

УДК 616-089

**А.В. Тобохов, П.А. Неустроев,
В.Н. Николаев, А.И. Васильев, Д.Н. Семенов,
А.И. Протопопова**

E-mail: nfa_78@mail.ru

ВЫБОР ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВИСЦЕРОПТОЗА

Медицинский институт Якутского
государственного университета
им. М.К. Аммосова, Республика Саха (Якутия)

ВВЕДЕНИЕ

Висцероптоз, осложненный хроническим толстокишечным стазом, является одним из распространенных заболеваний в структуре толстокишечной патологии. Несмотря на многочисленность исследований, до сих пор остаются спорными вопросы хирургического лечения, а количество рецидивов после хирургической коррекции, по данным ряда авторов, доходит до 27,3–45,9% [7,8]. Причинами неудовлетворительных результатов

являются как несовершенство критериев оценки нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, так и отсутствие единого мнения в выборе объема резекции ободочной кишки [1,2,3,4,5,6,9].

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы хирургического лечения висцероптоза, осложненного ХТС, и необходимости ее дальнейшего изучения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведено обследование 257 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу висцероптоза, осложненного хроническим толстокишечным стазом с 1993 по 2006 год. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет.

В оценке степени моторно-эвакуаторной функции толстой кишки мы придерживались классификации ХТС А.И. Иванова (1996), в соответствии с которой: степень компенсации – задержка стула до 3-4 дней, степень субкомпенсации – задержка стула 5-10 дней, степень декомпенсации – задержка стула свыше 10 дней. Задержкой стула до 3-4 дней страдали 18 (7%) пациентов, степень субкомпенсации выявлена в 122 (47,5%) случаях, декомпенсация у 117 (45,5%) больных. С целью исследования морфофункционального состояния ободочной кишки у больных с ХТС мы проводили комплексное обследование, включающее

как общеклинические методики, так и инструментальные и морфологические. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В клинической картине висцероптоза ведущим является синдром хронического толстокишечного стаза, который выявлен в 257 (100%) случаях. При этом у 18 (7%) больных наблюдалась задержка стула до 3-4 дней, в 122 (47,5%) случаях от 5 до 10 дней, у 117 (45,5%) человек более 10 суток.

В результате проведенного нами анализа жалоб и анамнеза группы пациентов с задержкой стула более 10 дней выяснено, что у 56 (47,8%) больных сохранялся самостоятельный акт дефекации. У 61 (52,2%) больного самостоятельный стул отсутствовал, и дефекации можно было добиться, только используя большие дозы слабительных средств или очистительные клизмы. Наличие самостоятельного стула, по нашему мнению, свидетельствует о некотором сохранении моторно-эвакуационной функции толстой кишки, несмотря на длительность ХТС.

Синдром хронической эндогенной интоксикации в виде головной боли, общей слабости, снижения работоспособности наиболее выражен у 61 (23,7%) больного с отсутствием самостоятельной дефекации.

По данным **ректороманоскопии**, атрофические изменения слизистой толстой кишки зависят от степени компенсации моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Если в компенсированной и субкомпенсированной степени преобладают катаральные изменения, причем более чем в половине случаев слизистая не изменена, то у больных с отсутствием

самостоятельного стула вследствие длительного отека и воспаления стенки кишки развивается атрофия слизистой кишечника.

Ирригоскопия проведена 257 (100%) обследованным больным (табл. 1).

Проведенные рентгенологические исследования показали, что изменения кишечника в виде тотального опущения ободочной кишки, расширения отделов возрастают со степенью задержки эвакуации содержимого толстой кишки. Необходимо отметить, что наиболее тяжелые нарушения выявлены у больных с отсутствием самостоятельного стула. Но в то же время удлинения ободочной кишки, и сегментарного, и тотального характера, встречаются в анализируемых группах с одинаковой частотой независимо от степени ХТС, что свидетельствует о том, что удлинение ободочной кишки не имеет решающего значения для прогрессирования запоров.

Динамическая сцинтиграфия с использованием ^{99m}Tc броммезида проведена 162 (63%) пациентам, страдающим ХТС в степени субкомпенсации и декомпенсации (табл. 2).

При динамическом наблюдении через 3, 6, 8, 24, 48 часов мы получили информацию о функциональном состоянии толстой кишки, в том числе – объективную картину участков кишки, где из-за механического препятствия задерживалось кишечное содержимое, маркированное изотопом. Так, у 58 (95,1±6,3%)* больных с отсутствием самостоятельного стула наблюдали накопление маркированного содержимого в виде уровней жидкости, что говорит об атонии ободочной кишки. А у больных с запорами более 10 дней, но с сохранением самостоятельного акта дефекации уровни радиоизотопа наблюдались всего

Таблица 1

Результаты ирригоскопии у больных с висцероптозом, осложненным ХТС

Патологические изменения	Степень ХТС						Всего	
	компенсации		субкомпенсации		декомпенсации			
	n-18	M±m%	n-122	M±m%	n-117	M±m%	n-257	M±m%
Правосторонний колоноптоз	14	77,8±9,8*	89	72,9±4,0*	54	46,1±4,6*	157	61,0±3,0
Левосторонний колоноптоз	3	16,7±8,8	7	5,7±2,1	9	7,7±7,8	19	7,4±1,6
Тотальный колоноптоз	1	5,5±5,4*	21	17,2±3,4*	54	46,1±4,6*	76	29,6±2,8
Долихоколон	2	11,1±7,4*	37	30,3±4,2	39	33,3±4,3	78	30,3±2,9
Долихоасцендо-колон	1	5,5±5,4	4	3,3±1,6*	15	12,8±3,1*	20	7,8±1,8
Долихотранс-верзоколон	6	33,3±11,1	48	39,3±4,4	32	27,3±4,1	86	33,4±2,9
Долихосигма	9	50,0±11,8*	31	25,4±3,9	31	26,5±4,1	71	27,6±2,8
Умеренное расширение ободочной кишки	-		3	2,5±1,4*	41	35,0±4,4*	44	17,1±2,3
Двустволки в печеночном изгибе	2	11,1±7,4*	21	17,2±3,4	31	26,5±4,1	54	21±2,5
Двустволки в селезеночном изгибе	1	5,5±5,4*	42	34,4±4,3*	31	26,5±4,1	74	28,8±2,8

Примечание: * различия статистически значимы (p<0,05)

Результаты динамической сцинтиграфии у больных с висцероптозом, осложненным ХТС

Патологические изменения	Степень субкомпенсации		Степень декомпенсации с сохранением стула		Степень декомпенсации с отсутствием самост. стула		Всего	
	n-45	M±m%	n-56	M±m%	n-61	M±m%	n-162	M±m%
Правосторонний колоноптоз	32	71,1±6,7*	28	50,0±6,7	26	42,6±6,3*	86	53,1±3,9
Левосторонний колоноптоз	2	4,4±3,0	4	7,1±3,4	3	4,9±2,8	9	5,6±1,8
Тотальный колоноптоз	11	24,4±6,4*	24	42,9±6,6	31	50,8±6,4*	66	40,7±3,9
Сегментарные удлинения	12	26,7±6,6*	5	8,9±14,5	3	4,9±2,8*	20	12,3±2,6
Тотальные удлинения	2	4,4±3,0	3	5,4±3,0	8	13,1±4,3	13	8,0±2,1
Расширение ободочной кишки	4	8,9±4,2*	11	19,6±5,3*	32	52,5±6,4*	47	29,0±3,6
Двустволки в печеночном изгибе	19	42,2±7,4	23	41,1±6,6	31	50,8±6,4	73	45,0±3,9
В селезеночном изгибе	7	15,6±5,4*	17	30,4±6,1	24	39,3±6,2*	48	29,6±3,6
Уровни радиоизотопа	-	-	2	3,6±2,5*	58	95,1±6,3*	60	37,0±3,8

Примечание: * различия статистически значимы ($p < 0,05$)

в 2 ($3,6 \pm 2,5\%$)* случаях, что свидетельствует о сохранении моторно-эвакуаторной функции, несмотря на длительную задержку стула. Необходимо отметить, что данные радиоизотопных исследований существенно отличаются от результатов ирригоскопии. Если рентгенконтрастные методы достоверно выявляют патологические изменения положения, фиксации, длины ободочной кишки, то радиоизотопные методы в основном отражают степень нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

Хирургическое лечение проведено 232 (90,3%) пациентам. Возраст оперированных пациентов варьировал от 18 до 64 лет. Основываясь на выраженности клинических синдромов и степени компенсации ХТС, мы ставили следующие показания к оперативному лечению:

1. Хронический толстокишечный стаз свыше 5 дней с достоверно установленными аномалиями развития и фиксации ободочной кишки;

2. Выраженный абдоминальный болевой синдром у больных с установленным клинически и рентгенологически диагнозом опущения внутренних органов.

Применялись следующие методы оперативной коррекции:

I. В период с 1993 по 1996 год, использовались методы ограниченной резекции участков ободочной кишки в сочетании с правосторонней колонопексией.

II. Стандартная методика резекции левого фланга ободочной кишки в объеме до левосторонней гемиколонэктомии в сочетании с двухсторонней колонопексией внедрена с 1996 года.

III. С 2003 года была внедрена методика дистальной субтотальной резекции ободочной кишки с наложением асцендосигмо- или асцендоректоанастомоза.

Изолированные резекции ободочной кишки с колонопексией проведены 52 (22,4%) больным. Из них

2 (40,0%) пациентам с компенсированной степенью, 38 (34,5%) с субкомпенсированной степенью и 12 (10,3%) больным с декомпенсацией хронического толстокишечного стаза.

В 152 (65,5%) случаях применена резекция левого фланга ободочной кишки с двухсторонней колонопексией. Из них у 3 (60%) пациентов выявлялась компенсированная степень ХТС, 70 (63,6%) больных страдали субкомпенсированной степенью и у 79 (67,5%) человек ХТС носил декомпенсированный характер.

Субтотальная резекция ободочной кишки применена 26 (22,2%) больным с декомпенсированной степенью ХТС и 2 (1,8%) пациентам с ХТС в степени субкомпенсации. Следует учесть, что у 8 (28,6%) пациентов из этого числа в анамнезе проводились хирургические вмешательства по поводу висцероптоза в различном объеме, такие как правосторонняя колонопексия, резекция сигмовидной кишки.

В результате проведенного гистологического исследования резецированных участков ободочной кишки установлено, что при хроническом толстокишечном стазе возникают реактивные морфологические изменения слизистой и подслизистой оболочек толстой кишки, наиболее часто проявляющиеся инфильтрацией подслизистой. Итогом реактивных изменений слизистой и подслизистой оболочек, вызванных нарушением физиологического пассажа содержимого кишечника и интоксикацией, является гибель подавляющего большинства ганглиев и нейронов подслизистых нервных сплетений и деструктивные изменения межмышечных нервных сплетений (уменьшение числа ганглиев, деструкция нервных клеток).

Отдаленные результаты оперативной коррекции прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет. Контрольное обследование проведено 151 (65,1%)

больному. Критерием оценки результатов хирургического лечения больных с висцероптозом послужило состояние моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, а также наличие или отсутствие воспаления ее слизистых.

Из 21 пациента, которым проводилась изолированная резекция ободочной кишки, у 3 (14,3%) больных результат хирургического лечения признан нами «удовлетворительным». В 18 (85,7%) случаях выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта, результаты лечения оценены как «неудовлетворительные».

В группе больных, которым проводилась резекция левого фланга ободочной кишки, «хорошие» результаты получены у 46 (44,2%) больных. У 37 (35,6%) больных результат хирургического лечения определен как «удовлетворительный». «Неудовлетворительный» результат наблюдался в 21 (20,2%) случае.

У пациентов с висцероптозом после проведенной дистальной субтотальной резекции ободочной кишки «хорошие» результаты достигнуты в 18 (69,2%) случаях. «Удовлетворительный» результат отмечен в 6 (23,1%) наблюдениях. У 2 (7,7%) пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наблюдался многократный жидкий стул до 3-5 раз в сутки, хотя отмечено отсутствие болевого синдрома.

Таким образом, общее количество «неудовлетворительных» результатов составило 27,1%.

После проведения изолированных резекций ободочной кишки с колонопексией неудовлетворительные результаты получены у 1 (5,6%) компенсированного больного и у 14 (77,8%) пациентов с субкомпенсированной степенью ХТС. В степени декомпенсации отрицательные отдаленные результаты наблюдались лишь в 3 (16,7%) случаях. Отдаленный период в 16 (88,9%) случаях осложнился рецидивом синдрома ХТС. В 1 (5,6%) наблюдении развилась спаечная болезнь, а в 1 (5,6%) случае – клиника хронического колита. Таким образом, ограниченные резекции участков ободочной кишки неэффективны вне зависимости от степени ХТС и в большинстве случаев (88,9%) приводят к рецидивам.

При анализе неудовлетворительных результатов резекции левого фланга ободочной кишки выявлено, что 19 (90,5%) больных страдали декомпенсированной степенью ХТС, проявляющейся задержкой эвакуации кишечного содержимого более 10 дней и отсутствием самостоятельного стула. У 2 (9,5%) пациентов наблюдался синдром ХТС в степени субкомпенсации. При анализе 21 (100,0%) «неудовлетворительного» результата после резекции левого фланга ободочной кишки рецидив ХТС наблюдался в 18 (85,7%), спаечная болезнь в 2 (9,5%), хронический колит в 1 (4,8%) случае. Считаем, что объем левосторонней гемиколонэктомии недостаточен для коррекции декомпенсированной степени ХТС при отсутствии самостоятельного стула. Необходи-

мо отметить, что у больных с задержкой стула более 10 дней, но с сохранением самостоятельного акта дефекации аналогичный объем резекции был эффективен.

После проведения дистальной субтотальной резекции ободочной кишки неудовлетворительный результат отмечался в 2 (100,0%) случаях, у пациентов с субкомпенсированной степенью ХТС. В остальных случаях операция была эффективна. Характерно, что синдромом диареи течение отдаленного послеоперационного периода осложнилось у пациентов с субкомпенсированной степенью ХТС. По нашему мнению, при некотором сохранении моторно-эвакуаторной функции объем субтотальной резекции избыточен.

Таким образом, в результате проведенного анализа «неудовлетворительных» результатов выявлено, что из 151 (100,0%) обследованного больного у 34 (22,5%) пациентов осложнения проявлялись рецидивом синдрома ХТС и только в 7 (4,6%) случаях другими причинами. По нашему мнению, это связано с неадекватной оценкой степени нарушения моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки.

ВЫВОДЫ

1. Изолированные резекции участков ободочной кишки неэффективны вне зависимости от степени ХТС и приводят к рецидивам ХТС.
2. При проведении резекции левого фланга ободочной кишки рецидивы синдрома ХТС возникают у больных с отсутствием самостоятельного стула. Объем левосторонней гемиколонэктомии наиболее эффективен у больных с ХТС в степени субкомпенсации.
3. Субтотальная дистальная резекция ободочной кишки показана в тяжелых, запущенных состояниях, у пациентов с ХТС в степени декомпенсации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов А.И. Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития, фиксации ободочной и прямой кишок (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение): Дисс... докт. мед. наук. М., 1996. – 277с.
2. Леньошкин А. И., Киргизов И.В., Сухоруков А.М., Горбунов Н.С. Интраоперационный ультразвуковой способ определения объема резекции толстой кишки у детей с хроническим толстокишечным стазом. // Детская хирургия – 2002. № 4. – С. 6-8.
3. Рахманов С.Т., Наврузов С.Н. Колэктомия как метод выбора хирургического лечения хронического колостазы. // В кн.: Актуальные проблемы колопроктологии. Нижний Новгород, 1995. – С. 55- 56.
4. Саламов К.Н., Ачкасов С.И. Особенности клинических проявлений аномалий толстой кишки у взрослых. // В кн.: Актуальные проблемы колопроктологии. Нижний Новгород, 1995. – С. 48- 49.
5. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: Дисс... докт. мед. наук. М., 2003. 213с.

6. Cordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and Anus. Second Edition. St. Louis. Missouri, 1999. – P. 994.
7. Madoff R.D., Williams J.G., Wong W. D. // Am. J. Gastroenterol. – 1992. – Vol. 87, № 1. – P. 101-104.
8. Muller-Lissner S.A. Cisapride in chronic idiopathic constipation: Can the colon be reeducated. Bavarian constipation study group // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1995. № 7. – P. 69-73.
9. Pemberfon J.H., Rath D.M., llstivp D.M.. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. Ann. Surg 1991; 214:403-13.

CHOICE OF THE VOLUME TO RESECTIONS OF THE COLON IN SURGICAL TREATMENT VISCEROPTOSIS

A.V. Tobokhov, P.A. Neustroyev, V.N. Nikolayev, A.I. Vasilyev, A.I. Protopopova, D.N. Semenov

SUMMARY

In clause the given inspections and surgical treatment of 257 patients with visceroptosis are submitted. As a result of the lead analysis of the remote results of various volumes of surgical treatment it is revealed, that isolated resections ободочной guts are inefficient. The resection of the left flank colon guts has positive results at a degree of chronic stasis of colon. At a degree deindemnification motor functions colon guts the volume of a subtotal resection guts is most effective.