# Лечение кологенных запоров

|  |
| --- |
| **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОГЕННЫХ ЗАПОРОВ**  Мехдиев Д.И., Тимербулатов В.М., Каланов Р.Г., Галлямов А.Х., Фаязов Р.Р., Лукашова Т.М.  Башкирский государственный медицинской университет  Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО  г. Уфа  Проблема лечения хронических колостазов (ХКС) остается одной из актуальных проблем колопроктологии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, консервативного и хирургического лечения ХКС. Остаются неутешительными результаты хирургического лечения, по данным различных авторов количество неудовлетворительных результатов доходит до 27,3-45,9% [1, 2, 4].  По данным различных авторов [2, 3, 4] в развитых странах ХКС страдают 30-40% взрослого, трудоспособного населения, впрочем, женщины чаще, чем мужчины. У населения старше 60 лет, количество страдающих различной степени выраженности запорами доходит до 60%. На основании широкого распространения, большинство авторов обоснованно относят ХКС к болезням цивилизации.  Наш клинический опыт основан на лечении и наблюдении 335 больных страдающих кологенными запорами, из них 79 больных (23,5%), хирургическим путем. Из оперированных 67 больных (84,8%) в плановом порядке и 12 больных (15,1%) в экстренном порядке. Женщин 262 (78,2%), мужчин 73 (21,7%). Средний возраст больных 46,4 лет. Длительность заболевания от 6 месяцев до 32 лет. Из них в стадии компенсации 97 (28,9%). субкомпенсации 174 (51,9%), декомпенсации 64 (19,1%).  Диагностическая программа включала в себя общеклинические, биохимические, эндоскопические (ректороманоскопия, колоноскопия), рентгенологические (ирригоскопия, пассаж бариевой взвеси), пассаж радиофармпрепарата, реовазография ободочной кишки, измерение тонической активности ободочной кишки (метод разработан В.М. Тимербулатовым) и внутрикишечного давления, по показаниям выполнялась биопсия стенки прямой кишки по Свенсону, а также изучалась микробная флора кишки.  Исследование микробной флоры выявило наличие дисбактериоза в стадии компенсации у 22 больных (22,6%), в стадии субкомпенсации у 132 больных (75,8%), в стадии декомпенсации у 63 больных (98,4%).  Всем этим больным лечение начинали с комплексной консервативной терапии, включающей в себя диету, медикаментозное лечение с учетом моторной активности ободочной кишки, электростимуляцию, иглорефлексотерапию, ЛФК, массаж, лазеро- и магнитотерапию, забрюшинные новокаиновые блокады по разработанной в нашей клинике методике, коррекцию имеющегося дисбактериоза.  При подготовке кишечника к эндоскопическим исследованиям и оперативному лечению использовали препарат "Фортранс", это было эффективным практически у всех больных.  Хирургическое лечение получили 79 больных из них 18 мужчин (22,7%), 61 женщин (77,2%). В плановом порядке оперированы 67 больных (84,8%), в экстренном порядке 12 (15,1%).  В плановом порядке оперированы 67 больных, из них 15 мужчин (22,3%), 52 женщин (77,6%). Средний возраст составил 42,3 года.  Показанием к плановому оперативному лечению больных с ХКС является:  • осложненные формы ХКС (наличие некупируемого болевого синдрома, хроническая интоксикация, приступы толстокишечной непроходимости)  • отсутствие эффекта от консервативной терапии, прогрессивное нарастание симптомов заболевания, хронической интоксикации и болевого синдрома.  Объем оперативного вмешательства зависел от нескольких факторов а) локализации и протяженность задержки бариевой взвеси; б) сопутствующих ХКС заболеваний ободочной кишки; в) наличии осложнений ХКС; г) состояния прямой кишки.  Из 67 оперированных в плановом порядке 31 больной (46,2%) был с долихосигмой. В 27 случаях (87,1%) была произведена операция - левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзо-ректоанастомозом. В 4 случаях (12,9%) была произведена резекция сигмовидной кишки с передней резекцией прямой кишки.  Больных с долихоколон было 9 (13,4%), из них в 7 случаях (77,7%) произведена операция субтотальная колэктомия, в 2-х случаях (23,3%) произведена операция левосторонняя гемиколэктомия.  С мегодолихоколон оперировано 2 больных (2,9%), в одном случае произведена операция колэктомия с илеоректальным анастомозом, в другом - субтотальная колэктомия.  С синдромом Пайра, в чистом виде, оперировано 14 больных (20,8%), практически во всех случаях произведено эндоскопическое низведение селезеночного изгиба ободочной кишки и адгезиолизис путем рассечения ободочно-селезеночной и ободочно-диафрагмальной связки и спаек.  Сочетание долихосигмы с синдромом Пайра было у 12 больных (17,9%) практически во всех случаях произведена операция левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзо-ректоанастомоза.  Из 41 гемиколэктомий выполненных по поводу ХКС, в 28 случаях (68,2%) выполнена лапароскопически ассистируемая гемиколэктомия с экстракорпоральным наложением анастомоза. При наложении большинства анастомозов на уровне прямой кишки был использован аппарат АКА-2. Из послеоперационных осложнений у больных оперированных в плановом порядке отметим один случай ранней спаечной кишечной непроходимости, потребовавший релапаротомии, два случая анастомозита, и три случая нагноения послеоперационной раны. Летальных исходов не было.  В экстренном порядке оперированы 12 больных, из них 3 мужчин (25%), 9 женщин (75%). Средний возраст составил 45,6 года. Показанием к экстренной операции является осложнение ХКС в виде толстокишечной непроходимости при отсутствие эффекта от консервативной терапии. Все больные были оперированы после предоперационной подготовки. Диагноз верифицирован после рентгенологических и эндоскопических методов исследований. Надо отметить высокую информативность УЗИ брюшной полости при кишечной непроходимости.  У всех 12 больных клинически имел место заворот различных отделов ободочной кишки: заворот сигмовидной кишки - 9 случаев (75%), заворот поперечной ободочной кишки 2 случая (16,6%), заворот левой половины ободочной кишки при длинной брыжейки нисходящего отдела 1 случай. Объем оперативной помощи зависел от наличия трофических изменений стенки кишки и распространенности перитонита. В 5 случаях (41,6%) операция завершена устранением непроходимости путем разворота и различных фиксирующих приемов, в 6 случаях (50%) произведена резекция различных участков ободочной кишки с наложением анастомоза и лишь в 1 случае произведена резекция с выведением колостомы. В послеоперационном периоде имело место: один случай несостоятельности анастомоза, потребовавший релапаротомии и выведении сигмостомы и два случая нагноения послеоперационной раны. Летальных исходов не было.  Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 46 больных (68,6%) оперированных в плановом порядке и у 8 больных (66,6%) оперированных в экстренном порядке. Результаты расценены нами как хорошие у 18 больных (39,1%), удовлетворительные у 22 больных (47,8%), неудовлетворительные у 6-х больных (13,0%), перенесших резекцию сигмовидной кишки и левостороннюю гемиколэктомию. Наилучшие результаты получены при субтотальной резекции ободочной кишки, а при гемиколэктомиях - лапароскопически ассистируемых операциях.  В послеоперационном периоде, несмотря на большой объем операций, активизировали больных практически через сутки после проведения операции.При проведении операций эндоскопическим и комбинированным способом требовалось значительно меньшее количество анестетиков, сокращались сроки заживления раны. Среднее пребывание больного на стационарном лечении составило при первом варианте 6 дней, при втором 10 дней. и 16 дней при традиционном способе.  Таким образом, большинству больных с ХКС необходима консервативная терапия. Из оперативных методов лечения наиболее эффективна субтотальная колэктомия. Эндоскопические методы операций на ободочной кишке являются малотравматичным, эффективным методом и представляют большой интерес для дальнейшего развития.  **Литература**  1. Балтайтис Ю.В, Яремчук АЛ., 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 - 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. el al. Laparoscopic - Assisted Segmental Colectomy: Early Mayo Clinic Experience // Mayo Clin Prog., 1994, vol. 69. p. 834 -8400'  7. Zucker K. A. Laparoscopic - assisted colon resection. Surg Endos, 8 (I): p7-12, 1994. |