

УДК 616.34–008.14/15–036.12–089

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н., профессор
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Котелевский Евгений Васильевич – к.м.н.
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия

Игнатенко Василий Васильевич
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия

Чембаху Мурат Русланович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия

В статье проанализированы результаты 81 операции, включающей в себя мобилизацию ободочной кишки с транспозицией илеоцекального перехода в синистропозицию с последующей фиксацией слепой кишки в левом подреберье, расширенную левостороннюю гемиколэктомию с устранением сигмоидального перехода у больных с хроническим колостазом. Были прооперированы 65 женщин, 16 мужчин. Средний возраст пациентов составил $51,3 \pm 6,7$ года (18–81 год). Продолжительность оперативных вмешательств в среднем составила 185 ± 43 мин, интраоперационная кровопотеря – 100 ± 40 мл, интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 9 (11,1 %) больных, летальных исходов не было. Продолжительность пребывания в стационаре после операции составила $12,7 \pm 3,5$ койко-дня.

Ключевые слова: ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

UDC 616.34–008.14/15–036.12–089

SURGICAL METHOD OF CHRONIC COLOSTASIS TREATMENT

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor

*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalya Vsevolodovna – MD, professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Kotelevskii Evgenii Vasilievich – Ph.D. (Med.)
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Ignatenko Vasilii Vasilievich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Chembakhu Murat Ruslanovich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The article presented the results of 81 surgeries. The surgery consisted of colon mobilization with transposition of ileocecal junction to sinistroposition followed by cecal fixing in the left hypochondrium, dilatated left-side hemicolectomy with removal of sygmo-rectal junction in patients with chronic colostasis. 65 women and 16 men underwent surgery. The mean age of patients was $51,3 \pm 6,7$ years old (18–81 years). The duration of operation was 185 ± 43 min, intra-operational blood loss 100 ± 40 ml. There were no intra-operational complications. Post-operational complications were observed in 9 (11,1 %) patients. There was no lethality among the patients. The duration of post-operation inpatient care was $12,7 \pm 3,5$ days.

Key words: CHRONIC CONSTIPATION, SURGICAL TREATMENT

Запоры, в силу своей широкой распространенности, являются актуальной медико-социальной проблемой во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, хронические запоры беспокоят от 21 до 34 % взрослого населения в индустриально развитых странах мира [7, 8, 9]. В России, по данным обращаемости, среди проктологических больных запоры встречаются в 37,5 % всех наблюдений. В США это самая частая причина обращения к врачам с жалобами на проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), число посещений по этому поводу достигает до 2,5 млн ежегодно. Широкое распространение хронического запора стало основанием отнести его к болезням цивилизации [6].

Лечение хронического запора является одной из актуальных проблем не только колопроктологии и гастроэнтерологии, но и хирургии, терапии, педиатрии и семейной медицины. Распространенность запоров среди взрослого населения высокоразвитых стран в среднем составляет 10 % (до 50 % в Англии) [3].

Наиболее благоприятные результаты при лечении хронического запора на сегодняшний день обеспечивает применение обширных резекций ободочной кишки, эффективность которых составляет 75–100 %. Однако это утверждение остается дискуссионным. Увеличение объема резекции за счет прямой кишки существенно не влияет на улучшение результатов оперативного лечения. Количество осложнений достигает 17,4–46 %, летальных случаев – 3,3–5,4 %, а неудовлетворительных результатов – 27,3–45,9 %.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения и поиск новых методов хирургической коррекции хронического запора привели нас к созданию и внедрению в клиническую практику собственного оригинального способа хирургического лечения хронического колостазы (Патент на изобретение «Способ хирургического лечения хронического колостазы» № 2346656 от 20.02.2009 года).

Материал и методы

В соответствии с поставленной целью было обследовано 348 больных в возрасте от 18 до 81 года с клинической картиной хронического запора, находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в 2000–2008 годах, с 2008 по 2013 годы – в ГБУЗ ККБ № 2.

В исследование включены результаты ретроспективного анализа архивных материалов и проспективного обследования 164 больных, рандомизированных в две группы по полу и возрасту. В первую группу (81 пациент – 65 женщин, 16 мужчин) вошли больные с субкомпенсированным и декомпенсированным запором, у которых отсутствовала положительная динамика при проведении консервативной терапии, впоследствии они все были прооперированы. В плановом порядке была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с резекцией ректосигмоидного перехода, положительной ротацией корня брыжейки и транспозицией правых отделов толстой кишки в левую часть брюшной полости, созданием нового связочного аппарата. Вторая группа (83 человека) представлена пациентами с субкомпенсированным и декомпенсированным запором, для которых медикаментозное лечение было эффективным.

Комплексное обследование включало: опрос, осмотр, ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, эзофагогастроскопию, фиброколоноскопию, рентгенографию ЖКТ с контрастированием барием (снимки выполняли через 24, 48, 72 и 96 часов), ирригографию, аноректальную манометрию и оценку качества жизни пациентов согласно опроснику SF-36. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «АЛОКА» SSD-1400 (Japan), фиброколоноскопию – с помощью видеоинформационной системы с цифровым анализатором изображения фирмы «Olympus» Evis Exera Gif TYPE × P160 (Япония); рентгеноскопию

и рентгенографию ЖКТ – на рентгеновском аппарате «BACCARA Arelem» и «Klinograf 4-4» с электронным преобразователем фирмы «Siemens». С целью анальной манометрии использовали стандартное для манометрического исследования оборудование – шестиканальный манометрический комплекс производства «Synectics» (Швеция) на основе регистрирующего устройства «Polygraf-HR» со специальным водно-перфузионным аноректальным катетером Zmetics (Medtronic) 19P_ANO, датчики давления производства Medtronic AB (Швеция).

Техника операции

Применение разработанного хирургического комплекса, направленного на оперативную коррекцию колостаза, включало:

- мобилизацию большого сальника в бессосудистой зоне без пересечения желудочно-ободочной связки;
- мобилизацию ободочной кишки с транспозицией илеоцекального перехода в синистропозицию с последующей фиксацией слепой кишки в левом подреберье;
- расширенную левостороннюю гемиколэктомию с устранением сигморектального перехода.

В качестве доступа использовали тотальную срединную лапаротомию. На следующем этапе большой сальник острым путем отделяли от *taenia omentalis* поперечной ободочной кишки на всем протяжении его фиксации, мобилизацию сальника производили в бессосудистой зоне вблизи толстой кишки без пересечения желудочно-ободочной связки, полностью сохраняли большой сальник, затем с желудком отводили кверху.

Мобилизацию слепой кишки и правой половины ободочной кишки производили путем рассечения париетальной брюшины правого фланка и отслаивания толстой кишки от забрюшинной клетчатки и предпочечной

фасции с сохранением всех сосудов. Мобилизацию поперечной ободочной кишки, селезеночного изгиба, нисходящего и сигмовидного отделов ободочной кишки выполняли путем рассечения париетальной брюшины по переходной складке и отделения брыжейки толстой кишки от забрюшинной и паранефральной клетчатки. После полной мобилизации ободочной кишки и придания ей мобильности выполняли транспозицию илеоцекального перехода в синистропозицию (левое подреберье).

Так как илеоцекальный угол в дальнейшем располагается в нетипичном месте, выполняли аппендэктомию для исключения диагностических ошибок при возникновении острого аппендицита у больного в послеоперационном периоде (рис. 1).

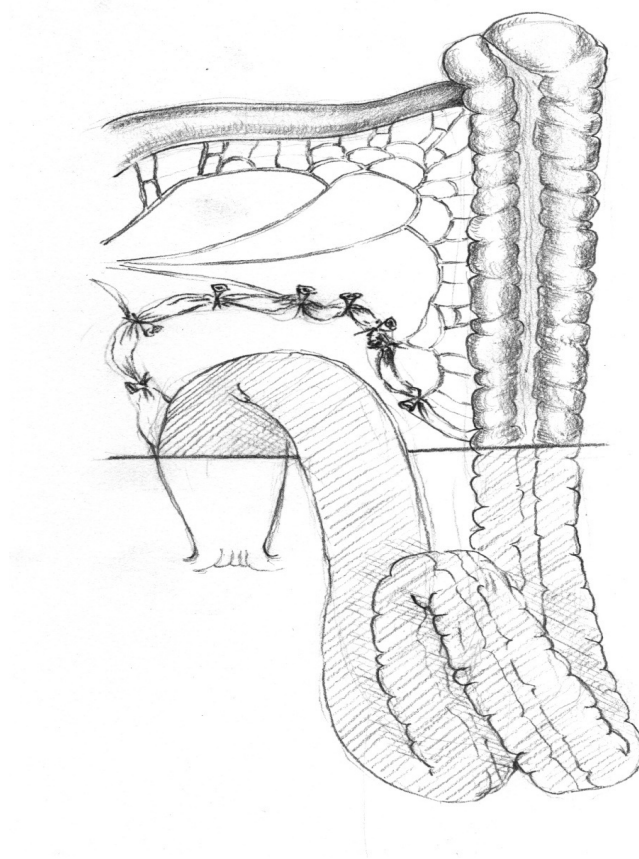


Рисунок 1. Расчет объема резекции толстой кишки

После выполнения транспозиции правых отделов толстой кишки влево проводили расчет уровня резекции перемещенной кишки. При этом

расправляли все физиологические и патологические углы и изгибы для придания в дальнейшем кишке адекватного дренирующего положения. Резекцию толстой кишки выполняли в объеме расширенной левосторонней гемиколэктомии (удаляли дистальную половину поперечной ободочной кишки, селезеночный изгиб, нисходящую ободочную, сигмовидную кишку и ректосигмоидный переход прямой кишки) с пристеночным лигированием сосудов брыжейки для сохранения адекватного кровоснабжения и иннервации толстой кишки (рис. 2).

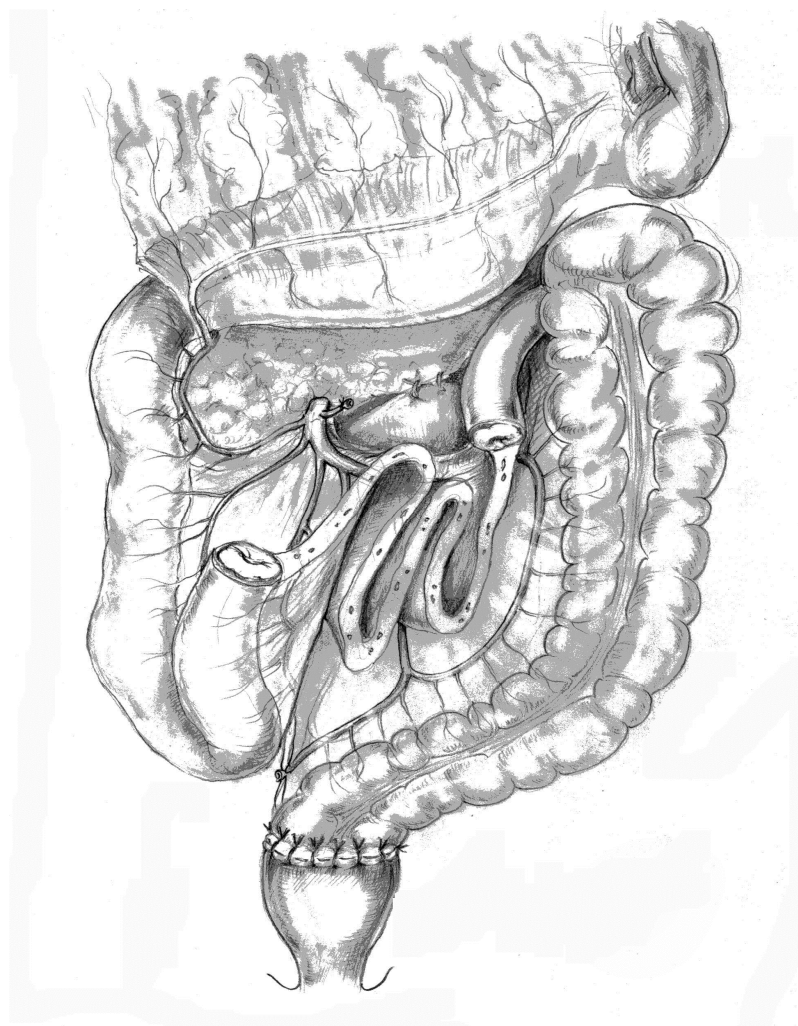


Рисунок 2. Формирование дренирующего положения толстой кишки с устранением s-образного сигморектального перехода
Необходимым условием является мобилизация прямой кишки с параректальной клетчаткой с целью выпрямления ее s-образного

анатомического изгиба. Затем пристеночно мобилизовали и резецировали наиболее стазагенный участок толстой кишки – ректосигмоидный переход. Формировали колоректальный анастомоз «конец в конец» однорядным швом рассасывающимися нитями PDS 5/0 (рис. 3). Линию анастомоза перитонизировали за счет брюшины малого таза.



Рисунок 3. Окончательный вид транспозиции после формирования трансверзоректального анастомоза

Формировали искусственный связочный аппарат: слепую кишку фиксировали в левом подреберье (рис. 4).

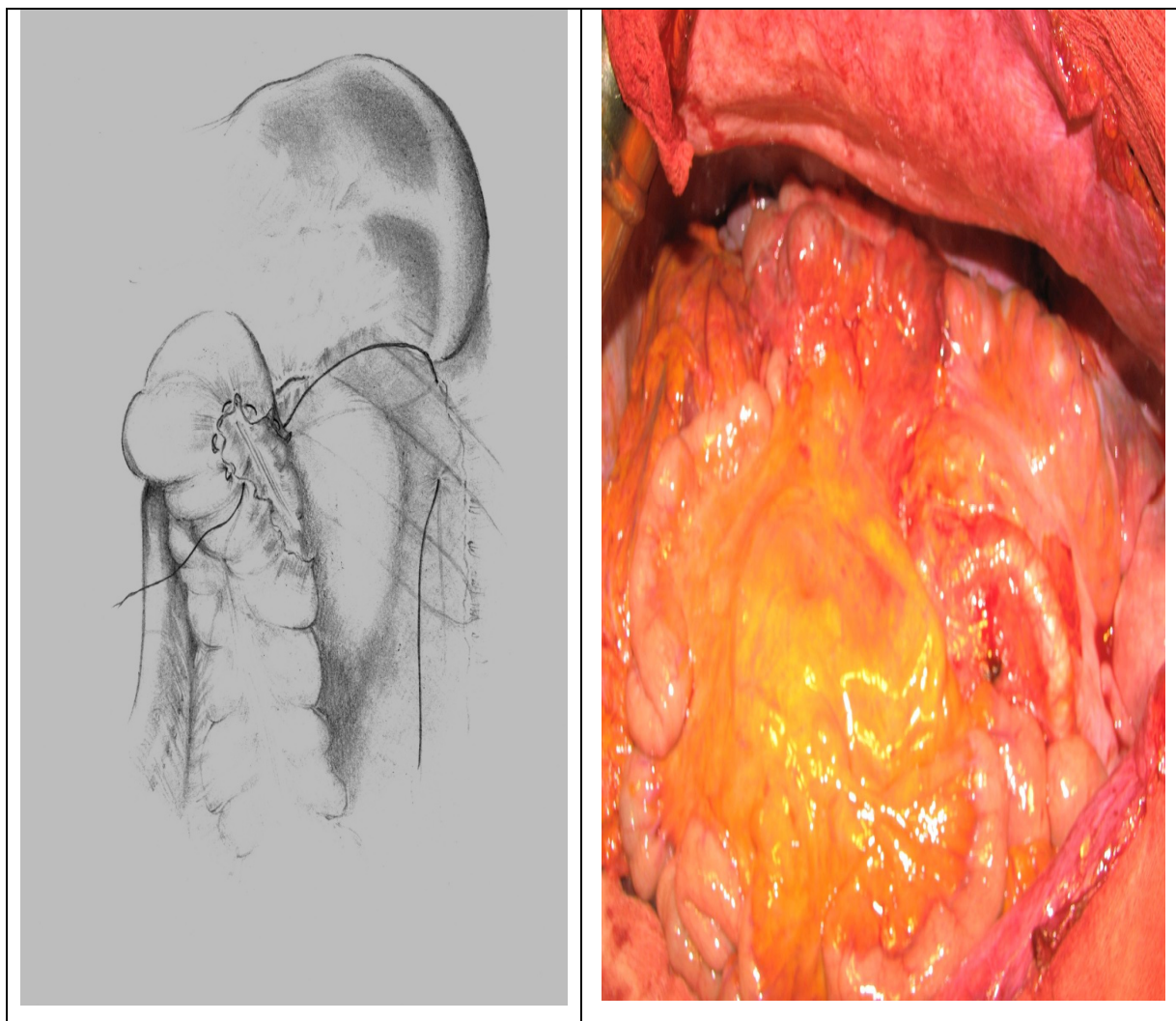


Рисунок 4. Формирование нового связочного аппарата слепой кишки в левом подреберье

Результаты и обсуждение

Продолжительность оперативного вмешательства с применением предложенной методики варьировала в пределах 135–40 мин (в среднем 185 ± 43 мин). Интраоперационная кровопотеря была незначительной – в среднем 100 ± 40 мл.

При изучении непосредственных результатов оперативного лечения выявлено, что наиболее частым и весьма специфичным осложнением в раннем послеоперационном периоде явилась транзиторная гипермилаземия (7,5 %), а также длительный (более 5 суток) послеоперационный гастростаз (8,5 %). Плевропульмональные

осложнения, в основном транссудативные плевриты, требуют проведения одно- или многократной пункции под УЗИ контролем (11,3 %); неинфицированные ограниченные внутрибрюшные жидкостные скопления – пункционного или дренирующего вмешательства под УЗИ контролем (7,5 %) и длительной (более 5 суток) послеоперационной трансдренажной лимфорей (10,3 %). После проведения соответствующей терапии указанные нарушения были купированы, при этом летальных исходов в данной группе больных не было.

Выписка пациентов из стационара осуществлялась не ранее 10-го дня после операции при условии удовлетворительного состояния, а также отсутствия существенных жалоб, гипертермии, нарушений деятельности ЖКТ, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Длительность пребывания пациентов в стационаре после операции в среднем составила 12,7 койко-дня.

Оценка эффективности проведенного оперативного вмешательства осуществлялась путем обследования прооперированных пациентов через 2, 6 месяцев и далее – один раз в год. Суммарным эффектом лечения пациентов с хроническим запором по предложенной технологии с соблюдением всех ее этапов, при активной реабилитации в послеоперационном периоде, включающей комплекс мероприятий, направленных на профилактику осложнений и раннее восстановление функций толстой кишки, стало достижение хороших (наличие самостоятельного стула один раз в 1–2 дня) и удовлетворительных (стул один раз в 1–2 дня на фоне приема слабительных препаратов) результатов у 72 пациентов (89 %). Это позволило восстановить пассаж по толстой кишке у пациентов и решить вопрос медико-социальной реабилитации больных с хроническим запором.

Таким образом, предложенный метод хирургической коррекции хронического колостаза, позволяющий сохранить баугиневую заслонку,

исключить рефлюкс толстокишечного содержимого в тонкую кишку и придать оставшейся части толстой кишки дренажную функцию, способствует улучшению результатов оперативного лечения пациентов.

Список литературы

1. *Авакимян В.А., Зорик В.В.* Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза // Проктолог. – 2001. – № 3. – С. 52–58.
2. *Ачкасов С.М., Саламов К.Н., Капуллер Л.Л. и др.* Запоры при аномалиях развития и положения толстой кишки у взрослых // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – № 2. – С. 58–63.
3. *Гребенев А.Л., Мягкова Л.П.* Болезни кишечника (современные достижения в диагностике и терапии). – М.: Медицина, 1994. – 400 с.
4. *Григорьева Г.А.* Запор (от симптома к диагнозу, от диагноза к лечению) // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 5, № 1. – С. 89–93.
5. *Потемкин С.Н., Гуменюк С.Е., Каушанский В.Б., Гурджиян М.Д.* Оценка качества жизни больных с синдромом хронического колостазы после хирургической коррекции // Клиническая хирургия. – 2005. – № 3. – С. 22–26.
6. *Шульпекова Ю.С.* Болезни органов пищеварения. – 2006. – № 2. – С. 90–96.
7. *Iannelli A., Fabiani P., Mouiel J., Gugenheim J.* Laparoscopic subtotal colectomy with anastomosis for slow-transit constipation // Surgical. Endoscopy. – 2006. – Vol. 20, N. 2. – P. 171–173.
8. *Everhat J.E., Go V.L.W., Hohannes R.S., Fitzsimmons S.C, Roth H.P., White L.R.* A longitudinal study of self-reported bowel habits in the United States // Dig. Dis. Sci. – 1989; 34: 1153–1162
9. *Stewart W.F., Liberman J.N., Sandler R.S., Woods M.S., Stemhagen A., Chee E., Lipton R.B., Farup C.E.* Epidemiology of constipation (ЕРОС) study 195 in United States: relation of clinical subtypes to socioeconomic features // Am. J. Gastroenterol. 1999; 94: 3530–3539.
10. *Whitehead W.E., Delvaux M.D.* The Working Team. Standardization of barostat procedures for testing smooth muscle tone and sensory thresholds in the gastrointestinal tract // Dig. Dis. Sni. – 1997. – Vol. 42, N. 2. – P. 223–241.