

УДК 616.348-007.42-089

*А.В. Тобохов, В.Н. Николаев, П.А. Неустроев*

## ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВИСЦЕРОПТОЗА С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Висцероптоз, осложненный хроническим толстокишечным стазом, является одним из распространенных заболеваний в структуре толстокишечной патологии. Несмотря на многочисленность исследований, до сих пор остаются спорными вопросы хирургического лечения, а количество рецидивов после хирургической коррекции, по данным ряда авторов, доходит до 27,3-45,9 % [1, 2, 3]. Причинами неудовлетворительных результатов являются как несовершенство критериев оценки нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, так и отсутствие единого мнения в выборе объема резекции ободочной кишки [1, 2, 3, 4, 5]. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы хирургического лечения висцероптоза, осложненного хроническим толстокишечным стазом, и необходимости ее дальнейшего изучения.

*Ключевые слова:* висцероптоз, хирургическое лечение, долихоколон, хронический толстокишечный стаз, долихосигма, колоноптоз.

*A.V. Tobokhov, V.N. Nikolaev, P.A. Neustroev*

## Grounding for selection of resection volume of a colon in surgical treatment of visceroptosis with the syndrome of chronic colonic stasis

Visceroptosis complicated by chronic stasis is one of the common diseases in the structure of the colonic pathology. Despite numerous studies it is still controversial question of a surgical treatment and the number of recurrences after surgical correction according to some authors comes to 27.3-45.9 % [1, 2, 3]. The reasons for unsatisfactory results are imperfection of evaluation criteria of motor-evacuation violations function of colon and the lack of consensus in the choice of the volume of resection of colon [1, 2, 3, 4, 5]. All the above shows the importance of surgical treatment problems of visceroptosis complicated by chronic colonic stasis and the need for its further study.

*Keywords:* visceroptosis, surgical treatment, dolichocolon, chronic colonic stasis, dolichosigma, kolonoptoz.

---

*ТОБОХОВ Александр Васильевич* – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова. Адрес: 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: avtobohov@mail.ru.

*ТОВОКНОВ Александр Васильевич* – Dr. Sci. Medicine, professor, head of Hospital surgery and radiation diagnosis department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakhskoe Shosse St., 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: avtobohov@mail.ru.

*НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич* – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова. Адрес: 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: w.nik@mail.ru.

*NIKOLAEV Vladimir Nikolaevich* – Cand. Sci. Medicine, associate professor of Hospital surgery and radiation diagnosis department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakh Highway 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: w.nik@mail.ru.

*НЕУСТРОЕВ Петр Афанасьевич* – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова. Адрес: 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: neuspetr@yandex.ru.

*NEUSTROEV Peter Afanasievich* – Cand. Sci. Medicine, associate professor of Hospital surgery and radiation diagnosis department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakhskoe Shosse St., 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: neuspetr@yandex.ru.

**Материалы исследования.** Нами проведено обследование 257 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу висцероптоза, осложненного хроническим толстокишечным стазом. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного анализа жалоб и анамнеза группы пациентов с задержкой стула более 10 дней – выяснено, что у 56 (47,8 %) больных сохранялся самостоятельный акт дефекации. У 61 (52,2 %) больного самостоятельный стул отсутствовал, и дефекации можно было добиться, только используя большие дозы слабительных средств или очистительные клизмы. Наличие самостоятельного стула, по нашему мнению, свидетельствует о некотором сохранении моторно-эвакуационной функции толстой кишки, несмотря на длительность ХТС.

Ирригоскопия проведена 257 (100,0 %) больным. Проведенные рентгенологические исследования показали, что изменения кишечника в виде тотального опущения ободочной кишки, расширения отделов, возрастают со степенью задержки эвакуации содержимого толстой кишки. Необходимо отметить, что наиболее тяжелые нарушения выявлены у больных с отсутствием самостоятельного стула. В то же время удлинения ободочной кишки, и сегментарного, и тотального характера, встречаются в анализируемых группах с одинаковой частотой независимо от степени ХТС, что свидетельствует о том, что удлинение ободочной кишки не имеет решающего значения для прогрессирования запоров.

Хирургическое лечение проведено 232 (90,3 %) пациентам. Отдаленные результаты оперативной коррекции прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет. Контрольное обследование проведено 151 (65,1 %) больному. Критерием оценки результатов хирургического лечения больных с висцероптозом послужило состояние моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, а также наличие или отсутствие воспаления ее слизистых.

Из 21 пациента, которым проводилась изолированная резекция ободочной кишки, у 3 (14,3 %) больных результат хирургического лечения признан нами «удовлетворительным». В 18 (85,7 %) случаях выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта, результаты лечения оценены как «неудовлетворительные».

В группе больных, которым проводилась резекция левого фланга ободочной кишки, «хорошие» результаты получены у 46 (44,2 %) больных. У 37 (35,6 %) больных результат хирургического лечения определен, как «удовлетворительный». «Неудовлетворительный» результат наблюдался в 21 (20,2 %) случае.

У пациентов с висцероптозом после проведенной дистальной субтотальной резекции ободочной кишки «хорошие» результаты достигнуты в 18 (69,2 %) случаях. «Удовлетворительный» результат отмечен в 6 (23,1 %) наблюдениях. У 2 (7,7 %) пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наблюдался многократный жидкий стул до 3-5 раз в сутки, хотя отмечено отсутствие болевого синдрома.

Таким образом, общее количество «неудовлетворительных» результатов составило 27,1 %.

При анализе неудовлетворительных результатов резекции левого фланга ободочной кишки выявлено, что 19 (90,5 %) больных страдали декомпенсированной степенью ХТС, проявляющейся задержкой эвакуации кишечного содержимого более 10 дней и отсутствием самостоятельного стула. У 2 (9,5 %) пациентов наблюдался синдром ХТС в степени субкомпенсации. При анализе 21 (100,0 %) «неудовлетворительного» результата после резекции левого фланга ободочной кишки рецидив ХТС наблюдался в 18 (85,7 %), спаечная болезнь в 2 (9,5 %), хронический колит в 1 (4,8 %) случае. Считаем, что объем левосторонней гемиколонэктомии недостаточен для коррекции декомпенсированной степени ХТС при отсутствии самостоятельного стула. Необходимо отметить, что у больных с задержкой стула более 10 дней, но с сохранением самостоятельного акта дефекации аналогичный объем резекции был эффективен.

После проведения дистальной субтотальной резекции ободочной кишки неудовлетворительный результат отмечался в 2 (100,0 %) случаях, у пациентов с субкомпенсированной степенью ХТС. В остальных случаях операция была эффективна. Характерно, что синдромом диареи течение отдаленного послеоперационного периода осложнилось у пациентов с субкомпенсированной степенью ХТС. По нашему мнению, при некотором сохранении моторно-эвакуационной функции объем субтотальной резекции избыточен.

Таким образом, в результате проведенного анализа «неудовлетворительных» результатов выявлено, что из 151 (100,0 %) обследованного больного, у 34 (22,5 %) пациентов осложнения проявлялись рецидивом синдрома ХТС и только в 7 (4,6 %) случаях другими причинами. По нашему мнению, это связано с неадекватной оценкой степени нарушения моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки.

**Заключение.** Изолированные резекции участков ободочной кишки неэффективны вне зависимости от степени ХТС и приводят к рецидивам ХТС. При проведении резекции левого фланга ободочной кишки рецидивы синдрома ХТС возникают у больных с отсутствием самостоятельного стула. Объем левосторонней гемиколонэктомии наиболее эффективен у больных с ХТС в степени субкомпенсации. Субтотальная дистальная резекция ободочной кишки показана в тяжелых, запущенных состояниях, у пациентов с ХТС в степени декомпенсации.

### Литература

1. Иванов, А.И. Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития, фиксации ободочной и прямой кишок (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение): дис. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 277 с.
2. Интраоперационный ультразвуковой способ определения объема резекции толстой кишки у детей с хроническим толстокишечным стазом // А.И. Леньюшкин, И.В. Киргизов, А.М. Сухоруков, Н.С. Горбунов // Детская хирургия – 2002. – № 4. – С. 6-8.
3. Тобохов, А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.
4. Muller-Lissner, S.A. Cisapride in chronic idiopathic constipation: Can the colon be reeducated. Bavarian constipation study group // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1995. – № 7. – P. 69-73.
5. Pemberfon, J.H., Rath, D.M., Ilstivp, D.M.. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. Ann. Surg 1991; 214: 403-13.

### References

1. Ivanov, A.I. Hronicheskiy tolstokishechnyy staz, obuslovlennyiy anomaliami razvitiya, fiksatsii obodochnoy i pryamoy kishok (etiopatogenez, klassifikatsiya, klinika, diagnostika i hirurgicheskoe lechenie): Diss. dokt. med. nauk. – M., 1996. – 277 p.
2. Intraoperatsionnyy ultrazvukovoy sposob opredeleniya ob'ema rezektsii tolstoy kishki u detey s hronicheskim tolstokishechnym stazom / A.I. Lenyushkin, I.V. Kirgizov, A.M. Suhorukov, N.S. Gorbunov // Detskaya hirurgiya – 2002. – № 4. – P. 6-8.
3. Tobokhov, A.V. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie vistseroptoza: diss. ... dokt. med. nauk. – M., 2003.
4. Muller-Lissner, S.A. Cisapride in chronic idiopathic constipation: Can the colon be reeducated. Bavarian constipation study group // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1995. – № 7. – P. 69-73.
5. Pemberfon, J.H., Rath, D.M., Ilstivp, D.M.. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. Ann. Surg 1991; 214: 403-13.