УДК 616.348-007.64-089

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОНОПТОЗА
(обзор литературы)

Ботиров А.К., Хусанов С.М., Мамажонова Д.М., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан.

KOLONOPTOZNI XIRURGIK DAVOLASH MUAMMOSINING ZAMONAVIY HOLATI
(adabiyotlar sharhi)

Botirov A.K., Xusanov S.M., Mamajonova D.M., Botirov J.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Andijon.

THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF SURGICAL TREATMENT OF COLONOPTOSIS
(literature review)

Botirov A.K., Xusanov S.M., Mamajonova D.M., Botirov J.A.
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan, Andijan.

Аннотация. *Несмотря на значительные успехи, достигнутые в хирургии толстого кишечника вопросы выбора способа, объема, а также формирования межкишечного соустья требуют проведения дальнейших исследований. Авторы заключают, что колоноптоз в сочетании с хроническим колостазом сопровождаются высокой частотой рецидивов, которая достигает 27,3 - 45,9%. Поэтому продолжается поиск оптимальных подходов, которые могли бы способствовать оптимизации хирургической тактики, ибо они направлены на улучшение результатов лечения, что послужило основанием для проведения исследования.*

Ключевые слова. *Колоноптоз, хронический колостаз, резекция толстой ободочной кишки.*

Annotatsiya. *Mualliflarning ta'kidlashicha, yo'g'on ichak jarrohligida erishilgan sezilarli yutuqlarga qaramay, ichak anastomozining usuli, hajmi va shakllanishini tanlash masalalari keyingi tadqiqotlarni talab qiladi. Mualliflarning xulosasiga ko'ra, kolonoptoz surunkali kolostaz bilan birgalikda 27,3 - 45,9% gacha bo'lgan yuqori retsediv darajasi bilan birga keladi. Shu sababli, jarrohlik taktikasini optimallashtirishga yordam beradigan optimal yondashuvlarni izlash davom etmoqda, chunki ular davolash natijalarini yaxshilashga qaratilgan bo'lib, tadqiqot uchun asos bo'lib xizmat qildi.*

Kalit so`zlar: *Kolonoptoz, surunkali kolostaz, katta yo'g'on ichakning rezektsiyasi.*

Annotation. *The authors report that despite significant advances in colon surgery, issues of choice of method, volume, and formation of interintestinal anastomosis require further research. The authors conclude that colonoptosis in combination with chronic colostasis is accompanied by a high recurrence rate, which reaches 27.3 - 45.9%. Therefore, the search for optimal approaches that could contribute to the optimization of surgical tactics continues, since they are aimed at improving treatment results, which served as the basis for the study.*

Key words: *Colonoptosis, chronic colostasis, resection of the large intestine.*

Консервативная терапия и хирургическое лечение колоноптоза. Лечение колоноптоза на фоне колостаза должно включать коррекцию образа жизни, формирование поведенческих стереотипов, рациональную диету и медикаментозное лечение [16].

Наличие признаков хронического колостаза диктует необходимость назначения пищевых продуктов, содержащих большое количество клетчатки, которое будет способствовать ее опорожнению [34;41]. Также рекомендуется прием газированных вод высокой минерализации [9;36]. Несмотря на достигнутые успехи, к настоящему времени отсутствует системность к принципам лечения висцероптоза [1;22].

Консервативная терапия назначается эмпирически и состоит из специального питания, бандажирования и лечебной физкультуры. Питание пациентов при висцероптозе заключается в дробном приеме пищи, увеличении количества растительной клетчатки, достаточное употребление жидкости. Бандаж помогает облегчить симптомы патологии, лечебная гимнастика необходима для укрепления мышц пресса. Для устранения признаков хронического колостаза могут применяться лактулоза, слабительные средства, клизмы.

К немедикаментозным методам лечения колоноптоза входят изменение рациона питания направленная на активацию кишечной моторики и уменьшение запоров. К ним относят специальную лечебную физкультуру, которые направлены на укрепление мышц передней брюшной стенки [3]. Медикаментозное лечение заключается в применении слабительных препаратов, пребиотиков и пробиотиков, а также спазмолитиков [11; 20; 23;24;29].

В настоящее время, при суб- и декомпенсированной стадии колоноптоза рекомендуется хирургическое лечение. При развитии осложнений энтероптоза показано хирургическое вмешательство [2]. Оперативное лечение заключается в резецировании наиболее растянутой части толстой ободочной кишки. В 95% случаев после оперативного вмешательства наблюдается значительное улучшение самочувствия [2].

Мамбетов Ж. (2023) отмечает, что хирургическая коррекция патологического опущения внутренних органов находится на стыке нескольких специальностей – урологии, хирургии, гинекологии, однако данные проблемы решаются разобщенно, что негативно отражается на состоянии пациентов и ухудшает их качество жизни [10].

В клинической практике существует два способа хирургического лечения колоноптоза: резекционный и органосохраняющий. Хотя отдельные исследователи являются сторонниками органосохраняющих оперативных вмешательств, однако при суб- и декомпенсированных формах колоноптоза имеется четкая тенденция к применению резекционных способов

[5; 6; 7; 19].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении висцероптоза в сочетании с колостазом, ряд вопросов остаются дискуссионными, что обусловлено относительно высокой частотой рецидивов, которая доходит до 27,3-45,9% [21; 14; 43].

Факторами, обуславливающими нежелательные последствия оперативного лечения, являются отсутствие системного подхода при определении лечебно-диагностической программы и отсутствие единого мнения в выборе объема резекции ободочной кишки. Так ряд исследователей считают, что объем оперативного вмешательства должен быть не менее субтотальной резекции ободочной кишки [21;30], другие рекомендуют различные объемы изолированных резекций ободочной кишки [26], левостороннюю гемиколонэктомию [25].

Оперативное лечение безусловно показано при неэффективности консервативной терапии, осложненном течении (кишечная непроходимость, интоксикационный синдром) [11;18].

Хирурги при выполнении оперативных вмешательств преимущественно придерживаются различных вариантов резекции толстой кишки с формированием межкишечных соустий [3].

Исследователи отмечаю, что в хирургическом лечении нуждаются 10% пациентов [5;33].

Lane W.A. (1987) при декомпенсированных формах течения колоноптоза предложил тотальную или субтотальную колэктомию, наложение цекоректального или илеоректального анастомоза. Однако, такой вид хирургического вмешательства сопровождался развитием диареи и инконтиненции, водно-электролитными нарушениями и т.д. [35].

Неустроев П.А. с соавт. (2012) в результате проведенного анализа «неудовлетворительных» результатов установили, что из 151 больного у 34 (22,5%) пациентов осложнения проявлялись рецидивом синдрома хронического толстокишечного стаза и только в 7 (4,6%) случаях другими причинами [13].

Боковой С.П. с соавт. (2017) отмечают хорошие отдаленные послеоперационные результаты и обоснованность выполнения сочетанных одномоментных висцеропексий [1].

Плечев В.В. (2014) провел анализ результатов хирургических вмешательств 65 больных с компенсированным и субкомпенсированными формами колоноптоза с использованием разработанного в клинике органосохраняющего способа. Применение данного метода оперативного лечения висцероптоза позволило получить хорошие результаты в 58% случаев, удовлетворительные в 31% и неудовлетворительные в 11% случаев. Однако, по заключению исследователей, предложенный способ оказался неэффективным при декомпенсированных формах колостаза, обусловленного колоноптозом [15].

Анализ мировой литературы показал, что к настоящему времени исследователи так и не имеют единого мнения относительно к определению показаний к оперативному вмешательству, сохраняются разногласия при определении характера операции, объема резекции и способов формирования колоколоанастомозов. Выбор того или иного способа лечения подчас осуществляется эмпирически, базируясь на личном опыте оперирующего хирурга. Тем не менее в настоящее время сложилась устойчивая тенденция к выполнению колэктомии с илеоректальным анастомозом [5; 27]. Однако, после аналогичных оперативных вмешательств, частота осложнений отмечаются в 10 - 35% случаев, где наиболее часто проявляются стойкой диареей и инконтиненцией, которые значительно ухудшают качество жизни больных [31;42].

Исследования, проведенные Американской Национальной Комиссией по оценке качества лечения пациентов в стационарах (US Nationwide Inpatient Sample) определило колэктомию по поводу хронического толстокишечного стаза как операцию, не рекомендованную для ее проведения при данной патологии с учетом большого количества осложнений, снижающих качество жизни [28]. Однако ряд исследователей отмечают положительные результаты этих операций [37;38].

Не C.L. et al. (2000) доказали необходимость сохранения слепой, восходящей и поперечно-ободочной кишки обусловлено тем, что водитель толстокишечного ритма находится именно в поперечно-ободочной кишке, где имеются наибольшая плотность клеток Каджала [32]. Гурджиян М.Д. с соавт. (2001) установили, что морфологические изменения захватывают именно левую половину толстой ободочной кишки [4]. Так как идеальной операции при висцероптозе не существует, чрезмерная «радикальность» может приводить к развитию еще более тяжелого состояния [9].

И, несомненно, прав Potemin S.N. et al. (2002) которые отмечают необходимость «золотой середины». Операция должна устранить удлиненный отдел толстой ободочной кишки, что позволит обеспечить наиболее оптимальные условия для функционирования оставшейся его части и, нормализует процесс опорожнения кишечного содержимого [40].

При висцероптозе часто возникают показания к хирургической коррекции одновременно нескольких патологически подвижных органов (почки, толстой кишки, печени, желудка и др.). Поэтому лечение этого системного заболевания должны принимать участие не только урологи и хирурги, но и гастроэнтерологи, невропатологи, реабилитологии, что еще раз свидетельствует необходимость дальнейшего поиска новых возможностей лечения этих пациентов [17].

Послеоперационная реабилитация колоноптоза. Больные висцероптозом в сочетании с колостазом после перенесенного оперативного вмешательства нуждаются в послеоперационной реабилитации. Необходимо значительную часть времени проводить в горизонтальном положении, в основном для принятия пищи, в положении сидя. В течение первого месяца рекомендуется ношение специального бандажа. Положительное влияние на состояние мышц передней брюшной стенки и поясницы оказывают специальная лечебная физкультура. Рекомендуются ограничение в выполнении труда, связанного с подъемом тяжестей в течении до полугода. Этот контингент должен поддерживать непрерывную связь с лечащими врачами и проходить повторные обследования с соблюдением рекомендаций, связанные с режимом, характером питания и образом жизни [1].

Нестеров С.Н. с соавт. (2015) отмечают, что длительность послеоперационной реабилитации при колоноптозе зависит от длительности и степени выраженности клинических симптомов этого заболевания до операции и может достигать одного года [12].

Осложнения, прогноз и профилактика висцероптоза. Колоноптоз при суб- и декомпенсированных формах таит в себе опасность развития инвагинации и заворота кишки. Также,

может наблюдаться синдром верхней брыжеечной артерии, сопровождающийся ишемическим кишечным некрозом. Заболевание служит независимым фактором риска хронического колита и энтерита. Колоноптоз, протекающий на фоне хронического толстокишечного стаза, в 66% случаев вызывает рефлюкс-эзофагит, в 15% случаев возникает дуоденальная непроходимость. Колоноптоз часто ассоциирован с гастроптозом (39%), нефроптозом (17,8%), гепатоптозом (5%) [3;8;15].

В подавляющем большинстве случаев врачи дают благоприятный прогноз [3]. Мерами профилактики должны состоять в укреплении мышц передней стенки живота (занятия физкультурой, использование бандажа при беременности) [2].

Заключение. Таким образом, истинная причина колоноптоза не известна, болезнь проявляется лишь в 10-20% случаев при присоединении других симптомов и в 30-40% случаев осложняется хроническим колостазом, являясь одним из распространенных заболеваний трудоспособного населения. Вместе с тем, вопросы диагностики и выбора способа, объема, а также формирования межкишечного соустья требуют проведения дальнейших исследований, что связано с высокой частотой рецидивов, которая достигает 27,3 - 45,9%. Поэтому продолжается поиск оптимальных подходов, которые могли бы способствовать оптимизации хирургической тактики, ибо они направлены на улучшение результатов лечения, что послужило основанием для проведения исследования.

Список литературы:

1. Боковой С.П. Симптоматология и диагностика правостороннего висцероптоза // Урологические ведомости. 2017. Т. 7. № 2. С. 16-24. doi: 10.17816/uroved7216-24).
2. Висцероптоз - Справочник заболеваний. Медицинский центр «Целитель» https://celitel05.ru/wiki/bolezni-organov-pishevareniya/visceroptoz/. -2024.
3. Висцероптоз. Что такое Висцероптоз? https://volgograd.medsi.ru/spravochnik-zabolevaniy/vistseroptoz/. -2024.
4. Гурджиян М.Д., Славов А.И., Потемин С.Н., Гуменюк С.Е. Способ хирургического лечения хронического колостаза //Патент на изобретение № 2174370 от 10.10.01 г.
5. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение хронического колостаза. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2009. -№12. -С.60-62.
6. Иванов А.И., Тобохов В. Диагностика и лечение хронического толстокишечного стаза, обусловленного висцероптозом //Российский медицинский журнал. -2003. - № 4. - С. 35-39.
7. Карпухин О.Ю., Можанов Е.В. Хирургический подход к лечению хронического толстокишечного стаза //Медицинский альманах. -2010; 1 (10): 176-178.
8. Латыпов Р.З., Плечев В.В., Чабин А.В. Показания к выполнению органосохраняющих операций на толстой кишке при висцероптозе //Медицинский вестник Башкортостана. -Уфа, -2012. - С. 65-69.
9. Ливзан М.А. Современные принципы лечения запоров //РЖГГК. – 2009. – № 2. – С. 70-74.
10. Мамбетов Ж.С., Иманалиев Ч.М. Клинико-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом на фоне висцероптоза различной степени выраженности //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 149–153.
11. Минушкин О.Н., Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С. и др. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон // Хирургия. -2010. -№9. - С. 53-56.
12. Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Мамедов Х.Х. Анализ качества жизни пациентов с нефроптозом после различных методов лечения / Материалы XV Конгресса Российского общества урологов.–СПб.,2015.–С.266–267.
13. Неустроев П.А. Алгоритмы выбора объема резекции ободочной кишки у больных с висцероптозом: автореф. дис... канд. мед. наук. - Якутск, 2006. - 24 с.
14. Осипенко М.Ф. Фролова Н.Н. Синдром дисплазии соединительной ткани и синдром раздраженного кишечника It Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. -2006. Т.16, №I – С.54-60.
15. Плечев В.В., Латыпов Р.З., Титов А.Р., Гайнетдинов Э.Ф. Наш опыт применения органосохраняющих операций при висцероптозе // Клиническая медицина. -2014. С.44-48.
16. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре //Лечащий врач. –2015. -№ 8. -С. 7–17.
17. Потемин С.Н. Хронический медленно транзиторный колоностаз: механизмы развития и возможности хирургического лечения // Научное обозрение. Медицинские науки. –2016. – № 6. – С. 84-103; URL: https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=948 (дата обращения: 15.05.2024).
18. Самсонов А.А. Синдром хронического запора // РМЖ. -2009. -Т.17, №4. -С.233.
19. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Ураз-Бахтин И.М. Мини-инвазивные операции в хирургии толстой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы 2-го съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа. -2007; 392-393.
20. Ткач С.М., Передерий В.Г. Диагностика и лечение хронического запора, основанные на данных доказательной медицины //Сучасна Гастроентерологія. –2011. – № 2 (58). –С. 106–115.
21. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза //Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва. -2003. - 213с.
22. Филимонов В.Б., Васин Р.В., Каприн А.Д., Костин А.А. Сравнительный анализ способов коррекции симптоматического нефроптоза с использованием полипропиленовой сетки лапароскопическим способом //Материалы XV Конгресса Российского общества урологов. - СПб., 2015. - С. 281-282.
23. Эрдес С.И., Мацукатова Б.О., Ревякин С.А., Касанаве Е.В. Эффективность осмотического слабительного полиэтиленгликоля 4000 в лечении запоров у детей //РЖГГК. –2011. –№ 6. –С. 23-32.
24. Эрдес С.И., Ратникова М., Полищук А. Эффективность гидрофильных волокон из наружной оболочки семян подорожника (мукофальк) в лечении запоров у детей //Врач. –2013. – № 3. – С. 36-40.
25. Adit E., Bharucha A. et al. //Gastroenterol. Clin. 2009. –V.10, P. 335-351.
26. Baltamyne G.N. //Gaslroenlerologisi. 1995. -Vol. 3. -P. 75-89,
27. Bharucha A.E., Pemberton John H., Locke G. Richard. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation Gastroenterology //Jan 2013. –№ 144 (1). – P. 218-238.
28. Dudekula A., Huftless S., Bielefeldt K. Colectomy for constipation: time trends and impact based on the US Nationwide Inpatient Sample, 1998–2011 //Aliment Pharmacol Ther. 2015 V.42(11–12). – P. 1281–93.
29. Emmanuel A. Current management strategies and

therapeutic targets in chronic constipation //Therap Adv Gastroenterol. – 2011 Jan. – № 4(1). – P. 37-48.

30. Gao F., Xu M., Wu W., Yang Z., Zhang X. Subtotal colectomy with cecorectal end-side anastomosis in the treatment of slow transit constipation //Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. -2014. 25;17(7):680–2.

31. Guiyun S., Chang S.Y., Chan W.K. et al. Surgical outcomes after total colectomy with ileorectal anastomosis in patients with medically intractable slow transit constipation //J Korean Soc Coloproctol. -2011. 27(4). P. 180–187.

32. He C.L., Burgart L., Wang L. et al. Decreased interstitial cell of Cajal volume in patients with slow-transit constipation //Gastroenterology. –2000. – №118. – P. 14.

33. Higgins P.D., Johanson J.F. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review // Am J Gastroenterol. -2004; 99:750–759.

34. Kranz S., Brauchla M., Slavin J.L., Miller K.B. What do we know about dietary fiber intake in children and health? The effects of fiber intake onconstipation, obesity, and diabetes in children //Adv Nutr. – 2012. Jan. – № 3(1). – P. 47-53.

35. Lane W.A. The results of the operative treatment of chronic constipation //Br. Med. J. –1908. – V. 1. – P. 1125–1128.

36. Lever E., Cole J., Scott S.M. et al. Systematic review: the effect of prunes on gastrointestinal function //Aliment Pharmacol Ther. – 2014. Oct. – № 40(7). – P. 750-758.

37. Lundin E., Graf W., Garske U. Et al. Segmental colonic transit studies: comparison of a radiological and a scintigraphic method //Colorectal Dis. -2007;9(4):344–51.

38. Marchesi F., Sarli L., Percalli L. Et al. Subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectal anastomosis in the treatment of slow-transit constipation: long-term impact on quality of life //World J Surg. -2007; 31: 8: 1658–1664.

39. Nylund G1, Oresland T, Fasth S, Nordgren S. Long-term outcome after colectomy in severe idiopathic constipation //Colorectal Dis. -2001;3(4):253–8.

40. Potemin S.N., Gurdjian M.D., Gumeniuk S.E. et al. Modified left hemicolectomy with colonic fixation for chronic constipation syndrome //The Internet Journal of Surgery. –2002. – V.3. – No 2.

41. Suares N.C., Ford A.C. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation //Aliment Pharmacol Ther. – 2011. – № 33. – P. 895-901.

42. Vergara-Fernandez O., Mejia-Ovalle R., Salgado-Nesme N. Et al. Functional outcomes and quality of life in patients treated with laparoscopic total colectomy for colonic inertia //Surg Today. –2014. – 44(1). – P. 34–38.

43. Von Flue M. II SchMl/ Med. Wschr. 2000 - Bd 130. N 46 - S 17661771.