

На правах рукописи

ДЖАВАДОВ ЭМИН АГАДЖАВАД ОГЛЫ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
КОЛОСТАЗОМ НА ФОНЕ ДОЛИХОКОЛОН**

14.01.17- хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

МОСКВА - 2011

Работа выполнена в Российском университете дружбы народов

НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:

доктор медицинских наук, профессор Курбанов Фазиль Самедович

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАМН

Ефименко Николай Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор

Кузьминов Александр Михайлович

доктор медицинских наук, профессор

Климов Алексей Евгеньевич

Ведущее учреждение:

Институт хирургии им. А.В.Вишневского

Защита диссертации состоится « 13 » « июня » 2011 года в 13.00
на заседании диссертационного совета (Д.212.203.09) Российского
университета дружбы народов (117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 6).
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета.

Автореферат разослан “ ____ ” _____ 2011 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

В.А.Иванов

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ.

Распространенность хронического колостазы делает эту проблему болезнью цивилизации, заболевание широко распространено в промышленно развитых странах, где запорами страдают до 30-40% взрослого трудоспособного населения (Ю.В.Балтайтис, 1988; С.Н.Наврузов, 1988; А.Я.Яремчук, 1990). В последнее время заболеваемость хроническим колостазом растет, составляя, в частности, по России от 14,0 до 25,8%. Хронический колостаз у пожилых больных регистрируется заметно чаще - на уровне 30-60 процентов. Однако нельзя сказать, что запор является проблемой исключительно больных пожилого возраста. Нередко признаки колостазы отмечаются в юношеском и молодом возрасте, особенно у женщин, у которых в целом признаки хронического колостазы регистрируются чаще, чем у мужчин. В странах Западной Европы обращаемость женщин по поводу проявлений синдрома раздраженной кишки, в том числе с явлениями запора, в 2-4 раза выше, чем у мужчин. В странах юго-восточной Азии, наоборот, мужчины обращаются за медицинской помощью по указанному поводу в 4 раза чаще женщин. Частота запоров не зависит от расовой принадлежности.

Хронический толстокишечный стаз является одной из актуальных проблем современной медицины не только в связи с распространенностью. На сегодняшний день ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не обладает стопроцентной эффективностью. До конца не изучены вопросы диагностики, консервативного и хирургического лечения хронического колостазы. Остаются неутешительными и результаты применения различных хирургических методик. По данным многих авторов частота неудовлетворительных результатов после оперативных вмешательств доходит до 27,3-45,9% (В.Л.Головачев, 1979; В.Д.Федоров, 1986; П.А.Романов, 1987; А.Я.Яремчук, 1990).

Одной из причин развития хронического запора многие авторы считают долихоколон (Н.Л.Куш, 1967; З.А.Трофимова, 1968). Ряд авторов причисляют удлиненную толстую кишку к порокам развития и считают ее самостоятельной нозологической единицей, другие авторы видят в ней не аномалию, а вариант развития (А.В.Макаров, 1968; Г.Панчев, 1970). С другой стороны, долихоколон нередко наблюдается у людей без признаков колостазы. Таким образом, значимость и степень влияния долхоколон у больных с хроническим колостазом требует серьезного исследования.

Лечебная тактика при хронических колостазах остается дискуссионной. Известно выделение в клинической картине хронического толстокишечного стаза компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной стадий (А.И.Ленюшкин, 1999). Ряд авторов, даже при декомпенсированной стадии заболевания отдает предпочтение консервативной терапии (А.А.Шептулин, 1996; О.Н.Минушкин, 2000; J.E.Akerlund, 2000; С.Einarson, 2000). Показания к хи-

рургическому лечению строго ограничены и не выходят за рамки резекции сигмовидной кишки, дезинвагинации, мезосигмопликации, что может способствовать рецидиву толстокишечного стаза (К.В.Болихов, 2000). Другие авторы (М.Д.Литвиненко, 1979; В.Л.Головачев, 1979; В.В.Зорик, 2000) ставят более широкие показания к оперативному лечению, рекомендуя резекцию левой половины ободочной кишки. По мнению С.М.Ачкасова (2000) для достижения функционального результата при хирургическом лечении запоров унифицированной операцией, независимо от вида аномалии, является субтотальная резекция толстой кишки. В целом же, результаты хирургического лечения хронического колостазов при долихоколон остаются неутешительными (до 27,3-45,9%, по данным разных авторов).

Таким образом, проблема хронического толстокишечного стаза актуальна и решение ее может быть обеспечено выработкой адекватной тактики лечения, в том числе хирургического, в зависимости от стадии процесса, характера и степени функционального расстройства ободочной кишки.

Цель настоящей работы. разработка рациональной лечебно-диагностической программы у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон.

Для реализации данной цели поставлены следующие задачи:

1. Изучить причины развития и формы хронического колостазов у больных с долихоколон;
2. Определить этапы обследования и создать алгоритм диагностического поиска у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон;
3. Обосновать показания к оперативному вмешательству у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон;
4. Изучить непосредственные и отдаленные результаты оперативных вмешательств у больных с различными формами хронического колостазов на фоне долихоколон;
5. Оценить эффективность и определить оптимальные варианты хирургического вмешательства у больных с различными формами хронического колостазов на фоне долихоколон.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучен патогенез различных форм колостазов, определен рациональный план обследования и разработан алгоритм показаний к хирургическому лечению у больных с долихоколон;
2. Оценены возможности аноректальной манометрии, выполняемой по авторской методике, для определения степени влияния проктогенного фактора на функцию кишки у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон;
3. Выполнен многофакторный сравнительный анализ эффективности различных хирургических вмешательств у больных с колостазом на фоне долихоколон как в непосредственном, так и в отдаленном периодах, на основании этой оценки определена оптимальная хирургическая тактика у

больных этой группы;

4. Изучено и доказано влияние проктогенного фактора на развитие хронического колостазы у больных с долихоколон, оценена эффективность хирургического лечения больных с долихоколон и проктогенным характером колостазы;

5. Выделена и описана группа больных со смешанным (кологенным и проктогенным) характером колостазы, разработан и внедрен оригинальный способ хирургического лечения этих больных, доказана его эффективность в ранние и отдаленные сроки после вмешательства.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определены диагностические критерии неэффективности консервативного лечения, сформулированы показания к хирургическому лечению у больных с различными формами колостазы на фоне долихоколон;

2. Оценена роль и место колэктомии, илеоректостомии в лечении кологенных запоров у больных с долихоколон, показана эффективность этого вмешательства в сравнении с субтотальной резекцией или парциальными резекциями, определены причины неудовлетворительных результатов;

3. Разработаны технические аспекты хирургического вмешательства у больных со смешанным колостазом на фоне долихоколон, показано, что только сочетанное вмешательство на толстой и прямой кишках может привести к хорошему функциональному эффекту;

4. Обоснована важность применения и определен характер послеоперационной медикаментозной поддержки у больных в зависимости от характера колостазы и методики выполненной операции;

5. Сформулированы критерии хороших, удовлетворительных и неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон. Показана высокая эффективность выбранной хирургической тактики у больных с различными формами колостазы. Основными причинами удовлетворительных и неудовлетворительных результатов, а также рецидива хронического запора были недостаточные объемы резекции или недоучет проктогенных факторов.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ В ПРАКТИКУ

Результаты исследования внедрены в хирургическую практику Клинической больницы № 5, г. Баку, клиники Лейлы Шихлинской, г. Баку и клинических баз кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов г. Москвы (ФГБ №17 г. Москвы и ЦКБ №2 ОАО РЖД).

АПРОБАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные положения и результаты работы доложены на следующих научных форумах:

1. VI Конгресс с международным участием гастроэнтерологов и хирургов Азербайджана. Баку, 2003 год.
2. IX International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, 2006 год.
3. XII Central European Congress of Coloproctology. Moscow. 2008 год.
4. XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, 2008 год.
5. VII научно – практическая конференция с международным участием. Актобе (Казахстан). 2010 год.
6. International Conferense devoted to the 80-th of Azerbaijan Medical Universiti. Baku, 2010 год.
7. Межрегиональная с международным участием научно-практическая конференция " Внедрение инновационных технологий в колопроктологию" Астрахань, 2010 год.

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 26 печатных работ. Получено авторское свидетельство и положительное решение на выдачу патента

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на 205 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендации и указателя литературы, включающего 64 отечественных и 126 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 77 рисунками и 13 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В исследование вошли 92 больных с симптоматикой хронического колостаз на фоне долихоколон. Синдром хронического колостаз определяли как стойкое или интермиттирующее нарушение функции опорожнения кишечника, продолжительностью более 3 месяцев, проявляющееся двумя или более нижеперечисленными признаками.

1. Редкость эвакуации содержимого из кишечника (менее 3 дефекаций в неделю);
2. Выделение при дефекации малого количества кала (масса стула менее 35 г/сутки);
3. Выделение кала большой плотности, сухости, фрагментированного (по типу «овечьего») кала травмирующего область заднепроходного отверстия (признаки наблюдаются при более чем 1/4 дефекаций);
4. Отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефека-

ции (чувство незавершенной эвакуации) при более чем 1/4 дефекаций;

5. Наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах (аноректальная обструкция), занимающих по времени более 25% продолжительности опорожнения, при более чем 1/4 дефекаций;

6. Необходимость в сильных потугах, несмотря на наличие мягкого содержимого прямой кишки и позывов к опорожнению, иногда с необходимостью пальцевого удаления содержимого из прямой кишки, поддержки пальцами тазового дна и др., при более чем 1/4 дефекаций.

Непосредственные результаты операции и эффективность ранней реабилитации основывались на клинической оценке больных и данных архивных историй болезни. Отдаленные результаты лечения изучали, прибегая к персональному осмотру, письменному анкетированию и телефонному опросу. Больным предлагалась анкета, содержащая вопросы о частоте дефекаций, характере стула, необходимости в дополнительном медикаментозном лечении, наличии осложнений и пр.

Было 13 мужчин и 79 женщин в возрасте от 15 лет до 71 года (средний возраст $37,6 \pm 1,5$ лет). Лечение больных проводилось на базе нескольких хирургических клиник г.Баку и г.Москвы за период с 1992 по 2010 годы. В исследовании был проведен анализ результатов лечения больных, у которых, на фоне хронического запора, помимо долихоколон, при обследовании выявлено нарушение функции мышц тазового дна. В этой связи, в основу работы положено изучение трех групп больных (рис.1) – с кологенным колостазом (1 группа, 64 больных), проктогенным колостазом (2 группа, 22 больных), а также смешанная форма – колопроктогенный колостаз (3 группа, 6 больных).

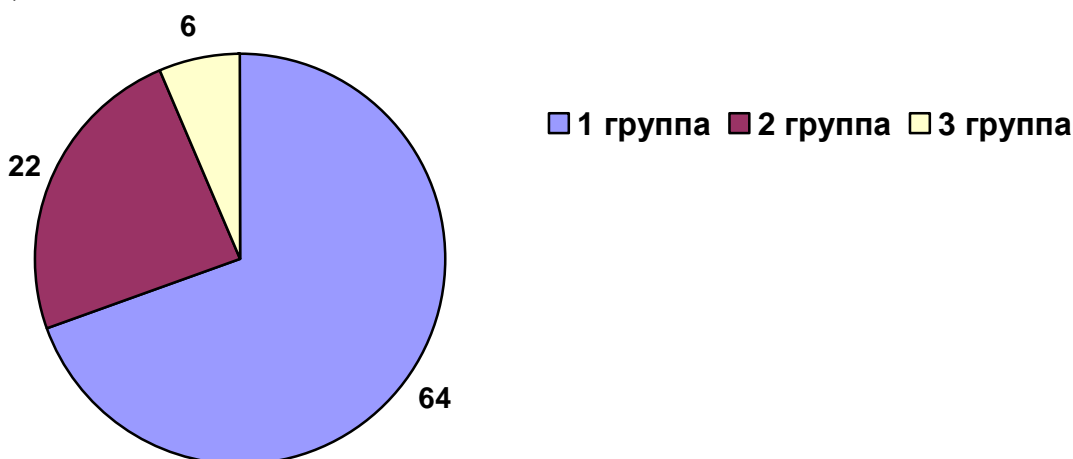


Рис.1 Распределение больных в зависимости от патогенеза хронического колостаз

Основная масса больных вошла в 1 группу, то есть причиной хронического колостаз у них явилось удлинение толстой кишки. У трети больных в патогенезе хронического запора принимала участие дисфункция мышц тазового дна. В третью группу вошло шестеро больных, у которых было

доказано сочетание обоих факторов в генезе длительного хронического запора. Целью создания этой группы была необходимость оценки специально разработанной и внедренной лечебной хирургической тактики.

При оценке симптоматики хронического колостазы были отмечены достоверные различия по трем признакам между 1 и 2 группами ($p \leq 0,01$). К ним относятся отделение кала большой плотности, преобладающие у больных 1 группы, и чувство блокировки содержимого кишки, а также необходимость в сильных потугах, гораздо чаще встречающиеся у больных 2 группы. В третьей группе лишь у одной больной отсутствовала необходимость в сильных потугах и сохранялось ощущение полного опорожнения после дефекации. У остальных больных присутствовали все признаки хронического запора. Выраженность колостазы была различной, со средней задержкой стула на 10-12 суток, а у ряда больных до 30 суток.

Сопутствующие заболевания толстой и/или прямой кишки, послужившие показаниями к основной или сочетанной операции, были выявлены у 36 больных (39,1%). Пятеро больных 1 группы были ранее оперированы на различных отделах толстой кишки, в том числе двое – повторно. Во 2 группе заднюю кольпорафию ранее перенесла 1 больная, еще одной была выполнена геморроидэктомия.

Продолжительность заболевания у больных 1 группы колебалась от полугода до 47 лет (ср. – $12,9 \pm 1,3$ лет), у больных 2 группы - от 2 до 15 лет (ср. – $7,3 \pm 1,0$ года), различия были достоверны ($p < 0,05$). Более 65% больных обеих групп предъявляли жалобы на хронические запоры в течение 10 лет и более. Частота опорожнения кишки, в среднем, составила $11,9 \pm 1,1$ суток (от 5 до 30 суток) в 1 группе и $14,3 \pm 1,3$ суток (от 7 до 20 суток) во 2 группе ($p > 0,05$). Средняя продолжительность заболевания у больных 3 группы превышала 21 год.

Инструментальная диагностика основывалась, прежде всего, на результатах рентгенологического исследования, в том числе ирригоскопии (ирригографии), а также рентгеноконтрастной оценке времени кишечного транзита. Кроме того, у части больных для уточнения состояния слизистой кишки потребовалась колоноскопия.

Ирригоскопию рассматривали как важнейший метод исследования, подтверждающий сам факт удлинения толстой кишки, то есть документировать наличие долихоколон или долихосигмы, а также получить иные сведения о состоянии различных отделов кишки, их анатомическом положении, что было, несомненно, полезно для выработки плана операции. Исследование было выполнено 87 больным в настоящем исследовании (94,7%).

Само исследование выполнялось по стандартной методике, включающей постепенное заполнение рентгеноконтрастной массой всех отделов толстой кишки с выполнением обзорных и прицельных снимков в разных положениях больного. При этом выявляли удлинение всей толстой кишки или отдельных ее частей. Далее, после того, как больной опорожнял кишечник, оценивали функ-

циональное состояние кишки и изучали рельеф слизистой оболочки кишки. У ряда больных выполняли двойное контрастирование, проводя дозированное заполнение кишки воздухом.

Результаты ирригоскопии у больных 1 группы показано в таблице 1.

Таблица 1

Данные ирригоскопии у больных 1 группы

Данные ирригоскопии	Число больных
Долихоколон (вся кишка)	46
Долихоколон (преимущественно левая половина)	6
Долихоколон (преимущественно правая половина)	3
Долихосигма	18
Колоноптоз	3
Трансверзоптоз	22
Дополнительные петли	4
Расширение слепой кишки	44
Недостаточность илеоцекального клапана	34

Во 2 группе долихоколон при ирригоскопии был выявлен во всех случаях, в том числе с преимущественным удлинением левой половины толстой кишки у 9 больных (40,1%), дополнительные петли кишки были у 2 больных.

Еще одной задачей исследования была оценка функции толстой кишки, в частности, характер и степень ее опорожнения. Функция кишки с превалированием недостаточного опорожнения кишечника (гипомоторная дистония) при ирригоскопии наблюдалась у 79,6% больных.

Таким образом, развивающиеся на фоне долихоколон двигательные расстройства даже отдельных участков толстой кишки могут привести к стойким запорам, резистентным к консервативной терапии.

У пятой части больных 1 группы сократительная функция кишки была полностью сохранена даже при выраженном ее удлинении. Во 2 группе гипомоторная дистония была выявлена лишь у 2 больных (9,1%), в остальных случаях сократительная способность кишки была сохранена.

Нормальная функция илеоцекального клапана была выявлена у 46,5% больных 1 группы, в остальных случаях отмечалась его недостаточность. Недостаточность илеоцекального клапана не приводит к развитию хронического колостазы, однако усугубляет клиническую картину, приводя к болям в правой половине живота, метеоризму. У больных 2 группы недостаточность функции илеоцекального клапана была выявлена в 2 случаях.

Расширение слепой кишки зафиксировано в 68,4% случаев у больных 1 группы и у 50,0% больных 2 группы.

Наблюдение за продвижением контрастной массы по тонкой и толстой кишке (пассаж) является наиболее простым методом рентгенологического исследования эвакуаторной функции кишечника (рис. 2).

Существенные и достоверные различия ($p < 0,01$) были получены между группами по времени кишечного транзита, оцененного рентгенологически. В 1 группе время транзита колебалось от 72 до 96 и более часов. Задержка стула в течение 4 и более суток отмечалась у 59,1% больных с колонным кишечным стазом, во 2 группе время транзита было существенно меньшим. В 3 группе длительный транзит (свыше 96 часов) был у всех больных.

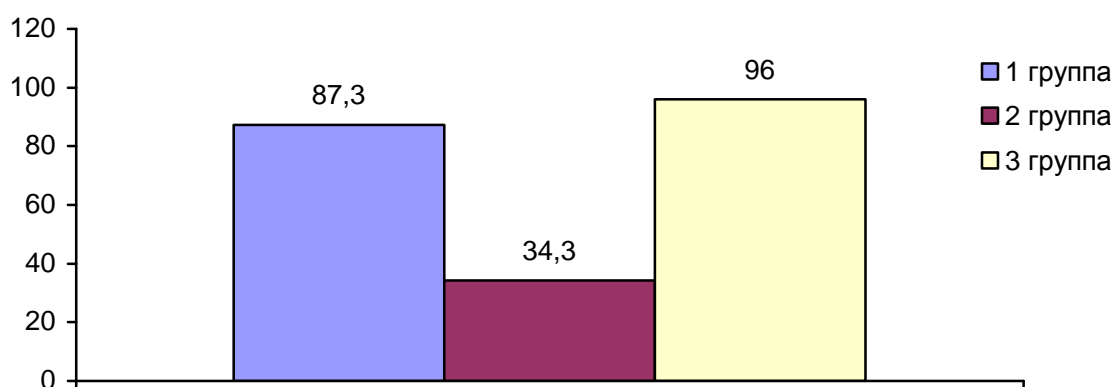


Рис.2 Время кишечного транзита (часы)

Показания к колоноскопии возникали при необходимости получения дополнительной информации о состоянии просвета толстой кишки. Очевидно, что выполнение этого исследования у больных с существенным удлинением толстой кишки было затруднительным, у половины больных, перенесших колоноскопию, аппарат был проведен лишь до селезеночного угла или до середины поперечно-ободочной кишки. У 57,2% были выявлены признаки умеренных воспалительных изменений слизистой толстой кишки.

В протокол проктологического обследования больных, осуществляемом при поступлении, были включены пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия. Кроме того, у больных с подозрением на проктогенный колостаз применяли аноректальную манометрию. Разработанный прибор для аноректальной манометрии (Рацпредложение, протокол №97 Минздрава Азербайджанской Республики от 12.09.2005) позволил провести сфинктероманометрию, анопроктометрию, дефеко-сфинктерометрию и дефекометрию.

При аноректальной манометрии оценивали тонус внутреннего сфинктера, степень волевого усилия наружного анального сфинктера, давление в прямой кишке и заднепроходном канале в момент натуживания при дефекации, а также силу сопротивления наружного сфинктера. При анопроктометрии определяли порог ректальной чувствительности (минимальные объем и давление в

прямой кишке, при которых определяется релаксационный рефлекс внутреннего сфинктера заднего прохода), порог субъективной чувствительности (минимальные объем и давление, вызывающие ощущение необходимости дефекации), порог императивного позыва к дефекации (минимальные объемы и давление, вызывающие резко выраженное ощущение потребности дефекации). Дефекосфинктерометрию осуществляли путем измерения давления в прямой кишке и заднепроходном канале в момент натуживания после разрешения дефекации

При анализе данных аноректальной манометрии у пациентов 1 группы были выявлены нормальные показатели сфинктерометрии, дефекосфинктерометрии и анопроктометрии. У пациентов 2 и 3 групп отмечено некоторое повышение тонуса внутреннего сфинктера при сфинктерометрии, повышение внутрианального давления при дефекосфинктерометрии (в момент выталкивания баллона), а также повышенные показатели анопроктометрии при относительно незначительном повышении или нормальных показателях внутрипросветного давления в прямой кишке. Повышение тонуса внутреннего сфинктера, внутрианального давления, а также параметров анопроктометрии при сохранном давлении в просвете кишки говорят в пользу проктогенного компонента колостазы у больных 2 и 3 групп.

При выполнении пальцевого исследования прямой кишки в 1 группе больных тонус внутреннего сфинктера был нормален у 50% больных. Повышение тонуса сфинктера зафиксировано у 25% больных, ослабление – у остальных 25%. Волевое усилие было нормальным у 83,3% больных, ослабление отмечено у 16,7%. У 11 больных было выявлено ректоцеле 2 степени.

Провисание или пролабирование передней стенки прямой кишки кпереди, в сторону влагалища (ректоцеле 3 степени) при пальцевом исследовании прямой кишки было выявлено у всех больных 2 группы. Нормальный тонус внутреннего сфинктера был отмечен в 20% случаев, у 40% больных тонус был повышен, у 40% - ослаблен. Волевое усилие было ослаблено у 14,3% больных, в остальных случаях усилие было в норме. Признаки геморроидальной гиперплазии при пальцевом исследовании выявлены у 3 больных (13,6%), анальная трещина – у 8 больных (36,4%).

Пальцевое исследование в 3 группе выявило нормальный тонус у 4 больных, повышение тонуса у 1 больного, ослабление тонуса у 1 больного. Волевое усилие ослаблено у 1 больного. Ректоцеле 2 степени было у 4 больных.

Признаки долихосигмы при ректороманоскопии были выявлены у трети больных, более чем у 50% обнаружены воспалительные изменения, в том числе у половины из них – катаральные, у 40% - геморроидальная гиперплазия различной степени выраженности. Изменения у больных 3 группы характеризовались признаками внутреннего пролапса прямой кишки

В предоперационном периоде 90,6% больных 1 группы и все больные 2 группы лечились консервативно в сроки от 2 до 30 лет без существенного эффекта (ср. продолжительность лечения – 5,0 лет).

В 1 группе треть больных (34,5%) обходилась регулярным приемом лишь слабительных препаратов (бисакодил, листья сенны, гутталакс), используя, при этом, нескольких суточных доз. Практически все больные принимали слабительные в течение ряда лет, причем отмечали постепенное снижение их эффективности. Еще 13,8% больных сочетали прием слабительных с клизмами.

Комплексную терапию, включающую, помимо слабительных, диету, прием ферментных препаратов, витаминов, нормокинетиков и/или прокинети-ков, лактулозы использовали 43,1% с хроническими запорами. Более 40% из этих больных также регулярно использовали очистительные клизмы.

Таким образом, современная лекарственная терапия не привела к желаемому эффекту у больных 1 группы. Несмотря на обилие лекарственных и иных медикаментозных средств у 22,4% больных этой группы отмечалось полное отсутствие самостоятельного стула в сроки от года до 5 лет (ср. $2,4 \pm 0,5$ лет).

Медикаментозная терапия в предоперационном периоде потребовалась всем больным 2 группы. Лекарственная терапия у большинства больных позволяла на время приема препаратов восстановить ежедневную дефекацию (1-2 месячные курсы терапии, неоднократно в течение года у большинства больных). Однако даже при восстановлении ежедневной дефекации сохранялась необходимость в натуживании и наружной ручной компрессии.

Неэффективность консервативного лечения послужила основанием к выполнению операции в обеих группах. Однако, хотя частота опорожнения кишки в двух группах достоверно не отличалась ($11,9 \pm 1,1$ суток в 1 группе и $14,3 \pm 1,3$ суток во 2 группе, $p > 0,05$), причины колостазы были абсолютно различны, что определило в дальнейшем различия в хирургической тактике. Сходной была ситуация и в 3 группе. Все больные этой группы лечились медикаментозно в течение 10-20 лет до момента операции с незначительным и временным эффектом. Лишь один из этих больных имел самостоятельный стул раз в 5-6 суток. Таким образом, неэффективность консервативного лечения явилась показанием к операции и у больных со смешанным хроническим колостазом.

Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистический и корреляционный анализ основывали на результатах компьютерной обработки данных (Microsoft Excel).

Обоснование показаний к оперативному вмешательству у больных с долихоколон мы основывали на четких диагностических критериях, сформулированных в разработанном алгоритме обследования больных с хроническим запором на фоне долихоколон, направленного на определение показаний к операции, оценке характера колостазы (кологенный, проктогенный или смешанный) и на выбор метода хирургического лечения (рис. 3).

План диагностического поиска был основан на симптоматике колостазов с учетом критериев, обозначенных в предыдущих разделах (два и более признаков). В нашем исследовании у 18 больных были все из перечисленных признаков, больше половины отмечали 3 – 4 симптома хронического запора.

Еще одним существенным признаком, говорящем о хронизации процесса, является продолжительность анамнеза. Подавляющая масса больных предъявляла жалобы на наличие симптомов хронического колостазов в течение многих лет, минимальная продолжительность заболевания составила 2 года.

Следующим этапом обследования следует считать подтверждение существенного значимого удлинения толстой кишки или ее отделов (долихоколон/долихосигма), которое должно основываться на результатах объективных методов визуализации, в первую очередь – рентгенологического исследования. Вполне обоснованным и достаточным для этой цели является выполнение ирригоскопии, при которой документируется удлинение кишки, оценивается ее сократительная способность и ряд иных показателей, имеющих отношение к прогнозу возможностей безоперационного лечения у больных с хроническим колостазом.

Таким образом, необходимость в оценке показаний к операции возникает у больных с длительным хроническим колостазом на фоне долихоколон при отсутствии эффекта от полноценной консервативной терапии. У этих больных следующим этапом диагностики является определение характера колостазов – кологенного, проктогенного или смешанного. Для этого следует определить, во-первых, насколько удлинение кишки значимо в формировании симптоматики хронического запора, во-вторых – исключить иные факторы, которые могут привести к нарушению кишечного транзита.

Для решения первой задачи считаем обоснованным использование рентгеноскопического метода с сульфатом бария, позволяющего зафиксировать время задержки контрастной массы в толстой кишке и срок его полной эвакуации. В нашем исследовании удалось определить срок нахождения контрастной массы в кишке с точностью до суток, что представляется вполне достаточным для установки характера колостазов и определения показаний к операции. Кроме того, ирригоскопия позволила точно оценить анатомию толстой кишки, выявить дополнительные петли различных ее отделов, расширение слепой кишки (мегацекум) и прочее, что оказало помощь при составлении плана операции.

В целом, в настоящем исследовании увеличение времени транзита отмечено у большинства больных. Тем не менее, была четко определена группа больных, у которых, на фоне симптоматики хронического запора и долихоколон, сроки кишечного транзита были нормальными, составив, в среднем 34,4 часа. Таким образом, у этих больных причиной колостазов было не удлинение толстой кишки, а иной (или иные) факторы. В этой связи все больные были подвергнуты проктологическому обследованию.

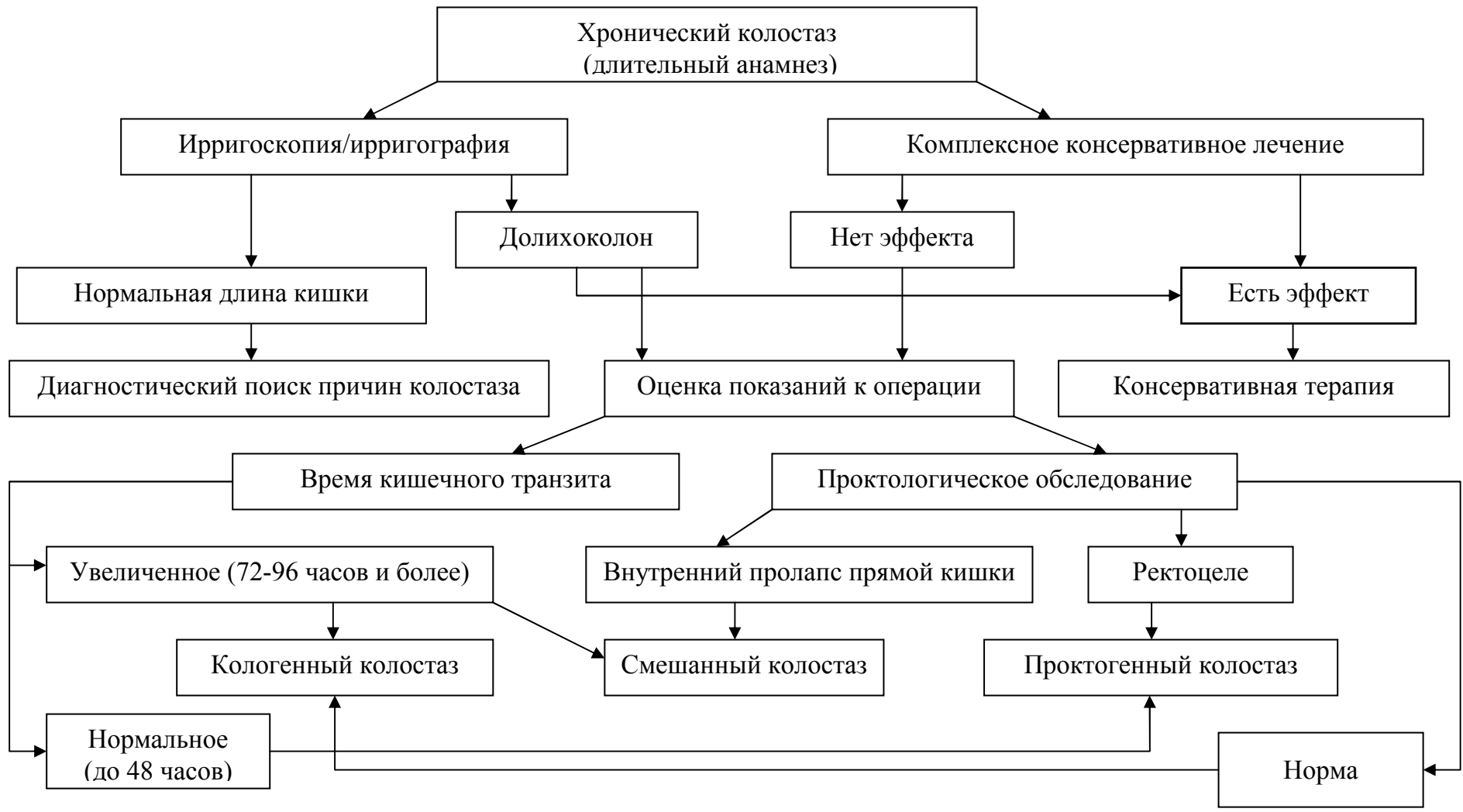


Рис.3 Алгоритм оценки показаний к хирургическому лечению больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон

Задачей комплексного проктологического обследования было выявление или исключение заболеваний, которые сами по себе в состоянии привести к хронической задержке стула. У больных с долихоколон, но без признаков кологенного колостаз, при исследовании прямой кишки было выявлено ректоцеле 3 степени, которое и было причиной проктогенного колостаз.

Сочетание обследования как толстой, так и прямой кишки позволило выявить небольшую группу больных со смешанным, колопроктогенным, характером колостаз. У этих больных причинами хронических запоров были как долихоколон и увеличение сроков кишечного транзита, так и внутренний пролапс прямой кишки. Таким образом, предложенный алгоритм позволил оценить показания к хирургическому лечению больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон, определить причину и характер колостаз и, как следствие, сделать выбор в пользу той или иной хирургической тактики.

Хирургическая тактика у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон была разнообразной и зависела от патогенеза колостаз. У 48,4% больных была выполнена колэктомия, илеоректостомия, у 25% - субтотальная колэктомия, илеосигмостомия, в остальных случаях – парциальные резекции кишки (гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки). Сочетанные вмешательства перенесли 8 больных в этой группе (12,5%), основным показанием к их выполнению были сопутствующие заболевания. Характер выполненных вмешательств у больных 1 группы показан в таблице 2.

Таблица 2

Основные хирургические операции у больных 1 группы

Основные операции	Число больных	
	N	%
Колэктомия, илеоректостомия	31	48,4
Колэктомия, ликвидация еюноректального свища	1	1,6
Субтотальная колэктомия, илеосигмостомия	16	25,0
Левосторонняя гемиколэктомия	5	7,8
Правосторонняя гемиколэктомия	2	3,1
Резекция сигмовидной кишки	9	14,1
Всего	64	100,0

Таким образом, основным вариантом лечения больных с кологенным колостазом в настоящем исследовании была колэктомия, илеоректостомия. В последние годы преимущество отдавалось именно этой методике, частота применения остальных вариантов хирургических вмешательств не возростала, более того, стала снижаться в последние несколько лет (рис.4).

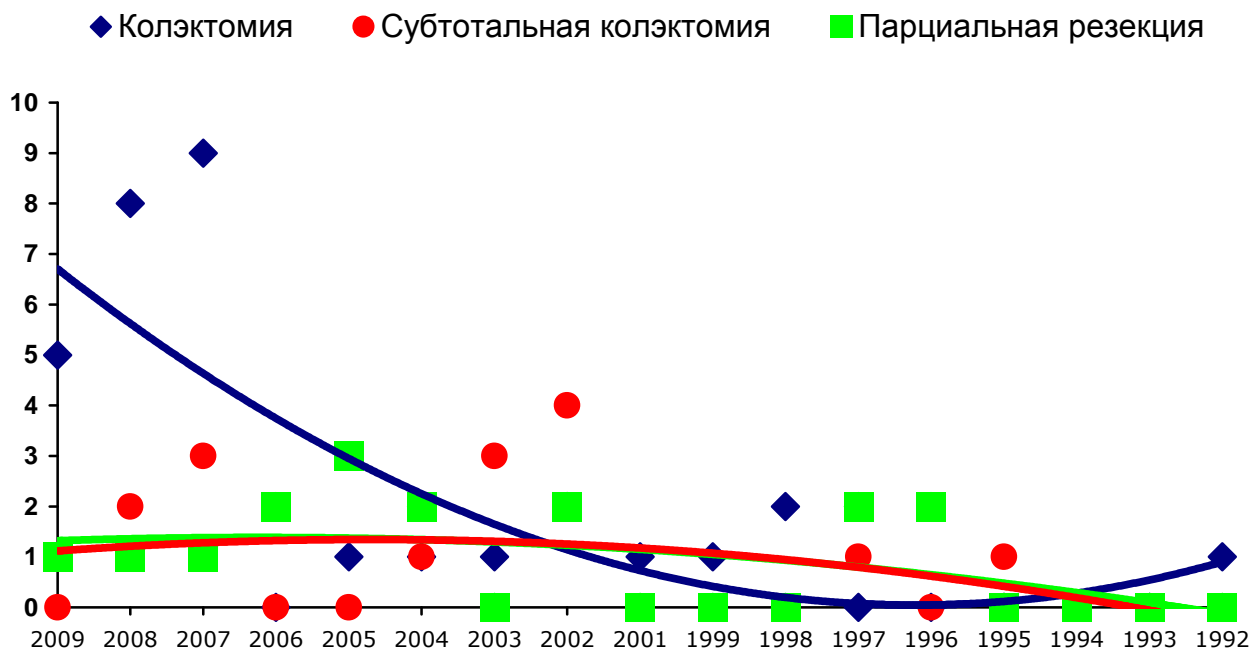


Рис. 4 Распределение основных вмешательств у больных 1 группы по годам

Колэктомия и ликвидация еюноректального свища потребовалась одному больному с кологенным колостазом на фоне долихоколон, который ранее перенес несколько хирургических вмешательств.

Основным хирургическим вмешательством у больных 2 группы, с проктогенным характером колостаза, была задняя кольпорафия с леваторопластикой (кольпоперинеопластика). Сочетанные вмешательства были выполнены 13 больным (59,1%) 2 группы. Общее количество операций превысило число больных, так как в 4 случаях была выполнена геморроидэктомия и иссечение анальной трещины одновременно с основным вмешательством.

В 3 группе был предложен способ одномоментного комбинированного хирургического лечения хронических колопроктогенных запоров путем выполнения ректопексии по Кюммелю-Зеренину в сочетании с тотальной колэктомией (Бюллетень Изобретения " Роспатента и полезных изобретений" № 9 от 27.03.2011, № патента 2414861).

При оценке продолжительности операций в описываемых группах выявлено, что в 3 группе она была существенно выше, причем достоверно, по сравнению с этим показателем для больных 2 группы ($p < 0,01$). Это обстоятельство не случайно, так как вмешательство у этих больных было, по существу, сочетанным. Операции у больных 1 группы были достаточно разнообразны. Парциальные резекции потребовали достоверно меньшего времени ($p < 0,05$).

Интраоперационные осложнения были у 2 больных с кологенным колостазом на фоне долихоколон (3,1% от всех больных 1 группы). У 1 больного во время мобилизации селезеночного угла произошло повреждение селезенки,

попытки гемостаза оказались неэффективными, что потребовало спленэктомии. В конце вмешательства у 2 больного, после ушивания брюшной стенки отмечено профузное кровотечение по дренажам. Выполнена ревизия брюшной полости, источником кровотечения оказалась нижняя брыжеечная артерия (отошла лигатура), гемостаз был эффективным. У больных 2 и 3 групп интраоперационных осложнений не было.

Таким образом, интраоперационные осложнения у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон были редки (2,2%). Во всех случаях эти осложнения были обусловлены техническими сложностями при выполнении вмешательства, были распознаны и ликвидированы своевременно, не привели к тяжелым осложнениям в раннем и послеоперационном периоде и не сказались на отдаленных функциональных результатах.

Не было получено существенных различий по параметрам предоперационной и послеоперационной госпитализации у больных первых двух групп. Общая продолжительность стационарного лечения была наименьшей у больных 2 группы, однако различия не были статистически достоверны ($p > 0,05$). Большая, хотя и недостоверная, продолжительность послеоперационного лечения у больных 3 группы была обусловлена тяжестью одномоментного хирургического вмешательства, направленного на коррекцию сочетанной патологии.

Средние показатели различались не существенно, однако диапазон значений по описываемым параметрам был значительным. Обращает на себя внимание возможность сокращения сроков предоперационного лечения за счет амбулаторного обследования больных, продемонстрированная во всех группах. Сопутствующие заболевания не оказали существенного влияния на время предоперационного обследования. В 1 группе у больных с сопутствующей патологией время предоперационной госпитализации составило 7,2 суток, во 2 группе - 13 суток.

В настоящем исследовании был проведен анализ, направленный на определение причин увеличения сроков послеоперационной госпитализации у больных изучаемых групп. Оценка проводилась по ряду показателей при разделении группы по отношению к среднему значению параметра.

Возраст больных 1 группы, срок послеоперационной госпитализации которых не превысил 13 суток (средний показатель послеоперационной госпитализации в группе), составил $34,1 \pm 2,2$ лет (от 15 до 71 года), у больных с более длительными сроками стационарного лечения после вмешательства - $39,0 \pm 3,5$ лет (от 15 до 69 лет). Различия не были статистически достоверны ($p > 0,05$).

У больных 2 группы также не было получено существенных различий по возрастному параметру у больных с короткими (меньше среднего) и длительными сроками послеоперационного лечения ($45,7 \pm 2,5$ лет и $43,6 \pm 1,5$ соответственно).

Оценка влияния тяжести сопутствующих заболеваний на продолжительность послеоперационного лечения продемонстрировала существенные разли-

чия. Было выявлено, что у больных 1 группы с продолжительностью послеоперационной госпитализации выше среднего значения (более 13 суток) сопутствующие заболевания были у 40%, в том числе у 20% – тяжелые (ИБС, ожирение 3 степени, цирроз печени). Напротив, при сроках послеоперационного лечения меньше среднего значения сопутствующие болезни были у 25% больных, тяжелые - у 6,8% больных. Во 2 группе сроки послеоперационного стационарного лечения от наличия сопутствующих заболеваний не зависели, однако тяжелой системной патологии этих больных не было.

Еще одной, закономерной причиной удлинения сроков лечения явились послеоперационные осложнения, отмеченные у 3 больных 1 группы. Среднее время госпитализации после вмешательства у них составило 30,3 суток, то есть более чем в два раза больше среднего параметра.

Таким образом, время послеоперационной госпитализации напрямую зависело от наличия сопутствующих заболеваний и послеоперационных осложнений. Сокращение сроков общей госпитализации возможно за счет времени предоперационного обследования.

Послеоперационные ранние осложнения были редки, встретились лишь у четырех больных 1 группы, у больных 2 и 3 групп осложнений не было. Частота ранних осложнений для всех больных, вошедших в исследование, составила 4,3%, для 1 группы – 6,3%. При этом развившиеся осложнения раннего послеоперационного периода были достаточно тяжелы (перфорация тощей кишки, абсцесс левого бокового канала, разлитой серозный перитонит), у трех больных потребовали повторного вмешательства и длительного лечения. В то же время, во всех случаях удалось своевременно купировать развившиеся осложнения, их наличие не сказалось на качестве дальнейшего послеоперационного периода.

Оценка отдаленных результатов основывалась на анализе данных о частоте дефекаций, характере стула, динамике этих параметров, а также о необходимости дополнительного медикаментозного лечения. Кроме того, ставилась задача получения сведений об осложнениях отдаленного послеоперационного периода.

Результаты были расценены как хорошие, удовлетворительные или неудовлетворительные в зависимости от отсутствия или наличия симптомов колостазы, кишечной диспепсии и необходимости и продолжительности консервативного лечения.

Функциональные результаты в отдаленные сроки были оценены по количеству и характеру дефекаций в различные сроки (от 1 месяца до 3 и более лет) после вмешательства. Отдаленные результаты лечения больных 1 группы были рассмотрены в зависимости от перенесенного вида операции.

Для больных 1 группы, перенесших тотальную и субтотальную колэктомию, результаты операций по параметру частоты дефекаций были схожи, достоверных различий получено не было ($p > 0,05$). Отмечалось постепенное сни-

жение количества актов дефекации в сутки от двух-трех в первые месяцы до одного и менее через полгода после вмешательства. При дальнейшем наблюдении существенной динамики по данному параметру не получено (рис.5).

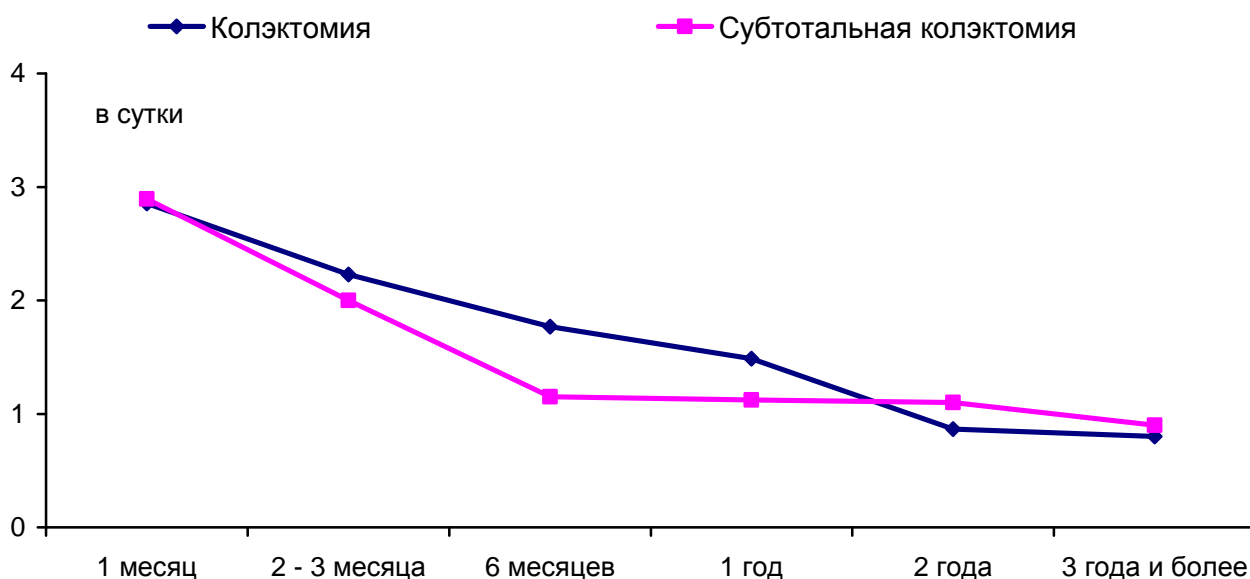


Рис. 5 Количество дефекаций в сутки в отдаленные сроки после колэктомии и субтотальной колэктомии у больных 1 группы

Ситуация по описываемому показателю у больных, перенесших парциальные резекции кишки, была иной (рис.6). Частота появления стула у больных после правосторонней или левосторонней гемиколэктомии в первые месяцы после вмешательства составляла 1 раз в сутки. При дальнейшем наблюдении отмечено снижение количества дефекаций, начиная с 6 месяцев после операции, до одного эпизода в 2 – 3 суток и реже.

Еще хуже были функциональные результаты у больных, которым была выполнена резекция сигмовидной кишки. Уже через месяц после вмешательства лишь половина больных отметила ежедневное появление стула, у остальных дефекации происходили раз в 2 или 3 дня. В дальнейшем (к 6 месяцам) у всех больных частота дефекаций сократилась до 1 - 2 раз в неделю или реже и сохранялась на этом уровне на протяжении всего срока наблюдения.

Таким образом, основываясь на таком показателе, как частота дефекаций в сутки в отдаленные сроки после вмешательства, можно сделать вывод, что наилучшие результаты у больных 1 группы продемонстрировали резекции толстой кишки в объеме ее полного или субтотального удаления. Последствия частичных резекций были существенно хуже, причем, чем меньший объем кишки удалялся, тем хуже были результаты.

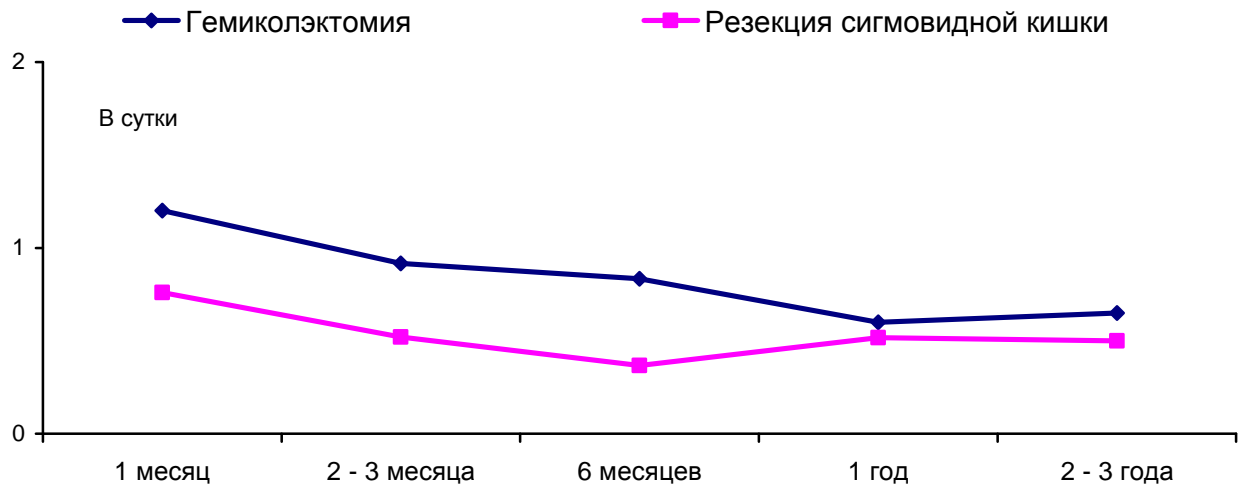


Рис. 6 Количество дефекаций в сутки в отдаленные сроки после гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки у больных 1 группы

Динамика изменения характера стула у больных в отдаленные сроки после колэктомии показала следующее (рис.7). В первые месяцы после операции у 2/3 больных был полуоформленный стул, еще у трети – жидкий. Далее частота встречаемости жидкого стула резко уменьшается, практически не выявляясь через год после вмешательства, снижается и количество больных, отмечающих наличие полуоформленного стула (42% через три года после колэктомии).

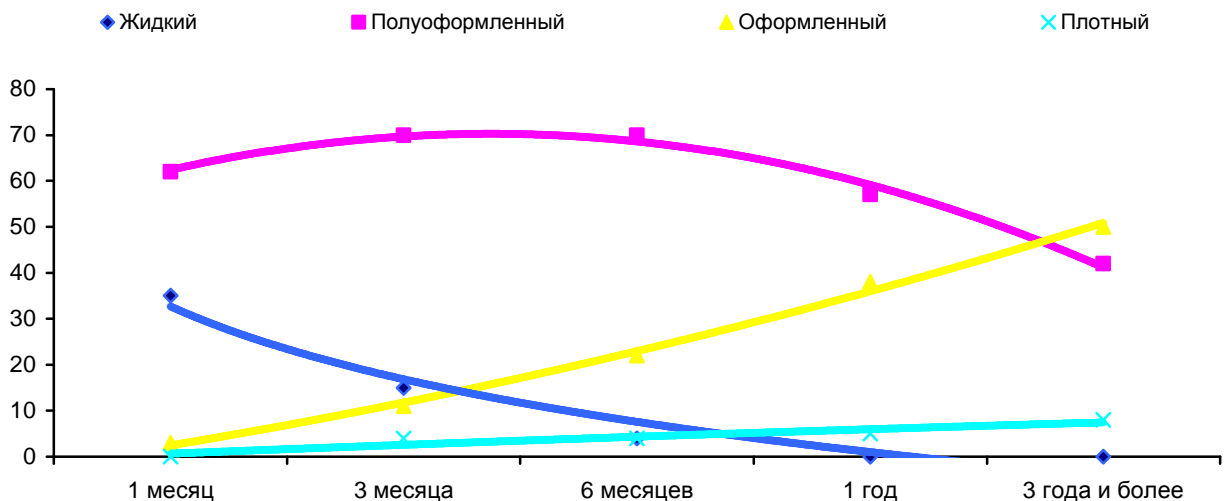


Рис. 7 Характер дефекации у больных, перенесших колэктомию (%)

Напротив, оформленный стул, наблюдаемый лишь у 11% больных через месяц после вмешательства, через три года фиксирует половина больных. Плотный стул после тотальной колэктомии эпизодически был лишь у 4-5% больных, необходимость в натуживании во время дефекации была лишь у 3,0% больных. Таким образом, тотальная колэктомия через год обеспечила у 95%

больных однократный (реже – двукратный) в течение суток оформленный или полуоформленный стул.

Иной была ситуация в группе больных, перенесших субтотальное удаление толстой кишки (рис.8). В первый месяц после вмешательства у больных регистрировался жидкий или полуоформленный стул в тех же пропорциях, как в группе больных после колэктомии. Аналогична была динамика резкого снижения числа больных, жаловавшихся на наличие жидкого стула. Полуоформленный стул отмечался у 70% больных в первые месяцы после операции с дальнейшим снижением этого параметра, однако, динамика его снижения была существенно более резкой. В результате, через 3 года после операции полуоформленный стул был отмечен лишь у 25% больных. По мере увеличения сроков, прошедших после вмешательства, возрастало число больных с оформленным характером стула, однако, число их было меньше, чем после колэктомии, достигая 37% спустя 3 года.

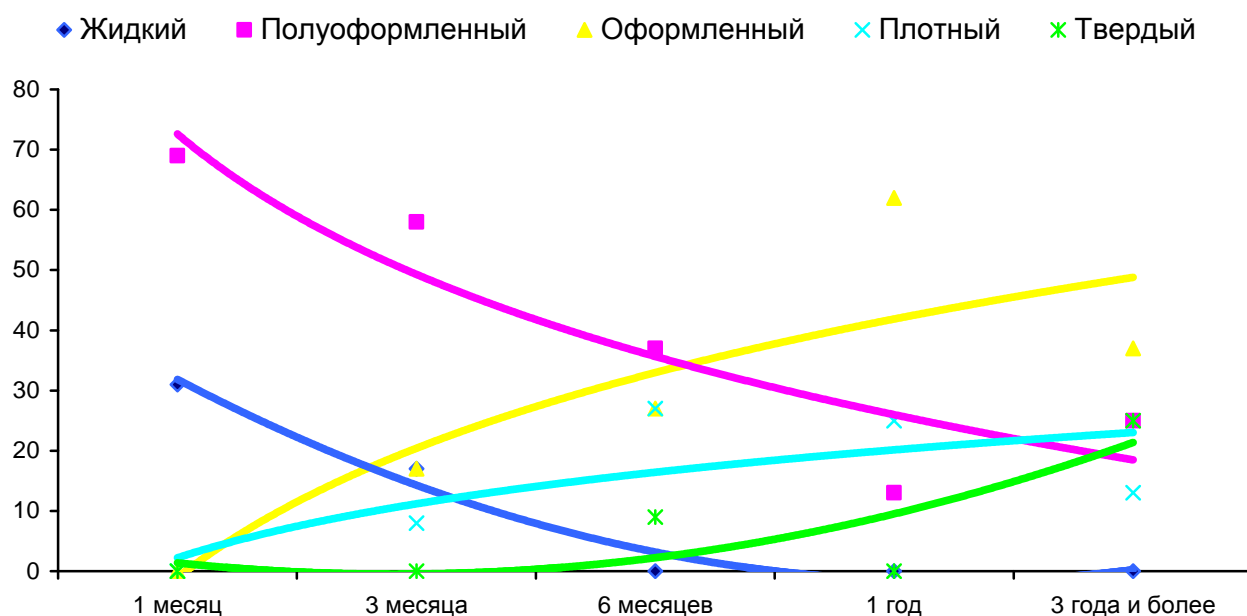


Рис. 8 Характер дефекации у больных, перенесших субтотальную колэктомию (%)

Еще одной особенностью послеоперационного течения в отдаленные сроки после субтотальной колэктомии было появление значительного числа больных с плотным и твердым стулом, причем их число постоянно нарастало, достигая 38% через три года после операции.

В результате, через три года оформленный или полуоформленный стул наблюдался лишь у 62% больных, у них результат был расценен как хороший. Больные, у которых регистрировался стул плотного и твердого характера, в половине случаев вынуждены были прибегать к натуживанию, использованию свечей или микроклизм (18,8% от общего числа больных).

Результаты парциальных резекций у больных 1 группы были самыми неблагоприятными (рис.9). Оформленный стул отмечен у 2/3 больных в первые месяцы после вмешательства, у 1/3 стул был плотным. Через три года ситуация была прямо противоположной, то есть у 33% больных сохранялся оформленный стул, у 67% стул был плотным. Необходимость в использовании масляных свечей или микроклизм отмечали 26,7% больных, при этом, как было показано ранее, частота дефекаций у этих больных не превышала 1 - 2 раз в неделю.

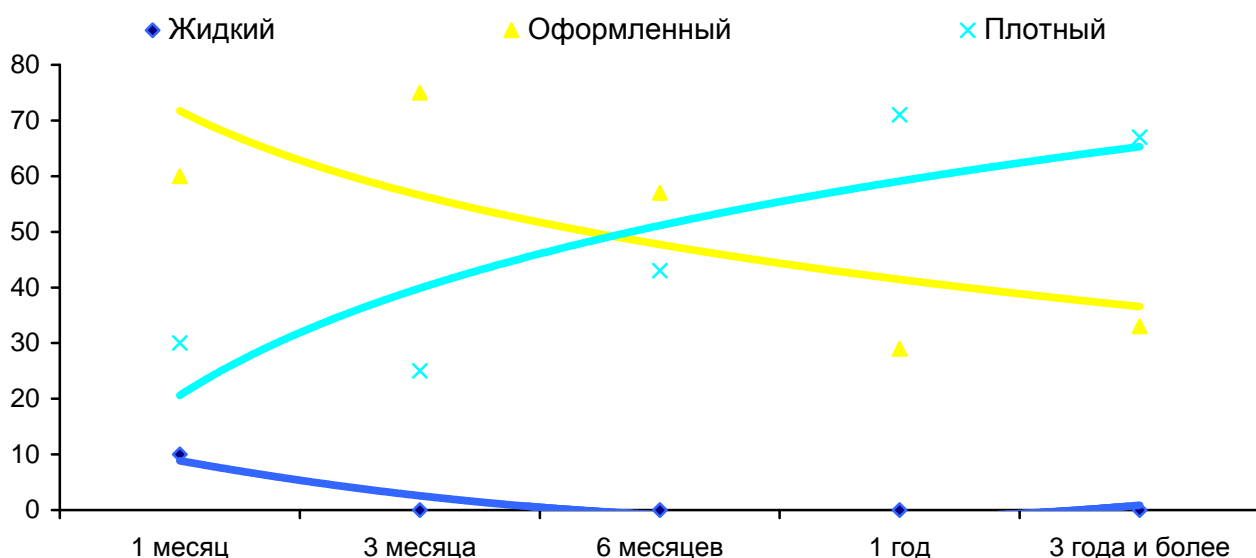


Рис. 9 Характер дефекации у больных, перенесших парциальные резекции толстой кишки (%)

В настоящем исследовании был проведен подробный анализ причин удовлетворительных и неудовлетворительных функциональных результатов в отдаленные сроки после операции по описанным группам больных.

Совокупная оценка функциональных результатов вмешательств у больных 1 группы, с учетом частота и характера дефекаций, представлена на рисунке 10.

Удовлетворительными результатами у 3 больных, перенесших тотальную колэктомию, посчитали наличие диарейного синдрома. Напротив, основной проблемой группы пациентов, перенесших субтотальную резекцию, была задержка стула. Результат расценивали как удовлетворительный при сохранении регулярного стула в отдаленные сроки после операции, в том числе, когда для его достижения требовалась медикаментозная поддержка, прием слабительных препаратов или использование клизм. При прогрессировании симптоматики хронического колостаза результат считали неудовлетворительным .

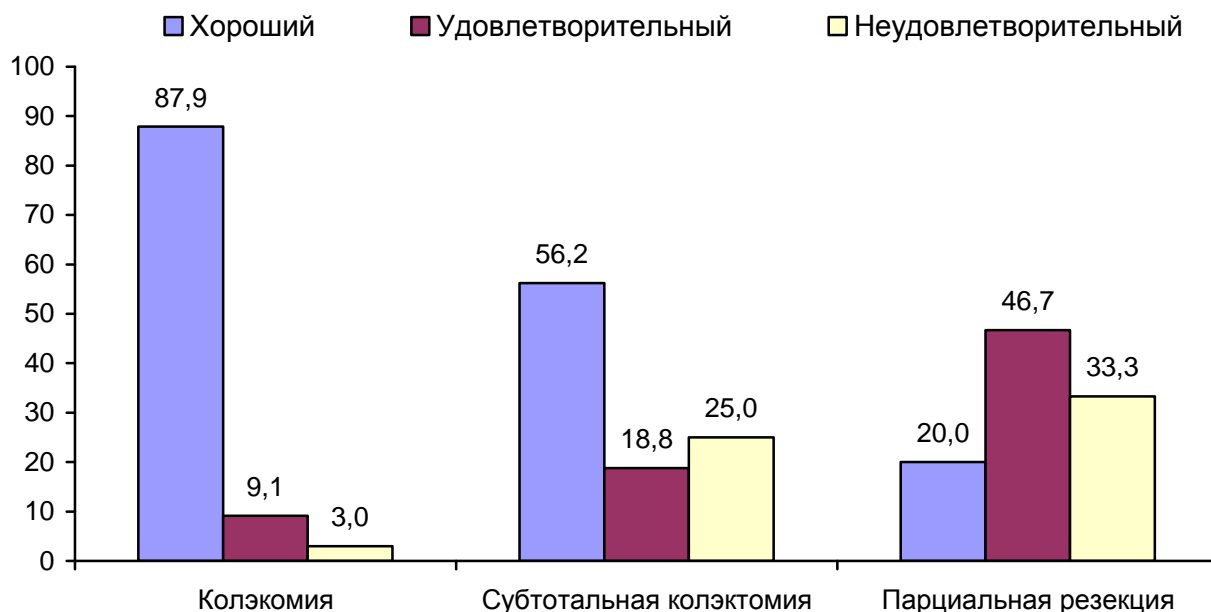


Рис. 10 Функциональные результаты в отдаленные сроки после операции у больных 1 группы (%)

Как неудовлетворительные, результаты субтотальной колэктомии были расценены у 4 больных. У всех этих больных через полгода после вмешательства отмечался стул с частотой раз в 3–6 суток, плотного или твердого характера, с дальнейшим ухудшением, по мере увеличения сроков наблюдения. Все больные, постоянно или периодически, продолжали консервативное лечение.

Удовлетворительные результаты у больных, перенесших парциальные резекции, как и в случае с больными после субтотальных резекции, означали сохранение частоты актов дефекации в пределах 1-2 суток. Сокращение частоты стула до 1 раза в 4-5 суток и реже, неэффективность консервативного лечения расценивали как результат неудовлетворительный.

Таким образом, результаты вмешательств у больных с хроническим коллагенным колостазом на фоне долихоколон (1 группа) были различными и зависели как от объема резекции кишки, так и от полноты обследования и точности оценки показаний к конкретному хирургическому вмешательству.

У больных 2 и 3 групп проведенное хирургическое лечение обеспечило вполне приемлемый результат, ни в одном случае у больных не отмечалось задержки стула. Этот эффект сохранялся и спустя несколько лет после вмешательства, что говорит о правильности выбранной хирургической тактики.

Если оценивать характер дефекации, то стул у больных 2 группы был оформленным во всех случаях, независимо от сроков, прошедших после вмешательства. Лишь у одной больной 2 группы (4,5%) результат был расценен как удовлетворительный. У этой больной, при наблюдении в течение трех лет, отмечено наличие ежедневного оформленного стула. Тем не менее, больная

предъявляла жалобы на ощущение неполного опорожнения, пользовалась масляными свечами.

У больных 3 группы характер стула был стабильно полуоформленным во все сроки наблюдения в отдаленном периоде.

В 1 группе необходимость в послеоперационном медикаментозном лечении была у всех больных, причем в равных долях, независимо от объема выполненной резекции. Однако качественный анализ примененных лекарственных препаратов продемонстрировал существенные различия.

Среди больных, перенесших колэктомия и илеоректостомию, необходимость в послеоперационном медикаментозном лечении была у 26 больных. У 5% больных имелась потребность в приеме лоперамида, что было обусловлено диарейным синдромом, отмеченном у этих больных в первые месяцы после вмешательства. Через 3 месяца после колэктомии необходимость в лечении исчезала.

Потребность в приеме пребиотиков, ферментов и витаминов, а также в соблюдении диеты с ограничением растительной клетчатки была обусловлена необходимостью стимуляции роста собственной микрофлоры и нормализации функции кишки. Необходимость в этой терапии сохранялась в течение 3-6 месяцев, спустя это время потребности в медикаментозной поддержке у больных этой группы не было.

У больных, которым было выполнено субтотальное удаление толстой кишки, потребность в послеоперационном медикаментозном лечении была у 12 больных. Ряду больных этой группы потребовалось применение слабительных, прокинетики и даже клизм, что связано с развитием в отдаленные сроки после вмешательства симптоматики колостаз или с изменением характера стула.

Для больных, которым были выполнены гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки в послеоперационном периоде был гораздо более актуален прием слабительных препаратов, использование клизм и масляных свечей, то есть основным направлением лечения у этих больных была борьба с колостазом. Кроме того, прием этих препаратов у большинства больных был постоянным.

У больных 2 группы необходимость в соблюдении диеты, приеме нормокинетиков, ферментов, пребиотиков сохранялась в 47,1% случаев в первые месяцы после вмешательства. В дальнейшем от медикаментозной поддержки большинство больных отказались. Обращает на себя внимание отсутствие (за исключением одной больной) слабительных препаратов, что согласуется с описанными ранее отдаленными функциональными результатами у больных этой группы. В 3 группе прием препаратов был необходим у пятерых больных, лишь в одном случае медикаментозная поддержка не потребовалась. Схема медикаментозной поддержки была схожей с таковой у больных с колотенным колостазом, перенесших тотальную колэктомия (пребиотики, ферменты и витами-

ны, соблюдение диеты). Необходимость в этой терапии, также, была кратковременной.

В настоящем исследовании мы практически не встретились с осложнениями в отдаленные сроки после хирургического вмешательства. Лишь одна больная 1 группы, перенесшая субтотальную колэктомию, илеосигмостомию, была госпитализирована через 4 месяца после операции с признаками частичной непроходимости. Больной были проведены консервативные мероприятия с хорошим эффектом, в дальнейшем эпизоды кишечной непроходимости не повторялись. Таким образом, частота отдаленных осложнений составила 1,6% для 1 группы и 1,1% для всех исследуемых больных.

Совокупный анализ продемонстрировал наличие хороших результатов у 73,9% больных, вошедших в настоящее исследование (рис. 11). Критериями хороших результатов во всех изучаемых группах считали отсутствие симптомов колостазы при частоте дефекации 1 раз в 1-2 суток, оформленный или полуоформленный стула, а также отсутствие необходимости в дополнительной медикаментозной терапии, направленной на регуляцию стула.

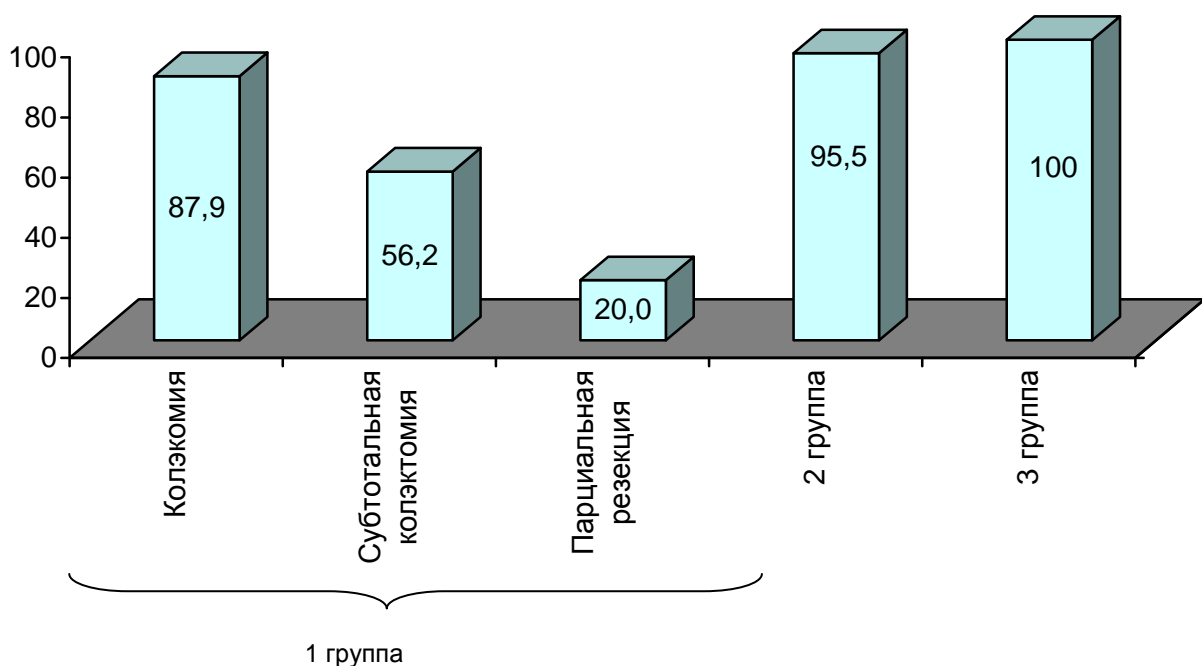


Рис. 11 Хорошие результаты хирургического лечения больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон(%)

Предложенная хирургическая тактика обеспечила хорошие результаты практически у всех больных 2 и 3 групп. Применительно к 1 группе хорошие результаты были получены почти у 90% больных, перенесших тотальную колэктомию, илеоректостомию. В тех случаях, когда удаление толстой кишки выполнялось в объеме субтотальной резекции, то есть при сохранении участка сигмовидной кишки с наложением илеосигмоанастомоза, хороших результатов удалось добиться только у 56% больных. Правосторонняя или левосторонняя

гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки сопровождались достижением хороших результатов лишь у пятой части больных.

Результаты были удовлетворительными у 15,2% больных. Причины признания результатов удовлетворительными были различны, различной была и лечебная тактика. Так, у больных после колэктомии результаты считали удовлетворительными в случае развития диарейного синдрома, наличия частого жидкого стула. Как указывалось ранее, для достижения хороших результатов достаточно было кратковременной (2-3 месяца), специфической медикаментозной терапии и соблюдения диеты, после чего частота и характер стула нормализовались.

Напротив, при сохранении участка толстой кишки при субтотальной и, особенно, парциальной резекции кишки, основной причиной удовлетворительных результатов были хронические запоры. Больным требовался постоянный прием слабительных, при этом удавалось сохранять нормальную частоту дефекации.

Неудовлетворительные результаты были зафиксированы у 10,9% больных в настоящем исследовании (рис. 12). Можно видеть, что подобных последствий не было у больных 2 и 3 группы. В 1 группе неудовлетворительные результаты зависели от объема резекции или были обусловлены не диагностированными до операции заболеваниями прямой кишки.

Таким образом, многофакторный анализ отдаленных результатов, проведенный в этой главе, обозначил четкую привязку результатов к характеру и объему перенесенного вмешательства. Тем не менее, для выявления иных возможных причин, влияющих на результаты лечения, был проведен дополнительный сравнительный статистический анализ. Разумеется, подобный разбор имел смысл лишь в 1 группе больных, в остальных двух группах разброса отдаленных результатов, фактически, не было.

Для этой оценки были выбраны такие параметры, как пол, возраст, продолжительность анамнеза хронического колостазы, время кишечного транзита, необходимость выполнения сочетанных вмешательств, а также наличие осложнений как интраоперационных, так и в раннем послеоперационном периоде.

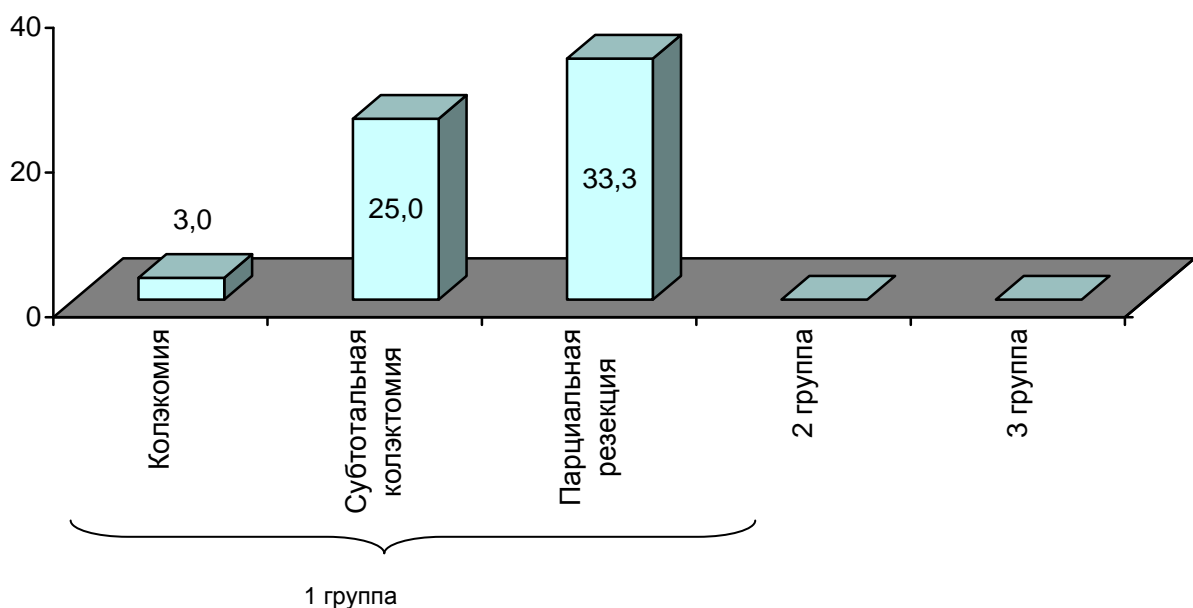


Рис.12 Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон (%)

Можно видеть, что существенных и достоверных отличий по изученным параметрам между группами больных с разными отдаленными результатами нет. Таким образом, основной и единственной причиной удовлетворительных результатов, обусловленных хроническим колостазом, а также неудовлетворительных результатов следует считать недостаточные объемы резекции или недоучет иных факторов, приводящих к развитию хронического запора. Тотальная колэктомия, илеоректостомия обеспечила наилучшие функциональные результаты в настоящем исследовании в отдаленные сроки после операции. Это вмешательство следует считать операцией выбора у больных с хроническим кологенным колостазом на фоне долихоколон.

Хирургическое лечение обеспечивает хорошие результаты у 87,9 – 100% больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон. Причины хронического колостаза у больных с долихоколон могут быть различными, что требует дифференцированного подхода к применению методов диагностики и лечебной тактики у этих больных.

ВЫВОДЫ

1. Хронический колостаз у больных с долихоколон может быть обусловлен как замедлением кишечного транзита по толстой кишке, так и заболеваниями прямой кишки при нормальной функции толстой кишки. В связи с этим у больных с долихоколон выделяют хронический колостаз кологенного и проктогенного генеза. Кроме того, колостаз может быть смешанного (кологенного и проктогенного) происхождения.

2. Алгоритм диагностического поиска у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон должен включать инструментальное исследование структуры и функции толстой кишки, а также физикальную, эндоскопическую и манометрическую оценку прямой кишки. Обследование должно подтвердить наличие долихоколон, оценить, насколько удлинение кишки значимо в формировании симптоматики хронического запора, а также выявить проктогенные факторы колостаза.

3. Показания к операции у больных с подтвержденным при обследовании хроническим колостазом на фоне долихоколон выставляются лишь при отсутствии эффекта от консервативного лечения. Хирургическая тактика у этих больных должна быть дифференцированной и определяться патогенезом колостаза.

4. Интраоперационные осложнения (3,1%) и осложнения раннего послеоперационного периода (6,3%) были отмечены в группе больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон. У больных с проктогенным и смешанным колостазом осложнений не было. Развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде не сказалось на качестве дальнейшего послеоперационного периода. Частота отдаленных осложнений составила 1,1% для всех исследуемых больных.

5. Методом выбора у больных с колостазом на фоне долихоколон является колэктомия, илеоректостомия, хорошие результаты в отдаленном периоде получены у 95% больных. После субтотальной резекции толстой кишки рецидив хронического запора отмечен у 25% больных, после парциальных резекций у 80% больных. Задняя кольпорафия с леваторопластикой (кольпоперинеопластика) обеспечила хорошие результаты у 96,5% больных с проктогенным характером колостаза. У больных со смешанным характером колостаза колэктомия, ректопексия по Кюммелю-Зеренину была эффективна у 100% больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Диагностический поиск у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон должен быть основан на данных рентгенологического и проктологического обследований.

2. Ирригоскопия является основным методом, при котором документируется удлинение кишки, оценивается ее сократительная способность и ряд иных показателей, имеющих отношение к прогнозу возможностей безоперационного лечения у больных с хроническим колостазом. Иные методы обследования толстой кишки, в том числе эндоскопические, носят вспомогательный характер и предназначены для получения дополнительной информации.

3. При исследовании толстокишечного транзита считаем обоснованным использование рентгеноскопического метода с сульфатом бария, позволяющего

зафиксировать время задержки контрастной массы в толстой кишке и срок его полной эвакуации. Выявление бариевой взвеси в просвете толстой кишки спустя 72-96 часов следует считать доказательством неэффективности эвакуаторной функции кишки. Дальнейшая (по срокам) рентгенологическая оценка не имеет смысла и лишь ведет к увеличению лучевой нагрузки на больного.

4. Одним из факторов, приводящих к длительному хроническому запору, является расстройство функции мышц тазового дна и прямой кишки. В этой связи все больные должны быть подвергнуты полноценному проктологическому обследованию (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, аноректальная манометрия).

5. Повышение тонуса внутреннего сфинктера, внутрианального давления, а также параметров анопроктометрии при сохранном давлении в просвете кишки говорят в пользу проктогенного компонента колостазы.

6. Колэктомия, илеоректостомия является операцией выбора у больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон. Показанием к колэктомии у этих больных считаем замедление транзита толстокишечного содержимого свыше 96 часов и указания в анамнезе на длительную и неэффективную консервативную терапию или ранее выполненную нерезультативную резекцию толстой кишки.

7. После колэктомии ряду больных требуется кратковременная (3-6 месяцев) медикаментозная терапия, направленная на купирование симптомов кишечной диспепсии или диареи.

8. Проктогенный характер колостазы на фоне ректоцеле у больных с долихоколон при сроках транзита по ободочной кишке, не превышающих 48 часов, подразумевает необходимость выполнения задней кольпорафии с леваторопластикой (кольпоперинеопластики). Вмешательство на толстой кишке у этих больных не показано.

9. Больным с хроническим колостазом на фоне долихоколон, при сочетании замедления транзита по ободочной кишке (72-96 часов) с аноректальной обструкцией на фоне внутреннего пролапса (смешанный колостаз), показана ректопексия по Кюммелю-Зеренину в сочетании с тотальной колэктомией по разработанной методике.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Surgical treatment of chronic long intestine obstruction of patients with dolichocolon. VI Конгресс с международным участием гастроэнтерологов и хирургов Азербайджана. Тезисы конгресса. – Баку. – 2003. – С.93. (в соавт. с Khalilov A.J., Abbasov V.Sh.)
2. Treatment tactics of patients with chronic colostasis. Turkish Journal of Gastroenterology. – 2005. - vol.16; supp.1. – P.138 (в соавт. с Khalilov A.J., Abbasov V.Sh., Gulieva N.Sh.)

3. Treatment tactics for patients with chronic colostasis. IX International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku. - 2006. – P.178-179 (в соавт. с Agaev B.A., Khalilov A.D., Abbasov V.Sh.)
4. Tactics of conducting of patients with chronic constipation. IX International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku. - 2006. – P. 68-69 (в соавт. с Khalilov A.D., Khalilov N.D.)
5. Outcomes of medical treatment of patients with chronic constipation. XII Central European Congress of Coloproctology. – Moscow. – 2008. – P.28 (в соавт. с Agaev B.A., Isaev G.B., Khalilov A.D., Khalilov N.D.)
6. Differential surgical treatment of patients with chronic colostasis. Abstracts of XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku - 2008. – P.218-219 (в соавт. с Agaev B.A., Isaev G.B., Khalilov A.J.)
7. The chronic constipation – actual problem of medicine. Abstracts of XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku - 2008. – P.231 – 232 (в соавт. с Khalilov A.J., Khalilov N.J.)
8. Хирургическое лечение хронического колостазы. Хирургия. – 2009. - №12. – С.60-62
9. Диагностика хронического колостазы у больных с долихоколон. Анналы хирургии. – 2009. - №3. – С.21-23
10. Проктогенный хронический запор у больных с долихоколон: принципы диагностики и хирургического лечения. Сәғһаһиууә (Хирургия Азерб.). - 2010. - №2, (22). – С.31-33
11. Отдаленные результаты тотальной колэктомии у больных с долихоколон. Сәғһаһиууә (Хирургия Азерб.). - 2010. - №3, (22). – С. 45-48
12. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения хронического колостазы у больных с долихоколон. Sağlamlıq (Здоровье Азерб.). – 2010. - №3. – С.27-30
13. Результаты хирургического лечения хронического колостазы у больных с долихоколон. Sağlamlıq (Здоровье Азерб.). – 2010. - №4. – С.29-31
14. Показания к оперативному лечению больных с долихоколон. Sağlamlıq (Здоровье Азерб.). – 2010. - №6. – С. 35-38
15. Комбинированное лечение хронического запора у больных с долихоколон. Сәғһаһиууә (Хирургия Азерб.). – 2010. – №4, (24). – С. 23 -26 (в соавт. с Курбановым Ф.С.)
16. Хирургическое лечение проктогенных запоров. Хирургия. – 2010. - №3. – С.77-79
17. Хирургическое лечение копростаза у больных с долихоколон. Хирургия. – 2010. - №5. – С.50-52 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Ткаченко Ю.Н.)
18. Долихоколон как причина хронического запора. Хирургия. – 2010. - №7. – С.25-27 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Ткаченко Ю.Н.)

19. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон. Хирургия. – 2010. - №9. – С.53-56 (в соавт. с Курбановым Ф.С., Ткаченко Ю.Н.)
20. Комбинированное хирургическое лечение хронического колопроктогенного колостазу у больных с долихоколон. Хирургия. – 2010. - №11. – С.53-55 (в соавт. с Курбановым Ф.С.)
21. Функциональные результаты хирургического лечения больных с долихоколон и хроническим колостазом. Московский хирургический журнал. – 2010. - №6. – С.31-34 (в соавт. с Курбановым Ф.С.)
22. Тотальная колэктомия в лечении хронического запора у больных с долихоколон. Актуальные проблемы колопроктологии. VII научно – практическая конференция с международным участием. Актобе (Казахстан). – 2010. – С.95–96 (в соавт. с Курбановым Ф.С.)
23. Проктогенный колостаз у больных с долихоколон. Актуальные проблемы колопроктологии. VII научно – практическая конференция с международным участием. Актобе (Казахстан). – 2010. – С.102–103 (в соавт. с Курбановым Ф.С.)
24. Roentgenologic criteria within treatment of patients with dolichocolon. Materials of International Conferense devoted to the 80 th of Azerbaijan Medical Universiti. Baku. – 2010. – P.168–169 (в соавт. с A.D.Khalilov)
25. Показания к оперативному лечению больных с долихоколон. Sağlamlıq (Здоровье Азерб.). – 2010. - №6. – С.35 – 38
26. Хирургическое лечение хронического копростаза. Хирургия. - 2011. - №2. – С.46-49 (в соавт. с Курбановым Ф.С.)

АВТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПАТЕНТЫ

1. Способ аноректальной манометрии. Протокол №97 Минздрава Азербайджанской Республики от 12. 09. 2005 года.
2. Способ хирургического лечения хронического колопроктогенного запора Бюллетень Изобретения " Роспатента и полезных изобретений" № 9 от 27.03.2011, № патента 2414861. (в соавт. с Курбановым Ф.С., Богопольским П.М., Шестаковым А.Л.)

Резюме автореферата диссертации
Э.А.Джавадова «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ НА ФОНЕ ДОЛИХОКОЛОН»

В автореферате диссертации приводятся результаты хирургического лечения 92 больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон. Выделены группы больных с кологенным, проктогенным и смешанным колостазом, создан алгоритм, в котором сформулированы диагностические критерии и указаны оптимальные схемы хирургического лечения. Колэктомия является операцией выбора у больных с кологенным колостазом. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты у 87,9% больных во всех группах. В работе обосновывается важность полноценного предоперационного обследования и активной дифференцированной хирургической тактики у больных с хроническими запорами на фоне долихоколон.

E.A.Javadov «SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC
COLOSTASIS AND DOLICHOCOLON»

Outcome of 92 patients with chronic colostasis and dolichocolon surgical treatment were assumed as a basis of the study. Different reasons of chronic colostasis in patients with dolichocolon were determinate. Algorithm of chronic constipation pathogenesis investigation and surgical treatment indications in this group of patients was suggested. Total colectomy must be an operation of choice in patients with chronic colostasis and dolichocolon. Good results obtained in 87,9% cases. Importance of complete preoperative examination and active surgical tactics in patients with chronic colostasis and dolichocolon was confirmed.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии
www.gastroscan.ru/literature/