

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ СТАЗОМ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Эдуард Николаевич Бастраков¹, Олег Юрьевич Карпунин², Фидель Якубович Гюльалиев¹,
Мунир Халыфович Закирзянов¹

¹Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска (главврач — М.Х. Закирзянов), г. Альметьевск,

²кафедра хирургических болезней №1 (зав. — проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного
медицинского университета

Реферат

Показано, что одной из основных причин развития хронического колостаз неопухолевого генеза были аномалии развития и фиксации ободочной кишки (74,2%). Консервативное лечение оказалось эффективным у 376 (91,5%) больных. Группа оперированных больных составляла 35 пациентов. Самой частой причиной операций была болезнь Гиршпрунга (42,8%).

Ключевые слова: хронический колостаз, хронический толстокишечный стаз, запоры, болезнь Гиршпрунга, синдром Пайра, колоптоз.

Проблема лечения хронического запора является весьма актуальной, поскольку этой патологией, по данным ряда авторов, страдают 37–48% взрослого населения. Причем у 30% пациентов обстипационный синдром появляется с рождения или в раннем детском возрасте (Фролькис А.В., 1991). Нарушения транзита по толстой кишке могут быть обусловлены как ее анатомическими особенностями (удлинение, перегибы, опущение, повышенная подвижность различных ее отделов, атрофия гладкомышечной мускулатуры и аномалия интрамуральных нервных сплетений), так и функциональными причинами — стрессами, неправильным питанием, малой физической активностью.

Целью нашего исследования было улучшение результатов лечения больных хроническим колостазом.

За 10-летний период в отделении колопроктологии РКБ г. Казани лечение получили 411 больных с хроническим колостазом неопухолевого генеза. Женщин было 317 (77,1%), мужчин — 94 (22,9%), средний возраст — 48,4 года. Стадия компенсации наблюдалась у 121 (29,4%) больного, субкомпенсации — у 255 (62,1%), декомпенсации — у 35 (8,5%).

На сегодняшний день мы используем следующий алгоритм обследования пациентов с хроническим колостазом: анам-

нез, физикальное исследование, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, эндоскопические методы (ректороманоскопия, колоноскопия), рентгенологические (ирригоскопия, проктография, пассаж бариевой взвеси), сфинктерометрия. По показаниям выполняем биопсию стенки прямой кишки по Свенсену, а также УЗ сонографию органов брюшной полости, ФГДС.

Диагноз болезни Гиршпрунга устанавливали на основании 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 расширенных отделах толстой кишки, гипертонус анального сфинктера, наличие участка гипо- или аганглиоза в стенке кишки при биопсии. Всем пациентам с хроническим колостазом назначали комплексное консервативное лечение (послабляющую диету, медикаментозное лечение, физиотерапию) и рассматривали его у пациентов с болезнью Гиршпрунга 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.

Показаниями к плановому хирургическому лечению хронического колостаз были отсутствие эффекта от консервативной терапии, прогрессирование нарушения моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки с частыми приступами толстокишечной непроходимости, симптомами хронической интоксикации и

болевого синдрома, наличие в анамнезе операции деторзии при завороте сигмовидной кишки с продолжающимся болевым синдромом и запорами.

Консервативное лечение было эффективным у 376 (91,5%) больных. В группе оперированных (35 чел.) было 18 (51,4%) мужчин и 17 (48,6%) женщин. Средний возраст — 32,4 года. Рентгенологические исследования (ирригография, пассаж бариевой взвеси) были выполнены у 314 пациентов с хроническим колостазом. Аномалии развития и фиксации ободочной кишки установлены в 74,2% случаев. Долихосигма имела место у 127 (40,4%) пациентов, синдром Пайра — у 21 (6,7%), синдром Пайра в сочетании с долихосигмой — у 19 (6,1%), высокое расположение купола слепой кишки — у 11 (3,5%), высокое расположение купола слепой кишки с долихосигмой — у 4 (1,3%), тотальный колоптоз — у 10 (3,2%), тотальный колоптоз с долихосигмой — у 3 (0,9%), долихоколон — у 10 (3,2%). Болезнь Гиршпрунга по рентгенологическим данным, была установлена у 28 (8,9%). В 25,8% наблюдений аномалии развития и фиксации толстой кишки, по данным рентгенологических исследований, обнаружено не было. О дивертикулярной болезни (16) и полипозе толстой кишки (7) свидетельствовали результаты рентгенологического исследования.

Причинами хронического колостазы у 35 оперированных пациентов были болезнь Гиршпрунга (в 15 случаях), мегадолихоколон (в 8), мегадолихосигма (6), атипичное положение толстой кишки, обусловленное ее патологической подвижностью за счет нарушения фиксации в брюшной полости (синдром Пайра — 5, колоптоз — 1).

У 12 (80%) пациентов с болезнью Гиршпрунга было проведено одноэтапное хирургическое вмешательство, у 3 (20%) — в несколько этапов. Такую тактику применяли при тяжелом общем состоянии больных: тотальном расширении толстой кишки, кишечной непроходимости с каловыми камнями, а также при сочетании болезни Гиршпрунга с гемангиоматозом брюшной полости (у одного). У 10 (66,7%) пациентов с наданальной формой поражения в качестве основного этапа лечения применяли операцию Дюамеля в модификации ГНЦ колопроктологии, у 2 —

резекцию ободочной кишки с илеоректостомией, у 3 с сегментарным поражением — субтотальную резекцию ободочной кишки с илеодесцендостомией (у одного) и правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзостомией и левостороннюю с трансверзоректостомией (у 2). У 8 пациентов с долихоколон после неоднократно безуспешно проводимых курсов консервативной терапии на фоне хронической интоксикации, социальной дезадаптации, необходимости приема больших доз слабительных в сочетании с очистительными клизмами была выполнена обширная резекция ободочной кишки — субтотальная колэктомия с илеосигмостомией (2), тотальная колэктомия с илеоректостомией (2), левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректостомией (1), левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмостомией (3). У 5 пациентов с синдромом Пайра в сочетании с долихосигмой были произведены левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректостомией и асцендоцекопексией (3), у 2 — субтотальная резекция ободочной кишки с илеосигмостомией. У 4 пациентов с мегадолихосигмой осуществлялась резекция сигмовидной кишки: 3 из них в прошлом были оперированы по поводу заворота. Один пациент с тотальным колоптозом перенёс колопексию.

Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 24 (68,6%) больных: результаты расценены нами как хорошие у 18 (75%), удовлетворительные — у 6 (25%). Неудовлетворительных результатов не было.

Поступила 10.02.10.

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC COLONIC STASIS OF NON-NEOPLASTIC ORIGIN

E.N. Bastrakov, O.Yu. Karpukhin, F.Ya. Gyul'aliev, M.Kh. Zakirzyanov

Summary

Shown was the fact that one of the main causes of chronic colonic stasis of non-neoplastic origin was abnormal development and fixation of the colon (74.2%). Conservative treatment was effective in 376 (91.5%) patients. The operated group was 35 patients. The most frequent cause in the group of operated patients was Hirschsprung's disease (42.8%).

Key words: chronic colonic stasis, chronic colonic stasis, constipation, Hirschsprung's disease, a Pair syndrome, coloptosis.