УДК 616.61-007.42 + 616-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОНОПТОЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ

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

SURUNKALI KOLOSTAZ BILAN BIRGALIKDAGI KOLONOPTOZNI JARROHLIK DAVOLASH NATIJALARINI QIYOSIY BAHOLASH

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

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COLONOPTOSIS IN COMBINATION WITH CHRONIC COLOSTASIS

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

Аннотация. *До настоящего времени известны небольшое количество исследований и отсутствует единый взгляд на патогенез висцероптоза, а результаты лечения неутешительны. Авторы заключают, что в основной группе, придерживаясь оптимизированной хирургической тактики при колоноптозе в сочетании с хроническим колостазом достигли значительного улучшения результатов, что позволило добиться поставленной цели исследования.*
Ключевые слова. *Колоноптоз, хронический колостаз, резекция толстой ободочной кишки.*

Annotatsiya. *Mualliflarning ta'kidlashicha, hozirgi kunga qadar kam sonli tadqiqotlar o'tkazilgan va kolonoptozni patogenezi bo'yicha konsensus mavjud emas va davolash natijalari umidsizlikka uchraydi. Mualliflarning xulosasiga ko'ra, asosiy guruhda surunkali kolostaz bilan birgalikda kolonoptoz uchun optimallashtirilgan jarrohlik taktikasiga rioya qilish chastotasi natijalarning sezilarli yaxshilanishiga erishdi, bu esa tadqiqotning belgilangan maqsadiga erishishga imkon berdi.*
Kalit so`zlar: *Kolonoptoz, surunkali kolostaz, katta yo'g'on ichakning rezektsiyasi*

Annotation. *The authors report that to date there are only a few studies and no consensus on the pathogenesis of colonoptosis, and treatment results are disappointing. The authors conclude that in the main group, adhering to optimized surgical tactics for colonoptosis in combination with chronic colostasis, the frequency achieved a significant improvement in results, which made it possible to achieve the stated goal of the study.*
Key words: *Colonoptosis, chronic colostasis, resection of the colon.*

Актуальность проблемы. Колоноптоз (болезнь Гленара; «спланхноптоз»)- это опущение брюшных внутренностей (внутренних органов) ниже их естественного положения [3]. Висцероптоз развивается вследствие чрезмерной подвижности или опущения одного, или нескольких внутренних органов и проявляется функциональными нарушениями в них [6].

Проблема колоноптоза вызвала интерес преимущественно во второй половине XIX прошлого века, когда Glenard F.H. (1883) выдвинул первую обоснованную концепцию патогенеза [1;2;4;5]. До настоящего времени известны небольшое количество исследований и отсутствует единый взгляд на патогенез колоноптоза, а результаты лечения неутешительны.

Целью исследования явилось провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения колоноптоза при традиционных подходах и оптимизированной хирургической тактике.

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 132 больных колоноптозом в сочетании с хроническим колостазом (КС) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ.

Критерии включения в исследование: 1) возраст старше 18 лет; 2) верифицированный диагноз колоноптоза в сочетании с колостазом (КС); 3) плановый характер патологии; 4) отсутствие острых инфекционно-воспалительных заболеваний; 5) письменное согласие больного и родственников на обследование и лечение.

Критериями исключения из исследования явились: 1) сочетание колоноптоза с нефроптозом, гепатоптозом; 2) ургентные заболевания кишечника; 3) острые нарушения мозгового кровообращения и инфаркт миокарда; 4) острая инфекционная и вирусная патология; 5) опухолевые заболевания толстой кишки; 6) отказ от оперативного лечения; 7) невозможность дальнейшего наблюдения; 8) сопутствующая патология в стадии декомпенсации;

Согласно цели и задачам группу сравнения – (2018-2022 годы) – составили 85 (64,4%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные методы и статистические исследования проводились соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Предоперационная подготовка, выбор объема резекции толстой ободочной кишки и способ формирования межкишечного соустья, а также послеоперационное ведение данного контингента проводились по общепринятым стандартам. В связи с этим нами по отдельности проведено исследование результатов хирургического лечения висцероптоза в сочетании с ХКС в группе сравнения и основной группе.

Все послеоперационные осложнения мы разделили на:

1) послеоперационные осложнения, связанные

с формированием межкишечного соустья - несостоятельность швов анастомоза с развитием перитонита; несостоятельность швов анастомоза с формированием калового свища; послеоперационный анастомозит;

2) послеоперационные осложнения, связанные с объемом резекции толстой ободочной кишки – продолжающийся запор; диарея; рецидив колоноптоза;

3) послеоперационные осложнения со стороны операционной раны - нагноение послеоперационной раны; инфильтрат; лигатурный свищ;

4) послеоперационные осложнения общего характера, не связанные с оперативным вмешательством, которые могут встречаться и при других операциях – тромбоэмболия легочной артерии; гипертонический криз, бронхолегочные осложнения; прочие.

Характер и частота послеоперационных осложнений, связанные с формированием межкишечного соустья в сравниваемых группах

Таблица 1

Характер и частота п/о осложнений, связанные с формированием межкишечного соустья	Группы			
	Сравнения (n-62)		Основная (n-44)	
	абс	%	абс	%
Осложнения характерные для операций на кишечнике				
Несостоятельность швов с перитонитом	2	3,2	-	-
Несостоятельность швов с каловым свищом	1	1,6	1	2,3
Послеоперационный анастомозит	2	3,2	1	2,3
Всего:	5	8,1	2	4,5

Как видно из таблицы 1., сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что в группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с формированием межкишечного соустья в целом составило 5 (8,1%), тогда как в основной – 2 (4,5%) больных (уменьшение на 3,6%, т.е. в 1,8 раза).

Характер и частота послеоперационных осложнений, связанных с объемом резекции толстой ободочной кишки в сравниваемых группах

Таблица 2

Характер и частота п/о осложнений, связанных с объемом резекции толстой ободочной кишки	Группы			
	Сравнения (n-62)		Основная (n-44)	
	абс	%	абс	%
Продолжающейся запор	5	8,1	3	6,8
Диарея	4	6,5	-	-
Рецидив висцероптоза	3	4,8	-	-
Всего:	12	19,4	3	6,8

При этом удалось избежать развития такого жизнеугрожающего осложнения как несостоятельность швов межкишечного соустья с общим перитонитом и сократить частоту послеоперационного анастомозита. Полученные данные подтверждают эффективность предложенного модифицированного способа хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС.

Как видно из таблицы 2., сравнительный оценка результатов хирургического лечения висцероптоза в сочетании с ХКС показал, что из послеоперационных осложнений, связанных с объемом резекции толстой ободочной кишки, в целом в группе сравнения составило 12 (19,4%), тогда как в основной – лишь 3 (6,8%) больных (уменьшение на 12,6%, т.е. в 2,9 раза). При этом, в группе сравнения продолжающийся запор отмечен у 5 (8,1%) больных, тогда как в основной лишь у 3 (6,8%). В группе сравнения наблюдались диарея 4 (6,5%) больных и рецидив колоноптоза у 3 (4,8%), тогда как в основной группе данные осложнения не наблюдались. Данное обстоятельство еще раз подтверждает эффективность и в т.ч. усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

Сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что из послеоперационных осложнений со стороны операционной раны в целом в группе сравнения составило 7 (11,3%) больных, тогда как в основной – 4 (9,1%) больных (уменьшение на 2,2%, т.е. в 1,2 раза). При этом в группе сравнения нагноение отмечено у 3 (4,8%) больных, тогда как в основной – у 1 (2,3%), инфильтрат операционной раны - у 3 (4,8%), тогда как в основной – у 2 (4,5%) и лигатурный свищ – у 1 (1,6%) и у 1 (2,3%), соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о наметившейся отчетливой тенденции снижения частоты послеоперационных осложнений со стороны операционной раны, что подтверждает важность системного и целенаправленного использования антибиотиков, тщательного гемостаза по ходу операционной раны, а также использования современного шовного материала на атравматической игле.

Сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что из послеоперационных осложнений общего характера, не связанные с оперативным вмешательством в группе сравнения составило 6 (9,7%) больных, тогда как в основной – 3 (6,8%) больных (уменьшение на 2,9%, т.е. в 1,4 раза). При этом в группе сравнения, тромбоэмболия

легочной артерии отмечено у 1 (1,6%) больного, тогда как в основной, данное жизнеугрожающее осложнение, сопровождающееся высокой летальностью, удалось избежать.

Заключение. Таким образом, в основной группе, придерживаясь оптимизированной хирургической тактики при колоноптозе в сочетании с хроническим колостазом частота послеоперационных осложнений, связанных с формированием межкишечного соустья уменьшилось с 8,1 до 4,5% - на 3,6%, т.е. в 1,8 раза (при этом, в основной группе удалось избежать несостоятельности швов межкишечного соустья с развитием общего перитонита и летальности), послеоперационные осложнения, связанные с объемом резекции толстой ободочной кишки, уменьшились с 19,4 до 6,8% - на 12,6%, т.е. в 2,9 раза (при этом, в основной группе удалось избежать развития диареи и рецидива колоноптоза). Послеоперационные осложнения со стороны операционной раны уменьшились с 11,3 до 9,1% - на 2,2%, т.е. в 1,2 раза) и послеоперационные осложнения общего характера, не связанные с оперативным вмешательством, уменьшились с 9,7 до 6,8% - на 2,9%, т.е. в 1,4 раза), что позволило добиться поставленной цели исследования.

Список литературы

1. Боковой С.П. Симптоматология и диагностика правостороннего висцероптоза //Урологические ведомости. 2017. Т. 7. № 2. С. 16-24.

2. Боковой С.П. Хирургическое лечение правостороннего висцероптоза //Урологические ведомости. -2018.

3. Висцероптоз - Справочник заболеваний. https://celitel05.ru/wiki/ bolezni-organov-pishevareniya/ visceroptoz/. -2024.

4. Висцероптоз. https://alphapedia.ru/w/ Visceroptosis. -2024.

5. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза //Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва. -2003. - 213с.

6. Ус В.Г. Висцероптоз (Клиника, диагностика, лечение) //Автореф. дисс. Д-ра. мед. Наук. –М. -1987,- 38с.