

УДК 616.345-008.811.6-089

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

О.Ю. Карпухин, Е.В. Можанов, кафедра хирургии №1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Карпухин Олег Юрьевич – e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

Проанализирован опыт лечения 426 пациентов с хроническим толстокишечным стазом. У 46 (10,8%) пациентов с различными причинами колостазов и неэффективностью комплексной консервативной терапии установлены показания к оперативному лечению. Выбор вмешательства зависел от причины синдрома колостазов и функционального состояния кишки.

Ключевые слова: хронический толстокишечный стаз, показания к операции, виды хирургических вмешательств.

The experience of treatment 426 patients with chronic colonic stasis has been analyzed. In patients with inefficiency of complex conservative therapy, diagnosed causes of colonic stasis, the indications for surgical treatment have been established. The choice of surgical intervention depended on the colonic syndrome character and functional state of the intestine.

Key words: chronic colonic stasis, indications to operation, kinds of surgical interventions.

Проблема лечения хронического запора является весьма актуальной, поскольку согласно данным ряда авторов хроническим колостазом страдают до 30% взрослого населения [1, 2]. Кроме того, ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не избавляет полностью человека от данного страдания [3]. При хирургическом лечении хронического колостазов частота неудовлетворительных результатов доходит до 27,3–45,9% [2, 4, 5]. 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. Таким образом, проблема лечения хронического запора требует самого серьезного подхода как со стороны пациента, так и со стороны лечащего врача. Залог успешного лече-

ния хронического запора – это выявление истинной его причины из существующего целого ряда причин и факторов и ее устранение.

Цель исследования: оценить результаты лечения больных с хроническим колостазом неопухолевого генеза.

Материал и методы

Проанализирован опыт лечения 426 больных с хроническим колостазом неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии Республиканской клинической больницы Минздрава Татарстана – клинической базе кафедры хирургии №1 КГМУ за период с 1998 по 2009 год. Из них женщин было 324 (76,1%), мужчин – 102 (23,9%) человека, средний возраст составил 48,3±7,6 лет.

Результаты и обсуждение

На сегодняшний день мы используем следующий алгоритм обследования пациентов с хроническим колостазом: анамнез, физикальное исследование, общеклинические и биохимические

лабораторные исследования, эндоскопические методы (ректороманоскопия, колоноскопия), рентгенологические (ирригография, проктография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту), сфинктерометрия. При проведении ирригографии обязательным условием является выполнение как минимум одного снимка при тугом наполнении в положении стоя для выявления птоза толстой кишки и синдрома Пайра. По показаниям выполняли 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 колостаз – консультация эндокринолога, лабораторные исследования гормонального статуса.

Диагноз болезни Хиршспрунга устанавливали при помощи комплекса следующих диагностических признаков: наличие зоны сужения в дистальных отделах толстой кишки с воронкообразным расширением проксимальных отделов при рентгенологическом исследовании, отсутствие или резкое ослабление пассажа контраста в декомпенсированно расширенных отделах толстой кишки, гипертонус анального сфинктера, наличие участка гипо- или аганглиоза в стенке кишки при биопсии.

Консервативное лечение было эффективным у 380 (89,2%) больных. Остальным 46 (10,8%) пациентам выполнено хирургическое вмешательство. Считаем, что хирургическое лечение запоров может проводиться только после тщательного всестороннего обследования больных в специализированных проктологических клиниках. 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.

Всем пациентам с хроническим колостазом назначали комплексное консервативное лечение, включающее в себя послабляющую диету, медикаментозное лечение, физиотерапию. У пациентов с болезнью Хиршспрунга его рассматривали в качестве предоперационной подготовки, дополнив инфузионной терапией с целью компенсации водно-электролитных потерь, белковой недостаточности, а также очистительными клизмами при субкомпенсированных и декомпенсированных формах колостаз.

Группа оперированных больных была представлена 24 (52,2%) мужчинами и 22 (47,8%) женщинами. Средний возраст – $30,6 \pm 7,4$ лет.

Причинами хронического колостаз у них были: болезнь Хиршспрунга (20), мегадолихоколон (9), мегадолихосигма (7), атипичное положение толстой кишки, обусловленное ее патологической подвижностью за счет нарушения процесса фиксации в брюшной полости (синдром Пайра – 9, колоптоз – 1). В 5 наблюдениях синдром Пайра сочетался с мегадолихосигмой.

Показаниями к плановому хирургическому лечению хронического колостаз были: отсутствие эффекта от консервативной терапии, прогрессирование нарушений моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки с частыми приступами толстокишечной непроходимости, симптомами хронической интоксикации и болевым синдромом, наличие в анамнезе операции деторзии при завороте сигмовидной кишки с продолжающимся болевым синдромом и запорами. Так, резекция сигмовидной кишки при мегадолихосигме выполнена у 7 пациентов, из них трое в прошлом оперированы по поводу заворота.

У 9 пациентов с долихоколон, неоднократно безуспешно проводимыми курсами консервативной терапии на фоне хронической интоксикации, необходимости приема больших доз слабительных в сочетании с очистительными клизмами, социальной дезадаптации, выполнена обширная резекция ободочной кишки – субтотальная колэктомия с илеосигмостомией у 6 больных, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректостомией – у 3. У 5 пациентов с синдромом Пайра в сочетании с долихосигмой выполнена левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректоанастомозом. В 1 наблюдении тотального колоптоза на фоне аномальной фиксации кишки выполнена колопексия.

У пациентов с болезнью Хиршспрунга в 16 (80,0%) наблюдениях выполнено одноэтапное хирургическое вмешательство. У 4 (20,0%) больных оперативное лечение проводили в несколько этапов. На первом этапе выполнялось наложение разгрузочной двуствольной стомы. Такую тактику применяли при тяжелом общем состоянии больных: тотальном расширении толстой кишки, кишечной непроходимости с каловыми камнями, а также в одном наблюдении – сочетании болезни Хиршспрунга с гемангиоматозом брюшной полости. У 13 пациентов с наданальной формой поражения в качестве основного этапа лечения применяли операцию Дюамеля в модификации ГНЦ колопроктологии. У 3 пациентов с сегментарным поражением – субтотальную резекцию ободочной кишки с илеодесцендостомией в одном наблюдении, в двух других – правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзостомией и левостороннюю с трансверзоректостомией.

В 8 (17,4%) случаях отмечено развитие ранних послеоперационных осложнений, из которых 5 (внутрибрюшное кровотечение – 2, несостоятельность анастомоза – 1, перитонит – 1, динамическая тонкокишечная непроходимость – 1) послужили поводом к повторному хирургическому вмешательству. Послеоперационной летальности не было.

Отдаленные результаты изучены у 34 (73,9%) больных. Результаты расценены нами как хорошие у 22 (64,7%) больных. Все они отмечали улучшение общего самочувствия, восстановление кишечного пассажа, регулярный стул. Удовлетворительные результаты получены у 11 (32,4%) пациентов. Несмотря на явное улучшение моторно-эвакуаторной функции кишечника периодически, при

нарушении диеты, снижении физической активности, они вынуждены прибегать к слабительным средствами. Неудовлетворительный результат (2,9%) получен у пациента с болезнью Хиршспрунга в сочетании с гемангиоматозом забрюшинного пространства, стенок таза и петель толстой кишки в связи с невозможностью выполнения радикальной операции.

Заключение

При неэффективности комплексной консервативной терапии у пациентов с хроническим колостазом в стадии декомпенсации показано оперативное лечение. Выбор вмешательства зависит от установленной в ходе комплексного

обследования причины синдрома колостаз и функционального состояния кишки.



ЛИТЕРАТУРА

1. Higgins P.D., Johanson J.F. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004. Apr. № 99 (4). P. 750–759.
2. Наврузов С.Н. Лечение больных толстокишечным стазом. *Вестник хирургии.* 1988. № 9. С. 123–127.
3. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых. М.: Медицина, 1986. с. 223.
4. Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Макоев С.Н. Оценка эффективности хирургического лечения запоров. *Проблемы колопроктологии.* 1998. Вып. 16. С. 269–271.
5. Яремчук А.Я., Радильский С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л. Хронический колостаз – особенности клиники и диагностики. *Вестник хирургии.* 1990. № 7. С. 113–115.