

УДК 616.34-009.11-036.12:616.349

**ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА,  
ОБУСЛОВЛЕННОГО ДОЛИХОСИГМОЙ****Ш.Д. Авазканова**

Описаны результаты лечения хронического толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой.

*Ключевые слова:* толстокишечный стаз; долихосигма; гемиколэктомия; анастомоз.

**TREATMENT OF CHRONIC COLONIC STASIS CAUSED BY DOLICHOSIGMOID****Sh.D. Avazkanova**

The results of treatment of chronic colonic stasis caused by dolichosigmoid are described in the article.

*Key words:* colonic stasis; dolichosigmoid; hemicolectomy; anastomosis.

**Актуальность.** Проблема лечения хронического запора является весьма актуальной, поскольку, по данным ряда авторов, хроническим толстокишечным стазом страдают 37–48 % взрослого населения [1–5]. Причем у 30 % этих пациентов запоры появились с рождения или в раннем детском возрасте [6]. Нарушения транзита по отделам толстой кишки могут быть обусловлены как ее анатомическими особенностями, так и функциональными причинами. Одной из причин толстокишечного стаза является долихосигма. Под долихосигмой подразумевают необычно большую длину сигмовидной ободочной кишки. Многими авторами это состояние интерпретируется как аномалия развития и может клинически не проявляться в течение всей жизни человека [7–11]. Долихосигма составляет 11 % от всех аномалий развития толстой кишки [12]. Актуальность изучения долихосигмы у взрослых определяется частотой и тяжестью развития осложнений, а также выраженностью функциональных расстройств толстой кишки. Развивающиеся на фоне долихосигмы запоры обусловлены преимущественно замедлением кишечного транзита. Сами же запоры могут быть обусловлены преимущественно замедлением транзита содержимого по ободочной кишке, в таких случаях говорят о кологенном характере запоров. При нарушении эвакуаторной функции прямой кишки и мышц тазового дна запоры носят характер проктогенных. Смешанный характер запоров выявляется в случае сочетания двух типов моторно-эвакуаторных нарушений ободочной кишки. По

выраженности клинических проявлений хронический толстокишечный стаз на фоне долихосигмы подразделяется на три стадии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную. Терапевтические методы лечения в последней стадии неэффективны.

В связи с этим в таких случаях осуществляется оперативное вмешательство. До сегодняшнего дня объем хирургического вмешательства при долихосигме, осложненной толстокишечным стазом окончательно не решен, поэтому выбор способа консервативного или хирургического лечения остается дискуссионным. Мы поставили перед собой цель: улучшить результаты консервативного и хирургического методов лечения толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой.

**Задачи исследования:**

1. Оптимизировать способ консервативного лечения долихосигмы, осложненной толстокишечным стазом.
2. Определить способ хирургического вмешательства при долихосигме, осложненной толстокишечным стазом, когда консервативное лечение не дает эффекта.

**Материалы и методы исследования.** В основу настоящего исследования легли результаты обследования и лечения 320 больных с хроническим толстокишечным стазом, обусловленным долихосигмой, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и на амбулаторном лечении. Из

320 больных оперативному вмешательству подвергнуты 110 (34,4 %) больных, а 210 (65,6 %) пациентов получили консервативное лечение в амбулаторных условиях. Из 110 больных 79 (71,8 %) пациентов подвергнуты резекции сигмовидной ободочной кишки, 31 (28,2 %) – левосторонней гемиколэктомии. Лица мужского пола составили 96 (30 %), а женского – 224 (70 %) человека. Возраст больных составил 19–76 лет, средний возраст –  $52,1 \pm 1,6$  года. Анализ клинических проявлений показал, что поводом для обращения пациентов к врачам явились запоры различной длительности. Причем больные, оперированные по поводу толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой, лечились неоднократно в условиях стационара у гастроэнтерологов без особого эффекта.

Необходимо отметить, что у большинства наших пациентов в пищевом рационе преобладали мясная и мучная пища, углеводы. У этих пациентов в пищевой рацион было включено очень мало овощей, фруктов, клетчатки. Всем больным при поступлении в стационар применялись общеклинические и специальные методы исследования для установления и детализации диагноза долихосигмы, осложненной толстокишечным стазом. Нами анализ крови, мочи, а также биохимические исследования проводились согласно общепринятым методикам. Всем больным проводилась ирригоскопия. На рентгенологических снимках, сделанных в положении лежа, обращали внимание на длину и ширину кишки, выраженность гаустр, рельеф слизистой, тонус ее стенки. В положении стоя обращали внимание на изменение топографии отделов ободочной кишки, полное и неполное опорожнение ее, места задержки бария в различных сегментах. Кроме этого всем больным проводили фиброколоноскопию.

Для оценки тяжести нарушения пропульсивной активности ободочной кишки нами использована шкала, имеющая от 0 до 60 баллов, а влияние запоров на качество жизни пациентов изучалось с помощью опросника IBSQOL (суммарная оценка до 100 баллов).

**Результаты лечения и их обсуждение.** Нами предложена методика консервативного лечения толстокишечного стаза, обусловленного долихосигмой, которая заключалась в следующем:

1. Запрещается пользоваться лекарственными слабительными средствами, кроме вазелинового (30 г) и растительного масла (60 г). При длительности запора более трех дней можно использовать глицериновые свечи и очистительные клизмы.

2. В течение дня выпивать от 2 до 3 литров безалкогольной и негазированной жидкости.

3. Необходимо употреблять ржаной хлеб и свежие овощи в количестве 400–500 г.

4. Ежедневная прогулка в течение 45–60 мин без частых остановок.

5. Перед завтраком и ужином употреблять такой настой: 4 ягоды чернослива или кураги залить кипятком и настоять 30–40 мин.

6. Каждое утро необходимо выпивать стакан свежего фруктового или овощного сока и сразу после завтрака посетить туалет и провести там полчака (для выработки рефлекса дефекации).

7. Ввести в рацион питания пшеничные отруби, приготовленные по такому рецепту: содержимое 1 ст. ложки засыпать в стакан, залить крутым кипятком, через 30 минут воду слить, а кашницу съесть с любой пищей. По одной ст. ложке 3 раза в день в течение одного года.

8. Массаж живота, лежа на спине, по ходу толстой кишки против часовой стрелки до 15 раз в сутки.

9. Втягивание живота стоя до 10 раз в день.

10. При отсутствии должного эффекта употреблять Мукофальк по пакету (по 1 ч. л.) 3 раза в день. (Содержимое пакета засыпать в стакан и залить холодной водой, перемешать и выпить) или Вайбер-лекс по схеме.

11. При нормализации стула ввести в ежедневный рацион питания:

а) чернослив – 200 г;

б) изюм – 100 г;

в) пшеничные отруби (кашица) – 100 г. Пропустить через мясорубку и разделить на три части, хранить в холодильнике, каждый день утром во время завтрака съесть одну часть.

Такая тактика оказалась успешной у всех больных. Спустя 1 месяц после начала лечения стул стал ежедневным или через день.

Больные, которым произведено оперативное вмешательство по поводу долихосигмы (110 чел.), осложненной толстокишечным стазом, ранее неоднократно получали лечение у гастроэнтерологов без эффекта. У этих больных хронический толстокишечный стаз сопровождался болевым синдромом, хронической интоксикацией, периодически приступами толстокишечной непроходимости.

Из 110 больных 79 (71,8 %) пациентам произведена резекция сигмовидной ободочной кишки, а 31 (28,2 %) пациенту – левосторонняя гемиколэктомия. Из 79 больных у 38 (48,1 %) операцию закончили наложением десцендоректоанастомоза по типу “конец в конец” с использованием двухрядного шва, а 41 (51,9 %) пациенту такой же анастомоз наложен с использованием однорядного непрерывного шва с применением прецизионной техники. Из 110 больных 31 (28,2 %) пациенту произведена левосторонняя гемиколэктомия. У 14 (45,1 %) пациентам из них трансверзоректоанастомоз на-

ложен по типу “конец в конец” с использованием двухрядного шва, а 17 (54,9 %) пациентам такой же анастомоз наложен с применением прецизионной техники однорядным непрерывным швом.

При формировании коло-колоанастомоза однорядным непрерывным швом мы особое внимание уделяли следующим моментам:

- шов должен захватить серозно-мышечный слой и всю толщу подслизистого слоя кишечной стенки;
- шов должен минимально травмировать слизистую оболочку, а в идеальном случае она не должна попадать в шов;
- необходимо использовать только атравматическую иглу и монофиламентную нить;
- необходимо точно сопоставлять подслизистые и мышечные слои сшиваемых концов кишки. Прецизионное сопоставление ведет к заживлению кишечной раны первичным натяжением;
- траектория нити должна представлять цепь прямоугольных треугольников. В этом случае у линии анастомоза есть максимальные возможности удлиниться в случае дилатации ободочной кишки в послеоперационном периоде.

В раннем послеоперационном периоде среди 110 оперированных больных у 3 (2,7 %) пациентов развились осложнения. У одного (0,9 %) больного наблюдалась ранняя спаечная кишечная непроходимость после резекции сигмовидной ободочной кишки. Произведена релапаротомия и рассечение спаек, а также назоинтестинальная интубация. У этого больного во время релапаротомии признаков перитонита не обнаружено, поэтому анастомоз во время повторной операции не разобщался. Больной выписан с выздоровлением. У двух (1,8 %) больных отмечено нагноение срединной лапаротомной раны.

Изучены отдаленные функциональные результаты лечения у 110 оперированных больных в сроки от 1 года до 5 лет. Результаты лечения оценивались как хорошие в тех случаях, когда пациенты отмечали самостоятельный стул 3–4 раза в неделю, исчезновение болей в животе, ощущения тяжести и вздутия живота. Такой хороший исход операции отмечен всех 31 больного, перенесших левостороннюю гемиколэктомию и у 38 (48,1 %) пациентов, перенесших резекцию сигмовидной ободочной кишки.

Удовлетворительные результаты лечения отмечены у 34 (43 %) больных, перенесших резекцию сигмовидной ободочной кишки. У этих больных сохранялись умеренные запоры или признаки абдоминального дискомфорта.

Неудовлетворительные результаты лечения наблюдались у 7 (8,9 %) пациентов, перенесших

резекцию сигмовидной ободочной кишки. У этих больных самостоятельный стул по-прежнему отсутствовал, сохранялся болевой синдром.

Таким образом, сравнительный анализ эффективности проведенных оперативных вмешательств при толстокишечном стазе, обусловленном долихосигмой показывает преимущество более обширных хирургических операций, т. е. левосторонней гемиколэктомии.

#### Выводы

1. Оптимизирован способ консервативного лечения долихосигмы, осложненной толстокишечным стазом.

2. На первом этапе лечения следует применить консервативный метод с коррекцией режима питания и введением продуктов, имеющих послабляющие свойства. Даже при нормализации стула сохранять диету и режим питания в течение всей жизни.

3. При неэффективности консервативного лечения операцией выбора при хирургическом лечении долихосигмы, осложненной толстокишечным стазом, является левосторонняя гемиколэктомия, позволяющая добиться хороших функциональных результатов.

#### Литература

1. *Иванов А.И.* Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития и фиксации ободочной и прямой кишки (Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение.): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.И. Иванов. М., 1996. 44 с.
2. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
3. *Саламов К.Н.* Оценка эффективности хирургического лечения запоров / К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов, С.Н. Макоев // Проблемы колопроктологии. Вып. 16. М., 1998. С. 269–271.
4. *Федоров В.Д.* Мегаколон у взрослых / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев. М.: Медицина, 1986. 225 с.
5. *Балтайтис Ю.В.* Функциональное состояние прямой кишки лечебная тактика при хроническом колостазе / Ю.В. Балтайтис, А.Я. Яремчук, Е.Е. Родолицкий и др. // Клиническая медицина. 1993. № 3. С. 43–33.
6. *Фролькис А.В.* Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / А.В. Фролькис. Л.: Медицина, 1991. С. 137 (224 с.).
7. *Генри М.М.* Колопроктология и тазовое дно / М.М. Генри, М. Свощ. М.: Медицина, 1988. 460 с.
8. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984.

9. *Ачкасов С.И.* Характер запоров и их лечение у больных с долихоколон / С.И. Ачкасов, К.Н. Саламов, И.В. Зараднюк и др. // Проблемы колопроктологии. Вып. 16. М., 1998. С. 253–255.
10. *Alon J. Pikarsky, Jay J. Singh.* Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonik intertis. *Dis Colon Rectum*, February 2001. P. 179–182.
11. *Charles H. Knowles, A.Mark Scott., Sharon M. Walker.* Linear discriminant analysis of symptoms in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum*, October 2000. P. 1419–1426.
12. *Романов П.А.* Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки / П.А. Романов. М.: Медицина, 1987. 192 с.