

**НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА****Оморов Р.А.¹, Осмоналиев Б.К.¹, Авасов Б.А.¹,
Беркулов Д.А.¹, Сексенбаев С.Р.²**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева¹Городская клиническая больница №1²

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Приведены результаты хирургического лечения 9 пациентов в возрасте от 17 до 60 лет с хроническим толстокишечным стазом. После обследования, включающий в себя опросник Векснера, лабораторные и инструментальные методы исследования, под эндотрахеальным наркозом первым этапом формировался инвагинационный илеотрансверсо-анастомоз, вторым этапом производилась мезосигмопликация по И.Э. Гаген-Торну. Во всех 9 (100%) случаях не отмечено развитие ранних послеоперационных осложнений и летальности. Отдаленные результаты прослежены у 5 (55,5%) пациентов в сроке от 3 месяцев до 5 лет. Все пациенты чувствуют себя удовлетворительно, отмечают отсутствие диспепсических расстройств, болевого синдрома и самостоятельный стул 3-4 раза в неделю. Полученные результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов, оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза.

Ключевые слова: хронический толстокишечный стаз, новый метод хирургического лечения.

**ЖООН ИЧЕГИНИН ӨНӨКӨТ СТАЗ ООРУСУН ЖАҢЫ ХИРУРГИЯЛЫК
МЕТОД МЕНЕН ДАРЫЛОО****Оморов Р.А.¹, Осмоналиев Б.К.¹, Авасов Б.А.¹,
Беркулов Д.А.¹, Сексенбаев С.Р.²**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы¹№1 Шаардык клиникалык ооруканасы²

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жоон ичегинин өнөкөт стаза оорусу менен 17 жаштан 60 жашка чейинки 9 бейтаптын хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы берилди. Векснер сурамжылоосун камтыган лабораториялык жана инструменталдык изилдөөлөрдөн кийин, эндотрахеалдык наркоз берилген соң, биринчи баскычта инвагинация аркылуу илеотрансверсалык анастомоз жасалып, экинчи баскычта И.Э. Гаген-Торн боюнча мезосигмопликация кылынган. Бардык 9 (100%) учурда тен операциядан кийинки алгачкы учурларда оорлошуу жана өлүм байкалган жок. 3 айдан 5 айга чейинки мөөнөттө 5 бейтаптын алыскы натыйжаларына байкоо жүргүзүлгөн. Бардык бейтаптардын өздөрүн жакшы сезгендиги, диспепсиялык бузулуулардын жана оорунун жоктугу, бир жумада 3-4 жолу өз алдынча заң бөлүп чыгаруусу белгилүү болду. Клиникалык байкоолордон алынган натыйжаларга караганда, бейтаптардын жашоо сапаты жакшырган. Жоон ичегинин өнөкөт стаза оорусун хирургиялык дарылоо методунун эффективдүүлүгү аныкталды.

Негизги сөздөр: Жоон ичегинин өнөкөт стаза оорусу, жаңы хирургиялык дарылоо методу.

THE NEW METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF A CHRONIC COLONIC STASIS**Omorov R.A.¹, Osmonaliev B.K.¹, Avasov B.A.¹,
Berkulov D.A.¹, Seksenbaev S.R.²**I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy¹City clinical hospital №1²

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. There are given the results of surgical treatment of 9 patients aged from 17 to 60 years with a chronic colonic stasis. After inspection, which includes questionnaire of Veksner, the laboratory and tool methods of research, under an endotracheal anesthesia the first stage was formed invaginated ileo-transverso- anastomosis, the second stage was made mesosigmoPLICATION up to I. E. Gagen- Torn. There is not observed the development of early postoperative complications and mortality in all 9 (100%) cases. Long- term outcomes were followed up at 5 (55,5%) patients for period of 3 months to 5 years. All patients feel well and they note the absence of dyspeptic disorders, pain and feces 3-4 times a week. The obtained results in clinical supervision, improvement of quality of patients' life, justifies the method of surgical treatment of chronic colonic stasis chosen by us.

Key words: chronic colonic stasis, new method of surgical treatment.

Актуальность.

Толстокишечный стаз (запор, констипация, колостаз) это стойкое или интермиттирующее нарушение функции опорожнения кишечника. Признаком хронизации является сохранение запора на протяжении не менее 12 недель. Лечение хронического толстокишечного стаза весьма актуальная проблема, по данным ряда авторов хроническим колостазом страдают до 30% взрослого населения [1, 2]. Ни один из предложенных методов консервативного и хирургического лечения не избавляет пациента полностью от данного страдания [3]. При хирургическом лечении хронического колостаза частота

неудовлетворительных результатов доходит до 27,3-45,9% [2, 4]. Нарушения транзита по толстому кишечнику могут быть обусловлены как ее анатомическими особенностями, так и функциональными причинами.

W.A. Lan в 1905 году первым описал рефрактерный хронический запор у женщин и предложил хирургический метод [5]. В 1908 году М. Wilms описал впервые колопексию, фиксацию к брюшной стенке правого фланга ободочной кишки. И.Э. Гаген-Торн в 1928 году первым произвел мезосигмопликацию при завороте удлинённой сигмовидной кишки [6]. В 1977 году Н.К. Streuli произвел субтотальную колэктомию с формированием

анастомоза между подвздошной и сигмовидной кишками у 28 пациентов с хроническим запорами [7]. В 1984 году К.Р. Gilbert с соавторами рекомендовали субтотальную колэктомия в качестве операции выбора при хроническом запоре. При долихосигме, они считали возможным ограничиться ее резекцией, указывая, впрочем, на то, что в дальнейшем может понадобиться повторная операция по поводу рецидива запора [8]. Субтотальная резекция ободочной кишки с цекоректальным анастомозом имеет преимущество, заключающееся в сохранении небольшой части толстой кишки и, тем самым, более физиологичному функционированию желудочно-кишечного тракта. Тем не менее, подобные операции часто осложняются дилатацией оставшейся слепой кишки. По данным зарубежных авторов после субтотальной резекции сигмовидной кишки пациенты часто жалуются на не купируемые поносы, диарея отмечается у 25%, а у 10% оперированных пациентов этой группы была наложена илеостома [9]. Christiansen J. одним из первых в 1989 году предлагает проведение тотальной колпроктэктомии с формированием тонкокишечного резервуара при хроническом запоре [10], в то же время возможно возникновение рецидива запора, но чаще появляются такие новые симптомы, как диарея и инконтиненция [11].

Проблема лечения толстокишечного стаза требует серьезного подхода, как со стороны пациента, так и со стороны врача. Залог успешного лечения хронического толстокишечного стаза – это выявление истинной его причины и ее устранение. И хотя хирургии хронического толстокишечного стаза уже более ста лет, и было предложено множество оперативных методик, поиски новых методов хирургического лечения констипационного синдрома является актуальными, безусловно, подлежит дальнейшему изучению.

Цель исследования: оценить результаты нового хирургического метода лечения пациентов с хроническим толстокишечным стазом.

Материал и методы.

Представлен опыт хирургического лечения 9 пациентов с хроническим толстокишечным стазом неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в период с 2011 по 2015 гг. в хирургических отделениях Городской клинической больницы (ГКБ) №1 г. Бишкек — клинической базе кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Все пациенты были женского пола, в возрасте от 17 до 60 лет. Средний возраст составил $36,1 \pm 0,7$ лет. Госпитализированы в плановом порядке, после предварительного обследования, включающий в себя: тщательно собранный анамнез с оценкой тяжести запора по опроснику Векснера [12], основанный на анализе 8 параметров: частоты стула, затрудненной дефекации, полноты опорожнения, болей в животе, длительности дефекации, вида подмоги, количества безрезультатных попыток дефекации, длительности констипационного синдрома. При этом итоговый результат исследования варьировал от 0 до 30 баллов, а увеличение количества баллов отражало усиление тяжести запора. Индекс Векснера у наших пациенток достигал максимальных значений, составив $19,1 \pm 1$, что соответствует

декомпенсированному колостазу.

Также проводился физикальный осмотр, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, эндоскопические (колоноскопия) и рентгенологические методы исследования (ирригография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту).

Пациенты страдали запорами от 3 до 15 лет, основной причиной была долихосигма – 9 (100%), за это время они неоднократно консультировались гастроэнтерологом, колопроктологом, невропатологом и были исключены вторичные причины запоров и сопутствующая патология.

Показаниями к хирургическому лечению были: отсутствие эффекта от консервативной терапии, необходимость приема больших доз слабительных в сочетании с очистительными клизмами, социальной дезадаптации, прогрессирование нарушений моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки с частыми приступами толстокишечной непроходимости, симптомами хронической интоксикации и болевым синдромом.

После госпитализации в течение 2 дней проводилась подготовка препаратом фортранс и очистительные клизмы. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом, производилась срединная лапаротомия с обходом пупка слева. После ревизии органов брюшной полости исключалась другая патология органов брюшной полости, и подтверждался диагноз долихосигма. Затем на расстоянии около 15 см от илеоцекального угла пересекалась подвздошная кишка, дистальный конец ушивался непрерывным швом (кетгут №3) и погружался в кисетный и узловый швы (капрон №3). Проксимальный отдел подводился в центральную часть поперечно-ободочной кишки и формировался инвагинационный илеотрансверсоанастомоз «конец в бок» (рис. 1.) узловыми швами в три ряда (викрил 3-0) с продольным рассечением стенки толстого кишечника в области противобрыжечной тени и с использованием швов А.М. Ганичкова. «Окно» в брыжейке ушивалась узловыми швами (капрон №3). Во время операции устанавливался назогастральный зонд для декомпрессии в послеоперационном периоде.

Следующим этапом производилась мезосигмопликация по И.Э. Гаген-Торну (рис. 2), сигмовидная кишка с латеральной (с захватом париетальной брюшины) и медиальной сторон прошивалась гофрирующими швами (капрон №3). Целью данного этапа было предупреждение опасного осложнения заворота сигмовидной кишки в будущем. В малый таз устанавливался контрольный дренаж и выводился в правой подвздошной области. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Результаты и обсуждение.

Введение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу, назогастральный зонд удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. Дренаж удаляли на 2 сутки после ультразвукового контроля. Газы начинали отходить на 2-3



Рисунок 1. Схема операции формирования инвагинационного илеотрансверсоанастомоза.

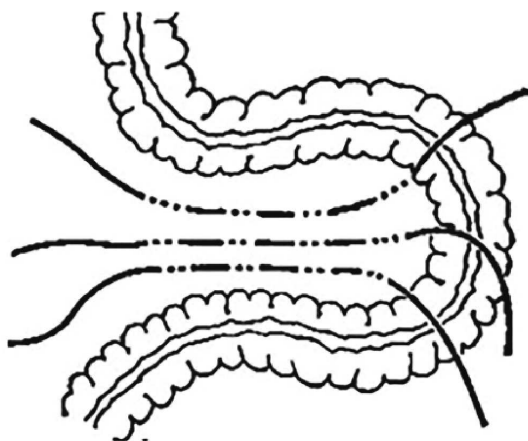


Рисунок 2. Схема операции мезосигмопликация по И.Э. Гаген-Торну.

сутки, самостоятельный жидкий стул был на 3-5 сутки после операции. Во всех 9 (100%) случаях не отмечено развитие ранних послеоперационных осложнений и летальности. Пациенты были выписаны из стационара на 10-12 сутки после операции с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 5 (55,5%) пациентов в сроке от 3 месяцев до 5 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали диспепсических расстройств, исчезли боли в животе, ощущения тяжести, вздутия, отмечали улучшение общего самочувствия, восстановление кишечного пассажа и отмечали самостоятельный стул 2-3 раза в неделю.

Инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз является более физиологичным, позволяет сохранить антирефлюксные свойства баугиниевой заслонки, что имеет немаловажное значение в периоде реабилитации. При проведении субтотальной резекции и колэктомии толстого кишечника существует риск развития диареи. Оставленная нами правая половина толстого кишечника участвует в процессе пищеварения, уменьшает риск несостоятельности после резекции толстого кишечника.

Заключение.

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов, оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза. И хотя было предложено множество оперативных методик, поиски новых методов хирургического лечения является актуальным и, подлежит дальнейшему изучению.

Литература:

1. Карлухин О.Ю., Можанов Е.В. Хирургический подход к лечению хронического толстокишечного стаза // Медицинский альманах. — 2010. — № 1 (10). — С. 176-178.
2. Higgins P.D., Johanson J.F. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004. Apr. № 99 (4). P. 750-759.
3. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых. М.: Медицина, 1986. с. 223.
4. Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Макоев С.Н. Оценка эффективности хирургического лечения запоров. *Проблемы колопроктологии.* 1998. Вып. 16. С.269-271.
5. Lane W.A. Chronic constipation and its medical and surgical treatment // *Br. Med. J.* — 1905. — № 1 (2309). — P. 700-702.
6. Воробей А.В., Высоцкий Ф.М., Александров С.В. Эндоскопическая коррекция хронического абдоминального болевого синдрома при долихоколон // *Эндоскопическая хирургия.* — 2005. — № 4. — С. 35-36.
7. Streuli H.K., Farlab M. Surgical therapy of severe chronic constipation // *Schweiz. Med. Wochenschr.* — 1977. — № 107 (26). — P. 907-912.
8. Gilbert K.P., Lewis F.G., Billingham R.P., Sanderson E. Surgical treatment of constipation // *West J. Med.* — 1984. — № 140 (4). — P. 569-572.
9. Cordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and Anus. Second Edition. St. Louis. Missouri, 1999, p 994.
10. Preston DM, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Todd IP. Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women. *BrJ-Surg* 1984;71:547-52.
11. Christiansen J. Surgical treatment of severe constipation // *Ugeskr. Laeger.* — 1989. — Vol. 151, № 42. — P. 2708-2708.
12. Wexner S.D. Constipation. Etiology, evaluation and management / S.D. Wexner, G.D. Duthie. — Second edition — Springer, 2006. — 265 p.