

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ВИСЦЕРОПТОЗОМ

Усмонов Э., Салахиддинов С.З., Усмонов У.Д., Турсунов Б.К., Исаков К.К.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Колостаз возникающий при деформации ободочных изгибов толстой кишки у больных висцероптозом провоцирует симптомы неотложных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства у больных, поступающих в хирургический стационар в экстренном порядке в связи с подозрением на острый панкреатит, острый холецистит, острую толстокишечную непроходимость. Разработан простой и оригинальный способ хирургического лечения колостаз у больных висцероптозом путем выполнения операций органосохраняющего типа во всех стадиях предшествующих развитию декомпенсированного колостаз. Основные положения и разработки исследования внедрены в практику хирургических отделений клиники АГМИ.

Ключевые слова: колостаз, висцероптоз, ободочная кишка, брюшная полость.

ВИСЦЕРОПТОЗ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОЛОСТАЗ ҲОЛАТИНИНГ КЕЧИШИ, ТАШХИСИ ВА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Усмонов Э., Салахиддинов С.З., Усмонов У.Д., Турсунов Б.К., Исаков К.К.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ўткир панкреатит, ўткир холецистит, актив колик обструкцияси туфайли шошилиш тарзда жарроҳлик шифохонасига келган беморларда қорин бўшлиғининг шошилиш касалликлари ва ретроперитонеал бўшлиқ белгилари визцероптоз беморларда йўғон ичак тугилиши ҳисобига келиб чиқади. Муалифлар томонидан Висцероптоз беморларда колостазнинг жарроҳлик даволашнинг оддий ва оригинал усули декомпенсацияланган колостаз ривожланишидан олдинги барча босқичларда орган функцияларини сақловчи операцияларни бажариш орқали ишлаб чиқилган. Асосий қондалар ва илмий изланишлар АГМИ клиникасининг жарроҳлик бўлимлари амалиётида жорий этилди.

Калит сўзлар: колостаз, висцероптоз, чамбар ичак, қорин бўшлиғи.

FEATURES OF CLINICAL FLOW, DIAGNOSTICS AND TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF COLOSTASIS IN PATIENTS WITH VISCEROPTOSIS

Usmonov E., Salakhiddinov S.Z., Usmonov U.D., Tursunov B.K., Isakov K.K.

Andizhan State Medical Institute.

✓ Resume,

Colostasis arising from the deformation of the colon bending colon in patients with visceroptosis provokes symptoms of urgent diseases of the abdominal cavity and retroperitoneal space in patients entering the surgical hospital on an emergency basis due to suspected acute pancreatitis, acute cholecystitis, acute colic obstruction. A simple and original method of surgical treatment of colostasis in patients with visceroptosis has been developed by performing organ-preserving operations at all stages preceding the development of decompensated colostasis. The main provisions and research development introduced in the practice of surgical departments clinic ASMI.

Key words: colostasis, visceroptosis, colon, abdominal cavity.

Актуальность

Одним из частых и тяжелых осложнений со стороны толстой кишки возникающих при висцероптозе является колостаз, представленный в начальных стадиях абдоминальными болями, вздутием живота, с последующим возникновением запоров различной степени выраженности [3,7].

Одной из главных причин поздней обращаемости к хирургам при декомпенсированном колостазе, во первых является проводимое безрезультатно консервативное лечение, отрицание неизбежности прогрессирования имеющихся нарушений со стороны клиницистов. Во вторых ошибочное признание могущества широко разрекламированных слабительных средств [1,4,6].

При этом среди хирургов существует единомышленное мнение о том, что длительное консервативное лечение колостазов и доведение его до стадии декомпенсации является ошибочным и неоправданным [2,3,5].

В тоже время оперативные вмешательства, проведенные по поводу декомпенсированного колостаз, часто не приводят к ожидаемым результатам, в связи с наличием высокого процента рецидива заболевания, достигающего порой более 17% [2,3,5].

В этой связи особенно актуальным становится вопрос о необходимости своевременного хирургического лечения колостаз при висцероптозе до стадии развития декомпенсированного колостаз.

Это обстоятельство диктует необходимость полноценной патогенетической и прогностической оцен-

ки имеющих транзитных нарушений толстой кишки при висцероптозе. Многие вопросы, касающиеся диагностики и хирургического лечения данной категории больных находят широкое освещение в медицинской литературе в рубрике колостазов.

С самого начала возникает необходимость в получении объективной количественной оценки состояния деформированных ободочных изгибов толстой кишки в ранних стадиях возникновения колостазов, поскольку качественная рентгеноценка ирригограмм, и контрастных рентгенограмм не позволяют провести адекватную функциональную, тем более прогностическую оценку.

В этой связи возникает необходимость разработки более простого общедоступного способа, не требующего получения остаточного рельефа толстой кишки после её опорожнения, и одновременно представляющего возможность получения как диагностической, так и прогностической оценки тонического состояния толстой кишки в условиях выполнения только тугого контрастного заполнения органа.

Весьма актуальным так же остается вопрос о разработке активной хирургической тактики при колостазе у больных с висцероптозом, особенно в начальных стадиях заболевания представленных в виде выраженного болевого симптома, сопровождающегося вздутием живота в стадиях компенсированного и субкомпенсированного колостазов.

Особо актуальным представляется вопрос о необходимости широкого использования при колостазе органосохраняющих, миниинвазивных операций на толстой кишке при ранних стадиях развития колостазов [5]. Впервые эндохирургический способ лечения колостазов при синдроме Пайра был применен в клинике профессора Тимербулатова В.М. в 1997 году, и сводился он к лапароскопическому низведению левого изгиба ободочной кишки с последующей её фиксацией его к брюшной стенке, и к 2003 году выполнено 22 оперативных пособия с хорошими результатами.

Ряд авторов [1,2,6,7], указывают на успешное применение лапароскопической методики в лечении детей с хроническим толстокишечным стазом развившимся при долихоосигме которым была проведена коагуляция тканей по тениям и брыжеечному краю прямой и сигмовидной кишки с одновременной сигмопликацией и сигмопексией на физиологическом месте.

Так или иначе главным аргументом необходимости проведения оперативного лечения с соблюдением органосберегающего принципа в начальных стадиях возникновения колостазов, является наличие анатомических изменений представленных патологической подвижностью толстой кишки, долихоколон, мега-долихоколон при висцероптозе, что исключает всякую перспективу применения консервативного медикаментозного лечения в связи с существованием неустраняемой деформации двух основных ободочных изгибов органа.

Вышеизложенное во многом определило цель и её центральное направление проведенных исследований.

Цель. Целью исследования явилось: Улучшение методов диагностики и хирургического лечения колостазов у больных с висцероптозом.

Материал и методы

Работа базируется на всестороннем анализе историй болезни у 123 больных с клиническим установленным диагнозом висцероптоз осложненный толстокишечным стазом, находившихся в отделении хирургии клиники АГМИ за период с 2015-2019 годы.

Результат и обсуждения

Женщин было 92 (81,2%), мужчин 31 (18,8%). При этом средний возраст женщин составил $51,3 \pm 1,4\%$ лет, мужчин - $45,5 \pm 2,9\%$ лет.

В прошлом 55 больных с установленным диагнозом висцероптоз перенесли 88 различных операций на органах брюшной полости, при этом аппендэктомий - 29 (52,7%), холецистэктомий у 15 (27,3%) больных. Наше внимание с самого начала было обращено на наличие высокого удельного веса перенесенных аппендэктомий и холецистэктомий, это означало, что каждый второй перенес в анамнезе аппендэктомию, и каждому четвертому выполнялась холецистэктомия.

По характеру поступления в хирургический стационар распределение пациентов было следующим: по неотложным показаниям 84 (68%), в плановом порядке 39 (32%) - больных. Поводом для экстренной госпитализации явилось у 35 (28%) больных острый панкреатит; 23 (19%) острый холецистит; у 26 (21%) больных острая кишечная непроходимость. В плановом порядке госпитализировано 39 больных, поводом для госпитализации у 26 (21%) был диагноз синдром раздраженной толстой кишки, и у 13 (11%) спаячная болезнь брюшины.

В связи с тем, что большинство больных поступали в экстренном порядке, диагностический процесс с самого начала был ориентирован на подтверждение или исключение, направительных диагнозов и диагнозов установленных в приемном отделении, путем использования общепринятых клинических, рентгенологических методов исследования.

Абдоминальные боли локализовались в основном в верхнем этаже брюшной полости из них в правом подреберье у 31 (25%) больного, в левом подреберье у 55 (45%), и боли без четкой локализации были отмечены у 37 (30%) пациентов. Жалобы на частое вздутие живота с задержкой газов на фоне болевого приступа отмечено у 96 (78%) обследуемых. На наличие запоров предъявляли жалобы 105 больных, в том числе на запоры до 5 суток 90 (85%), свыше 5 дней были отмечены у 15 пациентов (9%). Устранение запоров путем применения слабительных средств достигалось у 70 (57%), и 35 (28%) больных регулярно пользовались очистительными клизмами. При проведении анализа давности заболевания получены следующие данные до 3 лет у 16 (13%), до 5 лет у 32 (26%), более 5 лет у 75 (61%) больных.

Методы исследования. На этапе установки клинического диагноза при всестороннем изучении жалоб, и с применением общеклинических и специальных методов исследования (рентгеноскопия желудка, пассаж контрастной массы по кишечнику, ирригоскопия, у части больных проведение контрастной одномоментной гастроколографии) позволили установить наличие различных стадий колостазов у больных висцероптозом. Рентгеноскопия желудка проведена по общепринятой методике у 123 больных. При этом гаст-

роптоз III степени был выявлен у 19 (15,4%) который одновременно сочетался с правосторонним колоноптозом.

У части 10 (8,2%) больных была проведена одномоментная контрастная гастроколография, которая дала возможность определить анатомическое взаимоотношение между желудком и толстой кишкой.

Проводилась качественная рентгеноценка состояния толстой кишки по контрастным рентгенограммам, при этом оценивались различные анатомические положения толстой кишки, учитывалась длина и ширина различных сегментов толстой кишки, состояние гаустрального рисунка, что давало возможность косвенно судить о состоянии проходимости ободочных изгибов.

О правостороннем колоноптозе судили по локализации правого печеночного изгиба толстой кишки ниже уровня 10 реберного хряща, а левосторонний колоноптоз воспринимался, когда селезеночный изгиб находился ниже 8 го реберного хряща. При этом колебания нижнего уровня ободочных изгибов в пределах высоты одного позвонка считалось вариантом анатомической нормы.

Деформация правого изгиба в виде "двухстволки" отмечена у 11(9%) больных, "двухстволка" в селезеночном изгибе у 58 (47%), деформация обоих изгибов ободочной кишки выявлена у 94 (44%), у 72 (58,5%) имела место недостаточность илеоцекального клапана.

Вместе с тем наш анализ результатов применения контрастной клизмы показал, что выполнение всех трех элементов проведения данной диагностической процедуры (тугое заполнение, изучение остаточного рельефа слизистой после опорожнения, с последующим раздуванием) у больных с колостазом является трудно выполнимой задачей в связи с замедленным и поздним опорожнением кишки от бариевой взвеси, особенно у больных, которые прибегают к приему слабительных препаратов, и пользующихся очистительными клизмами. Несмотря на это качественная рентгенооценка контрастных рентгенограмм толстой кишки позволила нам установить у всех больных участие толстой кишки при висцероптозе.

При этом мы исходили из того, что степень расширения толстой кишки, получаемая в процессе тугого заполнения ее контрастной массой, зависит главным образом от исходного состояния тонуса различных ее отделов. По этой причине гипотония или гипертония возникшая на каком либо участке препятствия по ходу толстой кишки приводит к нарушению существующей в норме пропорции между поперечниками различных ее отделов. При вычислении индекса соответствия поперечников мы также исходили из общеизвестного положения, о существовании обратной зависимости между тонусом и растяжимостью кишечной стенки. Индекс соответствия поперечников толстой кишки вычисляли путем деления поперечников проксимального сегмента на поперечник дистально расположенного отдела толстой кишки, полученная цифра умножалась на 100 и выражалась в процентах.

При оценки результатов определения индексов соответствия поперечников толстой кишки мы исходили из того что при наличии нарушений проходимости в печеночном изгибе ободочной кишки, было логичным ожидать увеличение цекотрансверзального индекса в связи наступившей гипотонией и дила-

цией правого фланга. При снижении цекотрансверзального индекса- гипотония поперечной ободочной кишки.

В случае нарушения проходимости в селезеночном изгибе ободочной кишки предполагалось увеличение трансверзосигмоидального индекса по причине возникшей атонии или гипотонии поперечной ободочной кишки, а при снижении трансверзосигмоидального индекса следовало ожидать гипотонию левого фланга толстой кишки.

При увеличении цекосигмоидального индекса предполагалось нарушение проходимости в обоих изгибах ободочной кишки, а в случае снижения цекосигмоидального индекса ожидаемый результат мог бы оцениваться как развившаяся гипотония левого фланга толстой кишки.

Исходя из центральной задачи исследования, нами для оценки нарушений проходимости изгибов ободочной кишки был применен особый методологический подход, исключающий из числа тех больных с висцероптозом у которых был диагностирован левосторонний долихоколон, и связанные с ним на этом фоне аноректальные нарушения которые могли бы исказить результаты получаемых данных.

Контрольная группа составила 13 пациентов, волонтеров, не предъявляющих, каких либо жалоб на дисфункцию толстой кишки с наличием нормальных физиологических отправлений кишечника. Цекотрансверзальный индекс контрольной группы составил $128,3 \pm 3,1\%$, трансверзосигмоидальный индекс $142,7 \pm 3,9\%$, цекосигмоидальный индекс $182,4 \pm 4,8\%$.

В результате проведенных исследований установлены различные анатомические варианты клинического течения висцероптоза, которые выявлены у всех больных. Косвенные рентгенологические признаки нарушения проходимости ободочных изгибов.

Анализ полученных рентгенологических данных в таблице 1 показал одновременное участие желудка и поперечной ободочной кишки при колостазе, гастроптоз III степени с трансверзоптозом у 19 (15,5%), Во всех остальных случаях наблюдался гастроптоз I-II степени, деформация правого изгиба у 14 (11,4%), деформация левого ободочного изгиба у 68 (55,3%), трансверзоптоз и деформация обоих изгибов ободочной кишки у 22 (17,8%).

Выводы

1. Отличительной особенностью колостаз у больных висцероптозом является выраженные абдоминальные боли провоцирующие экстренную патологию органов брюшной полости у 68% больных.
2. Нарушение проходимости в ободочных изгибах является неизбежным и носит характер главного патогенетического звена колостаз у больных, независимо от анатомического варианта висцероптоза.
3. Показанием к оперативному лечению при деформации правого изгиба ободочной кишки является наличие выраженного колющего болевого симптома, возникающего вне связи с патологией желчевыводящих путей в правом подреберье, выраженная гипотония правого фланга толстой кишки при выраженном увеличении цекотрансверзального индекса в пределах $141,6 \pm 1,8\%$ против нормы $128,3 \pm 3,1\%$
4. Показанием к оперативной коррекции при деформации левого изгиба ободочной кишки является

наличие постоянных колющих болей в левом подреберье, вздутие живота, выраженная гипотония поперечной ободочной кишки, увеличение трансверзосигмоидального индекса в пределах $172,6 \pm 1,0\%$, по сравнению с контролем $142,7 \pm 3,9\%$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Латыпов Р.З. Висцероптоз, проблемы хирургического лечения. /А.Р. Титов, А.В. Чабин //Медицинский вестник Башкортостана. - Уфа ноябрь-декабрь 2007. - С. 58-60.
2. Латыпов Р.З. Значение количественной рентгенооценки тонуса толстой кишки у больных с флексуральными синдромами и выработка хирургической тактики. В.В. Плечев, А.Р. Титов, А.В. Чабин, Н.К. Сунагатуллин //Пермский медицинский журнал Пермь, - Том. 25,3 - 2008. - С. 71-74.
3. Латыпов Р.З. Диагностика и хирургическое лечение хронических дисфункций толстой кишки у больных с висцероптозом, В.В. Плечев, А.В. Чабин, Н.К. Сунагатуллин //Медицинский вестник Башкортостана. - Уфа, ноябрь-декабрь 2009. - С. 48-55.
4. Чабин А.В. Нарушение флексуральной проходимости толстой кишки у больных с висцероптозом/, Р.Ю. Сайтаев, Э.Ф. Гайнетдинов //Вопросы теоретической и практической медицины //Материалы 74-й итоговой Республиканская научная конференция студентов и молодых ученых. - Уфа, - 2009. - С. 225-227.
5. Чабин А.В. Хирургические аспекты проблемы рефлюкс энтерита /Э.Ф. Гайнетдинов //Вопросы теоретической и практической медицины //Материалы 75-й итоговой Республиканская научная конференция студентов и молодых ученых. - Уфа, - 2010. - С. 105-106.
6. Латыпов Р.З. Хирургическая тактика при висцероптозе, В.В. Плечев, А.В. Чабин // Медицинский вестник Башкортостана. - Уфа Том 5, № 6 ноябрь-декабрь 2010 - С. 25-30.
7. Латыпов Р.З. Показания к выполнению органосохраняющих операций на толстой кишке при висцероптозе /В.В. Плечев, А.В. Чабин //Медицинский вестник Башкортостана. - Уфа, - 2012. - С. 65-69.

Поступила 05.03. 2019