

УДК 616.345-005.3-089 (575.2) (04)

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Т.К. Адиев – соискатель, врач-ординатор,
Ошская областная объединенная клиническая больница

The results of 72 patients' treatment with chronic colonostasis were researched, the main reason of it is dolichosigma.

Проблема лечения хронического толстокишечного стаза остается одной из актуальных проблем колопроктологии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, консервативного и хирургического лечения хронического толстокишечного стаза. Остаются неутешительными результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза, по данным различных авторов количество неудовлетворительных результатов достигает 27,3–45,9% [1, 2, 4]. По данным различных авторов [2, 3, 5], в развитых странах хроническим толстокишечным стазом страдают 30,0–40,0% взрослого, трудоспособного населения, женщины чаще, чем мужчины. У населения старше 60 лет количество страдающих различной степени выраженности запорами достигает 60,0%. Из-за широкого распространения хронического толстокишечного стаза среди населения многие авторы данную патологию относят к болезням цивилизации [6–8].

Материал и методы. Наш клинический опыт основан на лечении и наблюдении 72 больных, страдающих толстокишечным стазом. Оперативное лечение выполнено 63 (87,6%) больным, а 9 (12,4%) пациентам проведено консервативное лечение. Из 63 больных, подвергнутых хирургическому лечению, 41 (65,0%) оперированы в экстренном порядке, а 22 (35,0%) – в плановом. Женщин было 29 (40,3%), мужчин – 43 (59,7%). Средний возраст больных составил $42 \pm 1,4$ года.

У экстренных больных осуществляли общеклинические исследования и обзорную рент-

генографию органов брюшной полости, а у плановых – еще биохимические и рентгенологические (ирригоскопия) исследования.

Показанием для экстренной операции явилась кишечная непроходимость в результате заворота сигмовидной ободочной кишки или слепой кишки. Показаниями к плановому оперативному лечению больных с хроническим толстокишечным стазом являются:

- осложненные формы хронического толстокишечного стаза (наличие некупируемого болевого синдрома, хроническая интоксикация, приступы толстокишечной непроходимости);
- отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Обсуждение результатов. Из 41 больного, оперированного в экстренном порядке, 35 (85,4%) были с долихосигмой и заворотом сигмовидной ободочной кишки, а 6 (14,6%) – с подвижной слепой кишкой и ее заворотом. Из 35 больных с долихосигмой и заворотом сигмовидной ободочной кишки у 5 (14,3%) больных произведена деторсия сигмовидной ободочной кишки, у 10 (28,6%) – деторсия сигмовидной ободочной кишки с сигмоплекцией, у 13 (37,1%) – резекция сигмовидной ободочной кишки с одномоментным межкишечным анастомозом, 7 (20,0%) – резекция сигмовидной ободочной кишки с наложением одноствольной колостомы.

Из 13 больных, которым была произведена резекция сигмовидной ободочной кишки с одномоментным наложением межкишечного

анастомоза, у одного пациента в послеоперационном периоде наступила несостоятельность швов анастомоза, ему была произведена релапаротомия, наложение одноствольной колостомы, санация и дренирование брюшной полости.

Из 6 больных с подвижной слепой кишкой с ее заворотом четырем (66,7%) произведен разворот кишки с цекопексией, а двум (33,3%) – правосторонняя гемиколэктомия с первичным илеотрансверзоанастомозом.

В плановом порядке оперированы 21 (95,4%) больной долихосигмой и один пациент (4,6%) с мегаколон. Из 21 больного с долихосигмой 4 (19,0%) произведена сигмопексия, а 17 (81,0%) – резекция сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза, а больной мегаколон осуществлена операция субтотальной резекции толстой кишки. У больного, оперированного по поводу мегаколон, в послеоперационном периоде развилась острая дилатация тощей кишки с некрозом и разрывом, поэтому ему произведена релапаротомия, резекция тощей кишки с анастомозом по Майдлю, санация и дренирование брюшной полости.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 12 (54,5%) больных, оперированных в плановом порядке, и у 22 больных (53,4%), оперированных в экстренном порядке. Результаты лечения расценены нами как хорошие у 18 (53,0%) больных. У этих пациентов отмечался самостоятельный стул не реже двух раз в неделю, исчезли боли в животе, ощущение тяжести и вздутия. У 12 (35,3%) пациентов результаты лечения оценены как удовлетворительные. Эти больные отмечали улучшение общего самочувствия после перенесенной операции, однако либо сохранялись невыраженные запоры, либо признаки болевой синдром. В 4 (11,7%) случаях выполненное хирургическое вмешательство не принесло положительного эффекта. У этих больных по-прежнему самостоятельный стул отсутствовал или стул был один раз в 7–10 дней, сохранялся болевой синдром.

Проведен анализ результатов хирургического лечения в зависимости от вида операции. После резекции сигмовидной ободочной кишки у 18 (60,0%) из 30 пациентов результаты

признаны хорошими, у 12 (40,0%) – удовлетворительными. Неудовлетворительные результаты отмечены у 4 больных, которым произведена сигмопексия.

Выводы

1. Большинству больных с хроническим толстокишечным стазом достаточно консервативного лечения.

2. Больным, у которых наблюдаются завороты различных отделов ободочной кишки, показана резекция кишки, причем довольно в расширенном объеме.

3. Основной причиной неудач в хирургии толстокишечного стаза является неадекватный выбор объема операции.

Литература

1. *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. Радильский // Функциональная диагностика и эффективность лечения заболеваний органов пищеварения. – Материалы Республиканск. науч.-практ. конф. – Вильнюс. – 1988. – С. 504–509.
2. *Наврузов С.Н.* Лечение больных толстокишечным стазом / С.Н. Наврузов // Вестник хирургии. – 1988. – №9. – С. 123–127.
3. *Саламов К.Н.* Оценка эффективности хирургического лечения запоров / К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов, С.Н. Макоев // Проблемы колопроктологии. – 1998. – Вып. 16. – С. 269–271.
4. *Яремчук А.Я.* Хронический колостаз – особенности клиники и диагностики / А.Я. Яремчук, С.Е. Радильский, 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. *Bour H.* Fibres alimentaires et constipation / H. Bour. – Rev. Franc. Gastroenterol. – 1984. – №19. – P. 5–9.
7. *Kasper H.* Behandlung der chronischen obstipation / H. Kasper. – Z. Gastroenterol. – 1985. – Bd. 23. – S. 122–125.
8. *Tunaley A.* Constipation – the secret national problem / A. Tunaley. – Nutrition. – 1974. – Vol. 28. – P. 91–95.