

О.Ю. КАРПУХИН, А.Ф. ШАКУРОВ, Н.Ю. САВУШКИНА, Е.В. МОЖАНОВ, С.Н. КОЛОМЕНСКИЙ,
А.А. ГИЛЬМУТДИНОВ, Е.В. ЧЕРЕНКОВ

Казанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

УДК 616.34-009.11-036.12-07-08

Диагностическая и лечебная тактика при хроническом кологенном запоре

Карпухин Олег Юрьевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии №1

420140, г. Казань, пр. Победы, д. 78, кв. 24. тел. 8-905-312-92-90, e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

Представлен диагностический и лечебный алгоритм у пациентов с хроническим кологенным запором. Эффект от консервативной терапии отмечен у 90,3% больных; прооперированы 10% пациентов с декомпенсированным колостазом на фоне различных аномалий строения и фиксации толстой кишки в брюшной полости. Выбор вмешательства зависел от установленной в ходе комплексного обследования причины синдрома колостазов и функционального состояния кишки. Хирургическое лечение пациентов с резистентными формами констипации при тщательном отборе пациентов и взвешенном подходе к выбору объема вмешательства было весьма эффективным.

Ключевые слова: хронический кологенный запор, диагностика, хирургическое лечение.

O.Y. KARPUKHIN, A.F. SHAKUROV, N.Y. SAVUSHKINA, E.V. MOZHANOV, S.N. KOLOMENSKY,
A.A. GILMUTDINOV, E.V. CHERENKOV

Kazan State Medical University

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan, Kazan

Diagnostic and therapeutic tactics in chronic colonic constipation

A diagnostic and treatment algorithm for patients with chronic colonic constipation is presented. The effect of conservative treatment was noted by 90,3 % of patients; 10% of patients with decompensated constipation were operated on the background of various anomalies of structure and fixation of colon in the abdominal cavity. A choice of intervention depended on causes of constipated syndrome established during complex examination and also based on functional conditions of the intestine. Surgical treatment of patients with resistant forms of constipation based on careful patient selection as well as a balanced approach to choose surgical intervention has been shown as rather effective.

Keywords: chronic colonic constipation, diagnostics, surgical treatment.

Запор (колостаз, констипация, обстипация) представляет собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира из-за большой распространенности и снижения социальной активности людей. Так, в промышленно развитых странах им страдает до 30-40% взрослого трудоспособного населения [1], при этом в США количество пациентов с колостазом больше, чем больных с такими хроническими заболеваниями, как артериальная гипертензия, мигрень, ожирение и сахарный диабет [2]. У пациентов с запорным синдромом наблюдается значительное снижение качества жизни и снижается работоспособность. Тем не менее, единого взгляда на диагностическую

и лечебную тактику при хроническом запоре не существует. Кроме того, на сегодняшний день ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не обладает стопроцентной эффективностью. Нет также единого мнения относительно объема резекции толстой кишки в случае выбора хирургического метода лечения [3, 4]. По данным многих авторов, частота неудовлетворительных результатов после оперативных вмешательств может достигать 27,3-45,9% [1].

Цель работы: анализ результатов лечения больных хроническим кологенным запором.



Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 491 больного с хроническим запором колоногенного генеза, находившегося на стационарном лечении с 1999 по 2012 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ – клинической базе кафедры хирургических болезней №1 КГМУ. Мужчин было 109 (22,2%), женщин – 382 (77,8%). Средний возраст составил 49,8±1,6 лет.

По механизму развития у всех пациентов исследуемой группы был колоногенный запор. Больные с проктогенным генезом констипации в исследуемую группу не вошли.

Результаты исследований

У 257 (52,3%) больных констатирован диагноз функционального запора (согласно Римским критериям III пересмотра, 2006) на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки, в 234 (47,7%) случаях хронический запор развился у пациентов с аномалиями строения и фиксации толстой кишки в брюшной полости. Всего выявлена 271 аномалия, которые распределились следующим образом: 166 (61,3%) случаев долихосигмы, 35 (12,9%) – синдрома Пайра, 28 (10,3%) – долихоколон, 23 (8,5%) – колоптоза, 18 (6,6%) – трансверзоптоза, 1 (0,4%) случай – долихотрансверзум. При этом в 37 (13,7%) наблюдениях отмечено сочетание двух аномалий.

Эффект от консервативной терапии отмечен у 442 (90%) больных. Остальным 49 (10%) пациентам с декомпенсированным колостазом (средний индекс тяжести запора по Wexner'у) – 19) выставлены показания к оперативному пособию. Группа оперированных больных была представлена 18 (36,7%) мужчинами и 31 (63,3%) женщиной. Средний возраст – 41,6±4,5 лет.

Причинами хронического колостазы у них были: долихоколон – 24 (49%), долихосигма – 14 (28,6%), синдром Пайра – 7 (14,3%), долихосигма в сочетании с выпадением прямой кишки – 2 (4,1%) и по одному (2%) наблюдению пришлось на колоптоз и долихотрансверзум.

У 24 пациентов с долихоколон выполнена обширная резекция ободочной кишки – тотальная колэктомия с илеоректоанастомозом у 5 больных, субтотальная колэктомия с илеосигмоанастомозом у 15, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом у 4.

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

При долихосигме преобладающим видом операции являлась резекция сигмовидной кишки. В 2 наблюдениях при хроническом запоре на фоне долихосигмы с выпадением прямой кишки выполнена резекция сигмовидной кишки в сочетании с ректопексией.

В 3 (6,1%) случаях оперативное лечение колостазы 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 оставшегося сегмента толстой кишки для выбора в дальнейшем оптимального объема резекции.

В 8 (16,3%) случаях отмечено развитие ранних послеоперационных осложнений, из которых 6 (внутрибрюшное кровотечение – 1, острая спаечная тонкокишечная непроходимость – 4, перекрут тонкой кишки – 1) послужили поводом к повторному вмешательству. В 1 случае наблюдали абсцесс брюшной полости, успешно задренированный под контролем УЗИ. Зафиксирован 1 (2%) летальный исход после субтотальной колэктомии в результате развития ранней спаечной кишечной непроходи-

мости с неоднократным образованием в дальнейшем острых язв тонкой кишки, развитием разлитого перитонита.

Отдаленные результаты изучены у 29 (59,2%) больных на сроках от одного месяца до 10 лет. Результаты расценены нами как хорошие у 20 (69%) больных. Удовлетворительные результаты получены у 9 (31%) пациентов.

Обсуждения

Нарушения транзита по толстой кишке могут быть обусловлены как ее анатомическими особенностями (удлинением, перегибами, опущением, повышенной подвижностью различных ее отделов, атрофией гладкомышечной мускулатуры и аномалией интрамуральных нервных сплетений), так и функциональными причинами – стрессами, неправильным питанием, малой физической активностью, сопутствующими заболеваниями. Таким образом, проблема лечения хронического запора требует самого серьезного подхода как со стороны пациента, так и со стороны лечащего врача. Залог успешного лечения хронического запора – это выявление истинной его причины из существующего целого ряда причин и факторов и ее устранение.

На сегодняшний день мы используем следующий алгоритм обследования пациентов с хроническим колостазом: анализ данных анамнеза, физикальное исследование, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, эндоскопические методы (ректороманоскопия, колоноскопия), рентгенологические (ирригография, проктография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту), гидроколоносонография, сфинктерометрия. По показаниям выполняем биопсию стенки прямой кишки по Свенсену, а также сонографию органов брюшной полости, ФГДС, исследование кислотности желудочного сока, рентгенографию позвоночника. Для исключения или подтверждения причин неврологического или психогенного генеза хронического запора – консультация невропатолога, психотерапевта. В случае подозрения на эндокринный характер причин колостазы – консультация эндокринолога, лабораторные исследования гормонального статуса.

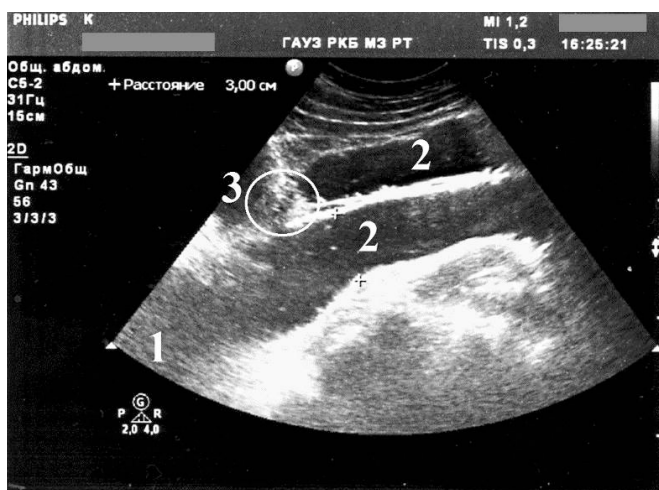
В качестве базисного метода лучевой диагностики хронического колостазы считаем ирригографию, причем как минимум один снимок при тугом наполнении контрастом выполняем в положении стоя, что позволяет выявить аномалии развития и положения ободочной кишки, анатомические размеры и патологическую подвижность различных ее отделов.

Для установления нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки проводим пассаж бария по желудочно-кишечному тракту (снимки в положении стоя через 12, 24, 48, при необходимости – 72, 96 часов после приема бария). Обращаем внимание на особенности заполнения кишки контрастной взвесью, время продвижения содержимого по каждому отделу кишки и срок полного её опорожнения, высоту гаустр, смещаемость различных отделов кишки в ходе пассажа содержимого, наличие сужений или спастических участков.

Проктографию (с натуживанием), выполняемую в прямой и боковой проекциях, считаем важным методом диагностики проктогенного генеза констипации.

Перспективным методом диагностики хронического запора, на наш взгляд, является ультразвуковое исследование толстой кишки с наполнением ее просвета 0,9% раствором натрия хлорида (гидроколоносонография). Оно позволяет определить анатомо-топографические взаимоотношения с окружающими органами, визуализировать аномалии строения толстой кишки (рис. 1). Кроме того, гидроколоносонография позволяет выявить функциональные нарушения в различных отделах толстой кишки, а также патологические изменения, происходящие в стенке кишки и за ее пределами. Исследование выполняем трансабдо-

Рисунок 1.
Сонограмма сигмовидной ободочной кишки
больного З., 50 лет



Диагноз: Долихосигма с частыми заворотами. Сигмовидная кишка в виде двустовки, в месте перехода нисходящей кишки в сигмовидную выявляется сужение просвета за счет перегиба органа (отмечено кружком). 1 – прямая кишка, 2 – сигмовидная, 3 – нисходящая ободочная.

Рисунок 2.
Сонограмма поперечной ободочной кишки
больной Ш., 47 лет



Диагноз: Синдром Пайра, хронический колостаз в стадии декомпенсации. Просвет кишки расширен, стенка утончена, гаустрация отсутствует, пузырьки воздуха и частицы химуса в просвете органа неподвижны.

минальным датчиком после заполнения толстой кишки 1,2-1,8 литрами теплого физиологического раствора (до появления у исследуемого позыва на дефекацию), который играет роль контрастного вещества. Обращаем внимание на изменения толщины стенки кишки, высоту поперечных складок и протяженность промежутков между ними, перемещение частиц химуса и пузырьков воздуха в просвете органа (рис. 2). Таким образом, метод позволяет обнаружить уровень замедления или блокады транзита кишечного содержимого.

Тем не менее, необходимо отметить, что в диагностике аномалий и развившихся функциональных нарушений ни один из лучевых методов обследования, на наш взгляд, не носит самостоятельного и решающего значения. Поэтому выявление аномалий развития и положения толстой кишки, а также функциональных расстройств на их фоне должно основываться на обобщенной интерпретации результатов всего комплекса исследований.

При интерпретации лучевых методов мы составляем индивидуальную схему строения толстой кишки в каждом отдельном клиническом наблюдении, основанную на информации, полученной всеми лучевыми методами диагностики. При этом рисунок, отображающий все специфические особенности строения толстой кишки, помещаем в шаблон скелета, стараясь максимально точно локализовать его, используя костные ориентиры (позвоночный столб, тазовый пояс, грудную клетку), что позволяет объективно оценить патологическую подвижность кишки как по оси ординат, так и по оси абсцисс.

При поступлении пациентам с хроническим колостазом назначаем комплексное консервативное лечение, которое включает в себя диету, дезинтоксикационную терапию, химическую и электрическую стимуляцию кишечника, препараты, нормализующие (регулирующие) функцию кишечника без раздражения его стенки, предотвращающие сгущение содержимого и облегчающие его пассаж, препараты, нормализующие микрофлору кишечника (пробиотики и пребиотики), пищеварительные ферменты, лечебные микроклизмы. У большинства пациентов с хроническим колонным запором консервативное лечение приводит к улучшению самочувствия в 60-85% случаев [5].

Считаем, что хирургическое лечение пациентов с декомпенсированной моторно-эвакуаторной функцией толстой кишки должно проводиться только в колопроктологической клинике, после тщательного всестороннего обследования больных и попытки разрешения запора с помощью комплекса консервативных методов лечения. При нормализации моторно-эвакуаторной функции кишки или заметном ее улучшении больной выписывается на амбулаторное лечение. Показания к операции и ее объем должны подбираться индивидуально, при этом следует помнить, что хирургия запоров – это жест отчаяния, последнее средство, прибегать к которому следует только в самых крайних случаях.

На основании проведенного исследования выработаны следующие показания к операции при хроническом колостазе: колонный 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.

Отмечено, что на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки консервативное лечение имело эффект различной степени выраженности во всех наблюдениях, в тоже время 20,9% больных с аномалиями строения и положения кишки подвергнуты операции. При этом доминирующей аномалией 85,7%, резистентной к терапии была долихоколон. При выборе объема операции следует исходить не из констатации того или иного вида аномалии, а из выраженности нарушения моторно-эвакуаторной функции кишки.

При долихосигме с заворотами в анамнезе целью оперативного лечения является предупреждение повторного заворота в будущем, потенциально опасного развитием осложнений. Объем операции чаще состоит в резекции избыточно длин-



ной сигмовидной кишки, а при нарушении функционального состояния проксимальных отделов ободочной кишки и сохранении запорного синдрома вне эпизодов заворота возможно расширение объема резекции.

При выпадении прямой кишки на фоне долихосигмы с хроническим запором целесообразно выполнение внутрибрюшной фиксации прямой кишки с резекцией сигмовидной, что позволяет в дальнейшем устранить констипационный синдром и снизить вероятность развития рецидива пролапса.

Результаты оперативного лечения расценены нами как хорошие при восстановлении у пациентов регулярного самостоятельного стула, хорошем общем самочувствии и полном восстановлении работоспособности. У больных с явным улучшением моторно-эвакуаторной функции кишечника, но с периодически возникающей необходимостью применения слабительных средств при нарушении диеты, снижении физической активности результаты оценивались нами как удовлетворительные. Случаев сохранения стойкого запора, требующего повторной операции, не наблюдали.

Выводы

1. Хронический колостаз на фоне нормальной архитектоники ободочной кишки имеет доброкачественное течение и, как правило, поддается консервативной терапии.

2. Хирургическое лечение пациентов с декомпенсированной моторно-эвакуаторной функцией толстой кишки должно проводиться только в колопроктологической клинике после

тщательного всестороннего обследования больных и попытки разрешения хронического запора с помощью комплекса консервативных методов лечения.

3. Выбор вмешательства зависит от установленной в ходе комплексного обследования причины синдрома колостаза и функционального состояния кишки.

4. Хирургическое лечение резистентных форм констипации при тщательном отборе пациентов и взвешенном подходе к выбору объема вмешательства демонстрирует достаточную эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С., Ткаченко Ю.Н. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — № 9. — 2010. — С. 53-56.

2. Wexner S.D., Duthie G.D. Constipation. Etiology, evaluation and management. — Springer, 2006. — 265 p.

3. Kamm M.A., Hawley P.R., Lennard-Jones J.E. Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation // Gut. — 1988. — № 29. — P. 969-973.

4. Lahr S.J., Lahr C.J., Srinivasan A., Clerico E.T. Operative management of severe constipation // Am. Surg. — 1999. — Vol. 65, № 12. — P. 1117-1121.

5. Алёшин Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостаза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007.