

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОГЕННЫМ СТАЗОМ

Гулов М.К., Нурзода З.М., Рузбойзода К.Р.*

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_2_74

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан

Резюме. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с хроническим кологенным стазом путём применения дифференцированного подхода к лечению.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 194 пациентов с различными стадиями хронического кологенного стаза (ХКС). Пациенты в зависимости от стадии заболевания были распределены на 3 группы. В группу стадии компенсации вошли 21 (10,8%) пациент, в стадии субкомпенсации — 119 (61,4%) пациентов и в декомпенсированной стадии — 54 (27,8%) пациента. В 19 случаях (9,8%) ХКС сопровождался различной патологией, которая приводила к его развитию и сочеталась с недостаточностью баугиниевой заслонки.

Результаты. Было установлено, что комплексное консервативное лечение оказалось эффективным в 25 случаях (12,9%): в 21 случае (100%) при компенсированной стадии и в 4 случаях (3,4%) при субкомпенсированной стадии запора, возникшего на фоне долихосигмы. В то же время, у 169 пациентов (87,1%) с ХКС в стадии суб- и декомпенсации отмечались выраженные анатомо-физиологические и морфологические изменения в ободочной кишке, консервативное лечение в течение не менее 6 мес. оказалось неэффективным. В этих случаях, учитывая давность запора и другие факторы, были проведены оперативные вмешательства различного объема и характера.

В отдаленном периоде после консервативного лечения хорошие результаты были достигнуты в 11 случаях (73,3%), удовлетворительные результаты наблюдались в 4 случаях (26,7%), при этом неудовлетворительных результатов не было. В свою очередь, после хирургического вмешательства хорошие результаты были зафиксированы в 92 случаях (76,0%), удовлетворительные — в 18 случаях (14,9%), однако в 11 случаях (9,1%) наблюдались неудовлетворительные результаты, среди которых развился рецидив колостаз.

Заключение. Таким образом, выбор метода лечения больных ХКС, будь то консервативный или хирургический подход, определяется строго индивидуально. Он зависит от причины заболевания, его стадии и длительности запора, степени выраженности анатомо-физиологических и морфологических изменений в ободочной кишке, а также от наличия осложнений, вызванных запором.

Ключевые слова: хронический кологенный стаз, стадии и причины запора, консервативное лечение, резекция сигмовидной кишки, гемиколэктомия, суб- и тотальная колэктомия.

Введение

Хронический кологенный стаз (ХКС) остается важной проблемой в области колопроктологии. Согласно исследованиям, хроническим толстокишечным стазом страдают от 37 до 48% взрослого населения, причем наиболее часто это состояние встречается среди лиц трудоспособного возраста, особенно среди женщин в возрасте 30–50 лет [1; 2]. ХКС характеризуется продолжительной задержкой кишечного содержимого в определенном сегменте или по всей длине толстой кишки из-за нарушений моторно-эвакуаторной функции [3; 4]. Среди многочисленных причин ХКС особое внимание уделяется аномалиям развития, фиксации и положения ободочной кишки, а также энтероптозу [5].

DIFFERENTIATED APPROACH TO TREATMENT CHRONIC COLOGENIC STAZ

Gulov M.K., Nurzoda Z.M., Ruziboyzoda K.R.*

Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Abstract. Aim. Improving the results of treatment of patients with chronic cologenic stasis by applying a differentiated approach to treatment.

Materials and methods. The study analyzed the results of complex treatment of 194 patients with various stages of chronic cologenic stasis (CCS). Patients with CCS were divided into 3 groups depending on the stage of the disease. The CCS group included 21 (10.8%) patients in the compensated stage, 119 (61.4%) patients in the subcompensation stage, and 54 (27.8%) patients in the decompensated stage of CCS. In 19 cases (9.8%), CCS was accompanied by various pathologies that led to its development and were combined with insufficiency of the bauginium valve.

Results. The study found that complex conservative treatment was effective in 25 cases (12.9%): in 21 cases (100%) with a compensated stage and in 4 cases (3.4%) with a subcompensated stage of constipation that arose against the background of dolichosigma. At the same time, 169 patients (87.1%) with CCS in the sub- and decompensation stage had pronounced anatomical, physiological and morphological changes in the colon; conservative treatment for at least 6 months was ineffective. In these cases, taking into account the duration of constipation and other factors, surgical interventions of varying scope and nature were performed.

In the long-term period after conservative treatment, good results were achieved in 11 cases (73.3%), satisfactory results were observed in 4 cases (26.7%), and there were no unsatisfactory results. In turn, after surgical intervention, good results were recorded in 92 cases (76.0%), satisfactory — in 18 cases (14.9%), however, in 11 cases (9.1%) unsatisfactory results were observed, among which developed recurrence of colostasis.

Conclusion. Thus, the choice of treatment method in patients with chronic coronary syndrome, whether a conservative or surgical approach, is determined strictly individually. It depends on the cause of the disease, its stage and duration of constipation, the severity of anatomical, physiological and morphological changes in the colon, as well as the presence of complications caused by constipation.

Keywords: chronic cologenic stasis, stages and causes of constipation, conservative treatment, resection of the sigmoid colon, hemicolectomy, sub- and total colectomy.

Лечебная тактика при ХКС продолжает вызывать дискуссии среди специалистов. В клинической практике выделяют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии ХКС [6; 7]. Несмотря на тяжесть декомпенсированной стадии заболевания, предпочтение у большинства пациентов с ХКС отдается консервативным методам лечения [8; 9]. Показания к хирургическому вмешательству при ХКС ограничены и предполагают минимально необходимую резекцию толстой кишки, что, в свою очередь, может способствовать рецидиву заболевания [9]. В то время как одни исследователи выступают за консервативные методы лечения, другие предлагают более радикальный подход, рекомендуя резекцию левой половины ободочной

* e-mail: dr.hero85@mail.ru

Табл. 1. Этиологические факторы ХКС в зависимости от стадии запора, абс (%)

Этиологии запора	Стадия запора			
	Компенсация (n = 21)	Субкомпенсация (n = 119)	Декомпенсация (n = 54)	Всего (n = 194)
Долихосигма	16 (76,1%)	79 (66,4%)	32 (59,3%)	127 (65,4%)
Мегадолихосигма	1 (4,8%)	6 (5,0%)	5 (9,3%)	12 (6,2%)
Долихоколон	2 (9,5%)	15 (12,6%)	4 (7,4%)	21 (10,8%)
Мегадолихоколон	1 (4,8%)	5 (4,2%)	4 (7,4%)	10 (5,2%)
Долихосигма сочетанием с трансверзоптозом	–	8 (6,7%)	6 (11,1%)	14 (7,2%)
Долихосигма сочетанием с синдромом Пайра	1 (4,8%)	4 (3,4%)	3 (5,5%)	8 (4,1%)
Синдром Пайра	–	2 (1,7%)	–	2 (1,1%)
p	df = 12, $\chi^2 = 7,967$, p = 0,788			

Примечание: p — статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

кишки для лечения ХКС [10; 11]. Существует мнение, что для достижения функционального результата в лечении запоров оптимальным является проведение субтотальной или тотальной колэктомии, независимо от типа аномалии. Тем не менее, результаты хирургического лечения при аномалиях развития, фиксации и положения ободочной кишки часто оказываются неудовлетворительными [12].

Таким образом, проблема ХКС остается актуальной, и ее решение возможно путем разработки адекватной дифференцированной тактики лечения. Это включает в себя и хирургическое вмешательство, применяемое с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного случая.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных ХКС путём применения дифференцированного подхода к лечению.

Материал и методы

Проанализированы результаты комплексного лечения 194 пациентов (100%) с различными стадиями ХКС. Пациенты в зависимости от стадии заболевания были распределены на 3 группы. В группу ХКС в стадии компенсации вошли 21 (10,8%) пациент, в стадии субкомпенсации — 119 (61,4%) пациентов и в декомпенсированной стадии ХКС — 54 (27,8%) пациента. Возраст пациентов с ХКС варьировался от 18 до 80 лет. Среди них мужчин было 91 (46,9%), женщин — 103 (53,1%).

Этиологические факторы, приводящие к развитию ХКС у наблюдаемых больных, приведены в таблице 1.

Анализ причин развития ХКС показал, что в 127 (65,5%) случаях основным этиологическим фактором являлась долихосигма (в 21 случае — в группе ХКС в стадии компенсации, в 79 случаях — в группе ХКС в стадии субкомпенсации, а в 32 случаях — в стадии декомпенсации). Мегадолихосигма стала причиной ХКС в 12 случаях (6,2%), с распределением по стадиям: компенсаторная стадия — 1 случай (4,8%), субкомпенсаторная — 6 случаев (5,0%) и декомпенсаторная стадия — 5 случаев (9,3%). Долихоколон был диагностирован в 21 наблюдении (10,8%), а мегадолихоколон — в 10 случаях (5,2%). В 14 наблюдениях (7,2%)

Табл. 2. Частота сочетания НБЗ с ХКС при различных стадиях запора, абс (%)

Этиология запора	Стадия запора		
	Субкомпенсация (n = 11)	Декомпенсация (n = 8)	Всего (n = 19)
Долихосигма	6 (54,5%)	4 (50,0%)	10 (52,6%)
Долихоколон	1 (9,1%)	1 (12,5%)	2 (10,5%)
Мегадолихосигма	2 (18,2%)	1 (12,5%)	3 (15,8%)
Мегадолихоколон	–	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Долихосигма в сочетании с трансверзоптозом	1 (9,1%)	1 (12,5%)	2 (10,5%)
Долихосигма в сочетании с синдромом Пайра	1 (9,1%)	–	1 (5,3%)
p	df = 5, $\chi^2 = 2,317$, p = 0,804		

Примечание: p — статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

этиологией ХКС явилось сочетание долихосигмы с трансверзоптозом.

Кроме того, в 8 (4,1%) случаях этиологией ХКС на разных стадиях было сочетание долихосигмы с синдромом Пайра, тогда как сам синдром Пайра был выявлен как причина ХКС только в 2 наблюдениях (1,1%).

В 19 случаях (9,8%) наблюдений ХКС ассоциировался с недостаточностью баугиниевой заслонки (НБЗ). Из них в 52,6% (n = 10) случаев недостаточность баугиниевой заслонки сочеталась с долихосигмой (Табл. 2).

Стоит подчеркнуть, что пациенты с ХКС часто проходили лечение у гастроэнтеролога и колопроктолога на протяжении нескольких лет. Важно осознавать, что выбор между консервативным и хирургическим методами лечения зависит не только от этиологических факторов. Значительное влияние на этот выбор оказывают степень выраженности патоморфологических изменений в слизистой оболочке и общее состояние всех стенок толстой кишки, что, в свою очередь, напрямую связано с давностью запора у пациентов с ХКС. Для исключения или подтверждения неврологических или психогенных причин хронического запора рекомендуется консультация невропатолога или психотерапевта.

В таблице 3 приведен характер распределения пациентов с ХКС в зависимости от давности запора.

Табл. 3. Распределение пациентов в зависимости от длительности запора на фоне ХКС и соотношение его с различными стадиями запора (n = 194)

Длительность запора	Стадии запора					
	Компенсация (n = 21)		Субкомпенсация (n = 119)		Декомпенсация (n = 54)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 года	2	9,5	–	–	–	–
От 1 года до 4 лет	6	28,6	4	3,4	2	3,7
От 4 лет до 8 лет	7	33,3	12	10,1	3	5,5
От 8 до 12 лет	3	14,3	24	20,2	6	11,1
От 12 до 16 лет	2	9,5	37	31,1	9	16,7
От 16 до 20 лет	1	4,8	30	25,2	15	27,8
От 20 лет и более	–	–	12	10,1	19	35,2
p	df = 12, $\chi^2 = 75,579$, $p < 0,001$					

Примечание: p — статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

Из анализа следует, что длительность страдания от запора влияет на стадию ХКС. В случаях, когда длительность запора не превышала 1 год, компенсированная стадия наблюдалась лишь в 2 случаях (9,5%). При длительности запора от 1 до 4 лет, большинство случаев приходилось на компенсированную стадию (n = 6), в то время как в субкомпенсированной (n = 4) и декомпенсированной (n = 2) стадиях запора случаи встречались реже. Запоры, длительно-стью от 4 до 8 лет, чаще всего встречались на стадии компенсации (7 случаев, 33,3%), при этом в субкомпенсированной и декомпенсированной стадиях — в 12 (10,1%) и 3 (5,5%) случаях соответственно. Запоры с длительностью от 8 до 12 лет зафиксированы в 33 наблюдениях, распределенных по стадиям как компенсированная (n = 3), субкомпенсированная (n = 24) и декомпенсированная (n = 6). На длительных сроках, превышающих 12 лет, частота встречаемости субкомпенсированной и декомпенсированной стадий запора возрастала по сравнению с компенсированной стадией. При длительности страдания от запора от 12 до 16 лет, компенсированная стадия была зафиксирована лишь в 2 случаях (9,5%), в то время как субкомпенсированная стадия встречалась в 37 наблюдениях (31,1%), а декомпенсированная — в 9 случаях (16,7%). Для запоров, продолжительностью от 16 до 20 лет, компенсированная стадия наблюдалась в 1 случае (4,8%), при этом при длительности более 20 лет компенсированная стадия не встречалась вовсе. В этот же период, субкомпенсированная стадия была замечена в 30 случаях (25,2%), а декомпенсированная — в 15 (27,8%) и 19 (35,2%) случаях для интервалов от 16 до 20 лет и более 20 лет соответственно. Эти данные демонстрируют прямую корреляцию между длительностью запора и частотой встречаемости субкомпенсированных и декомпенсированных стадий у пациентов с ХКС, подтверждая, что с увеличением длительности запора увеличивается вероятность нахождения в более тяжелых стадиях заболевания.

Для диагностики у пациентов с ХКС использовались комплексные клинично-лабораторные и инструменталь-

ные методы исследования. В число этих методов входили эндоскопические исследования, такие как колоноскопия, и рентгенологические методы, в частности ирригография в двух проекциях. Кроме того, применялось УЗИ в виде гидроколоносонографии и мультиспиральная КТ с виртуальной колоноскопией. Во время колоноскопии для оценки степени выраженности патоморфологических изменений в слизистой оболочке толстой кишки проводилась биопсия, материал которой далее использовался для патогистологических исследований, также как и резецированные участки толстой кишки.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Ststistica 10.0 (StatSoft, USA). Показатели приведены в виде абсолютных и процентных значений, при сравнении которых применялся критерий χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

После подтверждения диагноза ХКС, в большинстве случаев лечение начиналось с применения комплексных консервативных методов. Однако следует отметить, что многие пациенты до этого уже проходили различные схемы консервативного лечения как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Курс лечения, схема применения препаратов и другие методы лечения в каждом случае подбирались индивидуально и зависели от стадии запора, наличия осложнений, таких как эндогенная интоксикация, диспепсические явления, нарушения неврологического статуса. В итоге комплексный консервативный подход оказался эффективным в 25 случаях (12,9%) из 194 наблюдений. Комплексное консервативное лечение ХКС охватывало следующие направления:

- Соблюдение специального режима питания, включая увеличенное потребление жидкости до 1,5–2,5 л в сутки и повышение содержания клетчатки в диете до 30–40 г ежедневно;
- Нормализация психоэмоционального состояния пациентов (в сотрудничестве с невропатологом) с применением седативных средств и проведением физиотерапии и акупунктуры;
- Применение слабительных средств, особенно осмотических слабительных, с учетом стадии запора;
- Коррекция водно-электролитного баланса, анемии и синдрома хронической эндогенной интоксикации;
- Восстановление нарушений микробиоценоза толстой кишки с применением про- и пребиотиков.

Частота применения консервативного или хирургического метода лечения при различных стадиях запора у больных с ХКС приведена в таблице 4.

Из общего числа наблюдений, комплексное консервативное лечение показало эффективность в 25 случаях (12,9%): в 21 случае (100%) при компенсированной стадии и в 4 случаях (3,4%) при субкомпенсированной стадии запора, связанного с долихосигмой. В то же время, 169 пациентов (87,1%) с ХКС подверглись хирургическому вмешательству, которые варьировались по объему и методу выполнения.

Табл. 4. Методы лечения ХКС (n = 194)

Метод лечения	Стадии запора			
	Компенсация (n = 21)	Субкомпенсация (n = 119)	Декомпенсация (n = 54)	Всего (n = 194)
Консервативное	21 (100%)	4 (3,7%)	–	25 (12,9%)
Хирургическое	–	115 (96,3%)	54 (100%)	169 (87,1%)
p	df = 2, $\chi^2 = 159,57$, p < 0,001			

Примечание: p — статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

На основе результатов исследования можно утверждать, что основные показания к хирургическому лечению у пациентов с ХКС включают:

- Осложненные формы ХКС, сопровождающиеся некупируемым болевым синдромом и приступами частичной толстокишечной непроходимости;
- Наличие хронической прогрессирующей «аутоинтоксикации» на фоне хронического колостаз;
- Отсутствие эффекта от длительного (не менее 6 месяцев) комплексного и обоснованного консервативного лечения, сопровождающегося прогрессированием констипационного синдрома у пациентов с суб- и декомпенсированной стадиями ХКС;
- Выраженные анатомо-физиологические и морфологические изменения в структуре ободочной кишки;
- Наличие в анамнезе заворота сигмовидной кишки, особенно при его рецидивах.

У 169 пациентов с ХКС (в стадиях суб- и декомпенсации) при выраженных анатомо-физиологических и морфологических изменениях в ободочной кишке, и после неэффективности комплексной обоснованной консервативной терапии в течение не менее 6 мес., а также с учетом давности запора, были проведены различные по объему и характеру хирургические вмешательства после адекватной предоперационной подготовки (Табл. 5).

У пациентов с долихосигмой (всего 107 случаев) левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза была выполнена в 83 случаях (77,6%), включая 51 случай в субкомпенсированной стадии и 32 случая в декомпенсированной стадии. В 6 наблюдениях, с целью коррекции НБЗ, к операции добавлялась баугинопластика. Резекция сигмовидной кишки с наложением десцендоректоанастомоза конец в конец была выполнена в 24 случаях (22,4%) при хроническом кологенном стазе на фоне долихосигмы в субкомпенсированной стадии, причем в 4 из этих случаев также проводилась баугинопластика.

Варианты резекции толстой кишки, включая левостороннюю гемиколэктомию с трансверзоректальным анастомозом, были выполнены в 5 случаях (45,5%) при декомпенсированной стадии запора и в 2 случаях (18,2%) при субкомпенсированной стадии. Резекция сигмовидной кишки с созданием десцендоректоанастомоза конец в конец была проведена у 4 пациентов в субкомпенсированной стадии запора на фоне мегадолихосигмы из общего числа 11 наблюдений. При этом в 3 случаях дополнительно выполнялась баугинопластика.

Объем резекции ободочной кишки у пациентов с долихоколом (всего 19 случаев) был определен на основе протяженности и локализации удлинения кишечника. При левостороннем долихоколоне в 13 наблюдениях (68,4%) была выполнена расширенная левосторонняя гемиколэктомия с асцендоректальным анастомозом, из которых 11 случаев приходились на субкомпенсированную стадию запора и 2 случая на декомпенсированную стадию. В случаях субтотального долихоколона на стадии субкомпенсации запора была проведена субтотальная колэктомия с формированием илеосигмоанастомоза (4 случая), а при наличии тотального долихоколона (2 случая) осуществлялась тотальная колэктомия с созданием инвагинационного арэфлюксного илеоректоанастомоза. В этих случаях также была устранена НБЗ.

Табл. 5. Характер оперативных вмешательств у больных ХКС в зависимости от причины и стадии запора (n = 169)

Характер операций	Этиологии и стадии ХКС													
	Долихосигма (n = 107)		Мегадолихосигма (n = 11)		Долихоколон (n = 19)		Мегадолихоколон (n = 9)		Долихосигма + трансверзоптоз (n = 14)		Долихосигма + синдром Пайра (n = 7)		Синдром Пайра (n = 2)	
	С	Д	С	Д	С	Д	С	Д	С	Д	С	Д	С	Д
Левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом (БП = 10)	51 (2*)	32 (4*)	2	5 (2*)	–	–	–	–	–	–	4	3 (2*)	–	–
Субтотальная колэктомия с илеосигмоанастомозом	–	–	–	–	4	–	3	1	–	–	–	–	–	–
Расширенная гемиколэктомия слева с наложением асцендоректоанастомоз (БП = 2)	–	–	–	–	11	2	2	–	8	6 (2*)	–	–	–	–
Резекции сигмовидной кишки с наложением десцендоректоанастомоз конец в конец (БП = 5)	24 (4*)	–	4 (1*)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тотальная колэктомия с формированием илеоректоанастомоза	–	–	–	–	–	2	–	3	–	–	–	–	–	–
Низведение селезеночного изгиба ободочной кишки	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–
Всего	75	32	1	5	15	4	5	1	8	6	4	3	2	–

Примечание: С — субкомпенсация; Д — декомпенсация; БП — баугинопластика; * — количество операции, которые сочетался с баугинопластикой.

У пациентов с субкомпенсированной стадией запора на фоне левостороннего мегадолихоколона расширенная левосторонняя гемиколэктомия с асцендо-ректальным анастомозом была выполнена в 2 случаях (22,2%) из общего числа 9 пациентов с мегадолихоколоном. При субтотальном мегадолихоколоне проведена субтотальная колэктомия с формированием илеосигмоанастомоза у пациентов на субкомпенсированной (3 случая) и декомпенсированной (1 случай) стадиях запора. Тотальная колэктомия с созданием инвагинационного арэфлюксного илеоректоанастомоза была выполнена у пациентов с мегадолихоколоном и декомпенсированной стадией запора (3 случая), при этом в одном из случаев дополнительно устранили НБЗ с проведением баугинопластикой.

Когда аномалия развития толстой кишки сочеталась с синдромом Пайра, проводилась левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом в 7 случаях. В ситуациях, когда к этому сочетанию добавлялась НБЗ (в 2 из этих случаев), также выполнялась баугинопластика.

При наличии синдрома Пайра низведение селезеночного изгиба ободочной кишки было произведено в 2 наблюдениях (1,2%), и в одном из этих случаев дополнительно была проведена баугинопластика.

После проведения различных по объёму и способу резекционных вмешательств у пациентов с ХКС в раннем послеоперационном периоде развились различные по характеру ранние послеоперационные осложнения (Табл. 6).

В раннем послеоперационном периоде осложнения включали нагноение послеоперационной раны в 7 случаях (4,1%), которые успешно поддались местному консервативному лечению. Несостоятельность швов сформированных межкишечных анастомозов произошла у 5 пациентов (2,9%), представляя собой одно из наиболее серьезных ранних послеоперационных осложнений. В этих случаях была проведена релапаротомия: при частичной несостоятельности швов в одном случае дополнительно были наложены узловы швы, в то время как в 4 случаях на фоне разлитого перитонита потребовалось формирование колостомы. Острая спаечная кишечная непроходимость развилась в 4 случаях (2,3%), из которых в одном случае была успешно устранена на фоне проведения комплексной консервативной терапии, а в остальных трех наблюдениях потребовалась релапаротомия с адгезиолизисом, при этом в двух из этих случаев было необходимо формирование колостомы. Выделение крови из страховочного дренажа, вызванное внутрибрюшным кровотечением, было зарегистрировано в 1 случае (0,6%), где потребовалась релапаротомия и ушивание кровоточащего сосуда в брыжейке толстого кишечника. Развитие послеоперационного абсцесса брюшной полости наблюдалось в 2 случаях, где в одном из них была проведена релапаротомия с вскрытием и дренированием межкишечных абсцессов,

Табл. 6. Характер ранних послеоперационных осложнений у пациентов с ХКС согласно классификации Clavien-Dindo (n = 169)

Характер осложнений	Степень тяжести	Кол-во	%
Нагноение послеоперационной раны	II	7	4,1
Несостоятельность линия швов сформированных межкишечных анастомозов	III	5	2,9
Острая ранняя спаечная кишечная непроходимость		4	2,3
Внутрибрюшное кровотечение		1	0,6
Абсцесс брюшной полости		2	1,2
Всего		19	11,2

Табл. 7. Характер поздних послеоперационных осложнений (n = 121)

Характер осложнений	Кол-во	%
Поздняя спаечная кишечная непроходимость	3	2,5
Послеоперационная вентральная грыжа	5	4,1
Всего	8	6,6

а в другом — миниинвазивное вмешательство под ультразвуковым контролем для вскрытия и дренирования абсцесса в левой подвздошной области. В двух случаях (1,2%) послеоперационный период осложнился нарастанием и прогрессированием выраженной интоксикации и полиорганной недостаточности, что привело к летальному исходу.

Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с ХКС были изучены и проанализированы в период от 6 мес. до 5 лет и более у 121 пациента из 169 (71,6%) (Табл. 7).

В позднем отдаленном послеоперационном периоде в общей сложности развились осложнения в 8 случаях (6,6%). Среди них развитие поздней спаечной кишечной непроходимости было зафиксировано в 3 случаях (2,5%), из которых в 2 случаях (1,7%) удалось устранить илеус путем комплексного консервативного лечения, а в 1 случае (0,8%) потребовалось выполнение лапаротомии и адгезиолизиса. У 5 пациентов (4,1%) с послеоперационными вентральными грыжами, в плановом порядке были проведены грыжесечение и герниопластика.

В отдаленном периоде особое внимание уделяется анализу наличия или отсутствия клинической симптоматики ХКС у пациентов после как консервативного, так и хирургического лечения. Из всего числа пациентов (194, 100%) удалось изучить и проанализировать результаты у 136 человек после применения консервативных (15 пациентов) и хирургических (121 пациент) методов лечения (Табл. 8). Оценка наличие или отсутствие клинической симптоматики ХКС основывалась на анализе данных о частоте дефекаций, характере стула, динамике этих параметров, а также о необходимости дополнительного медикаментозного лечения.

Табл. 8. Оценка функционального состояния кишечника у больных ХКС в отдаленном периоде после консервативного и хирургического лечения

Оценка колостаз	Методы лечения				p
	Консервативное (n = 15)		Хирургическое (n = 121)		
	абс.	%	абс.	%	
Хорошие	11	73,3	92	76,0	Df = 2
Удовлетворительные	4	26,7	18	14,9	$\chi^2 = 2,523$
Неудовлетворительные	–	–	11	9,1	p = 0,283

Примечание: p — статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

Результаты лечения были оценены как хорошие, удовлетворительные или неудовлетворительные, основываясь на отсутствии или наличии симптомов колостаз, кишечной диспепсии, а также на необходимости и продолжительности применения консервативного лечения.

Как видно из представленной таблицы, после проведения комплексного патогенетически обоснованного консервативного лечения в отдаленном периоде были достигнуты хорошие результаты в 11 случаях (73,3%), удовлетворительные результаты — в 4 случаях (26,7%), и не было зафиксировано ни одного неудовлетворительного результата. В отличие от этого, после хирургического лечения хорошие результаты были получены в 92 случаях (76,0%), где рецидив клинической симптоматики колостаз отсутствовал, и частота стула составляла 1 раз в сутки без необходимости приема слабительных средств. Удовлетворительные результаты были зафиксированы в 18 случаях (14,9%), с запорами длительностью до 2–3 дней и эпизодическими дискомфортом и вздутием живота. В 11 случаях (9,1%) произошел рецидив колостаз, при котором наблюдалась задержка стула до 7 дней и более, с постоянной необходимостью в применении слабительных препаратов, оказавшихся неэффективными.

Тщательный и всесторонний анализ данных демонстрирует, что частота хороших результатов после хирургического лечения была выше у пациентов в субкомпенсированной стадии заболевания, у которых были выполнены операции, такие как расширенная гемиколэктомия (с её применением или без неё) и субтотальная колэктомия. В то же время, неудовлетворительные результаты чаще встречались у пациентов с осложненными формами ХКС в стадии декомпенсации, особенно у тех, кто страдал от запора в течение более чем 12–15 лет. Это связано с наличием выраженных дегенеративно-воспалительных изменений в стенке толстого кишечника и значительными нарушениями микробиоценоза толстой кишки до проведения операции. Также неблагоприятные исходы чаще наблюдались у пациентов, которым была проведена резекция сигмовидной кишки.

Выводы

1. Выбор между консервативным и хирургическим лечением у пациентов с ХКС является строго индивидуальным и зависит от стадии запора, а также от степени выраженности анатомо-физиологических и морфологических изменений в ободочной кишке.
2. Комплексная патогенетически обоснованная консервативная терапия является целесообразной при компенсаторной стадии запора, особенно при наличии сегментарных дегенеративно-воспалительных изменений в стенке толстой кишки, таких как долихосигма, левосторонний или правосторонний долихоколон.
3. Выбор методики резекции и объема удаляемого участка кишечника напрямую зависит от причины запора, его стадии и длительности, а также от наличия осложнений. Порционные резекции, такие как резекция сигмовидной кишки или гемиколэктомия, предпочтительны у пациентов с ХКС на фоне долихосигмы или мегадолихосигмы, а также при левостороннем или правостороннем долихоколоне в субкомпенсированной стадии и при длительности запора не более 10–12 лет.
4. При наличии выраженных анатомо-физиологических и морфологических изменений в более чем половине толстой кишки (суб- или тотальный долихоколон, мегаколон или сочетание нескольких патологий, приводящих к запору), и при длительности патологии более 15–20 лет на стадии декомпенсации с осложненными запорами целесообразно выполнение расширенной гемиколэктомии, суб- или тотальной колэктомии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Анищенко В.В., Ким Д.А. Субтотальная колэктомия у пациентов с хроническим колостазом на фоне долихоколон // Эндоскопическая хирургия. — 2020. — №26(6) — С.12-16. [Anishchenko VV, Kim DA. Subtotal colectomy in patients with chronic colostasis on the background of dolichocolon. Endoscopic surgery. 2020; 26(6): 12-16. (In Russ.)]
2. Гулов М.К., Нурзода З.М., Рузбойзода К.Р., Ализаде С.Г., Сафаров Б.И. Некоторые вопросы классификации и этиопатогенеза хронического толстокишечного стаза // Здравоохранение Таджикистана. — 2023. — №4. — С.117-125. [Gulov MK, Nurzoda ZM, Ruzboyzoda KR, Alizadeh SG, Safarov BI. Some issues of classification and etiopathogenesis of chronic gastrointestinal stasis. Healthcare of Tajikistan. 2023; 4: 117-125. (In Russ.)]
3. Рахманов С.Т., Наврузов Б.С. Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза // Колопроктология. — 2014. — №3(49). — С.96-97. [Rakhmanov ST, Navruzov BS. Results of surgical treatment of chronic colonic stasis. Coloproctology. 2014; 3(49): 96-97. (In Russ.)]
4. Алиев С.А., Алиев Э.С. Современные тенденции в стратегии и тактике хирургического лечения хронического колостаз // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2018. — №177(2). — С.95-99. [Aliiev SA, Aliev ES. Modern trends in the strategy and tactics of surgical treatment of chronic colostasis. Bulletin of Surgery. I.I. Grekov. 2018; 177(2): 95-99. (In Russ.)]

5. Dudekula A, Huffless S, Bielefeldt K. Colectomy for constipation: time trends and impact based on the US Nationwide Inpatient Sample, 1998–2011. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 42(11-12): 1281-93.
6. Сакулин К.А., Карлукhin О.Ю. Лечебно-диагностический алгоритм при резистентных формах колоректального запора у взрослых // Вестник современной клинической медицины. — 2021. — №14(3). — С. 38-43. [Sakulin KA, Karpukhin OYu. Treatment and diagnostic algorithm for resistant forms of cologne constipation in adults. *Bulletin of modern clinical medicine.* 2021; 14(3): 38-43. (In Russ.)]
7. Костырной А.В., Шевкетова Э.Р. Хронические запоры: вопросы диагностики и хирургического лечения // Казанский медицинский журнал. — 2015. — №96(6). — С.1004-1009. [Aliev SA, Aliev ES. Modern trends in the strategy and tactics of surgical treatment of chronic colostasis. *Bulletin of Surgery. I.I. Grekov.* 2018; 177(2): 95-99. (In Russ.)]
8. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Трухманов А.С. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2017. — №27(3). — С.75-83. [Ivashkin VT, Maev IV, Sheptulin AA, Trukhmanov AS. Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association for the diagnosis and treatment of adult patients with chronic constipation. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2017; 27(3): 75-83. (In Russ.)]
9. Reshef A, Alves-Ferreira P, Zutshi M, Hull T, Gurland B. Colectomy for slow transit constipation: effective for patients with coexistent obstructed defecation. *Int J Colorectal Dis.* 2013; 28(6): 841-847.
10. Мирзахмедов М.М., Холов Х.А., Матбердиев Ы.Б. Современные тактики хирургического лечения хронического колостазы // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. — 2022. — №2(6). — С.340–350. [Mirzakhmedov MM, Kholov HA, Matberdiev YB. Modern tactics of surgical treatment of chronic colostasis. *Eurasian journal of medical and natural sciences.* 2022; 2(6): 340-350. (In Russ.)]
11. Потемин С.Н. Хронический медленно транзиторный колостаз: механизмы развития и возможности хирургического лечения. Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — №6. — С.84-103. [Potemin SN. Chronic slowly transient colonostasis: mechanisms of development and possibilities of surgical treatment. *Scientific review. Medical Sciences.* 2016; 6: 84-103. (In Russ.)]
12. Vergara-Fernandez O, Mejia-Ovalle R, Salgado Nesme N, Rodriguez-Dennen N, et al. Functional outcomes and quality of life in patients treated with laparoscopic total colectomy for colonic inertia. *Surg Today.* 2014; 44(1): 34-38.