

*На правах рукописи*

**ЧАБИН АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

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

**14.01.17 – хирургия**

**автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**УФА – 2012**

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Латыпов Ринат Закирович**

**Официальные оппоненты:** Галеев Махмут Ахмет-Валеевич, доктор медицинских наук, профессор Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор кафедры общей хирургии;

**Куляпин Андрей Владиславович**, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 21 г. Уфа, заведующий отделением колопроктологии.

**Ведущая организация:** Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 года в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 года.

Ученый секретарь  
диссертационного совета

**Федоров С.В.**

**ЧАБИН АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

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

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.  
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»  
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293; тел.: (347) 250-81-20;  
тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 25.05.2012 г.  
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.  
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.  
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,0.  
Тираж 100. Заказ № 713.

3. Диагностика и хирургическое лечение хронических дисфункций толстой кишки у больных с висцероптозом / Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.В. Чабин, Н.К. Сунагатуллин // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа, ноябрь-декабрь 2009. – С. 48–55.

4. Нарушение флексуральной проходимости толстой кишки у больных с висцероптозом/ А.В. Чабин, 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. Хирургические аспекты проблемы рефлюкс энтерита/ А.В. Чабин, 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. **Хирургическая тактика при висцероптозе / Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.В. Чабин** // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа Том 5, № 6 ноябрь-декабрь 2010 – С. 25–30.

7. **Показания к выполнению органосохраняющих операций на толстой кишке при висцероптозе / Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.В. Чабин** // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа, – 2012. – С. 65–69.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** 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. (Тимербулатов В.М., 1991; Иванов А.И., 1996; Тобохов А.В., 1998; 2003; Неустроев П.А., 2006).

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. (Головачев В.Л., 1979; Романов П.А., 1986; Ус В.Г., 1987; Наврузов С., 1989; Иванов А.И., 1996, 2000; Тобохов А.В., 1998; 2003).

При этом среди хирургов существует единодушное мнение о том, что длительное консервативное лечение колостазов и доведение его до стадии декомпенсации является ошибочным и неоправданным (Наврузов С.Н., 1987; Галямов А.Х., 2000; Баймухаметов Ж.Ж., 2007; Алешин Д.В., 2007).

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% (Головачев В.Л., 1979; Федоров В.Д., Воробьев Г.И., 1986; Романов П.А., 1987; Наврузов С.Н., 1989; Яремчук А.Я., и др. 1990; Мехдиев Д.И., и др 2005; Джавадов Э.А., 2009; Ильканич А.Я., 2009).

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 оценки имеющихся 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.

Для решения этой важной задачи существует предложенный В.М. Тимербулатовым (Патент РФ 11703065 (1991), способ основанный на определении тонической активности отдельных сегментов толстой кишки, путем деления площади ирригограмм после тугого заполнения на площадь ирригограмм после опорожнения, за норму принят коэффициент (К)  $1,40 \pm 0,22$  условных единиц, указывающий на нормальную тоническую активность ободочной кишки.

Однако у больных страдающих висцероптозом с явлениями субкомпенсированного и тем более декомпенсированного колостазов, получение своевременной ирригограммы после опорожнения толстой кишки от контрастной массы часто не представляется возможным из-за позднего её опорожнения.

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 выработке 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. (Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Галямов А.Х., и др. 2001; 2002).

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 (Гумеров А.А., Алянкин В.Г., и др., 2006) указывают на успешное применение лапароскопической методики в лечении детей с хрониче-

$157,0 \pm 1,6\%$  против нормы  $128,3 \pm 3,1\%$ , цекотрансверзального индекса  $164,0 \pm 5,7\%$  по сравнению с контролем  $142,7 \pm 3,9\%$ , достоверное увеличение трансверзосигмоидального индекса  $223,0 \pm 2,2\%$  против нормы  $182,4 \pm 4,8\%$ .

Разработанный способ коррекции нарушения проходимости ободочных изгибов толстой кишки может успешно применен у больных с наличием выраженного абдоминального болевого синдрома, с явлениями компенсированного колостазов, в ранних стадиях перехода в субкомпенсированный колостаз, и гарантирует сохранность вовлеченных в процесс смежных органов. При анализе ближайших и отдаленных данных у 42 (78%) оперированных больных получены результаты расценены нами, как хорошие у 25 (59%), удовлетворительные у больных 10 (24%), результаты у 7 (17%) больных оказались не удовлетворительными, в связи с проведенным оперативным вмешательством в стадии декомпенсированного колостазов.

#### **Практические рекомендации:**

– Использование индексов соответствия поперечников на контрастных рентгенограммах толстой кишки является общедоступным, простым, и информативным методом, который точно позволяет локализовать нарушение проходимости в ободочных изгибах, и позволяет провести своевременную коррекцию их в стадиях предшествующих развитию декомпенсированного колостазов.

– В целях оценки степени участия полых органов брюшной полости при висцероптозе, является клинически обоснованным и достоверным применение метода одномоментного выполнения гастроколонографии.

– Использование при колостазе операции органосохраняющего типа в виде трансверзопластики и пексии в положении достигнутой коррекции патологических изгибов ободочной кишки, следует производить на стадиях субкомпенсации и компенсации.

#### **Список работ опубликованных по теме диссертации**

1. Висцероптоз, проблемы хирургического лечения / Р.З. Латыпов, А.Р. Титов, А.В. Чабин // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа ноябрь-декабрь 2007. – С. 58–60.

2. Значение количественной рентгенооценки тонуса толстой кишки у больных с флексуальными синдромами и выработка хирургической тактики// Р.З Латыпов, В.В. Плечев, А.Р. Титов, А.В. Чабин , Н.К. Сунагуллин// Пермский медицинский журнал Пермь, – Том. 25, 3 – 2008. – С. 71–74.

гибов, что исключает повторное образование острых углов перегибов, затрудняющих пассаж кишечного содержимого. Самое главное трансверзопексия на протяжении способствует удержанию желудка в положении достигнутой коррекции.

Используя данную методику мы добились, прочной фиксации толстой кишки в положении достигнутой коррекции, и предупреждения рецидива заболевания.

Данный способ позволяет провести коррекцию, как длины, так и поперечника толстой кишки, и способствует восстановлению тонуса и сократительной активности кишечной стенки.

Данный способ позволяет провести коррекцию, как длины, так и поперечника желудка и поперечной ободочной кишки, и способствует восстановлению тонуса и сократительной активности подвергнутых кишечной стенки.

Отдаленные результаты операции изучены у 42 (78%) путем анкетирования в течение 3 лет. Результаты расценены нами, как хорошие у 25 (59%), удовлетворительные у больных 10 (24%), положительного результата не было достигнуто 7 (17%) больных находящихся в стадии декомпенсации, которым выполнены операции органосохраняющего типа.

### **Выводы**

1. Отличительной особенностью колостазов 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 колостазов 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  $128,3 \pm 3,1\%$

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  $142,7 \pm 3,9\%$ .

Показанием к оперативному лечению при деформации обоих изгибов ободочной кишки служит резкое повышение цекосигмоидального индекса до

ским толстокишечным стазом развившимся при долихосигме которым была проведена коагуляция тканей по тениям и брыжеечному краю прямой и сигмовидной кишки с одновременной сигмопликацией и сигмопексией на физиологическом месте.

Безусловно преимущество лапароскопического метода лечения компенсированного, субкомпенсированного колостазов при висцероптозе с соблюдением органосохраняющего принципа не вызывает каких либо сомнений, однако при трансверзоптозе в сочетании с гастроптозом 2–3 степени по Тобохову А.В. (2003) однако пока данная методика не находит ожидаемого распространения в виду существования технических трудности, как в выполнении так и обеспечении самой операций.

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.

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

### **Задачи:**

1. Изучить состояние проходимости в ободочных изгибах толстой кишки у больных висцероптозом с применением комплексного метода диагностики, в условиях использования рентгенометрических критериев оценки выявленных нарушений.

2. Выработать показания к оперативному лечению колостазов на основе объективной функциональной и прогностической оценки полученных при анализе клинико-рентгенологических данных.

3. Обосновать необходимость и перспективность применения операций органосохраняющего типа при колостазе, и разработать способ позволяющий устранить висцероптоз и одновременно обеспечивающий восстановление нарушенной проходимости ободочных изгибов толстой кишки в стадиях предшествующих развитию мышечной декомпенсации органа.

### Основные положения выносимые на защиту:

1. Деформации печеночного и селезеночного изгибов ободочной кишки при висцероптозе провоцируют неотложную патологию органов брюшной полости и забрюшинного пространства у 68% больных.

2. Нарушение проходимости в зоне ободочных изгибов толстой кишки является ведущим, как в патогенезе, так и в последующем прогрессировании колостазов независимо от анатомического варианта висцероптоза.

3. Разработанные в клинике рентгенометрические критерии в виде индексов соответствия поперечников (ИСП) толстой кишки, дают возможность получить объективную диагностическую и прогностическую информацию о состоянии проходимости в ободочных изгибах при висцероптозом, и позволяют выработать адекватную тактику хирургического лечения колостазов.

4. Разработанный в клинике органосохраняющий способ хирургического лечения висцероптоза, является операцией выбора при нарушении проходимости ободочных изгибов толстой кишки, и он может применяться при всех стадиях предшествующих развитию декомпенсированного колостазов.

### Научная новизна:

1. Впервые доказана ведущая роль деформированных ободочных изгибов толстой кишки при висцероптозе, как в патогенезе, так и прогрессирующем характере течения колостазов.

2. Впервые в целях диагностики нарушений проходимости ободочных изгибов и их прогностической оценки использованы количественные критерии в виде цекосигмоидального индекса (ЦСИ), при повышении которых выше нормы  $128,3 \pm 3,1$  означает нарушение проходимости правого печеночного изгиба и гипотонию правого фланга толстой кишки, в то время как увеличение трансверзоидального индекса (ТСИ) превышающим  $142,7 \pm 3,9$  является показателем нарушений проходимости в левом ободочном изгибе и развивающуюся гипотонию поперечной ободочной кишки, степень повышения индексов идет параллельно со степенью нарушения проходимости в ободочных изгибах толстой кишки.

3. Разработан и применен в клинике оригинальный способ хирургического лечения висцероптоза основанного на выполнении органосохраняющих операций позволяющих одновременно устранить нарушения проходимости ободочных изгибов толстой кишки, как ведущего патогенетического звена колостазов, и доказана высокая его эффективность при всех стадиях предшествующих развитию декомпенсированного колостазов.

В случаи увеличенного в объеме желудка на фоне гастроптоза III стадии, возникает необходимо уменьшения его в размерах, что достигается прерывистой пликацией органа в поперечном направлении вдоль продольной оси органа.

Операцию производят из верхнесрединного лапаротомного доступа. Пликацию желудка мы проводим после вскрытия сальниковой сумки. С обеих сторон желудок, начиная с антрального отдела по малой и большой кривизнам узловыми серозно-мышечными швами, в 3–4 ряда с каждой стороны.

Вторым этапом для восстановления анатомопографического расположения желудка в брюшной полости мы предлагаем оригинальный способ пексии органов.

Предлагаемый нами способ осуществляют следующим образом: широко пересекают, до 15,0 см, желудочно-ободочную связку. Верхушку большого сальника укладывают в сальниковую сумку, и двумя лигатурами подшивается к левой ножке диафрагмы. Основание большого сальника у поперечной ободочной кишки фиксируют к передней брюшной стенке тотчас ниже места прикрепления диафрагмы.

Таким образом, в искусственной образованной сальниковой сумке располагается желудок в положении элевации и достигнутой коррекции.

В результате этой операции желудок занимает физиологичное положение, сохраняет свободу движений, хорошо опорожняется, его объем уменьшается, без потери эффективной переваривающей поверхности, поперечная ободочная кишка, обычно резко опущенная, занимает более высокое положение, тяга ее на желудок устраняется.

При удлинении сегмента толстой кишки нами разработан метод пликации, который позволяет уменьшить длину полого органа на протяжении, не вызывая функциональных нарушений, и не прибегая к резекции его.

Способ заключается в наложении двухрядных серозно-мышечных швов вдоль теней на расстоянии 1,5–2,0 см друг от друга. В зависимости от необходимости швы на кишку накладываются как, так и в поперечном направлении. Количество накладываемых серозно-мышечных швов для создания «плики» сводится до минимума.

Сегментарная колопликация в поперечном направлении у наших больных применялась с целью уменьшения длины поперечной ободочной кишки.

Далее проводится трансверзопексия путем наложения П-образных швов на всем протяжении теней, без выраженного натяжения и фиксируется к париетальной брюшине, которая предварительно скарифицирована до появления «кровоной росы», 5–6 П-образными швами на протяжении с обязательным включением зон из-

живота, выраженная гипотония поперечной ободочной кишки, служит при колостазе резкое увеличение трансверзосигмоидального индекса в пределах  $208,5 \pm 14,3\%$ , и при наличии запоров, купируемых приемом слабительных средств.

Показанием к оперативному лечению деформации обоих изгибов ободочной кишки служит резкое повышение цекосигмоидального индекса вследствие выраженной гипотонии правого фланга толстой кишки, обусловленной тем, что при данной патологии имеет место удвоенная патологическая нагрузка в проксимальных отделах толстой кишки связанная именно с участием в процессе двух патологических изгибов.

Все ранее сказанное в равной степени относится к группе больных, когда одновременно имеет место гастроптоз, трансверзоптоз, с неизбежно возникающим при этом с деформацией обоих изгибов ободочной кишки, у которых кроме нарушений проходимости по изгибам осложняется нарушениями процессов пищеварения, клинически сопровождается потерей массы тела, похуданием, что требует своевременной одновременной коррекции гастроптоза и трансверзоптоза.

С этой целью нами в клинике разработан и применен органосохраняющий способ коррекции колостаза позволяющий одновременно устранить нарушения проходимости в ободочных изгибах толстой кишки у 19 больных.

Оперативные пособия в виде резекции поперечной ободочной кишки, правосторонней или левосторонней гемиколэктомии показаны, и выполнимы при долихотрансверзоколон с возникновением синдрома обеих флексур у больных, в стадии декомпенсации нарушений. То есть у пациентов, которые постоянно пользуются очистительными клизмами.

В этой связи мы считаем важным указать на то, что при выработке хирургической тактики у больных с колостазом или колоноптозом мы не должны дожидаться возникновения декомпенсированного колостаза.

Результаты полученные в предыдущем разделе исследований дают основание считать необходимым более широкого применения при висцероптозе операций органосохраняющего типа, с этой целью в клинике разработан способ коррекции висцероптоза позволяющий одновременно устранить нарушение проходимости в ободочных изгибах толстой кишки, как основной причины возникновения и последующего прогрессирования колостаза (Патент РФ № 2269950, Плечев В.В. и др. (2006).

Предлагаемый нами органосберегающий способ хирургического лечения колостаза у больных с висцероптозом осуществляют в несколько этапов, следующим образом.

**Практическая значимость работы.** Доказано, что ведущей причиной колостаза у больных висцероптозом является деформация печеночного и селезеночного изгибов толстой кишки.

Колостаз возникающий при деформации ободочных изгибов толстой кишки у больных висцероптозом провоцирует симптомы неотложных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства у 68% больных, поступающих в хирургический стационар в экстренном порядке в связи с подозрением на острый панкреатит, острый холецистит, острую толстокишечную непроходимость.

Разработанный в клинике индекс соответствия поперечников толстой кишки (ИСП), ЦТИ, ТСИ, ЦСИ-индексы могут успешно использованы при дифференциальной диагностики и выборе лечебной тактики у больных при других формах коллагенных запоров.

Разработан простой и оригинальный способ хирургического лечения колостаза у больных висцероптозом путем выполнения операций органосохраняющего типа во всех стадиях предшествующих развитию декомпенсированного колостаза.

**Реализация результатов работы.** Основные положения и разработки исследования внедрены в практику хирургических отделений Клиник Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» (БГМУ), включены в рабочую программу преподавания предмета интернам-хирургам кафедры госпитальной хирургии БГМУ.

**Апробация работы.** Материалы диссертации доложены на заседании Ассоциации хирургов РБ (Уфа, 2007, 2010), на общей клинической конференции сотрудников Клиник БГМУ (Уфа, 2009), апробация диссертационной работы проведена на кафедре ИПО хирургии с курсом эндоскопии (Уфа, 2010), и на диссертационном совете по хирургии при БГМУ (Уфа, 2012).

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 110 страницах. Состоит из введения, основных глав (обзора литературы, материалов и методов исследования, глав анализа клинического материала и результатов клинических исследований), заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы (264 источников 124 отечественных и 150 – иностранных авторов). Работа иллюстрирована 8 таблицами, 5 диаграммами, 9 фотографиями.

### Характеристика клинического материала и методы исследования.

Работа базируется на всестороннем анализе историй болезни у 123 больных с клиническим установленным диагнозом висцероптоз осложненный толстокишечным стазом, находившихся в отделении хирургии № 1 клиники Башкирского Государственного медицинского университета за период с 2000–2009 годы.

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%) спаечная 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.

Оперативному лечению были подвергнуты 54 (44%) из 123 наблюдений.

Как видно из таблицы больным выполнена гастропликация, гастропексия, коррекция обоих изгибов ободочной кишки трансверзопликация, трансверзопексия цекотрансверзальный индекс (ЦТИ) составил  $141,6 \pm 1,8\%$ , трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)  $153,7 \pm 2,4\%$ , цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)  $207,0 \pm 2,7\%$ .

При деформации обоих изгибов ободочной кишки 6 больным выполнялась: Коррекция обоих изгибов ободочной кишки, трансверзопликация, трансверзопексия индексы составили: цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)  $157,0 \pm 1,6\%$ , трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)  $164,0 \pm 5,7\%$ , цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)  $223,0 \pm 2,2\%$ .

Коррекция правого изгиба ободочной кишки с пластикой илеоцекального клапана с помощью органосохраняющих операций проводилась 2 пациентам при индексах: цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)  $165,4 \pm 2,8\%$ , трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)  $127,7 \pm 2,4\%$ , цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)  $207,0 \pm 3,2\%$ .

У 12 больных при деформации левого изгиба ободочной кишки проводилась коррекция с пластикой илеоцекального клапана при значении цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)  $120,0 \pm 1,4\%$ , трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)  $172,6 \pm 1,9\%$ , цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)  $228,6 \pm 3,4\%$ .

Правосторонняя гемиколэктомия, с илиотрансверзоанастомозом проведена у 5 больных с показаниями цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)  $171,3 \pm 2,6\%$ , трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)  $138,2 \pm 3,2\%$ , цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)  $225,1 \pm 2,8\%$ .

Левосторонняя гемиколэктомия, с трансверзосигмоанастомозом выполнена у 10 пациентов цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)  $122,0 \pm 1,7\%$ , трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)  $186,6 \pm 2,3\%$ , цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)  $215,3 \pm 2,9\%$ .

При выработке хирургической тактики мы исходим из того, что показанием к операции при деформации правого изгиба служит: первое – наличие выраженного колющего болевого симптома, возникающего вне связи с патологией желчевыводящих путей в правом подреберье, после исключения патологии желчевыводящих путей. Второе – выраженная гипотония правого фланга толстой кишки при выраженном увеличении цекотрансверзального индекса в пределах  $200,7 \pm 9,4\%$ .

Показанием к оперативной коррекции деформации левого изгиба ободочной кишки является наличие постоянных колющих болей в левом подреберье, вздутие



**Выработка показаний к хирургическому лечению.** Выработка показаний и выбор метода проводился в зависимости от комплексной оценки нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки. Полученные данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

Выбор объема оперативных вмешательств при висцероптозе в зависимости от результатов количественной оценки нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки у больных колостазом

Объем оперативного вмешательства	Число больных		Индекс соответствия поперечников толстой кишки (ИСП)(%) M±m		
	абс.	%	цекотрансверзальный индекс	трансверзосигмоидальный индекс	цекосигмоидальный индекс
Контрольная группа	13	–	128,3±3,1	142,7±3,9	182,4±4,8
Гастропликация, гастропексия, коррекция обоих изгибов ободочной кишки трансверзопликация, трансверзопексия	19	35	141,6±1,8**	153,7±2,4*	207,0±2,7**
Коррекция обоих изгибов ободочной кишки, трансверзопликация, трансверзопексия	6	12	157±1,6**	164,0±5,7*	223±2,2**
Коррекция правого изгиба ободочной кишки, трансверзопликация, трансверзопексия, пластика илеоцекального клапана	2	3	165,4±2,8**	127,7±2,4**	207,0±3,2**
Коррекция левого изгиба ободочной кишки, трансверзопликация, трансверзопексия, пластика илеоцекального клапана	12	23	120,0±1,4*	172,6±1,9**	228,6±3,4**
Правосторонняя гемиколэктомия, илиотрансверзоанастомоз	5	9	171,3± 2,6	138,2±3,2	225,1±2,8
Левосторонняя гемиколэктомия, трансверзосигмо-анастомоз	10	17	122±1,7	186,6±2,3	215,3±2,9

Примечание \* – различия достоверны (p < 0,01), \*\* – различия достоверны (p < 0,001).

**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 проведении контрастной одномоментной гастроколографии) позволили установить наличие различных стадий колостазы у больных висцероптозом. Рентгеноскопия желудка проведена по общепринятой методике у 123 больных. При этом гастроптоз 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 рентгеноценка контрастных рентгенограмм толстой кишки позволила нам установить у всех больных участие толстой кишки при висцероптозе.

В соответствии с задачей поставленной перед исследованием, а именно в целях объективной оценки степени нарушений проходимости ободочных изгибов нами применен разработанный в клинике способ диагностики колостазов с использованием индекса соответствия поперечников (ИСП) толстой кишки, основанный на количественной оценке состояния пластического тонуса различных сегментов толстой кишки, позволяющий использовать его как при иригоскопии так и при проведении пассажа контрастной массы по толстой кишке при условиях полного заполнения толстой кишки бариевой взвесью (Патент РФ № 2155536, (2000) Латыпов Р.З., Плечев В.В., Тимербулатов В.М.)

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 дилатацией 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 случаи снижения цекосигмоидального индекса ожидаемый результат мог бы оцениваться как развившаяся гипотония левого фланга толстой кишки.

В группе больных с деформацией изгибов ободочной кишки и рефлюкс – энтеритом 72 (58,5%) пациентов, ЦТИ  $146 \pm 1,6\%$ , ТСИ  $157,0 \pm 1,5\%$ , ЦСИ  $222,0 \pm 1,9\%$  наблюдалось резкое снижение тонуса правого фланга и поперечной ободочной кишки.

Ведущим в оценке степени нарушения проходимости в правом, печеночном изгибе ободочной кишки является цекотрансверзальный индекс, наличие достоверного его увеличения у всех групп больных является тому доказательством за исключением группы больных с синдромом левого изгиба ободочной кишки, у которых имеющиеся некоторые тенденции к снижению при данном синдроме это находит объяснение в развившейся гипотонии поперечной ободочной кишки, именно характерно для данного синдрома.

Увеличение цекотрансверзального индекса при деформации изгибов ободочной кишки и наличием рефлюкс-энтерита свидетельствуют о переходе стадии компенсации в стадию субкомпенсации и декомпенсации.

Увеличение цекотрансверзального индекса в пределах  $152,3 \pm 3,3\%$  указывает на необходимость проведения коррекций нарушений проходимости печеночного изгиба.

Результаты анализа трансверзосигмоидального индекса показали достоверное увеличение во всех группах больных, и это свидетельствует о степени нарушений проходимости в левом ободочном изгибе. Достоверное увеличение отмечено во всех группах больных в пределах  $168,2 \pm 1,6\%$ , за исключением группы больных с синдромом правого изгиба ободочной кишки  $131,2 \pm 2,5\%$ , что является вполне объяснимым фактом для больных с данной патологией, где поперечная ободочная кишка находится в состоянии пониженной функциональной активности.

Таким образом, изолированное увеличение трансверзосигмоидального индекса в пределах  $168,2 \pm 1,6\%$  у больных с синдромом левого изгиба ободочной кишки свидетельствует о стадии развившейся декомпенсации в левом ободочном изгибе, и может рассматриваться как показание к оперативному лечению.

Что касается наблюдаемого повышения цекосигмоидального индекса у всех групп больных, это убедительно свидетельствует о закономерности гипотонии правого фланга ободочной кишки, вне зависимости от места локализации нарушений проходимости ободочных изгибов. Более того увеличение цекосигмоидального индекса в пределах  $222,0 \pm 1,9\%$  мы рассматриваем как показания к коррекции нарушений проходимости ободочных изгибов.

В группе больных с деформацией левого изгиба ободочной кишки 68 человек, мы наблюдали достоверное снижение ЦТИ до  $120,0 \pm 1,4\%$ , против нормы  $128,3 \pm 3,1\%$ , увеличение ТСИ до  $172,6 \pm 1,9\%$ , и достоверное увеличение ЦСИ до  $228,6 \pm 3,4\%$ , что указывает на резкое снижение тонуса в первую очередь поперечной ободочной кишки с последующим снижением тонуса правого фланга толстой кишки.

В группе больных с трансверзоптозом и деформацией обоих изгибов ободочной кишки 22 пациента, имело место достоверное увеличение ЦТИ до  $157,0 \pm 1,6\%$ , ТСИ до  $164,0 \pm 5,7\%$ , и ЦСИ до  $223,0 \pm 2,2\%$ , что указывает на резкое снижение тонуса правого фланга толстой кишки, с выраженным снижением тонуса поперечной ободочной кишки.

В группе больных с деформацией изгибов ободочной кишки без рефлюкс-энтерита 51 (41,5%) больных имело место достоверное увеличение ЦТИ до  $141,5 \pm 1,2\%$ , ТСИ до  $155,5 \pm 1,6\%$ , при этом увеличение ЦСИ до  $219,8 \pm 1,7\%$ , свидетельствует о резком снижении тонуса правого фланга толстой кишки.

Таблица 4

Результаты количественной рентгенооценки нарушений проходимости в ободочных изгибах толстой кишки у больных колостазом

Критерии группировки больных	Число больных абс.	Индекс соответствия поперечников толстой кишки (ИСП) (%) $M \pm m$		
		цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)	трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)	цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)
Контрольная группа	13	$128,3 \pm 3,1$	$142,7 \pm 3,9$	$182,4 \pm 4,8$
Гастроптоз 3 стадии деформация обоих изгибов ободочной кишки	19	$141,6 \pm 1,8^{**}$	$153,7 \pm 2,4^*$	$207,0 \pm 2,7^{**}$
Деформация правого изгиба ободочной кишки	14	$152,3 \pm 3,3^{**}$	$131,2 \pm 2,5^{**}$	$210,0 \pm 2,8^{**}$
Деформация левого изгиба ободочной кишки	68	$105,3 \pm 1,8^*$	$168,2 \pm 1,6^{**}$	$210,1 \pm 3,4^{**}$
Трансверзоптоз, деформация обоих изгибов ободочной кишки	22	$145,3 \pm 1,5^{**}$	$157,0 \pm 1,6^*$	$219,0 \pm 2,1^{**}$
Деформация изгибов ободочной кишки без рефлюкс-энтерита	51	$141,5 \pm 1,2^{**}$	$155,5 \pm 1,6^{**}$	$219,8 \pm 1,7^{**}$
Деформация изгибов ободочной кишки и рефлюкс-энтерит	72	$146,0 \pm 1,6^{**}$	$157,0 \pm 1,5^{**}$	$222,0 \pm 1,9^{**}$

Примечание \* – различия достоверны ( $p < 0,01$ ), \*\* – различия достоверны ( $p < 0,001$ ).

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  $182,4 \pm 4,8\%$ .

**Результаты исследований и их обсуждение.** 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%).

Таблица 1

Анатомические изменения желудка и толстой кишки при висцероптозе

Анатомические изменения органов	Число больных	
	абс.	%
Гастроптоз III степени, деформация обоих изгибов ободочной кишки	19	15,5
Деформация правого изгиба ободочной кишки	14	11,4
Деформация левого изгиба ободочной кишки	68	55,3
Трансверзоптоз, деформация обоих изгибов ободочной кишки	22	17,8
Всего	123	100

Анализ клинического течения колостазы позволил выделить три стадии нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации, данные представлены в таблице 2.

Нарушения проходимости в изгибах ободочной кишки в стадии компенсации были обнаружены у 51 (42%) больного с жалобами на частые колющие боли по ходу толстой кишки, сопровождающиеся вздутием живота, задержкой

отхождения газов, на периодически возникающие запоры подающиеся устранению путем подбора соответствующей диеты.

Таблица 2

Клиническая оценка стадий нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки у больных висцероптозом

Стадия	Абс. число	%
Компенсации	51	42
Субкомпенсации	32	26
Декомпенсации	40	32
Всего	123	100

Вторая – стадия субкомпенсации была выявлена у 32 (26%) больных с наличием запоров, купируемых приемом слабительных препаратов.

Третья – стадия декомпенсации была установлена у 40 (32%) пациентов постоянно пользующихся очистительными клизмами.

Далее стадийность нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки у этих же больных проведено с учетом анатомических изменений полых органов участвующих в процессе колостазы.

Результаты проведенного нами анализа больных представлены в таблице 3.

Таблица 3

Клиническая оценка нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки в зависимости от анатомических изменений полых органов при висцероптозе

Анатомические изменения органов	Число больных		Стадии нарушения проходимости изгибов ободочной кишки		
	абс. ч.	%	компенсация	субкомпенсация	декомпенсация
Гастроптоз 3 ст. деформация обоих изгибов ободочной кишки	19	15,5	–	15	4
Деформация правого изгиба ободочной кишки	14	11,4	2	2	10
Деформация левого изгиба ободочной кишки	68	55,3	41	13	14
Трансверзоптоз, деформация обоих изгибов ободочной кишки	22	17,8	8	2	12
Всего	123	100	51	32	40

Как видно из представленной таблицы у 19 больных в группе с гастроптозом и колоноптозом, стадии субкомпенсации отмечена у 15 больных, декомпенсации у 4 пациентов.

При деформации правого изгиба ободочной кишки у 14 больных, стадия компенсации у 2, стадия субкомпенсации у 2, и стадия декомпенсации у 10 пациентов.

У 68 больных с деформацией левого изгиба ободочной кишки, стадия компенсации выявлена у 41 больного, стадия субкомпенсации нарушений проходимости у 13; и стадия декомпенсации у 14 обследованных.

В группе с трансверзоптозом и деформацией обоих изгибов ободочной кишки 22 больных, стадия компенсации у 8, субкомпенсации у 2, декомпенсации у 12 пациентов.

Как видно из представленной таблицы 3 в группе больных с деформацией левого изгиба ободочной кишки наибольший удельный вес отмечен в стадии компенсации у 41 (60%).

В стадии субкомпенсации наибольший удельный вес имел место в группе больных с гастроптозом 3 стадии и колоноптозом, у 15 (78,9%) из 19 больных.

В стадии декомпенсации наибольший удельный вес наблюдался в группе больных с деформацией правого изгиба ободочной кишки 10 из 14 обследуемых, что составляет 71,4%.

Несмотря на то, что полученные данные являются, безусловно важными, однако они основаны на только качественной оценке рентгенограмм и не дают возможность прогнозировать дальнейший ход клинического течения нарушений проходимости толстой кишки в виду субъективности, что в конечном счете затрудняет выработку хирургической тактики.

В этой связи возникает необходимость объективной количественной оценки степени нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки.

Индекс соответствия поперечников толстой кишки изучен у 123 больных колостазом. Полученные данные представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4 в группе больных с деформацией обоих изгибов ободочной кишки в сочетании с гастроптозом III стадии 19 человек ЦТИ был достоверно увеличен до  $165,4 \pm 2,8\%$ , против нормы  $128,3 \pm 3,1\%$ , а ТСИ был равен  $127,7 \pm 2,4\%$  против контроля  $142,7 \pm 3,9\%$  имеется тенденция к снижению, ЦСИ  $207,0 \pm 3,2\%$  в сравнении с контролем  $182,4 \pm 4,8\%$  достоверно был повышен. Эти данные свидетельствуют о резком снижении тонуса как слепой так и поперечной ободочной кишки при условии снижение тонуса левого фланга, что указывает о наличии деформации обоих изгибов ободочной кишки у этой категории больных.

В группе больных с деформацией правого изгиба ободочной кишки 14 человек, имело место достоверное увеличение ЦТИ до  $141,6 \pm 1,8\%$  против нормы  $128,3 \pm 3,1\%$ ; ТСИ до  $153,7 \pm 2,4\%$  против контроля  $142,7 \pm 3,9\%$ ; и также увеличение ЦСИ до  $207 \pm 2,7\%$ , что подтверждает наличие резкого снижения тонуса правого фланга толстой кишки.