

УДК

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Дурлештер Владимир Моисеевич
д.м.н., руководитель гастроэнтерологического центра

Котелевский Е.В.

Игнатенко В.В.

Чембаху М.Р.
Гастроэнтерологический центр МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Хронический колостаз является актуальной проблемой современной медицины. Использование предлагаемого комплекса хирургических технологий позволит оптимизировать результаты хирургического лечения и улучшить качество жизни пациентов с декомпенсированным толстокишечным стазом

Ключевые слова: КОМПЛЕКС ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ, ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛОСТАЗ

UDC

SURGICAL TREATMENT OF CHRONICAL DECOMPENSATED COLONICAL STASIS

Durleshter Vladimir Moiseevich
Dr.Sci.Med., the head of Gastroenterology Center

Kotelevskiy E.V.

Ignatenko V.V.

Tchembakhu M.R.
Gastroenterology Center of Municipal public health institution, City hospital #2 «KMLDO», Krasnodar, Russia

Chronical colostasis is an actual problem of modern medicine. Using of an offered complex of surgical technologies will allow to optimise results of surgical treatment and to improve quality of life of patients with decompensated colonical stasis

Keywords: COMPLEX OF SURGICAL TECHNOLOGIES, DECOMPENSATED, CHRONICAL COLOSTASIS

Запором является нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации, по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в систематически недостаточном опорожнении кишечника. При ежедневной дефекации, наличие вынужденного натуживания, чувства неполного опорожнения либо изменения характера стула так же свидетельствует о наличии хронического запора.

По данным различных авторов в развитых странах хроническим запором страдают до 30-40% взрослого, трудоспособного населения. У населения старше 60 лет, количество страдающих различной степени выраженности запорами доходит до 60%. На основании широкого распространения, большинство авторов обоснованно относят хронический колостаз к болезням цивилизации. Эпидемиологические исследования показывают, что запорами страдает каждый 50 взрослый.

Практически все пациенты с жалобами на запоры изначально обращаются к терапевтам, гастроэнтерологам или колопроктологам в поликлинике. При этом, после различного по объему дообследования назначается консервативная терапия. Резистентными к терапевтическому лечению запора остаются более 20% пациентов. Согласно данным ГНЦ колопроктологии спустя 5 лет реагируют на те же слабительные лишь 50% больных с запорами, а через 10 лет — только 11%. При злоупотреблении ими могут возникать разнообразные осложнения, в том числе с серьезным повреждением структуры кишечной стенки. Оперативное лечение также не приносит ожидаемого результата. Частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения достигает 27,3-45,9%. Таким образом, хронический толстокишечный стаз является важнейшей проблемой современной медицины. Это связано с тем, что, ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не избавляет полностью человека от страданий, в связи с чем, поиск способа оперативного лечения хронического колостазы в стадии декомпенсации является не до конца решенной и актуальной проблемой.

Наш клинический опыт основан на мониторинге 94 больных с хроническим колостазом, находившихся на лечении в период с 2000 по 2008 гг. Больные проходили обследование: ирригографию, колоноскопию при необходимости с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, рентген-пассаж бария по ЖКТ, исследование моторной функции как верхних, так и нижних отделов ЖКТ, Ph-метрию, клиничко-лабораторные исследования, консультации смежных специалистов.

В исследуемой группе пациентов наиболее часто среди сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта были диагностированы грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и хроническая дуоденальная непроходимость (до 80% пациентов).

Патогенетически это происходит в основном за счет восходящего коло-энтеростаза, гастро-энтероптоза и прогрессирования артериомезентериальной компрессии.

Таким образом, хроническая патология толстой кишки (в основном на фоне нарушений нервной регуляции и нейро-дистрофических расстройств кишечной стенки) со временем в стадии декомпенсации может приводить к комплексу изменений в вышележащих отделах пищеварительной системы.

Всем больным лечение начинали с проведения курса комплексной консервативной терапии, включающей в себя: диету, медикаментозное лечение с учетом моторной активности ободочной кишки, ЛФК, иглорефлексотерапию, физиотерапевтическое лечение, массаж и т.д.

Показаниями к оперативному лечению хронических запоров являлись: отсутствие эффекта от проведенной консервативной терапии; выраженные анатомо-физиологические изменения ободочной кишки; нарастание явлений частичной кишечной непроходимости; прогрессирующее ухудшение общего состояния больного.

При этом использовали разработанный комплекс хирургических технологий, направленных на оперативную коррекцию декомпенсированного колостаза.

Данный комплекс включает в себя:

п полную мобилизацию двенадцатиперстной кишки с головкой поджелудочной железы и дуоденоеюнальным переходом;

п мобилизацию корня брыжейки тонкой кишки, ободочной кишки с транспозицией илеоцекального перехода в синистропозицию, положительную ротацию корня брыжейки тонкой кишки с последующей фиксацией слепой кишки в левом подреберье;

п расширенную левостороннюю гемиколэктомию с устранением сигморектального перехода.

n при наличии грыжи ПОД, ее устранение.

При этом в качестве доступа используют тотальную срединную лапаротомию. На реберные дуги накладывают ранорасширители Сигала. С целью максимального расширения доступа, при необходимости выполняют пересечение XII ребра в области его прикрепления к грудице слева. Это выполняется в случае необходимости устранения ГПОД. Для получения доступа к пищеводно-желудочному переходу мобилизуют левую долю печени путем рассечения серповидной связки печени.

Следующим этапом большой сальник острым путем отделяют от *taenia omentalis* поперечной ободочной кишки, желудок с большим сальником отводят кверху.

Производят мобилизацию слепой кишки и правой половины ободочной кишки путем рассечения париетальной брюшины правого фланка и отслаивания толстой кишки от забрюшинной клетчатки и предпочечной фасции с сохранением всех сосудов.

Выполняют встречную мобилизацию двенадцатиперстной кишки с головкой поджелудочной железы и дуоденоюнального перехода с пересечением собственной связки нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, корня брыжейки тонкой кишки.

Выполняют мобилизацию поперечной ободочной кишки, селезеночного изгиба, нисходящего и сигмовидного отделов ободочной кишки 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 выполняют положительную ротацию корня брыжейки тонкой кишки в с транспозицией илеоцекального перехода в синистропозицию (рис.1).

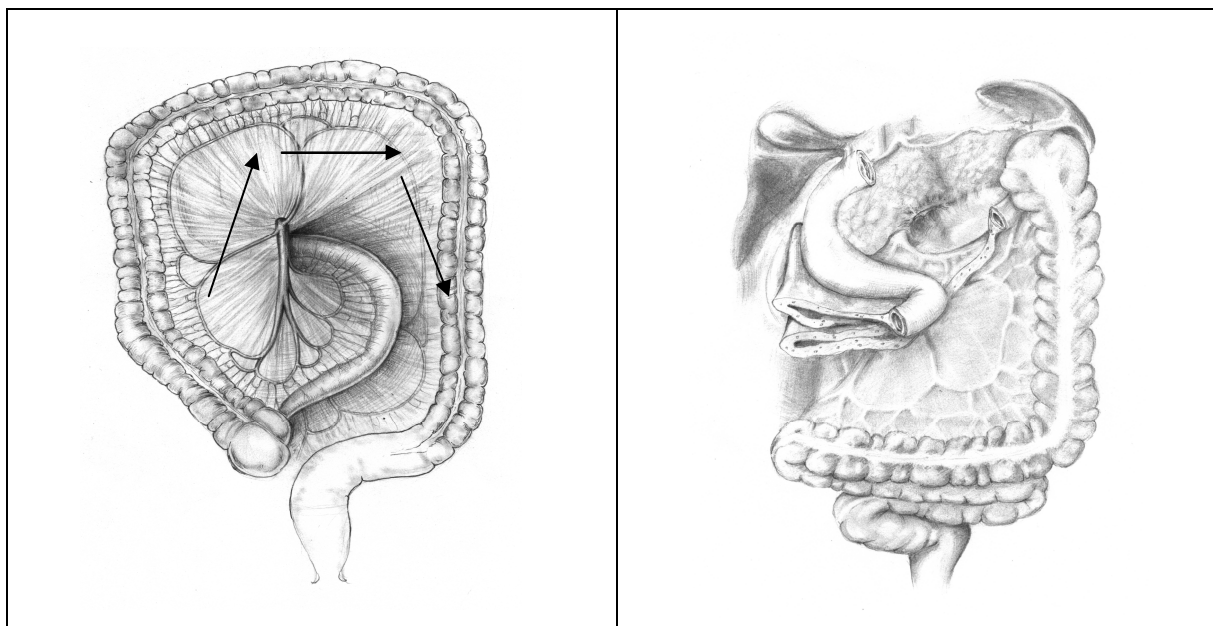


Рисунок 1 - Положительная ротация корня брыжейки тонкой кишки с транспозицией толстой кишки в левую половину брюшной полости

Так как илеоцекальный угол располагается в дальнейшем в нетипичном месте, выполняют аппендэктомия для исключения диагностических ошибок при возникновении острого аппендицита у больного в послеоперационном периоде.

После выполнения транспозиции правых отделов толстой кишки влево проводят расчет уровня резекции перемещенной кишки. При этом расправляют все физиологические и патологические углы и изгибы для придания в дальнейшем кишке адекватного дренирующего положения. Выполняют резекцию толстой кишки в объеме расширенной левосторонней гемиколэктомии (удаляют дистальную половину поперечной ободочной кишки, селезеночный изгиб, нисходящую ободочную, сигмовидную и ректосигмоидный переход прямой кишки) с пристеночным лигированием сосудов брыжейки для сохранения адекватного кровоснабжения и иннервации толстой кишки (рис. 2).

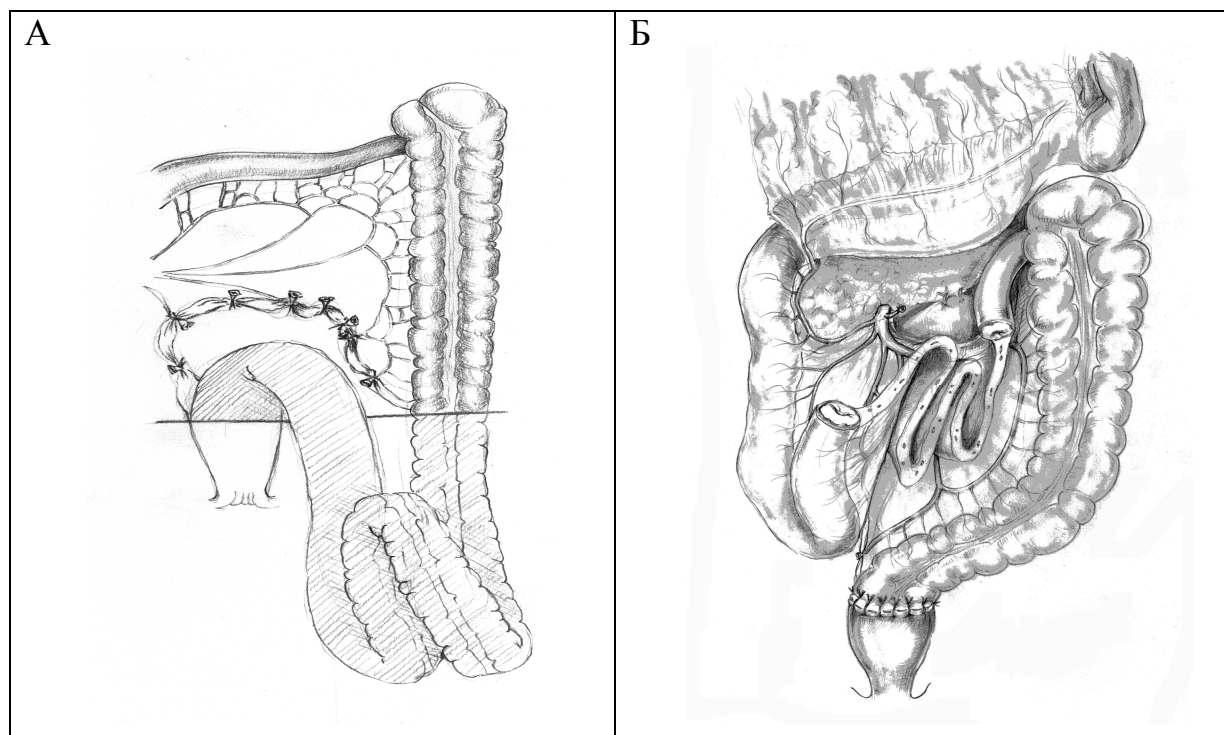


Рисунок 2 - Окончательный вид после выполнения транспозиции толстой кишки в левую половину брюшной полости (А) и последующей расширенной левосторонней гемиколэктомии (Б).

Необходимым условием является мобилизация прямой кишки с параректальной клетчаткой с целью выпрямления ее s-образного анатомического изгиба. Затем пристеночно мобилизуют и резецируют наиболее стазагенный участок толстой кишки – ректосигмоидный переход. Формируют колоректальный анастомоз «конец в конец».

Слепую кишку фиксируют в левом подреберье лавсановым подвешивающим 8-образным швом-связкой с захватом париетальной брюшины (рис.3).

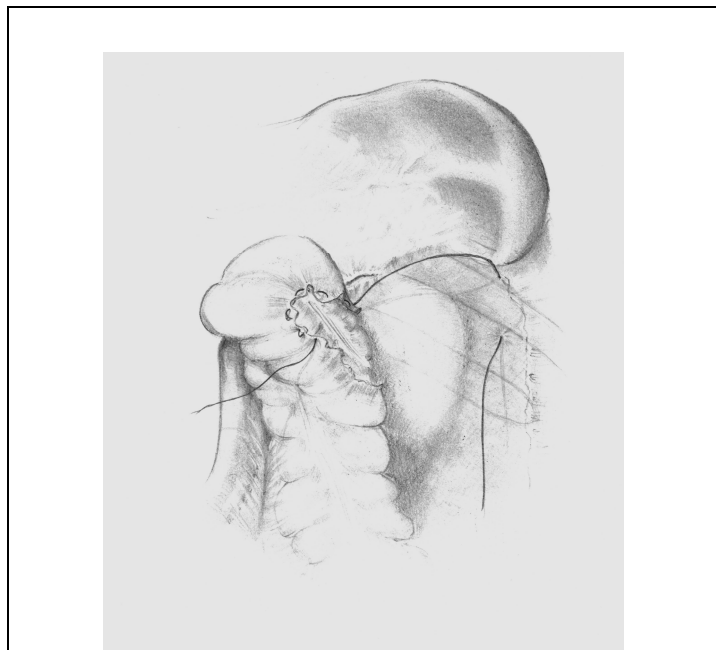


Рисунок 3 - Фиксация слепой кишки в левом подреберье.

Данный способ хирургического лечения колостаза апробирован у 94 больных с хроническим запором в стадии декомпенсации в период с 2000 по 2008 год включительно. Изучая непосредственные результаты оперативного лечения, выявлено, что наиболее частым и весьма специфичным осложнением, связанным с полным выведением ДПК явился острый послеоперационный панкреатит, а также длительный (более 7 суток) послеоперационный гастростаз. Плевропульмональные осложнения (в основном транссудативные плевриты, требовавшие одно- или многократной пункции под УЗИ контролем), неинфицированные ограниченные внутрибрюшные жидкостные скопления (потребовавшие пункционного или дренирующего вмешательства под УЗ-контролем) и длительная (более 5 суток) послеоперационная трансдренажная лимфоррея. При этом летальных исходов в данной группе больных не было.

Отдаленные результаты изучены у 35 оперированных больных. Результаты расценены как хорошие и удовлетворительные. У пациентов присутствует позыв к дефекации, имеется самостоятельный стул 1 раз в 1-2

дня, отсутствуют явления стазогенной интоксикации. Таким образом, хронический колостаз является актуальной проблемой современной медицины. Использование предложенного способа может оптимизировать результаты хирургического лечения и улучшить качество жизни пациентов с декомпенсированным толстокишечным стазом.