

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ



Эгамов Юлдашали Сулаймонович¹, Дурдиев Хамдам Базарович², Ботиров Акрамжон Кодиралиевич¹, Отакузиев Ахмадилло Зокирович¹

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;

2 – Каракалпакстанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Нукус

СУРУНКАЛИ КОЛОСТАЗ УЧУН ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКА АЛГОРИТМИ

Эгамов Юлдашали Сулаймонович¹, Дурдиев Хамдам Базарович², Ботиров Акрамжон Кодиралиевич¹, Отакузиев Ахмадилло Зокирович¹

1 - Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.;

2 - Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон филиали, Нукус ш.

IMPROVED TREATMENT AND DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR CHRONIC COLOSTASIS

Egamov Yuldashali Sulaymonovich¹, Durdiev Xamdam Bazarovich², Botirov Akramjon Kodiralievich¹, Otakuziev Akhmadillo Zokirovich¹

1 - Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan;

2 - Karakalpakstan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Nukus

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Колостаз (КС) ёки сурункали қабзият (СҚ) умумий ва ошқозон-ичак симптомлари мажмуасини бирлаштирган гетероген патологиядир. Колостазнинг кўплаб этиологик омилларининг мавжудлиги кўпинча оптимал тактикани танлашни қийинлаштиради. Кўпгина ҳолларда жарроҳлик даволаш талаб этилади, улар техник жиҳатдан қийин ва қониқарсиз натижаларнинг юқори даражаси билан ажралиб туради - 13-30%. Шу сабабли, бугунги кунгача ушбу тадқиқот мавзуси бўлган таххисга индивидуал ёндашувни ва даволаш усулини танлашни асослайдиган диагностика ва даволаш алгоритмини танлаш ҳақида қизгин мунозаралар олиб борилмоқда. Муаллифлар, тадқиқот давомида сурункали КС билан оғриган беморларда такомиллаштирилган даволаш ва диагностика алгоритмига риоя қилиш ва "чўктирувчи" инвагинацион анастомозининг "учма-уч" тамойили асосида ўзгартирилган усулдан кенгроқ фойдаланиш деган хулосага келиб, жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришди.

Калит сўзлар: сурункали колостаз, йўгон ичак, диагностика ва даволаш алгоритми, "чўктирувчи" инвагинацион анастомоз.

Abstract. Colostasis (CS) or chronic constipation (CC) is a heterogeneous pathology that combines a complex of general and gastrointestinal symptoms. The presence of many etiological factors of colostasis often makes it difficult to choose the optimal tactics. The vast majority of cases require surgical treatment, which are technically difficult and are marred by a high rate of unsatisfactory results - 13-30%. Therefore, to this day there are lively discussions about the choice of a diagnostic and treatment algorithm that substantiates an individualized approach to diagnosis and the choice of treatment method, which was the subject of this study. The authors, in the course of the study, conclude that in patients with chronic CS, adhering to an improved treatment and diagnostic algorithm of actions and the wider use of a modified method of "submersible" intussusception bell anastomosis according to the "end to end" principle, they optimized surgical tactics.

Key words: chronic colostasis, large intestine, diagnostic and treatment algorithm, "submersible" intussusception anastomosis.

Актуальность проблемы. Колостаз (КС) или хронический запор (ХЗ) - гетерогенная патология, которая объединяет комплекс общих и желудочно-кишечных признаков [3]. По распространенности превышает число больных с сахарным диабетом и хронических обструктивных болезней легких, достигая в пожилом возрасте показателя 32,8% [2]. Наличие множества этиологических факторов колостаз, часто затрудняет выбор оптимальной тактики [5]. При этом, пациенты увлекаются самолечением без достижения

должного эффекта [1]. В подавляющем большинстве случаев требуется оперативное лечение, которые технически сложны и омрачаются высокой частотой неудовлетворительных результатов - 13-30% [4;6]. Поэтому, до настоящего времени ведутся оживленные дискуссии по поводу выбора лечебно-диагностического алгоритма, обосновывающего индивидуализированный подход к диагностике, выбору метода лечения, что и явилось предметом настоящего исследования.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения хронических колостазов, путем разработки усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования и лечения 396 больных, страдающих хроническими запорами (колостазом) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ и Элликалинском районном медицинском объединении Республики Коракалпогистон. Выборка больных при поступлении условно разделены на две группы:

-группа сравнения – 172 (43,4%) больных с КС в период с 2015 по 2018 годы, при лечении которых ограничивались последующими стандартными ведением пациентов.

-основная группа - 224 (56,6%) больных с КС оперированных в периоде 2019 по 2023 годы, которым применен усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм. Для достижения цели и задач исследования проводили общеклинические, лабораторные, биохимические, инструментальные и статистические методы исследования согласно протоколам, утвержденной Министерством Здравоохранения РУз и Коракалпогистон.

Результаты и их обсуждение. В процессе научно исследовательской работы мы внесли коррективы в процесс обследования и лечения больных хроническим колостазом (ХКС), тем самым усовершенствовали лечебно - диагностический алгоритм. Согласно предложенному алгоритму действий, при поступлении больных в приемное отделение Клиники всем больным проводили определение клиничко-анамнестических данных (жалобы, анамнез заболевания и жизни). При этом особое внимание уделяли частоте стула в течении недели (менее 3-х раз в неделю), длительности заболевания (не менее 6 месяцев) наличие натуживания, характеру каловых масс, двигательной активности, привычному образу питания, использованию слабительных препаратов и клизм. Также важно определить наличие болевого абдоминального синдрома, патологических примесей в кале (кровь, слизисто-гнойные выделения), наличие ложных позывов на дефекацию. Затем определяли наличие сопутствующей терапевтической патологии и их влияние на формирование запора. В случае установления такой зависимости, нарушения функции толстого кишечника устраняются. В зависимости от степени выраженности сопутствующей патологии, проводили коррекцию совместно с соответствующими специалистами в отделении или в специализированных отделениях). При осмотре пациента необходимо обратить внимание на тип телосложения больного (особенного внимания заслуживают больные с выраженным истощением). При пальпации следует оценить наличие напряжения передней брюшной стенки, наличие пальпируемых образований в брюшной полости. Пальцевой ректальный осмотр прямой кишки должны быть первым шагом клинической оценки, что позволяет установить органическую патологию, наличие геморроидальных узлов, анальной трещины. При осмотре кожи вокруг

заднего прохода возможно установить следы расчесов, вследствие анального зуда, трещины и др. Затем приступали к физикальным, общеклиническим и биохимическим лабораторные исследованиям – общий анализ крови и мочи, биохимические анализы, в последнее время тесты на Covid – 19; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости. Необходимо также исключить гиперкальциемию, гипокалиемию, сахарный диабет, гипотиреоз. В качестве базисного метода лучевой диагностики хронического колостазом считаем ирригографию, причем как минимум один снимок при тугом наполнении контрастом выполняем в положении стоя, что позволяет выявить аномалии развития и положения ободочной кишки, анатомические размеры и патологическую подвижность различных ее отделов. Также рентгеноскопией ЖКТ определяли пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, с последующей ректороманоскопией и колоноскопией.

Для установления нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки проводим пассаж бария по желудочно-кишечному тракту (снимки в положении стоя через 12, 24, 48, при необходимости - 72, 96 часов после приема бария). Обращаем внимание на особенности заполнения кишки контрастной взвесью, время продвижения содержимого по каждому отделу кишки и срок полного её опорожнения, высоту гаустр, смещаемость различных отделов кишки в ходе пассажа содержимого, наличие сужений или спастических участков. По показаниям проводили проктографию, сфинктерометрию, ФГДС, исследование кислотности желудочного сока, а также консультации невропатолога и психотерапевта для исключения или подтверждения причин неврологического или психогенного генеза хронического КС. В случае подозрения на эндокринный характер причин колостазом - консультация эндокринолога, лабораторные исследования гормонального статуса. Инструментальную диагностику начинали с ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, которая позволяет определить анатомо-топографические взаимоотношения с окружающими органами, визуализировать аномалии строения толстой кишки, установить уровень замедления или блокады транзита кишечного содержимого; обращаем внимание на изменения толщины стенки кишки, высоту поперечных складок и протяженность промежутков между ними, перемещение частиц химуса и пузырьков воздуха в просвете органа.

В диагностике хронического КС применяются ирригоскопия. Исследование позволяет определить рентгенологические признаки воспалительных заболеваний, наличие образований толстой кишки, дивертикулеза и дивертикулита, болезни Гиршпрунга. При отсутствии признаков органических изменений, оценивается расположение и фиксация толстой кишки для исключения врожденных нарушений ротации и фиксации, а также их осложнений, в виде: инвагинации, заворота и т.д. оцениваются уровни расположения изгибов, их узлообразование («двустволка»). Рентгенограммы выполняются полипозиционно в горизонтальном и вертикальном положениях. Оценивается длина, протяженность и ширина просвета, гаустрация, что позволяет установить долихо - и мегаколон или их сочетание.

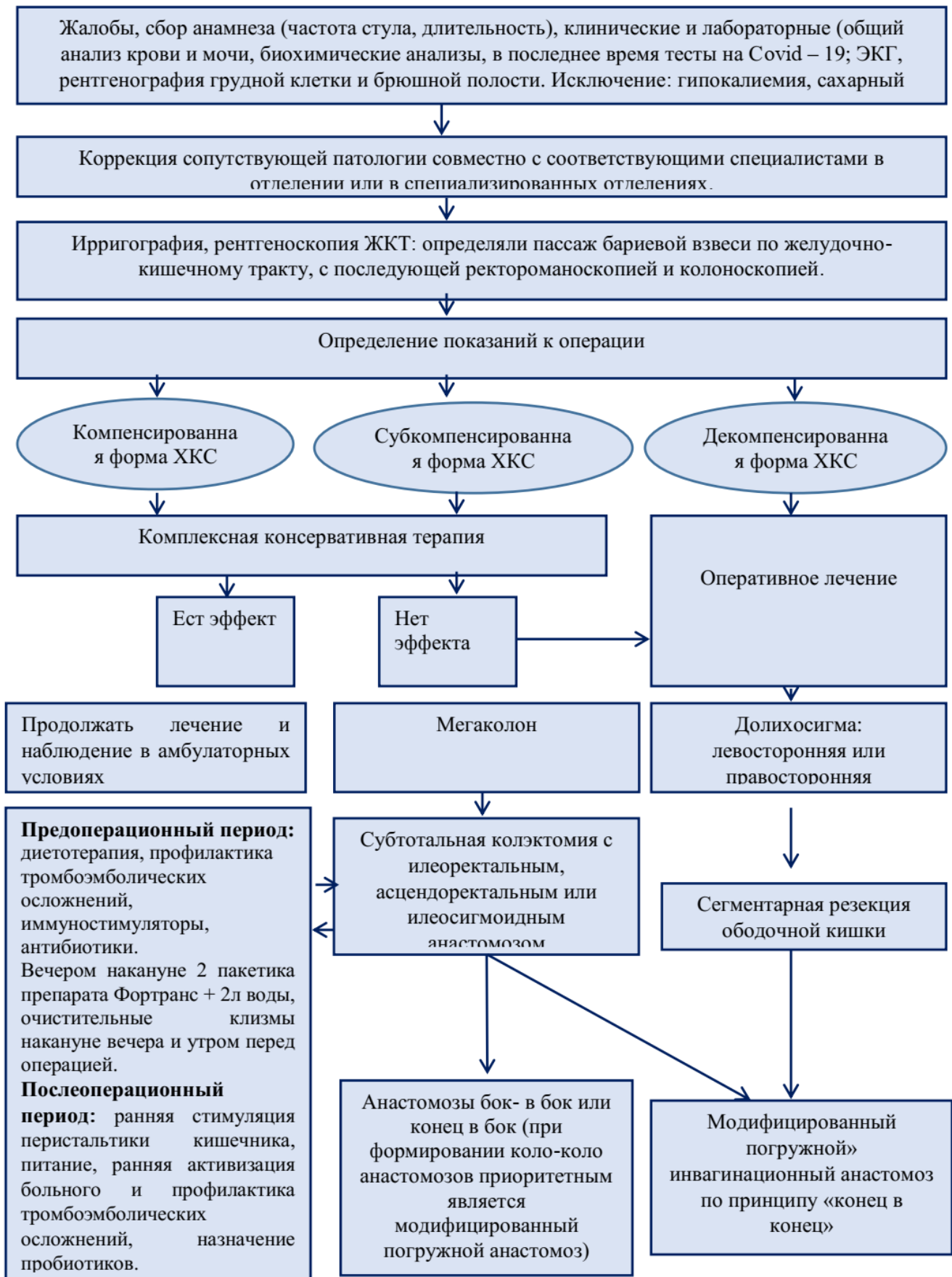


Рис. 1. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм

В анамнезе акцентируется внимание на выполнение хирургических вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, воспалительных процессах,

травмах, исключается спаечный процесс или «неправильное» расположение петель толстой кишки.

Также применяется рентгеноскопия ЖКТ с использованием бариевой взвеси. Бариевая взвесь менее

физиологичная, что может приводить к ложноположительным выводам. Тем не менее, в диагностике аномалий и развившихся функциональных нарушений ни один из лучевых методов обследования, на не является самостоятельным и определяющим.

Проведение эндоскопических исследований (тотальной колоноскопии, ректороманоскопии) позволяет исключить или выявить образования и воспалительные заболевания толстой кишки,

Тест изгнания баллона является как скрининговым тестом, так и методом, дополняющим представление о наличии с дефекационных нарушений. Во время выполнения теста - баллон длиной 4 см, заполненный 50 мл теплой воды помещается в прямую кишку, после чего пациенту предлагают изгнать воздушный шар в специально оборудованном помещении. В норме баллон 50 мл изгоняется из прямой кишки менее чем за минуту. Специфичность теста составляет 80-90 -94%, чувствительность 50-94% [31].

В целом, диагностика хронического КС должно основываться на обобщенной интерпретации результатов всего комплекса исследований, в каждом клиническом наблюдении индивидуально.

После завершения диагностической программы, необходимо определить хирургическую тактику. Полученные нами показали важнейшее значение подготовки к оперативному вмешательству и послеоперационному ведению. При этом, наряду с общими мероприятиями важную роль играют меры специальной подготовки толстого кишечника, а также специфические меры профилактики гнойно-септических и ТЭО.

Анализ доступной литературы показал, что при аномалиях развития, удлинении и расширении определенного участка или всей толстой кишки, взгляды хирургов едины с точки зрения установления показаний к оперативному лечению. Однако, дискуссионным остается вопрос определения тактики лечения при разграничении функциональной и резистентной (кологенной) форм хронического КС.

В связи с этим, при отсутствии аномалий развития в толстой кишке, **мы выделили 3 степени тяжести функциональной формы** (компенсированная – частота стула 3 в неделю; субкомпенсированная - частота стула 2 в неделю; декомпенсированная, с полным нарушением моторно-эвакуаторной функции толстой кишки - частота стула 1 раз и менее в неделю) – рац. предложение №5555 от 17.06. 24 года: критерии определяющие степень функциональных нарушений при хроническом КС. При диагностировании компенсированной и субкомпенсированной формы ХКС, комплексную консервативную терапию (дезинтоксикационную терапию, химическую и электрическую стимуляцию кишечника, препараты, нормализующие (регулирующие) функцию кишечника без раздражения его стенки, предотвращающие сгущение содержимого и облегчающие его пассаж, препараты, нормализующие микрофлору кишечника (пробиотики и пребиотики), пищеварительные ферменты, лечебные микроклизмы, специальная диета, активный образ жизни. При нормализации моторно-эвакуаторной функции кишки или заметном ее улучшении необходимо продолжать лечение и наблюдение в амбулаторных условиях.

При декомпенсированной форме – ставились показания к оперативному лечению. Считаем, что опе-

ративное лечение при декомпенсированной форме толстой кишки необходимо проводить лишь в колопроктологической клинике, после тщательного всестороннего обследования. Показания к операции должны подбираться индивидуально, при безуспешности консервативных мероприятий.

Принципы консервативной терапии хронического КС заключается в ведении учета частоты дефекации, консистенции и формы кала (по Бристольской шкале), приема медикаментозных препаратов и соблюдение немедикаментозных принципов, в т.ч. ведение активного образа жизни, а также соблюдения специальной диеты (см. главу 4).

Для решения вопроса целесообразности и выбора оптимального объема операции, нужно иметь полное понимание о степени нарушения транзита по ободочной кишке, эвакуации из прямой кишки, или о сочетании этих проблем.

При хроническом КС, в целом, разработаны следующие показания к операции: функциональная форма КС, в стадии декомпенсации, кологенная форма на фоне врожденных аномалий строения и фиксации ободочной кишки с отсутствием эффекта от многократных курсов комплексной консервативной терапии; наличие признаков хронической толстокишечной непроходимости с симптомами хронической интоксикации и болевым синдромом; наличие в анамнезе эпизода заворота долихосигмы с продолжающимися запорами; сочетание КС с долихосигмой или доликолон.

После установления показаний к хирургическому лечению, решается выбор объема оперативного лечения, которое до сих пор остается дискуссионным. Выполнение колэктомии с илео-ректальным анастомозом должно основываться на результатах комплексного обследования каждого пациента при подтверждении при декомпенсированных формах хронического КС. Однако, после колэктомии с илео-ректальным анастомозом, у части пациентов могут появляться такие жалобы как: боль в животе, диарея, недержание кала, а также могут сохраняться жалобы на рецидивирующие запоры. Однако, в большинстве случаев применяется **субтотальная колэктомия** с илеоректальным, асцендоректальным или илеосигмоидным анастомозом. Сохранение слепой кишки существенно снижает риск развития поноса и инконтиненции.

Сегментарная резекция ободочной кишки. Сегментарная (парциальная) резекция ободочной кишки при хроническом КС выполняется при установлении точной локализации нарушений. Успехом пользуются сегментарные резекции при сигмоцеле, более того сегментарная резекция у данной категории пациентов — это операция выбора.

При долихосигме и долихо- или мегаколон с заворотами в анамнезе целью оперативного лечения является предупреждение повторного заворота в будущем, потенциально опасного развитием осложнений. Объем операции чаще состоит в резекции избыточно длинного отрезка толстой кишки, а при нарушении функционального состояния проксимальных отделов ободочной кишки и сохранении проявлений КС вне эпизодов заворота возможно расширение объема резекции. Мы пришли к заключению, что выбор объема оперативного вмешательства должен быть сугубо индивидуальным, где следует исходить не из констата-

ции вида аномалии, а из выраженности нарушения моторно-эвакуаторной функции кишки. При предоперационной подготовке также проводилась профилактика тромбозомболических и гнойно-септических осложнений, а также специфичная подготовка толстой кишки (подробное описание дано в подглаве предоперационная подготовка). После проведения соответствующей предоперационной подготовки, во время операции устанавливали объем резекции, где, учитывая функциональные особенности толстой кишки стремились сохранить определенные его участки (особенно поперечно ободочный отдел с интерстициальными клетками Каджала, которые задают внутренний ритм сокращению гладкой мускулатуре кишечной стенки).

При хроническом КС, мы применяли все «классические» способы анастомозирования. По мере накопления практического опыта работы с данным контингентом больных с 2019 года мы оптимизировали хирургическую тактику и тщательным образом проанализировали тактические и технические погрешности при выполнении этапов операций в традиционном исполнении. Оперативные вмешательства проводились открытым доступом, по общепринятой методике. Во всех случаях оперативное вмешательство завершалось дренированием брюшной полости и области малого таза по типу «проточной» системы». Результаты оперативного лечения расценены нами как хорошие при восстановлении у пациентов регулярного самостоятельного стула, хорошем общем самочувствии и полном восстановлении работоспособности. У больных с явным улучшением моторно-эвакуаторной функции кишечника, но с периодически возникающей необходимостью применения слабительных средств при нарушении диеты, снижении физической активности результаты оценивались нами как удовлетворительные. Случаев сохранения стойкого запора, требующего повторной операции, не наблюдали. Подводя итог нашей хирургической тактике можно заключить, что при хроническом КС она должна быть активной в плане диагностики и предоперационной подготовки, и послеоперационного ведения. Индивидуальной, в плане выбора объема резекции и способов формирования колоколоанастомозов. При функциональных формах, в компенсированной стадии, рекомендуется специальная диета богатая клетчаткой, повышенное потребление жидкости, физические упражнения. При определении хирургической тактики, при транзиторных формах КС в стадии суб- и декомпенсации показание к колэктомии при хроническом КС с медленным транзитом является исключительным и рекомендуется только в отдельных случаях, при декомпенсированных формах нарушения транзита по толстой кишке в сочетании с долихо- или мегаколон. Наш опыт показал, что методом выбора является субтотальная колэктомия или же сегментарная резекция при условии точного установления участка поражения. После резекции участка толстой кишки, при формировании колоколоанастомозов приоритетным является разработанный нами модифицированный способ «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в конец». При этом, сохранение адекватного кровоснабжения, соединение концов кишок без натяжения, достаточны диаметр анастомоза и герметичность швов являются основами успеха. При формировании илеколоанастомозов, приме-

няли «традиционные» способы формирования межкишечных анастомозов («бок в бок» или «конец в бок»).

Таким образом, у больных с хроническим КС придерживаясь усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма действий и более широкого применения модифицированного способа «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза по принципу «конец в конец» оптимизировали хирургическую тактику.

Литература:

1. Ачкасов С.И., Алешин Д.В. Осталось ли место хирургии в лечении медленнотранзитных запоров //Колопроктология. –2018. –Т.2, № 64. –С. 7-13.
2. Лазебник Л. Б. Распространенность и факторы риска запоров у взрослого населения Москвы (по данным популяционного исследования «МУЗА»). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 3. – С. 68–73.
3. Нечай И.А. Лечение хронического толстокишечного стаза (запора) 2023. <https://koloproktolog.ru/stati-o-zabolevaniyakh/khronicheskij-tolstokishechnyj-staz-zapor>.
4. Сакулин К.А., Карпунин О.Ю. Лечебно-диагностический алгоритм при резистентных формах коллогенного запора у взрослых //Вестник современной клинической медицины. –2021. –Т. 14, № 3. –С. 38-43.
5. Storr M. Chronic constipation: current management and challenges //Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. - 2011. - Vol. 25. - № Suppl B. - P. 5B-6B.
6. Yang Y.P., Shi J., Zhao Z.Y. et al. Subtotal colectomy with antiperistaltic cecostigmoidal anastomosis may be another suitable option for slow transit constipation: Experiences from Chinese people //Medicine. –2020. –V.99, №7. – P.1-6.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ

Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.

Резюме. Колостаз (КС) или хронический запор (ХЗ) - гетерогенная патология, которая объединяет комплекс обихих и желудочно-кишечных признаков. Наличие множества этиологических факторов колостаз, часто затрудняет выбор оптимальной тактики. В подавляющем большинстве случаев требуется оперативное лечение, которые технически сложны и омрачаются высокой частотой неудовлетворительных результатов - 13-30%. Поэтому, до настоящего времени ведутся оживленные дискуссии по поводу выбора лечебно-диагностического алгоритма, обосновывающего индивидуализированный подход к диагностике, выбору метода лечения, что и явилось предметом настоящего исследования. Авторы, в процессе исследования заключают, что у больных с хроническим КС придерживаясь усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма действий и более широкого применения модифицированного способа «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза по принципу «конец в конец» оптимизировали хирургическую тактику.

Ключевые слова: хронический колостаз, толстая кишка, лечебно-диагностический алгоритм, «погружной» инвагинационный анастомоз.