6. *Агаджанян Н. А.* Проблемы адаптации и учение о здоровье / Н. А. Агаджанян, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – М.: РУДН, 2006. – 283 с.

7. *Верихова Л. А.* Спелеотерапия в России. – Пермь, 2000. – 270 с.

8. Лечение в спелеоклиматической камере из натуральных калийно-магниевых солей Верхнекамского месторождения: Методические рекомендации / А. М. Рычкова [и др.] // Лечение в сильвинитовой спелеоклиматической камере «Палеозойский грот». – М.: АСВОМЕД; ООО «Медафарм Сити», 2005. – С. 18–37.

9. Клинико-экспериментальное обоснование применения спелеотерапии при нейроциркуляторной дистонии: Метод. рекомендации / Сост. Н. М. Хатиашвили. – Тбилиси, 1987. – 7 с.

10. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб, 2002. – 313 с.

11. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб: Питер, 2005. – 351 с.

Поступила 06.03.2012

В. М. ДУРЛЕШТЕР[1, 2], Н. В. КОРОЧАНСКАЯ[1-2], Е. В. КОТЕЛЕВСКИЙ[1-2], В. В. ИГНАТЕНКО[2], М. Р. ЧЕМБАХУ[2], М. Ю. ИГНАТЕНКО[2]

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

[1]Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС КГМУ,
Россия, 350008, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
[2]МБУЗ городская больница № 2 Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2. E-mail: doctor4445@mail.ru

В статье приведены результаты обследования 348 пациентов, страдающих хроническим запором. Комплексный анализ клинических, морфологических и функциональных исследований до и после проведения консервативной терапии позволил уточнить показания к своевременному хирургическому лечению больных с хроническим декомпенсированным запором.

Ключевые слова: хронический запор, хирургическое лечение.

V. M. DURLESHTER[1-2], N. V. KOROCHANSKAYA[1-2], E. V. KOTELEVSKII[1-2], V. V. IGNATENKO[2], M. R. CHEMBAKHU[2], M. Yu. IGNATENKO[2]

INDICATIONS TO SURGERY OF CHRONIC CONSTIPATION

[1]Department of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350008, Krasnodar, Sedina str., 4;
[2]city hospital № 2 Krasnodar versatile medical diagnostic association,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnikh partizan str., 6/2. E-mail: doctor4445@mail.ru

The article presented the results of check-up of 348 patients with chronic constipation. Complex analysis of clinic, morphologic, functional investigations before and after conservative therapy allowed to reveal the indications to timely surgical treatment for patients with chronic decompensate constipation.

Key words: chronic constipation, surgical treatment.

Под термином «хронический запор» практикующие врачи часто подразумевают один из симптомов большого количества самых разных заболеваний (симптоматический запор), характеризующихся задержкой стула: психические нарушения, отравления токсическими веществами, заболевания пищеварительного тракта. В то же время существуют попытки ввести самостоятельную нозологическую форму заболевания, часто называемого «хронический колостаз», что усугубляет разногласия между специалистами в понимании состояния пациента, характера возникающих нарушений и тактики лечения.

У 5–25% больных с хроническим запором заболевание прогрессирует, несмотря на адекватное комплексное терапевтическое лечение [8, 9]. В таких случаях хирургическое лечение запора является, безусловно, вынужденной, но необходимой мерой, позволяющей избавить больных от страдания, улучшить качество жизни и социальную адаптацию. С самого зарождения оперативных методов лечения хронического запора обсуждались вопросы показаний к хирургическим вмешательствам.

Целью исследования явилось уточнение показаний к хирургическому лечению больных с хроническим запором на основании оценки результатов консервативного лечения.

Материалы и методы

В соответствии с поставленной целью были обследованы 348 больных в возрасте от 18 до 80 лет с клинической картиной хронического запора, находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в 2000–2008 годах, с 2008 по 2011 год – в МБУЗ городской больнице № 2 Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения.

В исследовании представлены результаты ретроспективного анализа архивных материалов и

проспективного обследования 164 больных, рандомизированных в 2 группы по полу и возрасту. В 1-ю группу (81 пациент) вошли больные с субкомпенсированным и декомпенсированным запором, у которых отсутствовала положительная динамика при проведении консервативной терапии; впоследствии они все были прооперированы. В плановом порядке была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с резекцией ректосигмоидного перехода, положительной ротацией корня брыжейки и транспозицией правых отделов толстой кишки в левую часть брюшной полости, созданием нового связочного аппарата. 2-я группа (83 человека) представлена пациентами с субкомпенсированным и декомпенсированным запором, у которых медикаментозное лечение было эффективным.

План обследования включал: опрос, осмотр, ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, эзофагогастроскопию, фиброколоноскопию, рентгенографию желудочно-кишечного тракта с барием (обязательно снимки выполняли через 24, 48, 72 и 96 часов), ирригографию, аноректальную манометрию и оценку качества жизни пациентов. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «ALOKA» SSD-1400 (Япония), фиброколоноскопию – с помощью видеоинформационной системы с цифровым анализатором изображения фирмы «Olympus» «Evis Exera Gif TYPE x P160» (Япония); рентгеноскопию и рентгенографию ЖКТ на рентгенаппаратах «BACCARA Apelem» и «Klinograf 4-4» с электронным преобразователем фирмы «Siemens». Для анальной манометрии использовали стандартное оборудование для манометрического исследования – шестиканальный манометрический комплекс производства «Synectics» (Швеция) на основе регистрирующего устройства «Polygraf-HR» со специальным водно-перфузионным аноректальным катетером «Zmetics» («Medtronics») 19P_ANO, датчики давления производства «Medtronics AB» (Швеция). Качество жизни (КЖ) оценивали при поступлении пациентов в стационар и после проведения консервативной терапии согласно опроснику SF-36. Контролем служили результаты анкетирования 10 практически здоровых людей в возрасте от 21 до 73 лет.

Всем больным в обеих группах проводилось консервативное лечение, включающее трансформацию образа жизни (расширение двигательной активности), соблюдение диеты (употребление до 2,5–3,0 литра жидкости в сутки, увеличение содержания клетчатки в пищевых продуктах), применение осмотических слабительных препаратов (лактулоза по 30–40 мл 2 раза в сутки до еды с последующей коррекцией дозы под контролем стула; псилиум, 3–6 пакетиков в сутки), при выявлении дискинезии толстой кишки по гипермоторному типу пациентам назначались миотропные спазмолитики – пинаверия бромид по 200 мг 2 раза в сутки за 20 минут до еды 2 месяца. С пациентами проводилась разъяснительная беседа по поводу правильного умышленного управления анальным сфинктером во время дефекации, давались рекомендации во время дефекации использовать положение на корточках, в котором распрямлялся угол прямой кишки, а также избегать длительной дефекации с безрезультативными натуживаниями.

Статистическую обработку полученных данных производили на IBM-совместимом компьютере на базе «Intel Pentium IV» с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и программы «Статистика-7,0» для Windows XP (версия 2002). По критерию Шапиро-Уилкса анализировали вид распределения признаков. При распределении, не соответствующем критериям нормального распределения признака, применяли расчет величин с использованием непараметрических методов: медиану (Me), квартили (Q 0,25 и Q 0,75), минимальное и максимальное значения признака. Сравнения групп проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни, Spearmen, Kendall Tau и Gamma. Анализ различий качественных признаков выполняли с использованием точного критерия Фишера и x 2. Достоверными считали различия $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Перед хирургическим этапом лечения хронического запора ставятся следующие задачи:

• нормализовать акт дефекации;

• полноценно восстановить трудоспособность, исключить инвалидизацию в отдаленном послеоперационном периоде;

• повысить показатели качества жизни пациентов.

Решение о проведении хирургического лечения определяется отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии не менее 6 месяцев, состоянием пациента, рентгенологической картиной толстой кишки (ирригоскопия), оценкой моторной и эвакуаторной функций толстой кишки, наличием сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.

Анализ данных литературы и собственных наблюдений позволил уточнить показания к хирургическому лечению хронического запора, которые были сформулированы следующим образом:

1. Отсутствие эффекта от проведенной консервативной терапии на протяжении не менее 6 месяцев.

2. Нарастание явлений частичной кишечной непроходимости на фоне проводимой консервативной терапии.

3. Прогрессирующее ухудшение общего состояния и качества жизни больного.

4. Выраженные анатомо-физиологические изменения ободочной кишки.

Кроме того, на основании комплексного обследования пациентов нами были уточнены предикторы неэффективности консервативной терапии, которые впоследствии рассматривались как относительные показания к оперативному лечению хронического запора.

Сопоставительный анализ выявил ряд существенных различий клинических проявлений запоров в исследуемых группах. Достоверные различия между группами были отмечены по показателям выраженной тошноты (14,8% и 4,8%, $p<0,05$), выраженному вздутию живота (45,7% и 8,4%, $p<0,05$). Ощущение неполного опорожнения после дефекации сохранялось у 73,0% пациентов первой группы по сравнению со второй группой – 25,3 % соответственно. Отличие между группами отмечено по времени натуживания во время акта дефекации – все время дефекации (42,0% и 7,2%, $p<0,05$). Задержка стула более чем на 7 дней на фоне консервативной терапии отмечена у 50,7% пациентов первой группы и только у 13,3% – второй. Затруднение при дефекации испытывали 44,4% и 21,6% больных первой и второй групп соответственно.

Длительность заболевания хроническим запором более 20 лет с предшествовавшим самостоятельным лечением (различные слабительные препараты, очистительные клизмы, пальцевое пособие при акте дефекации) в 1-й группе выявлена у 26 пациентов (32,1%)

Клинические предикторы неэффективности консервативной терапии

Симптомы	1-я группа, n=81, чел. (%)	2-я группа, n=83, чел. (%)
Выраженная тошнота	12 (14,8)	4 (4,8)*
Снижение аппетита и массы тела	43 (53,1)	31 (37,3)*
Задержка стула более чем на 7 дней на фоне консервативной терапии	41 (50,7)	11 (13,3)*
Выраженное вздутие живота	37 (45,7)	7 (8,4)*
Затруднение при дефекации	36 (44,4)	18 (21,6)*
Необходимость натуживания все время дефекации	34 (42,0)	6 (7,2)*
Ощущение неполного опорожнения после дефекации	59 (73,0)	21 (25,3)*
Необходимость пальцевого опорожнения кишечника	29 (35,8)	7 (8,4)*

Примечание: * – представлены достоверные отличия (p<0,05) от 1-й группы больных.

и у 12 во 2-й группе (14,5%) и явилась одним из предикторов неэффективности консервативной терапии.

Во 2-й группе преобладали пациенты с более высоким социальным статусом. В частности, более ¾ больных проживали с близкими родственниками в благополучных жилищных условиях, у 57,8% людей производственные условия были удовлетворительные. В 1-й группе достоверно чаще (p<0,05) встречались пациенты с неблагополучными жилищными условиями и безработные (37,1% и 45,7% соответственно). Таким образом, низкий социальный статус может служить прогностическим признаком низкой комплаентности пациентов и являться возможной причиной неэффективности медикаментозного лечения. Выявлено, что достоверно чаще в 1-й группе встречались люди, ведущие пассивный образ жизни (70,4%) с режимом питания 2 раза в день (65,4%), что также может способствовать прогрессированию запоров и снижать эффективность проводимой консервативной терапии.

При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании достоверные отличия в первой группе по сравнению со второй выявлены по наличию долихосигмы (42,0% и 21,7%, p<0,05). В первой группе не было выявлено изменений при фиброколоноскопии в 11,1% исследований, во второй группе – в 25,2%.

Моторную функцию аноректальной области исследовали у 61 пациента из 1-й и у 35 больных из 2-й группы. Повышение порога позыва на дефекацию выше 90 мл чаще отмечено в первой группе (27,9% случаев) по сравнению со второй (17,1%), что расценивалось как снижение чувствительности рецепторного аппарата прямой кишки вследствие длительного существования запора и приводило к уменьшению эффективности проводимой консервативной терапии.

Для комплексной оценки течения хронического запора мы провели сравнительный анализ показателей качества жизни больных 1-й и 2-й групп и практически здоровой популяции (рис. 1, 2). Параметры качества жизни больных с хроническим запором в сравнении со здоровыми людьми представлены на рисунках 1 и 2, из которых следует, что у пациентов обеих групп отмечается достоверное снижение всех показателей качества жизни по сравнению со здоровыми лицами. Исключение составили пациенты 2-й группы по параметру «физическое функционирование», который не отличался от контрольной группы. При сравнении показателей качества жизни 1-й и 2-й групп следует, что у больных 2-й группы отмечены достоверно более высокие значения параметров качества жизни по шкалам «физическое функционирование», «болевой синдром», «общее здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование», «жизнеспособность», «социальное функционирование», «суммарные измерения психологического здоровья» по сравнению с пациентами 1-й группы (p<0,05), что связано, по нашему мнению, с более выраженными морфофункциональными изменениями толстой кишки у пациентов 1-й группы.

Через 6 месяцев после консервативного лечения (рис. 3 и 4) у пациентов обеих групп отмечался рост показателей качества жизни, а по ряду показателям во 2-й группе они не отличались от популяционной нормы.

Проведенное клиническое обследование пациентов показало, что ведущим симптомом во всех группах являлся запор. У всех обследованных пациентов

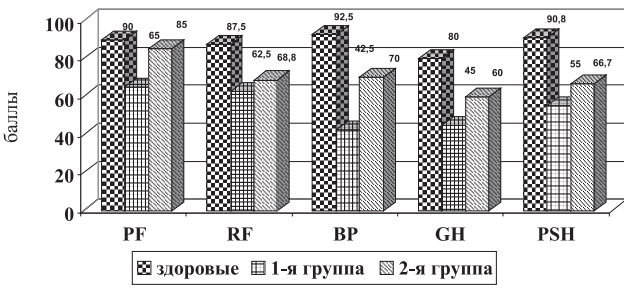

Рис. 1. Параметры физического здоровья больных хроническим запором по сравнению с практически здоровыми людьми

Примечание: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – болевой синдром; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья.

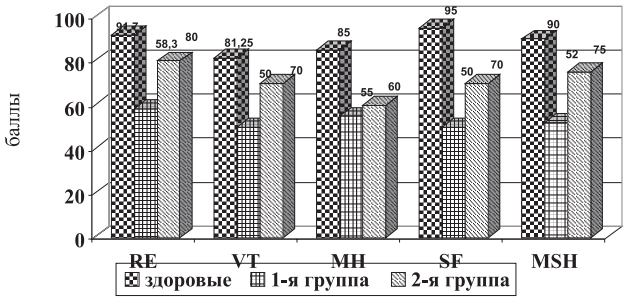

Рис. 2. Параметры психического здоровья больных хроническим запором по сравнению с практически здоровыми людьми

Примечание: RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MH – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; MSH – суммарные измерения психологического здоровья.

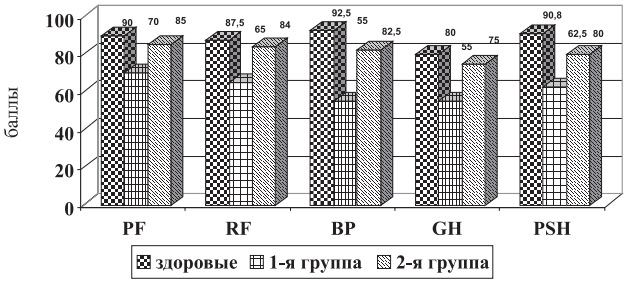

Рис. 3. Параметры физического здоровья больных хроническим запором через 6 месяцев после консервативной терапии по сравнению с практически здоровыми людьми

Примечание: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – болевой синдром; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья.

мы выявили изменения эвакуаторной функции толстой кишки, более выраженные в 1-й группе. Изучение качества жизни во всех группах до консервативной терапии продемонстрировало достоверное его снижение в сравнении с показателями практически здоровых лиц, вместе с тем у пациентов 1-й группы определялись более низкие показатели. Через 6 месяцев после консервативной терапии отмечено достоверное повышение параметров качества жизни по всем шкалам, более выраженное во 2-й группе.

Таким образом, в ходе динамического обследования пациентов с хроническим запором на фоне проводимой консервативной терапии и оценки трансформации жалоб, клинической картины, морфофункциональных изменений мы уточнили и систематизировали клинико-морфофункциональные относительные показания к оперативному лечению хронического запора по предложенной методике, включающей в себя мобилизацию ободочной кишки с транспозицией илеоцекального перехода в синистропозицию, с последующей фиксацией слепой кишки в левом подреберье, расширенную левостороннюю гемиколэктомию с устранением сигморектального перехода.

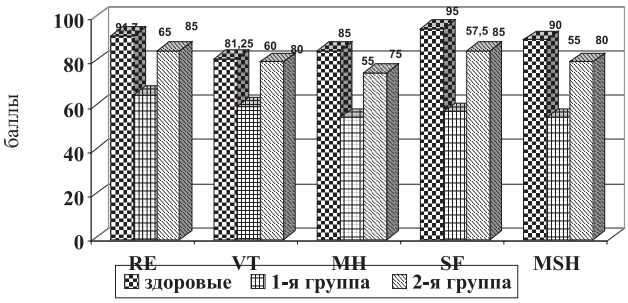

Рис. 4. Параметры психического здоровья больных хроническим запором через 6 месяцев после консервативной терапии по сравнению с практически здоровыми людьми

Примечание: RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MH – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; MSH – суммарные измерения психологического здоровья.

Суммарным результатом лечения пациентов с хроническим запором по предложенной технологии с соблюдением всех ее этапов, а также активной реабилитации в послеоперационном периоде, включающей комплекс мероприятий, направленных на профилактику осложнений и раннее восстановление функций толстой кишки, является достижение положительного результата (в виде хороших и удовлетворительных результатов) в 89±3,7% случаев ($p<0,01$). Это позволяет восстановить пассаж по толстой кишке у пациентов и таким образом решить вопрос медико-социальной реабилитации больных с хроническим запором.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авакимян В. А., Зорик В. В.* Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза // Проктолог. – 2001. – № 3. – С. 52–58.

2. *Ачкасов С. М., Саламов К. Н., Капуллер Л. Л. и др.* Запоры при аномалиях развития и положения толстой кишки у взрослых // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – № 2. – С. 58–63.

3. *Григорьева Г. А.* Запор (от симптома к диагнозу, от диагноза к лечению) // Русский медицинский журнал.– 2003. – Т. 5 № 1.– С. 89–93.

4. *Минушкин О. Н.* Запоры и принципы их лечения // Терапевтический архив. – 2003. – № 1. – С. 19–23.

5. *Потемкин С. Н., Гуменюк С. Е., Каушанский В. Б., Гурджиян М. Д.* Оценка качества жизни больных с синдромом хронического колостаза после хирургической коррекции // Клиническая хирургия. – 2005. – № 3. – С. 22–26.

6. *Руденко Н. Н., Томаш О. В.* Запор – мифы и действительность // Medicus amicus (медицинская газета). – 2005. – № 2. – С. 22.

7. *Iannelli A., Fabiani P., Mouiel J., Gugenheim J.* Laparoscopic subtotal colectomy with anastomosis for slow–transit constipation // Surgical endoscopy. – 2006. –Vol. 20. № 2. – P. 171–173.

8. *Lux G., Lederer P., Tempel J. et al.* Irritable kolon fortschr // Med. – 1979. – Bd. 97. № 11. – P. 1261–1264.

9. *Waller S., Misiewicz J.* Prognosis in the irritable-bowel syndrome // Lancet. –1969. – Vol. 2. № 7. – P. 753–756.

Поступила 29.03.2012

В. М. ДУРЛЕШТЕР[1,2], Н. В. КОРОЧАНСКАЯ[1,2], Р. Ш. СИЮХОВ[2], И. Ю. СВЕЧКАРЬ[1,2], С. А. ГАБРИЭЛЬ[2], Л. Г. ДРЯЕВА[2], Р. Б. БЕРЕТАРЬ[2], В. Ф. СЕМЕНОВ[3]

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

[1]Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС
ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
[2]МБУЗ городская больница № 2 Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;
[3]кафедра болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО КГМУ Росздрава,
Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Захарова, 59, тел. 8-928-4119057. E-mail: barracuda00@yandex.ru

В статье приведены данные обследования 37 пациентов с оториноларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита – хроническими фарингитом и ларингитом. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция. Результаты хирургического лечения оценивали через 1, 6, 12, 24, 36 месяцев. В ходе обследования выявлено отсутствие либо существенное уменьшение внепищеводных оториноларингологических проявлений после операции у подавляющей части больных.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, внепищеводные проявления, антирефлюксные операции.

V. M. DURLESHTER[1,2], N. V. KOROCHANSKAYA[1,2], R. H. SIUHOV[2], I. U. SVECHKAR[1,2], S. A. GABRIEL[2], L. G. DRIAEVA[2], R. B. BERETAR[2], V. F. SEMENOV[3]

SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH SUPRAOESOPHAGEAL OTOLARYNGOLOGIC REFLUX- ESOPHAGITIS MANIFESTATIONS

[1]Department of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4;
[2]city hospital № 2 «Krasnodar versatile medical-diagnostic association»,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2;
[3]department of otorhinolaryngology Kuban state medical university,
Russia, 350007, Krasnodar, Zacharova street, 59, tel. 8-928-4119057. E-mail: barracuda00@yandex.ru

The article presented the results of the examination of 37 patients with otolaryngologic supraoesophageal reflux-esophagitis manifestations such as chronic laryngitis and chronic pharyngitis. All patients underwent the laparoscopic antireflux procedure. The results of surgery were assessed in 1, 6, 12, 24, 36 months. The check-up has revealed the absence of reflux-esophagitis in all patients and disappearance or significant decreasing of otolaryngologic supraoesophageal reflux-esophagitis manifestations in major of patients after surgery.

Key words: reflux-esophagitis, supraoesophageal manifestations, antireflux procedure.

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ) в последнее время привлекает повышенное внимание ученых и клиницистов. Ее считают гастроэнтерологической патологией XXI века, так как в последние десятилетия прослеживается заметная тенденция к уменьшению заболеваемости язвенной болезнью и увеличению заболеваемости ГЭРБ. Симптомы этого заболевания (чаще всего изжога) при тщательном опросе выявляются у 30–40% взрослого населения развитых стран, а воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода, то есть рефлюкс-эзофагит, диагностируют у 30–45% лиц с симптоматикой ГЭРБ, подвергшихся эндоскопическому обследованию [1, 13].

В последние годы возросло число клинических исследований, подтверждающих взаимосвязь между рефлюкс-эзофагитом и патологией других органов и систем [1, 4, 5, 7]. Определена большая группа так называемых атипичных, или внепищеводных, проявлений рефлюкс-эзофагита, среди которых выделяют бронхопульмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические.

В патогенезе изменений ЛОР-органов при ГЭРБ ведущую роль играют патологические высокие гастроэзофагеальные рефлюксы, приводящие к постоянным забросам желудочного содержимого в верхние отделы пищевода, носовую полость, гортань и глотку с развитием в них хронических воспалительных изменений. При этом важную роль играют как рефлекторные влияния, так и прямое контактное повреждение слизистой оболочки [4, 11]. Явление высокого рефлюкса при недостаточной функции верхнего пищеводного сфинктера получило название фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР) [5, 12]. Слизистая оболочка глот-

УДК 616.3 – 002 – 089:616.22