Хирургическое лечение хронического копростаза

К.м.н. Э.А. ДЖАВАДОВ[1], д.м.н., проф. Ф.С. КУРБАНОВ[2]

Surgical treatment of chronic coprostasis

E.A. DZHAVADOV, F.S. KURBANOV

[1]Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибашева (дир. — акад. АНАР Б.А. Агаев) Минздрава Азербайджанской Республики, [1]ГКБ №5, Баку; [2]кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Ю.В. Таричко) Российского университета дружбы народов, Москва

Приводятся результаты хирургического лечения больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон. Выделены группы больных с кологенным и проктогенным колостазом, а также группа со смешанным характером толстокишечного стаза. Обоснованы диагностические критерии и указаны оптимальные схемы хирургического лечения. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты у больных всех групп. Предложен оригинальный способ хирургической коррекции колопроктогенного колостаза. Обоснована важность полноценного предоперационного обследования и активной хирургической тактики у больных с хроническими запорами на фоне долихоколон.

Ключевые слова: хронический запор, хронический кологенный колостаз, хронический проктогенный колостаз, долихоколон, долихосигма, колэктомия, илеоректостомия, леваторопластика, кольпорафия.

Surgical treatment of 27 patients with chronic colostasis and dolichocolon was analyzed. Groups of patients with cologenic and proctogenic colostasis were defined, diagnostic criteria were formulated and optimal surgical tactics were described for each group. Short and long-term results were analyzed and proved to be excellent and satisfactory in majority of patients.

Key words: chronic colostasis, cologenic, proctogenic colostasis, dolichocolon, colectomy, ileorectostomy.

Введение

Хронический колостаз широко распространен в промышленно развитых странах, запорами страдает до 30—40% взрослого трудоспособного населения [2, 4]. В патогенезе колостаза серьезную роль играет удлинение толстой кишки (долихоколон), которое может сочетаться с нарушением функции прямой кишки, анального сфинктера и мышц тазового дна. На сегодняшний день ни один из предложенных методов консервативного и хирургического лечения хронического запора у больных с долихоколон не обладает стопроцентной эффективностью, по данным многих авторов, частота неудовлетворительных результатов достигает 27,3—45,9% [1, 5, 8]. Целью настоящего исследования была оценка результатов различных вариантов хирургического лечения больных с хроническим колостазом на фоне долихоколон.

Материал и методы

В исследование вошли 92 больных с симптомами хронического колостаза на фоне долихоколон. Среди больных были 13 мужчин и 79 женщин в возрасте от 15 лет до 71 года (средний возраст 37,6±1,5 года). Исключались больные с заболеванием Гиршпрунга, злокачественными и доброкачественными опухолями толстой кишки, а также с вторичным запором, связанным с заболеваниями внутренних органов. Лечение больных проводилось на базе ГКБ №5 Баку (клиническая база Научного центра хирургии им. акад. М.А. Топчибашева) и клинических базах кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов (Москва).

Проанализированы результаты лечения больных, у которых на фоне хронического запора, помимо долихоколон, при обследовании выявлено нарушение функции прямой кишки и мышц тазового дна. В связи с этим в основу работы положено изучение 3 групп больных: 1-я (n=64) с кологенным колостазом, 2-я (n=22) с проктогенным колостазом, 3-я (n=6) со смешанной формой — колопроктогенным колостазом.

Характер жалоб, свидетельствующих о наличии синдрома хронического запора, у больных первых двух групп показан в табл. 1. В 3-й группе лишь у одной больной отсутствовала необходимость в сильных потугах и сохранялось ощущение полного опо-

© Э.А. Джавадов, Ф.С. Курбанов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 2: 46

E-mail: emin.javadov@mail.ru

рожнения после дефекации. У остальных больных присутствовали все признаки хронического запора.

Пятеро больных 1-й группы были ранее оперированы на различных отделах толстой кишки, в том числе 2 — повторно. Во 2-й группе заднюю кольпорафию ранее перенесла одна больная, еще одной была выполнена геморроидэктомия. В результате перенесенных вмешательств у одной больной при поступлении была функционирующая сигмостома, у другого больного — еюноректальный свищ.

Продолжительность заболевания у больных 1-й группы колебалась от полугода до 47 лет (с среднем 12,9±1,3 года), у больных 2-й группы — от 2 до 15 лет (в среднем 7,3±1,0 года), различия были достоверны ($p<0,05$). Более 65% больных обеих групп предъявляли жалобы на хронические запоры в течение 10 лет и более. Задержка опорожнения кишки в среднем составила 11,9±1,1 сут (от 5 до 30 сут) в 1-й группе и 14,3±1,3 сут (от 7 до 20 сут) во 2-й группе ($p>0,05$).

Инструментальная диагностика основывалась прежде всего на результатах рентгенологического исследования, в том числе ирригоскопии (ирриграфии), а также рентгеноконтрастной оценке времени кишечного транзита.

Ирригоскопия преследовала цель подтвердить факт удлинения толстой кишки, т.е. наличие долихоколон или долихосигмы. Исследование выполнено 87 (94,6%) больным. Выявленные изменения у больных 1-й группы показаны в табл. 2. Во 2-й и 3-й группах при ирригоскопии констатировано наличие долихоколон во всех наблюдениях, в том числе с преимущественным удлинением левой половины толстой кишки у 9 (40,1%) больных, дополнительные петли кишки были у 2 больных.

Функция кишки с превалированием недостаточного опорожнения кишечника (гипомоторная дистония) при ирригоскопии наблюдалась у 79,6% больных 1-й группы и у 2 (9,1%) больных 2-й группы, у остальных пациентов сократительная способность кишки была сохранена. У 2 больных выявлена недостаточность функции илеоцекального клапана. Расширение слепой кишки отмечено у 68,4% больных 1-й группы и у 50,0% больных 2-й группы.

Существенные различия ($p<0,01$) были получены между группами по времени кишечного транзита, оцененного рентгенологически. В 1-й группе время транзита колебалось от 48 до 96 ч и более (в среднем 87,3 ч). Задержка стула в течение 4 сут и более отмечалась у 59,1% больных с кологенным кишечным стазом, во 2-й группе время транзита было существенно меньшим (34,3 ч).

У больных с подозрением на проктогенный колостаз применяли аноректальную манометрию. Разработанный прибор для аноректальной манометрии[1] позволил у всех больных провести сфинктероманометрию, анопроктометрию, дефекосфинктерометрию и дефекометрию. Оценивали тонус внутреннего сфинктера, степень волевого усилия наружного анального сфинктера, давление в прямой кишке и заднепроходном канале в момент натуживания при дефекации, а также силу сопротивления наружного сфинктера. При анопроктометрии определяли порог ректальной чувствительности (минимальные объем и давление в прямой кишке, при которых определяется релаксационный рефлекс внутреннего сфинктера заднего прохода), порог субъективной

[1]Рационализаторское предложение, протокол №97 Минздрава Азербайджанской Республики от 12.09.05.

Таблица 1. **Жалобы больных с хроническим запором на фоне долихоколон (показатели в процентах)**

Основные жалобы	Группа	
	1-я	2-я
Задержка эвакуации содержимого кишки (2 и менее раз в неделю)	100	100
Отделение при дефекации малого количества кала	98,4	100
Отделение кала большой плотности	96,9	52,9
Отсутствие ощущения полного опорожнения кишки	96,9	100
Чувство блокировки содержимого кишки	29,7	94
Необходимость в сильных потугах	4,7	94

Таблица 2. **Данные ирригоскопии у больных 1-й группы**

Анатомия ободочной кишки	Число больных
Долихоколон (вся кишка)	46
Долихоколон с преимущественным удлинением левых отделов	6
Долихоколон с преимущественным удлинением правых отделов	3
Долихосигма	18
Колоноптоз	3
Трансверзоптоз	22
Дополнительные петли толстой кишки	4

чувствительности (минимальные объем и давление, вызывающие ощущение необходимости дефекации), порог императивного позыва к дефекации (минимальные объемы и давление, вызывающие резко выраженное ощущение потребности дефекации).

В предоперационном периоде 90,6% больных 1-й группы и все больные 2-й группы лечились консервативно в сроки от 1 года до 15 лет без существенного эффекта. У многих больных к моменту операции не было самостоятельного опорожнения кишки без медикаментозной поддержки. Неэффективность консервативного лечения послужила основанием для выполнения хирургического вмешательства.

Результаты

С учетом различий в патогенезе колостаза у больных с долихоколон хирургическая тактика была различной у больных выделенных групп.

Операции у больных 1-й группы представлены в табл. 3. Интраоперационные осложнения были у 2 больных (травма селезенки, потребовавшая спленэктомии, травма нижней брыжеечной артерии с остановкой кровотечения). Еще у 3 больных осложнения развились в раннем послеоперационном периоде. В одном наблюдении через 5 сут после операции потребовались релапаротомия и ушивание дефекта тощей кишки. В другом наблюдении ранний послеоперационный период осложнился развитием распространенного серозного перитонита, были выполнены санация и дренирование брюшной полости. В третьем наблюдении произведено вскрытие абсцесса левого бокового канала.

Хороший и удовлетворительный отдаленные результаты лечения отмечены у 55 (85,9%) больных, неудовлетворительный — у 9 больных. У этих больных при наблюдении в течение 5 лет после вмешательства (субтотальная колэктомия у 4, резекция сигмовидной кишки у 5 больных) сохранялись симптомы запора и жалобы на плотный или твердый стул не чаще 2—3 раз в неделю, оставалась потребность в соблюдении диеты и приеме медикаментов.

У больных 2-й группы основной причиной запора был проктогенный фактор, подтвержденный при обследовании. В связи с этим операцией выбора являлась кольпорафия (задняя у 14, передняя и задняя у 8 больных), леваторопластика. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Результат вмешательства прослежен в сроки от 1 мес до 3 лет и расценен как хороший у 18 (94,7%) больных. У всех больных дефекация была безболезненной, регулярной, без натуживания и наружной компрессии. Потребность в соблюдении диеты, приеме нормокинетиков, ферментов, пребиотиков сохранялась у 47,4% больных в первые месяцы после вмешательства. В дальнейшем от медикаментозной поддержки большинство больных отказались. Результат признан удовлетворительным у одной больной. Причиной послужили ощущение неполного опорожнения кишки, необходимость в использовании нормокинетиков и масляных свечей перед дефекацией, что сохраняется в отдаленные сроки после вмешательства, однако в пальцевой компрессии кишки необходимости нет, дефекация безболезненна.

Для больных 3-й группы нами был предложен способ одномоментного хирургического лечения путем выполнения ректопексии по Кюммелю—Зеренину в сочетании с тотальной колэктомией[2]. Показаниями к колэктомии считали хронический колостаз на фоне долихоколон с замедлением транзита толстокишечного содержимого свыше 96 ч, внутренний пролапс прямой кишки и указания в анамнезе на длительную и неэффективную консервативную терапию или ранее выполненную неэффективную операцию. По предложенному способу оперированы 5 больных с хорошим непосредственным и отдаленным результатом.

Обсуждение

В последние годы больным с хроническим колостазом все чаще предлагается выполнять тотальную колэктомию с формированием илеоректального анастомоза [11, 13]. В значительной части наблюдений мы прибегли к подобной тактике и ни разу не встретились с неудовлетворительными результатами в отдаленные сроки после вмешательства. Напротив, негативные результаты были получены лишь у больных после ограниченных (в том числе субтотальных) резекций.

[2]Заявка на изобретение №2010108911 «Способ хирургического лечения хронического колопроктогенного запора» с приоритетом от 11.03.10.

Таблица 3. **Операции у больных 1-й группы**

Операция	Число больных
Колэктомия, илеоректостомия	31
Субтотальная колэктомия, илеосигмостомия	17
Левосторонняя гемиколэктомия	5
Правосторонняя гемиколэктомия	2
Резекция сигмовидной кишки	9
Всего	64

Операцией выбора у больных 1-й группы считаем тотальную колэктомию, илеоректостомию. Основными причинами неудовлетворительных результатов явились недооценка анамнестических данных и результатов обследования и, как следствие, недостаточные объемы резекции или игнорирование признаков аноректальной обструкции.

В нашем исследовании была, кроме того, рассмотрена группа больных, у которых на фоне хронического запора при обследовании выявлены две конкурирующие причины колостаза — долихоколон и нарушение функции мышц тазового дна. Лишь полноценное проктологическое обследование позволило изучить как анатомические, так и функциональные особенности этих больных, установить проктогенный характер колостаза и сделать правильный выбор хирургической тактики. Необходимая информация была получена при исследовании времени кишечного транзита и при манометрии, позволившей выявить нарушение функции аноректальной зоны и провести полное функциональное исследование. При этом была использована собственная методика оценки функции прямой кишки, основанная на применении довольно простой и доступной аппаратуры.

Наиболее распространенным способом хирургической коррекции ректоцеле по-прежнему является левatoропластика. Суть операции заключается в сшивании мышц, расположенных в области прямой кишки и влагалища, за счет чего перегородка между ними утолщается и становится плотной, не позволяя выпячиваться стенке прямой кишки, что дает хороший анатомический и функциональный эффект в ближайшем и отдаленном периодах [6, 9, 10, 12, 14].

При наличии колопроктогенного колостаза предложено использовать способ ректопексии по Кюммелю—Зеренину в модификации НИИ проктологии МЗ РСФСР, применяемый при выпадении прямой кишки, с устранением прямокишечно-маточного кармана брюшины у женщин или прямокишечно-пузырного кармана у мужчин [7]. Наиболее близким аналогом является резекция удлиненных нефункционирующих левых отделов толстой кишки (левосторонняя гемиколэктомия) в сочетании с операцией Кюммеля, предложенная Г.И. Воробьевым и соавт. [3]. Однако эти методы не гарантируют восстановление перистальтики оставшейся части толстой кишки, следовательно, могут не устранить симптоматику хронических запоров.

Эффективность предложенной операции, с нашей точки зрения, обеспечивается удалением удлиненной и атоничной толстой кишки, свободным пассажем полужидкого содержимого подвздошной кишки через илеоректоанастомоз в прямую кишку, а также устранением патологической подслизисто-слизистой складки в просвете прямой кишки (внутреннего пролапса или внутренней инвагинации) и глубокого прямокишечно-маточного (прямокишечно-пузырного) кармана брюшины.

Таким образом, тотальная колэктомия и илеоректостомия должны широко использоваться для хирургической коррекции хронического колостаза, обусловленного долихоколон. Оперативному лечению должно предшествовать полноценное обследование для исключения иных причин хронического запора. В тех наблюдениях, в которых колостаз связан с расстройством функции мышц тазового дна и ректоцеле при нормальной функции толстой кишки, требуется патогенетически обоснованное вмешательство. Оптимальным способом хирургической коррекции ректоцеле, с нашей точки зрения, является кольпорафия, левatoропластика. Больным с колопроктогенным колостазом требуется одномоментная хирургическая коррекция выявленных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ачкасов С.И.* Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2003.
2. *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 пищеварения. Материалы Республиканской научно-практической конференции. Вильнюс 1988; 504.
3. *Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Капуллер Л.Л.* Клиника и выбор способа лечения внутреннего выпадения прямой кишки (интраректальной инвагинации). Анналы хир 2000; 6: 34.
4. *Наврузов С.Н.* Лечение больных толстокишечным стазом. Вестн хир 1988; 9: 123—127.
5. *Романов П.А.* Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки. М: Медицина 1987; 189.
6. *Смирнов А.Б., Чеканов М.Н.* Выбор метода лечения ректоцеле и объективная оценка послеоперационного результата. Пробл колопроктол 2006; 19: 209—212.
7. *Федоров В.Д., Дульцев Ю.В.* Проктология. М: Медицина 1984; 384.
8. *Яремчук А.Я., Радильский С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л.* Хронический колостаз — особенности клиники и диагностики. Вестн хир 1990; 7: 113—115.
9. *Boccasanta P., Venturi M., Cioffi U. et al.* Selection criteria and long-term results of surgery in symptomatic rectocele. Minerva Chir 2002; 57: 2: 157—163.
10. *Deval B., Rafii A.* For anterior levator plasty in the treatment of rectoceles in women. Gynecol Obstet Fertil 2003; 31: 11: 971—973.
11. *Kessler H., Hohenberger W.* Laparoscopic total colectomy for slow-transit constipation. Dis Colon Rectum 2005; 48: 4: 860—861.
12. *Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al.* Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1480—1491.
13. *Ripetti V., Caputo D., Greco S. et al.* Is total colectomy the right choice in intractable slow-transit constipation? Surgery 2006; 140: 3: 435—440.
14. *Schwandner O., Stuto A., Jayne D. et al.* Decision-making algorithm for the STARR procedure in obstructed defecation syndrome: position statement of the group of STARR Pioneers. Surg Innov 2008; 15: 2: 105—109.

Поступила 23.06.10