

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

А.М. Мадаминов, Ш.Д. Авазканова

Приводятся результаты лечения толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой.

Ключевые слова: толстокишечный стаз; долихосигма; резекция; гемиколэктомии.

Актуальность проблемы. В настоящее время толстокишечный стаз остается одной из актуальных проблем колопроктологии. По данным большинства авторов хроническим толстокишечным стазом страдают 37–48 % взрослого населения, в основном болеют лица наиболее трудоспособного возраста, особенно женщины 30–50 лет [1–4].

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

мого является ряд факторов: гиподинамия, отсутствие в продуктах питания натуральной клетчатки, стресс, интоксикации, отравления, травмы, операции, заболевания и травмы центральной нервной системы, заболевания эндокринных органов [1–4]. Среди разнообразных причин хронического толстокишечного стаза многие авторы особо выделяют аномалии развития, фиксации и положения ободочной кишки, энтероптоз [2, 5].

Подавляющему большинству больных с хроническим толстокишечным стазом требуется консервативное лечение. Вместе с тем, ряд больных при

отсутствии эффекта от консервативной терапии, появлении осложнений хронического толстокишечного стаза нуждаются в проведении оперативного лечения [1–4, 6]. По данным некоторых авторов [2, 6], удельный вес больных с толстокишечным стазом составляет около 1,3–1,5 %, но абсолютное количество этих больных чрезвычайно велико. Поэтому проблема диагностики и лечения хронических толстокишечных стазов является одной из актуальных в современной колопроктологии [1–3, 5, 7].

Несмотря на многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов, посвященных проблемам диагностики и лечения хронического толстокишечного стаза, до настоящего времени результаты лечения таких больных остаются неудовлетворительными.

Так, при консервативном лечении неудовлетворительные результаты наблюдаются в 20–30 % случаях, а при хирургическом лечении эти цифры доходят до 35–45 % [1–4].

Хронический толстокишечный стаз сочетается и часто обусловлен различными причинами: врожденными 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. В ряде случаев больных с толстокишечным стазом к излечению может привести только хирургическое вмешательство [1, 2, 4, 5].

Большое значение в снижении количества рецидивов данного заболевания поэтому имеет выбор оптимального объема резекции кишечника.

Применяемый в настоящее время дифференцированный подход к резекции кишечника при хроническом толстокишечном стазе основан на клинко-рентгенологических данных и заключается в резекции зоны порочной иннервации толстой кишки с удалением декомпенсированных отделов органа [2, 3, 6].

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой.

Задачи исследования:

1. Оценить в сравнительном аспекте ближайшие результаты резекции сигмовидной ободочной кишки и левосторонней гемиколэктомии при долихосигме, осложненной толстокишечным стазом.

2. Изучить отдаленные результаты резекции сигмовидной ободочной кишки и левосторонней гемиколэктомии при долихосигме, осложненной толстокишечным стазом.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования легли результаты обследова-

ния и лечения 110 больных с долихосигмой, осложненной толстокишечным стазом, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 2000 по 2011 г.

Все больные были госпитализированы в плановом порядке. Больные при поступлении жаловались на боли в левой подвздошной области, запоры по 7–10 и более дней. Эти больные неоднократно лечились в гастроэнтерологических отделениях без особого эффекта.

Из 110 больных 80 (72,7 %) были женщины, 30 (27,3 %) – мужчины. Возраст больных составил 25–62 года. Средний возраст составил $43 \pm 1,5$ года.

Из 110 больных 79 (71,8 %) больным произведена резекция сигмовидной ободочной кишки, а 31 (28,2 %) пациенту – левосторонняя гемиколэктомия.

Всем больным в стационаре осуществлялись общеклинические и специальные методы исследования для установления и детализации диагноза долихосигмы, осложненной толстокишечным стазом.

Клинический анализ крови и мочи, а также биохимические исследования проводились согласно общепринятым методикам.

Проведено микробиологическое исследование кала, ирригоскопия (ирригография) проводилась путем ретроградного введения в толстую кишку 1,5 литра бариевой взвеси (взвесь бария готовят из расчета 200 г бария и 10 г танина на 1 л воды). Рентгенограммы выполнялись в двух положениях: в режиме наполнения – лежа, опорожнения – стоя. При подозрении на наличие глубокого тазового дна снимки производились с боковой проекции в вертикальном положении больного.

На рентгенологических снимках, сделанных в положении лежа, обращали внимание на длину и ширину кишки, выраженность гаустр, рельеф слизистой, тонус ее стенок, а на рентгенологических снимках, сделанных в положении стоя, обращали внимание на изменение топографии отделов ободочной кишки, ее полное и неполное опорожнение, места задержки бария в различных сегментах.

Результаты лечения и их обсуждение. Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой различными методами. Первую группу составили 79 (71,8 %) больных, которым была произведена резекция сигмовидной ободочной кишки, во вторую группу вошел 31 (28,2 %) больной, которым была произведена левосторонняя гемиколэктомия.

Из 79 больных, которым была произведена резекция сигмовидной ободочной кишки, у 1 (1,3 %)

больного в послеоперационном периоде наступила несостоятельность швов анастомоза. Этому больному произведена релапаротомия и наложение односторонней колостомы, санация и дренирование брюшной полости. Среди больных, которым была произведена левосторонняя гемиколэктомия, у 1 (3,2 %) больного развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость. Этому больному произведена релапаротомия, разъединение спаек и наложение одностольной колостомы. Летальных исходов не было.

Таким образом, из стационара двое больных выписаны с колостомой, а остальные пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства.

Отдаленные результаты изучены у 68 (86 %) пациентов первой группы и у 25 (80,7 %) – второй. У всех больных, перенесших резекцию сигмовидной ободочной кишки, результаты лечения оценены нами как удовлетворительные. У этих пациентов отмечался самостоятельный стул не реже 2 раз в неделю, они отмечали улучшение общего самочувствия после перенесенной операции, но сохранялись невыраженные боли в левой половине живота и склонность к невыраженным запорам.

У больных, перенесших левостороннюю гемиколэктомию, результаты лечения нами расценены как хорошие. У этих больных отмечался самостоятельный стул ежедневно или через день, исчезли боли и ощущение тяжести в животе, а также вздутие живота.

Таким образом, результаты хирургического вмешательства в виде левосторонней гемиколэктомии при долихосигме, осложненной толстокишечным стазом, оказались лучше, чем при резекции сигмовидной ободочной кишки.

Выводы

1. В плановом порядке больных с долихосигмой, осложненной толстокишечным стазом, следует оперировать только в тех случаях, когда отсутствует эффект от консервативной терапии,

прогрессивно нарастают симптомы толстокишечного стаза, хронической интоксикации и болевой синдром.

2. Сравнительный анализ хирургического лечения долихосигмы, осложненной толстокишечным стазом, показал, что лучшие результаты дает левосторонняя гемиколэктомия.

Литература

1. Диагностика, классификация и лечение хронического толстокишечного стаза / С.Н. Наврузов, Г.И. Воробьев, В.Н. Мушников и др.: метод. рекомендации. М., 1987. С. 76.
2. *Иванов А.И.* Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития и фиксации ободочной и прямой кишки (Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.И. Иванов. М., 1996. С. 66.
3. *Саламов К.Н.* Оценка эффективности хирургического лечения запоров / К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов, С.Н. Макоев // Проблемы колопроктологии. Вып. 16. М., 1998. С. 269–271.
4. *Балтайтис Ю.В.* Функциональное состояние прямой кишки и лечебная тактика при хроническом колостазе / Ю.В. Балтайтис, А.Я. Яремчук, С.Е. Радолицкий и др. // Клиническая медицина. 1993. № 3. С. 43–44.
5. *Ачкасов С.И.* Запоры при аномалиях развития и положения толстой кишки у взрослых / С.И. Ачкасов, К.Н. Саламов, Л.Л. Капуллер и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000. № 2. С. 58–62.
6. *Тимербулатов В.М.* Хирургическое лечение хронического колостаза / В.М. Тимербулатов, Р.Г. Каланов, Д.И. Мехдиев и др. // Проблемы колопроктологии. М., 2002. С. 583–587.
7. Хронический колостаз – особенности клиники и диагностики / А.Я. Яремчук, С.Е. Радильский, Т.В. Толчий и др. // Вестник хирургии. 1990. № 7. С. 113–115.