



УДК 616.34-008.14/.15-036.12-07-08

О.Ю. КАРПУХИН^{1,2}, А.Ф. ШАКУРОВ², Н.Ю. САВУШКИНА¹, Е.В. МОЖАНОВ^{1,2}, С.Н. КОЛОМЕНСКИЙ¹, А.А. ГИЛЬМУТДИНОВ¹, Е.В. ЧЕРЕНКОВ¹, Р.Р. ЗАРИПОВ¹, А.А. ЕЛЕЕВ²¹Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420068, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138²Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

К вопросу о диагностике и лечении хронического запора

Карпукхин Олег Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 1, тел. (843) 269-00-53, e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru^{1,2}**Шакуров Айдар Фаритович** — аспирант кафедры хирургических болезней № 1, тел. +7-904-660-11-39, e-mail: aydarsha@gmail.com²**Савушкина Наталья Юрьевна** — кандидат медицинских наук, врач отделения ультразвуковой диагностики, тел. (843) 237-34-86, e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru¹**Можанов Евгений Викторович** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 1, врач отделения колопроктологии, тел. (843) 269-00-53, e-mail: e.mozhanov@gmail.com^{1,2}**Коломенский Сергей Николаевич** — заведующий отделением колопроктологии, тел. (843) 269-00-53, e-mail: sergey-kolomenskiy@yandex.ru¹**Гильмутдинов Анас Абдрахманович** — врач отделения колопроктологии, тел. (843) 269-00-53, e-mail: anasgilm@mail.ru¹**Черенков Евгений Владимирович** — врач отделения колопроктологии, тел. (843) 269-00-53, e-mail: evgen.63@mail.ru¹**Зарипов Рустам Рашидович** — врач отделения колопроктологии, тел. (843) 269-00-53, e-mail: zrland@rambler.ru¹**Елеев Алим Анатольевич** — очный аспирант кафедры хирургических болезней № 1, тел. (843) 269-00-53, e-mail: alim1425@mail.ru²

Проведен анализ результатов лечения 540 больных с хроническим запором неопухолевого генеза. Представлен диагностический и лечебный алгоритм у пациентов с хроническим запором. Предлагаемый алгоритм диагностики позволяет установить имеющиеся аномалии строения и положения ободочной кишки, оценить ее функциональное состояние, провести дифференциальную диагностику с болезнью Хиршспрунга. Эффект от консервативной терапии имел место у 458 (84,8%) больных, при этом отмечено, что хронический колостаз на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки имеет доброкачественное течение. Оперированы 82 (15,2%) пациента с хроническим запором на фоне различных аномалий строения и фиксации толстой кишки в брюшной полости. Выбор вмешательства зависел от установленной в ходе комплексного обследования причины синдрома колостаза и функционального состояния кишки. Анализ отдаленных результатов на сроках от 9 месяцев до 15 лет показал, что хирургия колостаза при тщательном отборе пациентов и взвешенном подходе к выбору объема вмешательства демонстрирует хорошую эффективность.

Ключевые слова: хронический запор, диагностика, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

O.Yu. KARPUKHIN^{1,2}, A.F. SHAKUROV², N.Yu. SAVUSHKINA¹, E.V. MOZHANOV^{1,2}, S.N. KOLOMENSKIY¹, A.A. GILMUTDINOV¹, E.V. CHERENKOV¹, R.R. ZARIPOV¹, A.A. ELEYEV²¹Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420068²Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

On the diagnostics and treatment of chronic constipation

Karpukhin O.Yu. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Surgical Diseases № 1, tel. (843) 269-00-53, e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru^{1,2}**Shakurov A.F.** — postgraduate student of the Department of Surgical Diseases № 1, tel. +7-904-660-11-39, e-mail: aydarsha@gmail.com²**Savushkina N.Yu.** — Cand. Med. Sc., doctor of Ultrasonic Diagnostics Department, tel. (843) 237-34-86, e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru¹**Mozhanov E.V.** — D. Med. Sc., Assistant Lecturer of the Department of Surgical Diseases № 1, doctor of Coloproctology Department, tel. (843) 269-00-53, e-mail: e.mozhanov@gmail.com^{1,2}**Kolomenskiy S.N.** — Head of Coloproctology Department, tel. (843) 269-00-53, e-mail: sergey-kolomenskiy@yandex.ru¹**Gilmutdinov A.A.** — doctor of Coloproctology Department, tel. (843) 269-00-53, e-mail: anasgilm@mail.ru¹**Cherenkov E.V.** — doctor of Coloproctology Department, tel. (843) 269-00-53, e-mail: evgen.63@mail.ru¹**Zaripov R.R.** — doctor of Coloproctology Department, tel. (843) 269-00-53, e-mail: zrland@rambler.ru¹**Eleyev A.A.** — postgraduate student of the Department of Surgical Diseases № 1, tel. (843) 269-00-53, e-mail: alim1425@mail.ru²

The results of treatment of 540 patients with chronic constipation of nonneoplastic genesis are analysed. The diagnostic and treatment algorithm for patients with chronic constipation is presented. The proposed algorithm of diagnostics allows to establish anomalies in the structure and location of the colon, to assess its functional state, to carry out differential diagnostics with Hirschsprung's disease.

The effect of conservative therapy was observed in 458 (84,8%) patients, and it is noted that chronic constipation in patients with normal architectonics of colon has a benign clinical course. 82 (15,2%) patients with chronic constipation as a consequence of various anomalies of structure and fixation of colon in the abdominal cavity were operated. A choice of intervention depended on the causes of constipation syndrome established during complex examination and also were based on the functional conditions of the intestine. The analysis of the long-term results for the period from 9 months to 15 years shows that surgery of chronic constipation can be effective if patients are carefully selected and balanced approach is applied when choosing the surgical intervention volume.

Key words: *chronic constipation, diagnosis, surgical treatment, long-term results.*

Хронический запор (ХЗ) или колостаз, констипация, обстипация — распространенная гетерогенная патология, встречающаяся во всех группах населения, частота которой увеличивается с возрастом [1]. Не лишена здравого смысла тенденция последних лет — рассматривать запор в качестве самостоятельного заболевания, однако чаще всего он является симптомом других заболеваний или свидетельствует о нерациональном образе жизни. Считается, что хронический запор в отличие от сердечно-сосудистых заболеваний не несет в себе смертельной угрозы и с ним можно жить, проводя коррекцию консервативными методами на протяжении длительного времени. Однако при неэффективности консервативной терапии качество жизни пациентов резко снижается, запор начинает кардинально менять образ жизни пациента, кроме того, уже сам запор становится причиной развития разнообразных заболеваний [1, 2]. Лечение больных с декомпенсированными формами хронического колостаза на современном этапе остается до конца неразрешенной проблемой в связи с отсутствием единого к нему подхода. При этом хирургический метод становится все более востребованным, демонстрируя хорошие ближайшие и отдаленные результаты [2-4].

Цель исследования — анализ результатов лечения больных хроническим запором.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 540 больных с хроническим запором неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в период с 1999 по 2014 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ — клинической базе кафедры хирургических болезней №1 КГМУ. Мужчин было 131 (24,3%), женщин — 409 (75,7%). Средний возраст составил $48,8 \pm 0,8$ лет.

Диагностический этап включал: тщательно собранный анамнез с оценкой тяжести запора по опроснику Векснера [2], физикальный осмотр, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, эндоскопические (ректороманоскопия, колоноскопия) и рентгенологические методы исследования (ирригография, проктография в двух проекциях, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту), сфинктерометрию, гидроколоносонографию (ГКСГ). Кроме того, для исключения вторичного генеза запора по показаниям пациентов консультировали гастроэнтеролог, вертеброневролог, эндокринолог, психотерапевт. Обращали внимание на сопутствующую патологию, развитие которой могло инициироваться интоксикацией, обусловленной хроническим колостазом: выпадение волос, пиодермия, аллергия, астено-невротический синдром. В качестве объективной оценки интоксикации исследовали содержание эндотоксина в сыворотке крови с помощью гель-

тромб теста в модификации О.Д. Зинкевича с соавт. [5] с использованием реактивов Limulus Amebocyte Lysate («Cape Code», США).

Оперированы 82 (15,2%) пациента. Из операционных препаратов резецированной толстой кишки изготовлены парафиновые срезы с окраской гематоксилином Карацци и эозином с последующим гистологическим исследованием с морфометрией в 10 случайных полях зрения при помощи оптического микроскопа Carl Zeiss под увеличением $\times 10$ и $\times 20$.

Статистическую обработку результатов исследования выполняли в среде MS Excel 14,0, Statistica 10 с использованием методов описательной и непараметрической статистики (критерий Манна — Уитни), полученные различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований

У 267 (49,4%) из 540 пациентов установлен диагноз функционального запора (согласно Римским критериям III пересмотра, 2006) [1] на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки, а у 273 (50,6%) констипация развилась на фоне аномалий строения и фиксации толстой кишки в брюшной полости: при этом в 252 (92,3%) наблюдениях установлен коллагенный генез констипации, а в 21 (7,7%) — проктогенный (наданальная форма болезни Хиршпрунга). По степени компенсации моторно-эвакуаторной функции (согласно Хавкину А.И., 2000) [6] у 63 (11,7%) пациентов констипация декомпенсированный колостаз, у 279 (51,7%) — субкомпенсированный, 192 (35,5%) — компенсированный; у 6 (1,1%) пациентов жалобы на констипацию на момент госпитализации отсутствовали. Индекс Векснера у пациентов с декомпенсированным колостазом достигал максимальных значений, составив $18,1 \pm 1$ балла, при субкомпенсированном — $11,5 \pm 0,7$, при компенсированной — $9,3 \pm 1,9$; при этом различия между первой и двумя другими группами больных были статистически значимы ($p < 0,01$).

Объективным отражением тяжести запорного синдрома является уровень эндотоксинемии. Так, согласно нашим данным, сравнение степени эндотоксинемии у больных с субкомпенсированным и декомпенсированным колостазом выявило статистически значимую разницу показателей, соответственно $0,61 \pm 0,21$ и $5,58 \pm 1,9$ ЕУ/мл ($p < 0,05$).

Примечательно, что у всех пациентов с декомпенсированным колостазом диагностирован хронический гастродуоденит, у 86,7% — астено-невротический синдром, 40% пациентов отмечали ухудшение состояния кожи (усилившееся выпадение волос, сухость кожи, пиодермию), 20% — различные виды аллергических реакций. Кроме того, по данным лабораторных исследований, в группе пациентов с декомпенсированной формой ХЗ обнаружено до-

стоверное увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) — $185,3 \pm 18$ ус. ед. ($p < 0,05$). Среди пациентов с хроническим декомпенсированным колостазом 30,2% отмечали снижение трудоспособности в связи с данной патологией.

Основными методами диагностики нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и генеза констипации остаются лучевые методы: ирригография, исследование пассажа бария по ЖКТ, проктография в двух проекциях. Согласно нашим исследованиям, изолированное применение только ирригографии или пассажа бария в диагностике аномалий развития и положения толстой кишки может приводить к недостаточно полной диагностике. Так, ирригография не всегда выявляла все формы опущения толстой кишки, а исследование пассажа не всегда позволяло проследить весь ход кишечника у больных с замедленным транзитом кишечного содержимого. Поэтому при тяжелом колостазе мы проводим комплексное выполнение двух этих исследований с построением на шаблоне скелета итоговой схемы индивидуального строения и расположения толстой кишки с учетом всей совокупности данных, полученных указанными исследованиями («Способ диагностики аномалий строения, положения и подвижности толстой кишки», заявка на изобретение №2012154874, дата публикации 27.06.2013, бюллетень № 18). Так, согласно нашим данным, у 52 больных сочетание двух и более аномалий толстой кишки стало возможным установить только при комплексном исследовании по предложенной методике.

Для диагностики ХЗ нами применен метод ГКСГ — ультразвукового исследования толстой кишки с заполнением просвета органа физиологическим раствором натрия хлорида, выполняющим роль контрастного вещества. Он позволяет проследить ход ободочной кишки, установить наличие дополнительных петель и «узлов», перегибов с сужением просвета кишки, изменение строения стенки органа. Необходимо отметить, что сонография позволяет визуализировать изгибы и сегменты петель ободочной кишки, осмотр которых затруднен при рентгеноконтрастных исследованиях (например, при сигмоцеле). Нами определена ультразвуковая семиотика ХЗ на фоне аномалий развития и положения ободочной кишки: удлинение различных отделов кишки или всей кишки в целом, необычное расположение и патологическая подвижность некоторых ее отделов или всего органа, симптом депонирования жидкости, сглаживание гаустрации, отсутствие перистальтики и расширение просвета кишки. Установлена высокая эффективность ГКСГ в диагностике патологической подвижности различных отделов ободочной кишки (чувствительность — 94,1%, специфичность — 100%, общая точность — 96,3%).

Диагностика наданальной формы болезни Хиршпрунга (одного из вариантов проктогенного запора) основана на клинико-рентгенологических данных и результатах биопсии стенки прямой кишки по Swenson. По данным Федорова В.Д., Дульцева Ю.В. (1984), определение отрицательного ректоанального ингибиторного рефлекса (РАИР) при помощи аноректальной манометрии по точности диагностики БХ у взрослых может конкурировать с биопсией стенки прямой кишки по Swenson [7]. Нами разработан метод выявления РАИР — расслабления внутреннего анального сфинктера при растяжении ампулы прямой кишки с помощью сонографии («Способ диагностики ректоанального ингибиторного

рефлекса», заявка на изобретение № 2013131933, дата публикации 09.07.2013, бюллетень № 32). Он заключается в том, что после заполнения просвета толстой кишки физиологическим раствором натрия хлорида проводили трансперинеальную или трансвагинальную сонографию прямой кишки гинекологическим датчиком, при этом изучали ультразвуковое отображение перехода ампулы прямой кишки в анальный канал. При обнаружении на фоне расширенной ампулы прямой кишки спастического сокращения внутреннего анального сфинктера без визуализации просвета верхней части анального канала делали заключение об отсутствии РАИР. При этом чувствительность предложенного метода составила 96,9%, специфичность — 100%, точность — 97,3%. Согласно полученным данным, сонографическими признаками БХ также были: гиперэхогенность слизистой оболочки, гипертрофия мышечного слоя, утолщение стенки прямой кишки до $6 \pm 0,7$ мм ($p < 0,05$), увеличение ее просвета до 60 ± 5 мм ($p < 0,05$), что коррелировало с данными рентгенологического обследования и результатами патогистологического изучения резецированных препаратов кишки.

В 458 (84,8%) наблюдениях ХЗ отмечен хороший эффект от комплексной консервативной терапии, включающей диету, дезинтоксикационную инфузионную терапию, коррекцию метаболических нарушений, методы физической и медикаментозной стимуляции кишечника, слабительные препараты: осмотические, объемные, детергенты; пищеварительные ферменты, лечебные микроклизмы, лечебную физкультуру, массаж. Критерием результативности лечения были нормализация позыва на дефекацию, ее регулярность, исчезновение абдоминального болевого синдрома. На фоне проведения комплексной консервативной терапии индекс тяжести запора при субкомпенсированной его форме снизился до $3,9 \pm 0,3$ ($p < 0,01$), в то время как в группе больных с декомпенсированным колостазом статистически значимо не менялся — $16,9 \pm 1,4$ ($p > 0,05$).

Отсутствие эффекта от комплексной консервативной терапии в группе больных с декомпенсированным колостазом, заворот сигмовидной кишки при поступлении или в анамнезе, а также болезнь Хиршпрунга стали показаниями к хирургическому лечению у 82 (15,2%) больных. Мужчин было 35 (42,7%), женщин — 47 (57,3%). Средний возраст составил $41,5 \pm 2$ года. Аномалии строения и фиксации толстой кишки были представлены: долихоколон — 25 (30,6%), долихосигмой — 17 (20,7%), синдромом Пайра в сочетании с долихосигмой — 11 (13,4%), синдромом Пайра — 6 (7,3%), колоптозом — 2 (2,4%), болезнью Хиршпрунга — 21 (25,6%).

В 25 наблюдениях долихоколон выполнена обширная резекция ободочной кишки — тотальная колэктомия у 6 больных, субтотальная колэктомия у 17, а в двух случаях ограничилась правосторонней и левосторонней гемиколэктомией.

При изолированном синдроме Пайра либо сочетании его с долихосигмой преимущественно выполняли левостороннюю гемиколэктомия. В 1 случае тотального колоптоза на фоне аномальной фиксации кишки выполнена колопексия.

При долихосигме преобладающим видом операции явилась резекция сигмовидной кишки. В 2-х наблюдениях при хроническом запоре с выпадением прямой кишки выполнена резекция сигмовидной кишки в сочетании с заднепетлевой ректопексией сетчатым имплантантом.

В 3 (4,9%) случаях оперативное лечение кологенного запора разделено на два этапа: первый — резекция кишки с выведением стомы, второй — устранение стомы с восстановлением протяженности кишечной трубки. К данной тактике прибегали при неразрешившейся в ходе подготовки к операции непроходимости кишки, а также с целью определения функционального состояния толстой кишки при длительном декомпенсированном колостазе для выбора в дальнейшем оптимального объема резекции.

При БХ выполняли двухэтапное оперативное вмешательство — операцию Дюамеля в модификации ГНЦ колопроктологии.

В 7 (8,5%) наблюдениях операции при кологенном запоре выполнены лапароскопическим доступом.

Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены в 11 (13,4%) случаях, из которых 9 (острая спаечная тонкокишечная непроходимость — 5, внутрибрюшное кровотечение — 1, перекрут тонкой кишки — 1, по 1 наблюдению несостоятельности культи прямой кишки и некроза сегмента низведенной кишки после операции Дюамеля) потребовали выполнения релапаротомии. В 1 наблюдении образовался абсцесс брюшной полости, успешно дренированный пункционным методом под ультразвуковым наведением. Послеоперационная летальность при хроническом декомпенсированном колостазе составила 1,2%. Летальный исход наступил после субтотальной колэктомии, осложнившейся ранней спаечной кишечной непроходимостью, острыми язвами тонкой кишки и разлитым гнойно-фибринозным перитонитом.

В послеоперационном периоде на фоне нормализации моторно-эвакуаторной функции толстой кишки наблюдали одновременное снижение как индекса Векснера до $3,9 \pm 0,6$ ($p < 0,01$), так и уровня эндотоксинемии до $0,35 \pm 0,14$ ЕУ/мл ($p < 0,01$).

Отдаленные результаты изучены у 45 (54,9%) оперированных пациентов на сроках от 9 месяцев до 15 лет. Результаты оперативного лечения расценены нами как хорошие при восстановлении у пациентов регулярного самостоятельного стула, хорошем общем самочувствии и полном восстановлении трудоспособности у 32 (71,1%) больных. В случае явного улучшения моторно-эвакуаторной функции кишечника, но с периодически возникающей необходимостью применения слабительных средств при нарушении диеты, снижении физической активности результаты оценивались как удовлетворительные у 13 (28,9%) пациентов.

Обсуждение

Хронический колостаз по праву относят к важнейшим медико-социальным проблемам современности. Многообразие этиологических факторов обуславливает сложность диагностики, а многообразие способов лечения — важность точного и своевременного определения причины синдрома запора. Кроме того, на сегодняшний день нет единого подхода к лечению ХЗ, притом ни один из множества предложенных методов консервативной и хирургической его коррекции не гарантирует стопроцентную эффективность [1-4].

Учитывая многообразие жалоб пациентов при обстипации и субъективный их характер, диагностику начинаем с анкетирования больных по опроснику Векснера, что позволяет объективизировать жалобы пациента, оценить степень тяжести моторно-эвакуаторных нарушений, а в последующем провести динамический контроль эффективности консервативного лечения либо операции. После выяснения жалоб и внешнего осмотра пациента ХЗ необходимо исключить органические причины его развития. Так, при

наличии «симптомов тревоги» считаем целесообразным проведение ирригоскопии, а к колоноскопии прибегаем лишь при обнаружении рентгенологических признаков опухоли или завороте сигмовидной кишки с целью деторзии для подготовки пациента к отсроченному оперативному лечению. Основным методом первичной диагностики ХЗ считаем ирригографию с выполнением как минимум одного снимка при тугом наполнении в положении стоя, что позволяет выявить не только аномалии развития и положения ободочной кишки, анатомические размеры, но и патологическую подвижность различных ее отделов.

Для верификации ХЗ, оценки степени выраженности нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, а также установления уровня толстокишечной обструкции выполняем пассаж бария по желудочно-кишечному тракту. При подозрении на проктогенный генез ХЗ (болезнь Хиршспрунга) необходимо выполнение проктографии (с натуживанием) в прямой и боковой проекциях. Метод ГКСГ используем с целью выявления анатомических аномалий и степени выраженности функциональных нарушений в различных отделах толстой кишки, а также для дифференциальной диагностики БХ. В связи с тем, что ни один из лучевых методов обследования при ХЗ, на наш взгляд, не носит самостоятельного и решающего значения, считаем, что выявление аномалий развития и положения толстой кишки, а также функциональных расстройств на их фоне должно основываться на обобщенной интерпретации результатов всего комплекса исследований.

При отсутствии «симптомов тревоги» параллельно с обследованием начинаем комплексную консервативную терапию ХЗ. При нормализации моторно-эвакуаторной функции кишки или заметном ее улучшении больной выписывается под амбулаторное наблюдение и лечение. Отмечено, что на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки у пациентов с диагнозом функционального запора консервативное лечение имело эффект различной степени выраженности в большинстве наблюдений.

У пациентов с заворотом сигмовидной кишки в анамнезе или с его клиникой на момент поступления, а также при диагностике болезни Хиршспрунга начинали подготовку к операции без проведения консервативной терапии, ограничиваясь лишь предоперационной подготовкой.

Мы являемся сторонниками хирургического лечения пациентов с декомпенсированными формами хронического кологенного запора, так как рассматриваем его в качестве серьезной гетерогенной патологии, в патогенезе которой важную роль играет прогрессирующая эндотоксинемия. Она обусловлена чрезмерным развитием условно-патогенных микроорганизмов в просвете толстой кишки и увеличением количества поступающего в системный кровоток эндотоксина — липополисахарида бактериальной стенки грамотрицательных бактерий. Предполагается, что гиперэндотоксинемия участвует в патогенезе таких заболеваний, как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, бронхиальная астма, хронический бронхит, аллергия, рак молочной железы, колоректальный рак, неинфекционный гепатит, астено-невротический синдром и нервно-психические расстройства [7]. В ходе исследования нами установлено, что у пациентов с ХЗ имеется значительное увеличение концентрации эндотоксина в крови, причем его максимальное значение наблюдали при декомпенсированной форме хронического колостаза. Выбор хирургической стратегии, на наш взгляд, обусловлен не только хронической интоксикацией, а также зависимостью от приема различных

лекарственных средств и их малой эффективностью, значительным снижением качества жизни, явной социальной дезадаптацией больных.

Морфологические изменения стенки толстой кишки при декомпенсированном колостазе, согласно нашим исследованиям, характеризуются процессами атрофии слизистой и мышечных оболочек, нарушением микроциркуляции в стенке кишки, а также развитием хронического воспаления в подслизистом и слизистом ее слоях и изменениями в строении межмышечного Ауэрбахова нервного сплетения. Это обуславливает неэффективность консервативной терапии декомпенсированных форм ХЗ, поэтому может служить дополнительным аргументом в пользу выбора хирургического метода лечения.

В большинстве случаев при тщательном отборе больных результаты хирургического лечения ХЗ весьма благоприятны, однако операцию нужно рассматривать как последний вариант лечения. На выбор оперативного вмешательства в первую очередь влияет установленный генез констипации: кологенный, проктогенный, смешанный. Это важно подчеркивать, потому что колэктомия с илеоректальной анастомозом неэффективна у больных с диссинергической дефекацией.

Согласно нашим данным, 30% больных с аномалиями строения и положения толстой кишки подвергнуты операции. На основании проведенных исследований выработаны следующие показания к операции при ХЗ: кологенный запор на фоне врожденных аномалий строения и фиксации ободочной кишки с отсутствием эффекта от многократных курсов комплексной консервативной терапии; прогрессирование нарушений моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки с частыми приступами толстокишечной непроходимости, симптомами хронической интоксикации и болевым синдромом; наличие в анамнезе эпизода заворота долихосигмы с продолжающимся болевым синдромом и запорами; сочетание долихосигмы и выпадения прямой кишки, болезнь Хиршспрунга.

При выборе объема операции следует исходить не из наличия той или иной аномалии, а из степени выраженности нарушения моторно-эвакуаторной функции кишки. При долихоколон отмечены наиболее выраженные нарушения моторной функции ободочной кишки, практически не поддающиеся медикаментозной коррекции, зачастую сопровождающиеся болевым синдромом, поэтому наиболее предпочтительным вмешательством считаем тотальную колэктомию.

При долихосигме с заворотами в анамнезе целью оперативного лечения является предупреждение повторного заворота, поэтому объем операции чаще состоит в резекции избыточно длинной сигмовидной кишки, но при сохранении запорного синдрома вне эпизодов заворота возможно расширение объема резекции. Так, при сочетании долихосигмы с синдромом Пайра считаем необходимым выполнение левосторонней гемиколэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самсонов А.А. Синдром хронического запора / А.А. Самсонов // РМЖ. — 2009. — Т. 17, № 4. — С. 233-237.
2. Wexner S.D. Constipation. Etiology, evaluation and management / S.D. Wexner, G.D. Duthie. — Second edition — Springer, 2006. — 265 p.
3. Ачкасов С.И., Жученко А.П., Капуллер Л.Л., Подмаренкова Л.Ф. Результаты субтотальной резекции ободочной кишки у больных с хроническим толстокишечным стазом // Актуальные вопросы колопроктологии. — Самара, 2003. — С. 413-414.
4. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон: автореф. дис. ... д.м.н. 14.01.17-хирургия. — РУДН, Москва, 2011.

В случае ректального пролапса на фоне долихосигмы с хроническим запором предпочитаем выполнение резекции ободочной кишки в сочетании с внутрибрюшинной фиксацией прямой кишки, что позволяет не только устранить констипационный синдром, но и снизить вероятность рецидива пролапса.

Считаем перспективным использование лапароскопических вмешательств при ХЗ, что обусловлено ранним восстановлением кишечной перистальтики и ранней активизацией больных, меньшей выраженностью болевого синдрома, ранним восстановлением работоспособности, лучшим косметическим эффектом. Однако, по нашему мнению, имеется ряд факторов, обуславливающих технические трудности при проведении лапароскопических операций у больных с ХЗ: избыточные длина и объем толстой кишки, петлеобразование, рубцово-спаечный процесс, выраженный при долихосигме и синдроме Пайра, что значительно затрудняет ориентацию в брюшной полости и уменьшает свободное пространство для манипуляций.

Анализ отдаленных результатов оперативного лечения демонстрирует правильность выбранной диагностической и лечебной тактики. В послеоперационном периоде отмечено статистически значимое снижение как индекса Векснера, так и уровня эндотоксинемии, что дает возможность, на наш взгляд, рассматривать хирургическое вмешательство в качестве одного из патогенетически обоснованных вариантов лечения.

Выводы

1. Многообразие возможных причин хронического запора обуславливает использование широкого спектра исследований в ходе диагностического этапа и нередко требует мультидисциплинарного подхода. Предлагаемый алгоритм диагностики позволяет установить имеющиеся аномалии строения и положения ободочной кишки, оценить ее функциональное состояние, провести дифференциальную диагностику с болезнью Хиршспрунга
2. Стратегия лечения хронического запора должна соответствовать его патогенетическому варианту.
3. Хронический колостаз на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки имеет доброкачественное течение и, как правило, поддается консервативной терапии.
4. Вероятное развитие системных патологических процессов на фоне повышенной эндотоксинемии, зависимость от приема различных лекарственных средств и их малая эффективность, значительное снижение качества жизни, социальная дезадаптация больных позволяют рассматривать хирургическое лечение в качестве одного из патогенетически обоснованных вариантов лечения декомпенсированных форм хронического кологенного запора.
5. При тщательном отборе пациентов и взвешенном подходе к выбору объема вмешательства хирургия хронического запора демонстрирует достаточную эффективность.

5. Зинкевич О.Д., Аниховская И.А., Сафина Н.А. и др. Способ определения активности эндотоксина (варианты). — Патент № 2169367 от 16.08.2000.

6. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / А.И. Хавкин. — М., 2000. — 72 с.

7. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. — М.: Медицина, 1984. — 384 с.: ил.

8. Таболин В.А., Яковлев М.Ю., Ильина А.Я. и др. Патогенетические механизмы и клинические аспекты действия термостабильного эндотоксина кишечной микрофлоры (обзор литературы) // Русский медицинский журнал. — 2003. — № 3. — С. 126-129.