

УДК 616.34-009.11-036.12-007.1-089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов, А.А. Субанов, Ш.Д. Авазканова

Приводятся результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза у больных с аномалиями развития толстой кишки.

*Ключевые слова:* толстокишечный стаз; аномалии; запор; долихосигма; гемиколэктомия; анастомоз.

---

## SURGICAL TREATMENT OF FUNCTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ANOMALIES IN THE DEVELOPMENT AND PROVISION OF THE COLON

А.М. Madaminov, А.А. Subanov, Sh.D. Avazkanova

The results of surgical treatment of chronic colonic stasis are shown in patients with anomalies of the colon.

*Key words:* colonic stasis; anomalies; constipation; dolichosigmoid; hemicolectomy; anastomosis.

**Актуальность.** Единого мнения среди хирургов в вопросах хирургического лечения больных с хроническим толстокишечным стазом нет [1–3]. Однако большинство авторов едины в том, что аномалии развития и фиксации толстой кишки, приводящие к запорам, являются хирургической проблемой [4–6]. Хроническим толстокишечным стазом, по данным многих авторов, страдают 37–38 % взрослого населения [1, 2, 5]. Болеют толстокишечным стазом лица наиболее трудоспособного возраста, особенно женщины 30–50 лет [1, 3, 4].

Хронический толстокишечный стаз – это длительная задержка кишечного содержимого в каком-либо сегменте или во всей толстой кишке, вследствие нарушения ее моторно-эвакуаторной функции [1, 4, 7].

Причиной толстокишечного стаза, кроме аномалии развития, фиксации и положения ободочной кишки, являются еще гиподинамия, отсутствие в питании растительной клетчатки, стресс, интоксикации, отравления, травмы, операции, заболевания и травмы центральной нервной системы и эндокринных желез, энтероптоз [1, 3, 4, 8]. Подавляющему большинству больных требуется консервативное лечение. Вместе с тем, ряд больных при отсутствии эффекта от консервативной терапии, появлении осложнений хронического толстокишечного стаза нуждаются в проведении

оперативного лечения. По данным некоторых авторов, удельный вес больных с толстокишечным стазом, нуждающихся в хирургическом лечении, составляет всего 1,3 %, но абсолютное количество этих больных чрезвычайно велико. Поэтому проблема диагностики и лечения хронических толстокишечных стазов является одной из актуальных в современной колопроктологии [1, 2, 5]. Несмотря на то, что проблеме диагностики и лечения хронического толстокишечного стаза посвящены работы многих авторов, до настоящего времени результаты лечения таких больных остаются неудовлетворительными. Так, при консервативном лечении неудовлетворительные результаты наблюдаются в 20–30 %, а при хирургическом лечении доходят до 35–45 % [1, 4, 7]. Хронический толстокишечный стаз сочетается и часто обусловлен различными причинами: как врожденными, так и приобретенными заболеваниями, нарушениями фиксации и расположения ободочной кишки, и каждая из этих форм требует индивидуального подхода при решении вопроса о методах лечения, показаниях и объеме оперативного вмешательства. Наш опыт лечения больных с хроническим толстокишечным стазом, а также анализ литературных данных дают основание сделать вывод, что в ряде случаев только хирургическое вмешательство может привести к излечению таких больных [1, 2]. Показаниями для планового

хирургического лечения хронического толстокишечного стаза являются:

- прогрессирующая хроническая интоксикация; частые приступы толстокишечной непроходимости;
- наличие некупируемого болевого синдрома;
- выраженные органические изменения ободочной кишки в стадии декомпенсации с четкими клиническими проявлениями заболевания;
- отсутствие самостоятельного стула и позывов к нему;
- ухудшение общего состояния и прогрессивное истощение организма;
- отсутствие эффекта от всех видов консервативного лечения;
- наличие сопутствующих заболеваний, обусловленных толстокишечным стазом.

Не следует применять выжидательную тактику при вышеперечисленных осложнениях, так как длительность течения заболевания отрицательно влияет на функциональное состояние органов и систем организма больного. Чем позже применяется оперативное вмешательство, тем больше снижаются регенеративные способности организма и тем самым увеличивается процент неудовлетворительных результатов хирургического лечения.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения функциональных нарушений у больных с аномалиями развития и положения толстой кишки.

Задачи исследования:

1. Определить вид аномалии развития и положения толстой кишки у больных, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

2. Изучить клиническую симптоматику хронического толстокишечного стаза у больных с аномалиями развития и положения толстой кишки.

3. Определить оптимальный объем оперативного вмешательства при толстокишечном стазе, обусловленном долихосигмой.

**Материал и методы исследования.** В основу данного исследования легли результаты обследования и хирургического лечения 110 больных с хроническим толстокишечным стазом, находившихся в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2002 по 2011 г. Из них женщин было 98 (89,1 %), мужчин – 12 (10,9 %). Больные были в возрасте от 19–62 лет. Все больные поступили в отделение с жалобами на постоянные запоры, отсутствие самостоятельного стула, боли в левой половине живота. До поступле-

ния в отделение проктологии эти больные неоднократно лечились у гастроэнтерологов без эффекта. Для уточнения диагноза нами были проведены пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, сфинктерометрия, колоноскопия и ирригоскопия у всех больных. Вышеперечисленные методы позволили нам судить об анатомическом состоянии толстой кишки, исключить органические поражения ободочной и прямой кишок.

Кроме того функциональное состояние толстой кишки изучено исследованиями пассажа бариевой взвеси по толстой кишке. У больных с хроническим толстокишечным стазом изучали также микрофлору толстой кишки. В результате проведенных исследований у всех больных установлен диагноз: хронический толстокишечный стаз, обусловленный долихосигмой. Учитывая, что в толстой кишке много облигатных и не облигатных патогенных микробов, которые нередко являются причиной воспалительно-гнойных осложнений в послеоперационном периоде, мы придавали большое значение подготовке толстой кишки к операции. С этой целью больным со дня поступления в стационар назначали безшлаковую диету, очистительные клизмы, а накануне операции применяли препарат Форлак (фирмы Beaufur Ipsen, France).

**Результаты лечения и их обсуждение.** Нами выполнены два способа оперативного вмешательства при долихосигме, осложненной толстокишечным стазом: резекция сигмовидной кишки, ободочной кишки и левосторонняя гемиколэктомия. Так из 110 больных 79 (71,8 %) пациентам произведена резекция сигмовидной ободочной кишки, а 31 (28,2 %) пациенту – левосторонняя гемиколэктомия.

Из 79 больных у 38 (48,1 %) пациентов операцию закончили наложением десцендоректального анастомоза по типу “конец в конец” с использованием двухрядного шва, а у 41 (51,9 %) пациента такой же анастомоз наложен с использованием однорядного непрерывного шва с применением прецизионной техники.

Из 31 больного, которым произведена левосторонняя гемиколэктомия, у 14 (45,1 %) пациентов трансверзоректоанастомоз наложен по типу “конец в конец” с использованием двухрядного шва, а у 17 (54,9 %) пациентов такой же анастомоз наложен с применением прецизионной техники однорядным непрерывным швом.

В раннем послеоперационном периоде среди 110 оперированных больных у 3 (2,7 %) пациентов развились осложнения. У одного (0,9 %) больного наблюдалась ранняя спаечная кишечная непрохо-

димось после резекции сигмовидной ободочной кишки. Произведена релапаротомия и рассечение спаек, а также назоинтестинальная интубация. У данного больного во время релапаротомии признаков перитонита не обнаружено, поэтому межкишечный анастомоз во время повторной операции не разобщался. Больной выписан с выздоровлением.

У 2 (1,8 %) больных отмечено нагноение срединной лапаротомной раны. После проведенного лечения эти больные также выписаны из стационара с выздоровлением.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения в зависимости от вида операции проведен в сроке от 6 месяцев до 9 лет. Прослежены 103 (93,6 %) пациента, перенесших операции по поводу долихосигмы, осложненной хроническим толстокишечным стазом. При этом оценивались характерные жалобы больных, изменения общего состояния. Изучались клинико-лабораторные данные, функциональное состояние оставшихся отделов толстой кишки. Отдаленные результаты хирургического лечения больных оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Из 103 больных у 28 (27,2 %) ранее была произведена левосторонняя гемиколэктомия, а у 75 (72,8 %) – резекция сигмовидной кишки.

Так, у всех 28 (27,2 %) больных результаты хирургического лечения признаны хорошими. У этой группы пациентов отмечали самостоятельный стул 1 раз за 1–2 суток, исчезли боли и вздутие живота.

У 50 (66,6 %) пациентов, перенесших резекцию сигмовидной кишки, результаты лечения оценены как удовлетворительные. Это проявлялось улучшением общего самочувствия, наличием периодического самостоятельного стула.

У 25 (33,4 %) больных, перенесших резекцию сигмовидной кишки, в последующем вновь отмечалось отсутствие самостоятельного стула, возникли боли и вздутие живота. В этой группе больных результаты операции расценены как неудовлетворительные.

## Выводы

1. Наиболее частой формой аномалии развития и положения толстой кишки является долихосигма.
2. При долихосигме, осложненной хроническим толстокишечным стазом, наблюдаются “запор”, абдоминальный болевой синдром и интоксикация.
3. Наиболее оптимальным видом оперативного вмешательства при долихосигме является левосторонняя гемиколэктомия.

## Литература

1. *Наврузов С.Н.* Лечение больных толстокишечным стазом / С.Н. Наврузов // Вестник хирургии. 1988. № 9. С. 123–127.
2. *Саламов К.Н.* Оценка эффективности хирургического лечения запоров / К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов, С.Н. Макоев // Проблемы колопроктологии. Вып. 16. 1998. С. 269–271.
3. *Bour H.* Fibres alimentaires et constipation / H. Bour. // Rev. Franc. Gastroenterol. 1984. № 19. P. 5–9.
4. *Яремчук А.Я.* Хронический колостаз – особенности клиники и диагностики / А.Я. Яремчук, С.Е. Радолицкий, Т.В. Топчий и др. // Вестник хирургии. 1990. № 7. С. 113–115.
5. *Федоров И.В.* Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. М., 1998. С. 273–284.
6. *Tunaley A.* Constipation- the secret national problem / A. Tunaley // Nutrition. 1974. Vol. 28. P. 91–95.
7. *Балтайтис Ю.В.* Оценка функционального состояния прямой кишки при определении объема ее резекции у больных с хроническим колостазом / Ю.В. Балтайтис, А.Л. Яремчук, С.Е. Радолицкий // Функциональная диагностика и эффективность лечения заболеваний органов пищеварения: материалы респуб. науч.-практ. конф. Вильнюс. 1988. С. 504–509.
8. *Kasper H.* Behandlung der chronischen Obstipation / H. Kasper // Z. Gastroenterol. 1985. Bd. 23. S. 122–125.