которым вычислен ЛИИ при поступлении и через 12 часов, у 14-ти пациентов он снизился с $3,89 \pm 0,22$ до $3,64 \pm 0,29$ расчетных единиц ($p < 0,05$), у 13-ти оставался в пределах исходных данных — $3,72 \pm 0,26$ ($p < 0,05$) и у 5-ти повысился всего с $3,77 \pm 0,34$ до $3,82 \pm 0,21$ расчетных единиц ($p < 0,05$).

В то же время больные отмечали значительное улучшение самочувствия. При клиническом осмотре вздутие живота несколько уменьшилось, так же как и болевой синдром. Отмечено снижение частоты пульса практически у всех больных.

Заключение. На фоне декомпрессионной и корригирующей терапии у 34,4 % больных отмечается временное, но полное разрешение непроходимости, у 40,5 % отмечается персистирующее течение, и у 25,1 % непроходимость стабилизируется или нарастает. При этом у всех больных как с 1-м, так и со 2-м вариантами течения острой обтурационной непроходимости на фоне декомпрессионной терапии, а также у большинства пациентов с 3-м вариантом, в течение рекомендуемого предоперационного периода отмечается улучшение самочувствия, клинических показателей и снижение интоксикационного синдрома, что позволяет создать более благоприятные условия для выполнения оперативного лечения.

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. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость : руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. — СПб., 1999. — 448 с.
 3. Наврузов С. Н. Тактика при кишечной непроходимости опухолевого генеза / С. Н. Наврузов, А. М. Хакимов, С. Б. Абдужаппаров // I съезд колопроктологов СНГ. — Ташкент, 2009. — С. 371-372.
 4. Пугаев А. В. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. — М. : Профиль, 2005. — 223 с.
 5. Тарасенко С. В. Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки / С. В. Тарасенко, О. Д. Песков, О. В. Зайцев // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии» : тез. докл. — М., 2003. — С. 135.
 6. Тотиков В. З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. З. Тотиков. — М., 1993. — 34 с.
 7. Тотиков В. З. Наиболее частые интраоперационные факторы, влияющие на результаты лечения при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью / В. З. Тотиков, В. З. Тотиков // Анналы хирургии. — 2014. — № 2. — С. 33-37.
 8. Способ формирования двустольной петлевой колостомы при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / В. З. Тотиков [и др.] // Колопроктология. — 2013. — № 1 (43). — С. 39-43.
 9. К вопросу о классификации обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / В. З. Тотиков [и др.] // Мед. вестн. Башкортостана. — 2013. — Т. 8, № 3. — С. 81-84.
 10. Platt V. Malignant bowel obstruction: so much more than symptom control / V. Platt // Int. J. Palliat. Nurs. — 2001. — Vol. 7. — P. 547-554.

DYNAMICS OF MAIN CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS AT PATIENTS WITH COLON CANCER, COMPLICATED BY IMPASSABILITY AGAINST DECOMPRESSIVE THERAPY

[Z. V. Totikov, V. Z. Totikov](#)

SBEI HPE «North Ossetian State Medical Academy» of Ministry of Health (Vladikavkaz)

Results of supervision of 395 patients with colon cancer, complicated by an acute obstructive impassability are presented in article. After establishment of diagnosis the conservative decompressive therapy was carried out. Three options of an outcome of acute impassability were observed against decompressive therapy. There are three options: the first option when phenomena of intestinal impassability are resolved, the second — when the disease accepts a wavy progress, and the third — when the phenomena of impassability accrue. At these patients the dynamics of the main clinical and laboratory indicators is studied both at admission, and during decompressive therapy.

Keywords: colon impassability, colon cancer, decompressive therapy.

About authors:

Totikov Zaurbek Valeryevich — candidate of medical science, assistant professor of surgical illnesses chair N 2 at SBEI HPE «North Ossetian State Medical Academy» of Ministry of Health, office phone: 8 (8672) 74-04-35, e-mail: z-totikov@mail.ru

Totikov Valery Zelimkhanovich — doctor of medical science, professor, head of surgical illnesses chair N 2 at SBEI HPE «North Ossetian State Medical Academy» of Ministry of Health, office phone: 8 (8672) 74-04-35, e-mail: vz-totikov@mail.ru

List of the Literature:

1. Antipova S. V. Algorithm and methods of surgical treatment of complicated colorectal cancer forms / S. V. Antipova, E. V. Kalinin, V. V. Shlyakhtin // *Oncology*. — 2009. — Vol. 11, N 4. — P. 293-297.
2. Eryukhin I. A. Intestinal impassability : guidance for doctors / I. A. Eryukhin, V. P. Petrov, M. D. Khanevich. — SPb., 1999. — 448 p.
3. Navruzov S. N. Tactics at intestinal impassability of tumoral genesis / S. N. Navruzov, A. M. Khakimov, S. B. Abduzhapparov // I congress of coloproctologists of the CIS. — Tashkent, 2009. — P. 371-372.
4. Pugayev A. V. Obstructive tumoral colon impassability / A. V. Pugayev, E. E. Achkasov. — M. : Profile, 2005. — 223 p.
5. Tarasenko S. V. Surgical tactics at tumoral impassability of the left half of segmented intestine / S. V. Tarasenko, O. D. Peskov, O. V. Zaytsev // *International surgical congress*

- «Actual problems of modern surgery» : theses. — M., 2003. — P. 135.
6. Totikov V. Z. Surgical tactics at obstructive violation of passability of segmented intestine : theses. ... dr. of medical science / V. Z. Totikov. — M., 1993. — 34 p.
 7. Totikov Z. V. More frequent intraoperative factors influencing results of treatment at colon cancer complicated by impassability / Z. V. Totikov, V. Z. Totikov // Annals of surgery. — 2014. — N 2. — P. 33-37.
 8. Method of formation of double-barreled loopback colostoma at colon impassability of tumoral genesis / Z. V. Totikov [et al.] // Coloproctology. — 2013. — N 1 (43). — P. 39-43.
 9. Classification of obstructive colon impassability of tumoral genesis / Z. V. Totikov [et al.] // Medical bulletin of Bashkortostan. — 2013. — V. 8, N 3. — P. 81-84.
 10. Platt V. Malignant bowel obstruction : so much more than symptom control / V. Platt // Int. J. Palliat. Nurs. — 2001. — Vol. 7. — P. 547-554.