

УДК 616.345:617-089

© Коллектив авторов, 2011.

ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ

М.А.Каштальян, В.Ю.Шаповалов, О.Б.Тымчук, А.Б.Колотвин*Военно-медицинский клинический центр Южного Региона (г. Одесса).*

PROSPECT OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONICAL COLOSTASIS

M.A. Kashtalyan, V.Y. Shapovalov, O.B. Timchuk, A.B. Kolotvin

SUMMARY

In base of the work prescribed analysis result of the treatment 15 patients with chronic constipation . They are executed following operative interference - leftside hemicolectomia, right-side hemicolectomia, subtotal colectomia, total colectomia , laparoscopic fixation of coecum and colon.

ПЕРСПЕКТИВИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ КОЛОСТАЗІВ

М.А. Каштальян, В.Ю. Шаповалов, О.Б. Тимчук, А.Б. Колотвін

РЕЗЮМЕ

В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 30 пацієнтів з хронічними колостазами. Виконано наступні оперативні втручання – лівобічна геміколектомія, правобічна геміколектомія, субтотальна та тотальна колектомія, лапароскопічна фіксація сліпої та ободової кишок.

Ключевые слова: хронический колостаз, тотальная колэктомия, субтотальная колэктомия.

Проблема лечения хронических колостазов (ХКС) до сих пор остается одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, консервативного и хирургического лечения данной патологии. В развитых странах ХКС страдают 30-40% взрослого, трудоспособного населения, женщины болеют чаще мужчин. [2]. Среди населения старше 60 лет, количество страдающих различной степени выраженности запорами доходит до 60% [4]. На основании широкого распространения, многие авторы обоснованно относят хронические колостазы к болезням цивилизации [1,4]. Хронические запоры содействуют развитию заболеваний толстой кишки (проктосигмоидиту, колиту, анальных трещин), заболеваний поджелудочной железы, печени и желчного пузыря и достоверно увеличивают частоту рака прямой и ободочной кишки [10]. Больные, страдающие хроническими запорами, практически всегда имеют личностные и эмоциональные нарушения, как следствие постоянных нарушений дефекации. Не смотря на то, что данной проблемой хирурги занимаются с начала XX века, до сих пор остается высоким до 35-60% число неудовлетворительных результатов лечения, как консервативными так и оперативными методами [3].

В мире существует множество классификаций для оценки степени тяжести хронического колостаза. В нашей клинике использованы клинические классификации по стадиям и степеням, которые базируются на следующих критериях – задержка стула, бо-

левой синдром, общее состояние, психический статус, социальная сфера: стадия компенсации – задержка стула до 3 суток, субкомпенсации – задержка стула до 7 суток, и декомпенсации – задержка стула более 7 суток. Для оценки тяжести по степеням используем классификацию Клименко Г.А. (2006) :

Первая степень – задержка стула до 3 суток умеренные боли в разных отделах живота, общее состояние не нарушено, вторая – задержка стула от 4 до 6 суток, периодически выраженный болевой синдром, немного страдает общее состояние, начальные психические изменения, снижена трудоспособность, третья – задержка стула от 7 до 15 суток, выраженный болевой синдром с короткими светлыми промежутками, неврастенический, истероидный или депрессивный синдром, резкое снижение трудоспособности, социальная дезадаптация; четвертая – больше 15 суток задержки стула, постоянный болевой синдром, сильно страдает общее состояние, резко снижен трофологический статус, выраженные психические нарушения.

Больные с хроническими запорами длительный срок лечатся у гастроэнтерологов, перепробовав на себе практически все слабительные средства. Хирурги занимаются этой проблемой редко, так как решиться на обширную резекцию не просто, учитывая отсутствие онкологической и другая органической патологии толстой кишки, по этому в большинстве случаев выполняют резекцию сигмовидной кишки, считая истинной причиной заболевания долихосигму.

Некоторые авторы [2,7,8] наоборот рекомендуют в таких ситуациях выполнять тотальную или субтотальную колэктомии. Комплексный подход к лечению больных с данной нозологией применяется крайне редко, так как до сих пор нет четко оговоренных показаний к оперативному и консервативному лечению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего за период исследования с 2005 г по 2010 г 30 больных, выполнено 36 операций, двух больных оперировали дважды, еще одну – трижды. Среди пациентов – все женщины, средний возраст которых составил 40,8 года. Длительность заболевания составила от 7 до 36 лет.

Предоперационное обследование больных включало в себя: общеклинические анализы крови, мочи, ФГ ОГК, ЭКГ, УЗИ ОБП, ирригоскопию и фиброко-

лоноскопию, осмотр терапевта и гастроэнтеролога. При соответствующих показаниях больные дополнительно осматривались невропатологом и психиатром.

При ирригоскопии – долихосигма выявлена у 10 больных, долихоколон – у 4, мегаколон – у 8, расширение правой половины толстой кишки – у 10, а также атоничная прямая кишка, транзверзоптоз, соесит mobile.

В нашей клинике больным с компенсированной формой хронического колостаз (I ст) проводится консервативная терапия в условиях гастроэнтерологического отделения. У больных с субкомпенсированной формой (II ст) начинаем лечение с консервативной терапии, которая эффективна при коротком анамнезе заболевания (1-2 года), при неэффективности терапии – оперативное лечение. У больных с декомпенсированной формой (III-IV ст) проводим хирургическое лечение (представлено в таблице № 1).

Таблица № 1

Количество выполненных операций

№	Название операции	Количество выполненных (эффективных) операций
1	Лапароскопическая фиксация толстой кишки	6(3)
2	Левосторонняя гемиколэктомия	9(8)
3	Правосторонняя гемиколэктомия	8(7)
4	Субтотальная колэктомия	7(7)
5	Тотальная колэктомия	6(6)

Резекцию сигмовидной кишки при долихосигме в связи с наработкой методики в исследование мы не включили (их было выполнено 18). При выполнении тотальной колэктомии илеоректоанастомоз накладывали по методике Henley в виде перевернутой девятки или «бок-в-бок», при субтотальной колэктомии илео-сигмоанастомоз накладывали «бок-вбок». Операции с наложением цекоректоанастомоза мы не выполняли, так как по литературным данным [7,9,12] в последующем наступает дилатация слепой кишки. Шестерым больным было выполнено лапароскопическое пособие – лапароскопическая фиксация ободочной и слепой кишек при транзверзоптозе и соесит mobile, в трех случаях отмечен стойкий эффект. В трех случаях - рецидив заболевания, что потребовало повторной операции.

Во время операции толстая кишка (слепая, восходящая, поперечно-ободочная, низходящая) баллонообразно раздута, на удлиненной брыжейке, мобильна (нередко слепая кишка находится в полости малого таза). Стенка кишки истончена, атонична, гаустрация сглажена, не перистальтирует. На вид стенка кишки серовато-зеленоватого цвета. В просвете ее – жидкое кишечное содержимое. Зачастую такие дилатированные участки чередуются с внешне нор-

мальной кишкой, что затрудняет выбор решения о способе операции. Уровень и границы резекции определялись нами ad oculus, учитывая как морфологическое строение, так и функциональные изменения моторики толстого кишечника.

Для профилактики инфекционных и тромботических осложнений использовали цефуроксим, низкомолекулярные гепарины по общепринятой методике. Подготовку кишечника к операции проводили с помощью фортранса. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с применением перидуральной либо спинальной анестезии. В послеоперационном периоде больных вели как таковых с резекцией толстой кишки, придерживаясь тактики раннего энтерального питания.

При гистологическом исследовании препаратов из удаленной кишки имеют место изменения мышечного слоя в виде гипотрофии или атрофии, которые нередко соединяются с воспалительными изменениями в стенке, склерозом слизистого и подслизистого слоев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Среди прооперированных больных летальных исходов и осложнений в послеоперационном пери-

оде не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода 7,5 суток, при лапароскопическом пособии – 2 суток.

Нормализация общего состояния, исчезновение болевого синдрома, стул 1-2 раза в сутки без приема слабительных и клизм расценивались как хорошие результаты. Улучшение общего состояния, нормализация трудоспособности, эпизоды отсутствия стула 1 раз в два дня, при соблюдении диеты и периодическом приеме слабительных средств считали удовлетворительным результатом, неудовлетворительными результатами считали рецидив заболевания.

ВЫВОДЫ

Проблема хронических запоров на данный момент остается достаточно актуальной в абдоминальной хирургии, требует дальнейшего изучения и разработки новых методов оперативного пособия, лапароскопия должна найти свое место в лечении таких больных. Основной причиной неудач в хирургии хронического толстокишечного стаза является неадекватный выбор объема операции и выраженные нарушения эвакуаторной функции прямой кишки. При выборе метода операции хирургу необходимо склоняться в сторону более широкой резекции пораженного участка толстой кишки, по этому субтотальная резекция ободочной кишки приносит наиболее благоприятные функциональные результаты в лечении хронических запоров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балтайтис Ю.В., Яремчук А.Л., Радильский С.Е. Оценка функционального состояния прямой кишки при определении объема ее резекции у больных с хроническим колостазом. //Функциональная диагностика и эффективность лечения заболеваний пище-

варения. - Материалы Республиканской научно-практической конференции. - Вильнюс - 88 г. С 504 - 504.

2. Наврузов С.Н. Лечение больных толстокишечным стазом // Вестник хирургии. 1988. - №9. С. 123-127.

3. Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Макоев С.Н. Оценка эффективности хирургического лечения запоров. // Проблемы колопроктологии. - Выпуск 16 - С 269 – 271.

4. Яремчук А.Я., Радильский С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л. Хронический колостаз - особенности клиники и диагностики. // Вести. хирургии. -1990. - №7. - С. 113 - 115.

5. Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В.В.. Эндоскопическая хирургия.. М.1998., с. 273-284.

6. Dean P. Beart R. Nelson H. et al. Laparoscopic - Assisted Segmental Colectomy: Early Mayo Clinic Experience // Mayo Clin Prog., 1994, vol. 69.p. 834 -8400'

7. Faslh S., Hedlund H., Svaninger G., Oresland T., Hullen L. Functional results after subtotal colectomy and caecorectal anastomosis. Ada ChirScand 1983; 149: 623-7.

8. Cordon P.H., Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and Anus. Second Edition. St. Louis. Missouri, 1999, p 994.

9. Lane W.A. Results of the operative treatment of chronic constipation. BMJ 1911; 1: 915-22.

10. Pemberfon J.H., Rath D.M., Ilstivp D.M.. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. Ann. Surg 1991; 214:403-13.

11. Pfeifer J., Agachan F., Wexner S.D. Surgery for constipation: a review. Dis-Colon-Rectum. 1996. Apr. 39(4): 447, 455.

12. Preston D.M., Hawley P.R., Lennard-Jones J.E., Todd I.P. Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women. BrJSurg 1984;71:547-52.

13. Zucker K. A. Laparoscopic - assisted colon resection. Surg Endos, 8 (I): p7-12, 1994.