

А. М. Мануйлов, С. О. Долгарев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Кубанский медицинский университет, Краснодар

Вопросы лечения у взрослых синдрома хронического колостаз (СХК), ассоциированного с идиопатическим мегадолихоколон (ИМК), становятся все более актуальными. Одни авторы [1-3] предлагают лечить СХК посредством хирургической коррекции длины и положения ободочной кишки. Другие [4-6] причину ИМК видят в дистрофии ганглиев прямой кишки.

Выполнялась резекция прямой кишки, или операция Дюамеля [7, 8]. В ККБ № 1 в колопроктологическом отделении была опробована другая оперативная тактика — субфасциальная резекция прямой кишки у больных ИМК с низведением ободочной кишки по Дюамелю или Бэбкоку.

Целью исследования являлась сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных, оперированных методом коррекции длины, положения ободочной кишки и методом субфасциальной резекции.

Методы исследования. Сравнение проводилось на основе анализа клинических наблюдений, оценки биоценоза толстой кишки перед и, по возможности, после лечения. Оценку результатов осуществляли путем диспансерного наблюдения за больными в течение 3-5 лет. Осмотр через 3 месяца после выписки был обязателен для всех больных. Цель его — оценка общего состояния больных, частоты стула. Оценку качества жизни этих больных мы проводили с помощью теста SF-36 [9], где сумма балльной оценки характеризовала качество жизни.

Отдаленный результат лечения расценивался как хороший, когда наряду с восстановлением самостоятельного стула показатели качества жизни по вопроснику SF-36 составляли: физическая работоспособность — 26-30 баллов, физическое состояние — 7-8 баллов, болевой синдром — 2 балла, общее здоровье — 10-12 баллов, энергичность — 4-5 баллов, социальная роль — 8-10 баллов, эмоциональное состояние — 6 баллов, психическое здоровье — 5-7 баллов.

Удовлетворительным считался результат, когда стул был самостоятельным, но не регулярным, или требовалась его коррекция диетой; допускалось несистематическое использование послабляющих средств или очистительных клизм. Показатели по вопроснику SF-36 соответственно: физическая работоспособность — 24-25 баллов, физическое состояние — 5-6 баллов, болевой синдром — 3 балла, общее здоровье — 8-9 баллов, энергичность — 7-8 баллов, социальная роль — 7 баллов, эмоциональное состояние — 7-8 баллов, психическое здоровье — 8-10 баллов.

Неудовлетворительным считался исход лечения, не приносящий больному никакого облегчения. Соответствующие балльные показатели по вопроснику SF-36.

Для выполнения поставленной задачи было проанализировано две группы больных. Первая группа состояла из 31 больного с СХК в возрасте от 15 лет до 61 года, оперированного методом коррекции длины и положения ободочной кишки. Преобладали больные 28-40 лет, мужчин было 13 (36 %), женщин 18 (64 %). Все больные до операции страдали отсутствием самостоятельного стула, регулярно пользовались слабительными и очистительными клизмами.

Суть операции заключалась в резекции декомпенсированных отделов ободочной кишки, включая ректосигмоидный переход с устранением высокого стояния печеночного или селезеночного

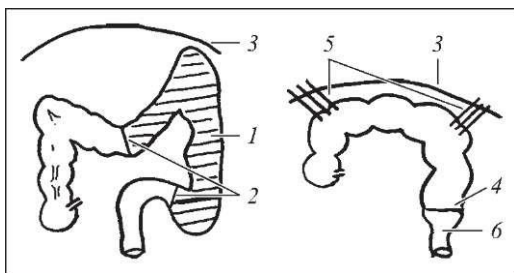


Рис. 1. Левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмо (ректо) анастомоза конец в конец.

1 — удаляемый декомпенсированный отдел,
2 — линия отсечения кишки, 3 — диафрагма, 4 — линия анастомоза, 5 — фиксация кишки к диафрагме, 6 — прямая кишка

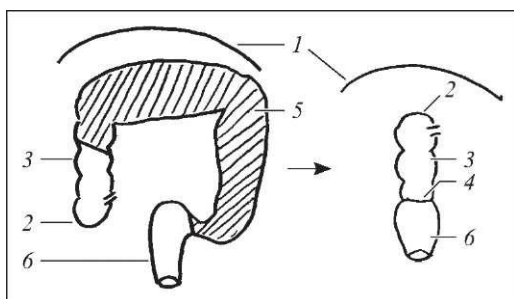


Рис. 2. Субтотальная колэктомия с асцендосигмо (ректо), цекоректальным анастомозом 1 — диафрагма, 2 — слепая кишка, 3 — восходящая ободочная кишка, 4 — линия анастомоза,

5 — удаляемый отдел толстой кишки,
6 — прямая кишка

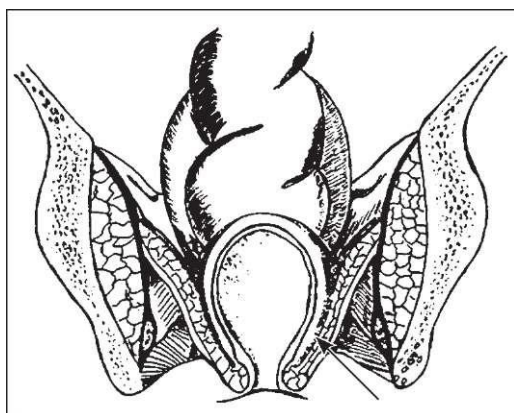


Рис. 3. Граница между продольным слоем прямой кишки и фасцией (указано стрелкой).

изгибов ободочной кишки, наложением трансверзосигмо (ректо) или асцендосигмо (ректо), цекоректального анастомоза [2]. Если слепая кишка первоначально располагалась слишком низко или под печенью, то производили цекоас-цендопексию, а проксимальный отдел поперечно-ободочной кишки низводили вниз по направлению к прямой кишке. Вся ободочная кишка перемещалась по часовой стрелке справа налево. Избыток ее левой половины резецировался и формировался трансверзосигмои-дальный или трансверзоректальный конце-концевой анастомоз (рис. 1). Новообразованные изгибы ободочной кишки подшивались к реберным частям диафрагмы справа и слева, восходящие и нисходящие отделы кишки пришивались к брюшине и мышцам латеральных каналов брюшной полости. При субтотальной дилатации ободочной кишки резецировались все ее декомпенсированные отделы, а сохраненные слепая и часть восходящей кишки инвертировались в сагиттальной плоскости вокруг подвздошно-толстокишечных сосудов и накладывался асцендо-ректальный анастомоз (рис. 2).

Проанализированы также больные (32 человека) со сравнимым половым и возрастным составом, которым была выполнена субфасциальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки по Дюамелю или Бэбкоку с превентивным диагнозом «хронический колостаз». Операция заключалась в пристеночной мобилизации ректосигмоидного отдела в анатомическом слое, ограниченном висцеральным листком тазовой фасции и продольным мышечным слоем стенки прямой кишки (рис. 3). Прямая кишка выделялась до мышц тазового дна, резецировалась часть ободочной кишки, имеющей признаки декомпенсированной дилатации. Слепая, восходящая и поперечно-ободочная кишка также мобилизовывались с сохранением средних, правых ободочных и подвздошно-ободочных магистральных сосудов. В случаях резекции всей ободочной кишки восходящая ободочная кишка инвертировалась в сагиттальной плоскости с низведением в анальный канал.

Результаты и их обсуждение.

В раннем, отдаленном послеоперационном периодах была дана оценка срокам ремиссии болезни и проценту рецидива колостаза в обеих группах больных. Результаты

представлены в табл. 1. Качество жизни таких больных находилось на неудовлетворительном уровне.

Результаты тестирования этих групп больных по показателям SF-36 приведены в табл. 2, 3.

Как видно из таблиц, показатели практически идентичны, большинство показателей неудовлетворительные. Два положительных результата при оперативном лечении методом коррекции длины получены у больных с изолированной мегасигмой (резекция сигмовидной кишки) и долихоколон (левосторонняя гемиколэктомия), один хороший и один неудовлетворительный результат при эндофасциальной резекции малоутешительны.

Субфасциальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки в разных модификациях формировала поздние послеоперационные осложнения — анастомозиты, анальную инконтиненцию, гнойно-воспалительные процессы клетчатки малого таза.

Таблица 1

Оперативное лечение хронического колостаз

Вид лечения	Количество больных в группах	Результат лечения по компенсации колостаз		
		хороший	удовл.	плохой
Коррекция длины и положения ободочной кишки				
сигмосигмоидальный	1	1	-	-
трансверзосигмоидальный	10	1	-	9
асцендосигмоидальный	1	-	-	1
трансверзоректальный	17	-	-	17
асцендоректальный	2	-	-	2
Итого	31	2 (6,4 %)	-	29 (93,5 %)
Эндофасциальная резекция прямой кишки				
трансверзоанальный	10	1	1	8
асцендоанальный	6	-	-	6
по Дюамелю	16	-	-	16
Итого	32	1 (3,1 %)	1 (3,1 %)	30 (100 %)

Таблица 2

Показатели SF-36 в послеоперационном периоде у больных после коррекции длины и положения ободочной кишки

Показатель	Значение (в баллах) при сроках наблюдения			
	6 мес.	1 год	3 года	5 лет
Физическая работоспособность	20	10	10	10
Физическое состояние	6	4	4	4
Болевой синдром	5	12	12	12
Общее здоровье	12	7	6	5
Энергичность	8	12	15	24
Социальная роль	3	3	3	3
Эмоциональное состояние	5	24	25	30
Психическое здоровье	10	12	16	23
Рецидив колостаз, %	61	87	95	98

Таблица 3

Показатели SF-36 в послеоперационном периоде у больных после эндофасциальной резекции

Показатель	Значение (в баллах) при сроках наблюдения			
	6 мес.	1 год	3 года	5 лет
Физическая работоспособность	21	11	11	11
Физическое состояние	5	5	4	4
Болевой синдром	6	9	11	12
Общее здоровье	10	6	5	5
Энергичность	9	11	15	23
Социальная роль	3	3	3	3
Эмоциональное состояние	6	22	23	29
Психическое здоровье	11	13	17	22
Рецидив колостаз, %	68	88	98	99

Таблица 4

Распределение сроков рецидива колостаз у оперированных больных, %

Метод хирургической коррекции колостаз	6 мес.	1 год	5 лет
Коррекция длины и положения ободочной кишки (31 человек)	57	90	93
Субфасциальная резекция ободочной кишки (32 человека)	61	87	96

Сроки рецидива колостаз в обеих группах составили в среднем 8 месяцев — 1 год (табл. 4.)

Таким образом, хирургическое лечение синдрома хронического колостаз методами коррекции длины, положения и методом эндофасциальной резекции одинаково неэффективны. Ремиссия, возникающая в первые полгода после операции, нестойкая, связана в основном с резекцией де-компенсированных отделов и временной эффективной пропульсией вышележащих отделов ободочной кишки. Причина неэффективности оперативного лечения кроется, по-видимому, в отсутствии этиопатогенетического подхода к данной проблеме.

Summary

Manuylov A. M., Golenskaya L.I., Dolgarev S. O. The technology of rehabilitation conservative treatment of idiopathic megadolihocolon by preparation bifilact Biota.

The article shows the conservative method of pharmacological correction of bioacaenosis of large intestine in the syndrome of chronic colostas (SHC) by preparation containing live microorganism (bifilact Biota) in connections with un-effective surgical treatment of stasis disorder. Therapy by preparation bifilact Biota promotes stool restoration with 92 % of operated patients and 100 % of unoperated patients. Relaps of IMC in remote period is functionally connected with qualitative changes of biocoensis of large intestine. *Key words:* idiopathic megadolihocolon, bifilact Biota.

Литература

1. *Анистратенко И. К.* Клиника и лечение аномалий развития толстого кишечника. Киев, 1969. С. 129.
2. *Головачёв В. Л.* Толстокишечные стазы. Алма-Ата, 1985. С. 139.
3. *Романов П. А.* Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки. М., 1987. С. 189.
4. *Беюл Е.А., Шаховская А. К., Лукаш Л. К.* Дискинезии толстой кишки с синдромом запора и их лечение // Клинич. медицина. 1983а. № 7. С. 89-94.

5. *Вавилова Т. И., Воробьёв Г. И.* Морфологические изменения при хронических запорах у взрослых // Матер. науч.-практ. конф. Проктологов. Тула, 1986. С. 64-66.
6. *Krichnamurthy S., Kumar D.* Outlet obstruction: what obstructs the outlet? // Constipation and anorectal insufficiency. Falk Symposium 95. Kluwer Academic Publishers, 1995. P. 100-105.
7. *Фёдоров В.Д., Воробьёв Г. И.* Мегаколон у взрослых. М., 1986. 224 с.
8. *Nixon H. H.* Discussion on megacolon // Pro. roy. Soc. Med. 1961. Vol. 54. P. 1037-1040.
9. *Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Бендер Л. В., Клименко Л. И.* Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Рос. центр функц. хирургич. гастроэнтерологии. Краснодар, 2003. С. 153-157.

Статья принята к печати 20 июня 2007 г.

