

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
ИМЕНИ АКАД. М.А.ТОПЧИБАШЕВА

На правах рукописи

РАШАД ЗАХИД оглы ГАСАНОВ

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ
ВАРИАНТОВ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ
У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

3213.01 – «Хирургия»

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2016

Диссертация выполнена на кафедре хирургических болезней-3 Азербайджанского медицинского университета

Научный руководитель:

доктор наук по медицине, профессор

Ш.Ф.ИБРАГИМЛИ

Официальные оппоненты:

доктор наук по медицине, профессор

Р.А.МАМЕДОВ

доктор наук по медицине

Э.А.РУСТАМОВ

Ведущее учреждение: Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А.Алиева, кафедра общей хирургии-1

Защита диссертации состоится «_22_» 02__ 2016 года в «____» ч. на заседании Диссертационного совета FD03.061 при Научном центре хирургии имени акад.М.А.Топчибашева

Адрес: AZ1122, Баку, ул. Шарифзаде, 196, конференц-зал

С диссертацией можно ознакомиться в научном отделе Научного центра хирургии имени акад. М.А.Топчибашева

Автореферат разослан «____» _____ 2016 года

Ученый секретарь Диссертационного совета FD03.061, доктор наук по медицине

И.Л.КЯЗИМОВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Хронические запоры – constipation, как широко распространенное заболевание среди населения с возможной вероятностью развития серьезных осложнений, являются одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Широкая распространенность и риск (возможность) развития серьезных осложнений переводят хронический запор в разряд важных медико-социальных проблем [Байда А., Позднякова О., 2011]. По данным эпидемиологических исследований, хроническим запором страдают от 30 до 50% взрослого населения индустриально-развитых стран и от 5% до 30% детей в общей популяции [Rao S.S. et al., 2010; Хавкин А.И., 2012; Fognes G.S. et al., 2012].

По мнению некоторых исследователей, врожденное нарушение фиксации толстой кишки является причиной развития хронического запора от 45% до 74,2% случаев [Осипенко М.Ф., Фролова Н.Н., 2006; Бастраков Э.Н. и др., 2010].

Проблема нарушения фиксации толстой кишки привлекала внимание ученых еще в начале XX века, но их мнения о влиянии этой аномалии на функциональное состояние толстого кишечника всегда оставались противоречивыми [Wilms G.F., 1908; Klose J., 1909]. Некоторые авторы мобильную толстую кишку считают абдоминальной формой синдрома дисплазии соединительной ткани и полагают, что при отсутствии факторов риска эта аномалия до глубокой старости остается без клинических проявлений [Кузмичев П.П. и др., 2009]. Другие авторы считают, что из-за отсутствия связочного аппарата в печеночном и селезеночном углах, а также за счет интраперитонеального расположения восходящего и нисходящего отделов, толстая кишка становится патологически подвижной и, занимая различные положения в брюшной полости, подвергается грубым деформациям и перегибам, в результате чего создается механическое препятствие для пассажа толстокишечного содержимого [Комиссаров И.А. и др., 2003; Латыпов Р.З. и др 2012; Чабин А.В., 2012; Акатаев Н.А., 2013]. Эти же авторы предлагают различные варианты фиксирующих операций, обеспечивающих нормальное положение толстого кишечника в брюшной полости и устраняющих перегибы и деформации. К сожалению, после фиксирующих операций у большинства больных заметного улучшения не наблюдается, и они продолжают получать консервативное лечение. Поэтому в последние годы отдельные авторы при хронических

рефрактерных запорах, обусловленных аномалиями фиксации толстой кишки, предлагают выполнять субтотальную колэктомию [Ачкасов С.И. и др., 2000; Мусаев Х.Н. и др., 2013; Костырной А.В., 2015].

Следует отметить, что несмотря на многочисленные работы, посвященные аномалиям фиксации толстой кишки, некоторые аспекты этой проблемы до сих пор не нашли своего разрешения, а именно:

- состояние нервно-мышечного аппарата аномально фиксированного толстого кишечника;
- патогенетические механизмы развития запоров у взрослых больных с аномалиями фиксации толстой кишки;
- наличие факторов риска, провоцирующих клиническое проявление хронического запора у взрослых;
- причины неэффективности консервативной терапии и фиксирующих операций у большинства больных с аномалией фиксации толстой кишки, страдающих хроническими запорами.

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Целью исследования явилось изучение патогенетических механизмов развития хронических запоров при аномалиях фиксации толстой кишки и разработка рациональных принципов диагностики и лечения этой патологии.

Задачи исследования:

1. В результате комплексного обследования уточнить варианты аномалии фиксации толстой кишки, способствующие развитию хронических запоров у взрослых.
2. Определить факторы риска, провоцирующие клинические проявления хронического запора у взрослых больных с аномалией фиксации толстой кишки.
3. Определить морфологическое состояние интрамурального нервного аппарата и мышечного слоя стенки кишки у больных, оперированных по поводу хронических запоров, обусловленных аномалиями фиксации толстой кишки.
4. Разработать рациональную тактику лечения больных, страдающих хроническими запорами на фоне нарушения фиксации толстого кишечника.

Научная новизна:

1. На основании комплексного клинического, инструментального и морфологического исследования определены основные варианты аномалии фиксации толстой кишки.

2. Впервые к имеющимся в научной литературе трем вариантам аномалии фиксации толстой кишки (правосторонний, левосторонний и тотальный колоптозы), дополнительно выявлено два новых клинических варианта этой аномалии, а именно:

1) правосторонний колоптоз с частичным опущением левого селезеночного изгиба ободочной кишки;

2) частичное опущение обоих изгибов ободочной кишки.

3. Научно обоснованы патогенетические механизмы развития хронического запора у взрослых при этой патологии.

4. В результате проведенных исследований разработана рациональная лечебная тактика при хронических запорах, обусловленных нарушением фиксации толстой кишки.

Практическая значимость исследования. В результате проведенных исследований изучены возможности перорального контрольно-динамического рентгенологического исследования в определении вариантов аномалии фиксации толстой кишки и оценке состояние моторно-эвакуаторной функции кишки. Для практических врачей предложено 5 вариантов аномалии фиксации толстой кишки и разработан объем оперативных вмешательств в зависимости от вариантов аномалии.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Запоры у больных с аномалиями фиксации толстой кишки обусловлены не столько грубыми деформациями и перегибами, возникающими в результате изменения ее положения в брюшной полости, сколько наличием дистрофических изменений в интрамуральном нервном аппарате и мышечном слое стенки кишки, приводящих к угнетению ее двигательной активности.

2. Пероральное контрольно-динамическое рентгенологическое исследование позволяет определить не только варианты аномалий фиксации толстой кишки, но и тактику лечения больных с этой патологией.

3. При хронических рефрактерных запорах показано хирургическое лечение, объем которого зависит от варианта аномалии фиксации толстой кишки и от степени нарушения ее моторно-эвакуаторной функции.

Апробация работы: Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: XI международном конгрессе гастроэнтерологов и хирургов Евразии (Баку, 2008); XII международном конгрессе гастроэнтерологов и хирургов Евразии (Баку, 2011); научно-практической

конференции, посвященной 70-летию юбилею проф. Б.М.Ашурова (Баку, 2013); научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины – 2015», посвященной 92-летию общенационального лидера Г.Алиева (Баку, 2015).

Обсуждение диссертации было проведено на научной конференции, проведенной с совместным участием сотрудников кафедр хирургических болезней-1, 2 и 3 Азербайджанского медицинского университета (17 февраля 2015) и на заседании Аprobационного совета по хирургии при Научном центре хирургии им. акад. М.А.Топчубашова (15 октября 2015).

Внедрение в практику. Результаты диссертационной работы внедрены в практику хирургических отделений Республиканской клинической больницы имени акад. М.Миркасимова, а также в процессе обучения студентов АМУ.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 5 журнальных статей (в том числе 1 – в зарубежной печати) и 4 тезиса.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 145 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический список включает 240 источников, из которых 17 работ отечественных, а 233 – зарубежных авторов. Работа проиллюстрирована 27 рисунками и 13 таблицами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 285 больных, обратившихся по поводу хронического запора в Республиканскую клиническую больницу имени акад. М.Миркасимова за период с 2004 по 2014 годы. Мужчины составляли 31 (10,9%), женщины – 254 (89,1%) человек. Возраст больных варьировал от 18 до 60 лет.

Из 285 (100%) больных у 98 (34,4%) пациентов выявлена аномалия фиксации толстой кишки. Они, согласно цели и задачам данного исследования, составили основную исследовательскую группу. Все 98 больных в течение многих лет безуспешно лечились консервативно в поликлиниках, больницах и санаториях желудочно-кишечного профиля, т.е. у данных пациентов имелись резистентные к консервативной терапии (рефрактерные) запоры.

В зависимости от степени нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, пациенты были разделены на 3 группы: степень компенсации – задержка стула до 3-4 дней, стадия субкомпенсации –

задержка стула 5-10 дней, степень декомпенсации – задержка стула свыше 10 дней.

Из 40 (40,8%) оперированных пациентов, в стадии компенсации находилось 5 (12,5%) больных, 8 (20%) больных были в субкомпенсированной стадии, и 27 (67,5%) пациентов находились в стадии декомпенсации.

Все больные были обследованы по единой программе, включавшей клиническое, рентгенологическое, эндоскопическое и гистологическое исследования.

Следует отметить, что наиболее информативным методом изучения как эвакуаторной функции толстой кишки, так и аномалии её фиксации, является контрольно-динамическое пероральное рентгенологическое исследование, проводимое в положении больного стоя. Это исследование проводилось по следующей методике. За 3 суток до начала исследования пациенты прекращали приём препаратов, влияющих на двигательную активность кишечника и им не назначалось очистительных клизм до окончания исследования. Контрастное вещество (водная взвесь сульфата бария) комнатной температуры больные принимали перорально, фракционно в количестве 200-300 мл в течение 1-1,5 ч. Задержка эвакуации контраста свыше 72 ч является объективным подтверждением хронического колостаза. Проводился рентген-контроль за продвижением контрастной взвеси по толстой кишке через 24, 48 и 72 ч после приема контрастного вещества.

Морфологическое исследование проводилось на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии Азербайджанского медицинского университета, под руководством доктора наук по медицине И.А.Гасанова.

Согласно цели и задачам исследования, у 40 (40,8 %) больных, оперированных по поводу хронического запора на почве аномалии фиксации толстой кишки, был выполнен комплексный морфогистохимический и микрометрический анализ образцов резецированной толстой кишки и её брыжейки.

Также необходимо отметить, что было проведено аналогичное исследование и образцов резецированных отделов толстой кишки, изъятых от трупов людей. Данный объект исследования составил нашу контрольную исследовательскую группу.

Материал (толстая кишка) для морфологического исследования забирался от трупов людей умерших от различных причин (исключая патологии желудочно-кишечного тракта), через 6-12 часов после смерти.

Патолого-анатомическое вскрытие проводилось на кафедре судебной медицинской экспертизы Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей имени А.Алиева.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что при глубоком изучении анамнеза у основной исследовательской группы больных с аномалией фиксации толстой кишки, мы столкнулись с весьма важным фактом. Оказалось, что из 40 (40,8%) оперированных нами больных у 37 (92,5%) клинические признаки заболевания в виде запора и болей в животе появились сравнительно недавно, т.е. в ближайшие 2-3 года. До указанного времени эти лица были практически здоровыми, и вышеуказанные признаки у них никогда не отмечались. Конечно, здесь можно предположить, что течение аномалии фиксации толстой кишки без клинических признаков у данных лиц отражает компенсированную стадию данной патологии.

После установления у данных больных вышеуказанного анамнеза, была поставлена задача – выявить факторы, провоцирующие клинические проявления заболевания. Выявленные факторы в последующем были отнесены нами к факторам риска.

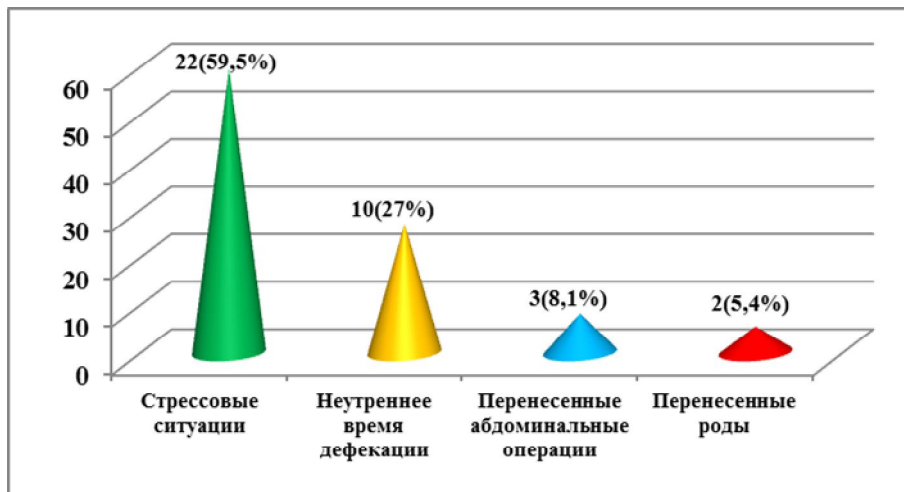


Рис. 1. Частота встречаемости фактора риска, провоцирующего клинические проявления хронического запора при аномалии фиксации толстой кишки

Таким образом, из приведенной диаграммы видно, что из 37 (92,5%) больных у 2 (5,4%) пациенток клинические признаки проявились после родов, причем одной из них было сделано кесарево сечение. Мы предполагаем, что при беременности происходит изменение внутрибрюшного давления и, естественно, изменяется гормональный фон, которые, в совокупности, служат провоцирующими факторами

возникновения запоров.

У 22 (59,5%) больных провоцирующими факторами были стрессовые ситуации. Вероятно, под воздействием длительных отрицательных эмоций нарушается нейрогуморальная регуляция моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, стресс также вызывает реактивацию кишечного воспаления. У 10 (27%) больных в качестве фактора риска было выявлено не утреннее время дефекации. Как известно, суточный ритм дефекации – это хронозависимая функция, и в случае нарушения суточного ритма эвакуаторной функции кишечника, со временем происходит подавление рефлексорных механизмов деятельности кишечника. У 3 (8,1%) пациентов провоцирующим фактором была перенесенная недавно абдоминальная операция, у одного (2,7%) – аппендэктомия, а у остальных 2 (5,4%) пациенток – тубоовариоэктомия. Если учитывать, что в регуляции акта дефекации помимо других факторов, участвует и сокращение мышц брюшного пресса, то можно предположить, что какая-либо перенесенная абдоминальная операция нарушает целостность мышц передней брюшной стенки, в результате чего и нарушается процесс дефекации. Хотелось бы отметить, что изучение факторов риска при аномалии фиксации толстой кишки будет способствовать проведению целенаправленной профилактики.

При контрольно-динамическом рентгенологическом исследовании больных с хроническим запором у 98 (34,4%) больных выявлена аномалия фиксации толстой кишки. Как видно из приведенной таблицы 1, нами выявлено 5 вариантов аномалии фиксации толстой кишки.

Таблица 1

Данные контрольно-динамического перорального рентгенологического исследования у больных с хроническим запором (n=98)

№	Выявленные изменения	Число больных	
		n	%
1.	Правосторонний колоптоз	22	22,5
2.	Правосторонний колоптоз с частичным опущением левого изгиба ТК	20	20,4
3.	Частичное опущение обоих изгибов ТК	17	17,3
4.	Тотальный колоптоз	18	18,4
5.	Левосторонний колоптоз	21	21,4

Первый вариант аномалии фиксации толстой кишки 22 (22,5%) больных характеризовался опущением правой половины толстой

кишки (правосторонний колоптоз). При втором варианте 20 (20,4%) больных имелось сочетание правостороннего колоптоза с частичным опущением левого изгиба толстой кишки. У 17 (17,3%) пациентов при контрольно-динамическом контрастном исследовании установлен третий вариант аномалии фиксации толстой кишки, который характеризовался частичным опущением обоих изгибов толстой кишки. Четвертый вариант аномалии фиксации толстой кишки 18 (18,4%) больных характеризовался тотальным колоптозом. Пятый вариант аномалии фиксации толстой кишки 21 (21,4%) больных характеризовался левосторонним колоптозом.

Полученные результаты рентгенологического исследования моторно-эвакуаторной функции толстой кишки в совокупности с клиническими данными позволили судить о степени нарушения фиксации толстой кишки, определить участок наиболее выраженного стаза в кишке и выбрать оптимальный метод лечения при хронических запорах.

Из 98 (34,4%) больных с аномалиями фиксации толстой кишки, хирургическое лечение было проведено 40 (40,8%) пациентам. Необходимо отметить, что остальные 58 (59,2%) больных, несмотря на строгие показания к оперативному лечению, категорически отказались от операции. Возраст оперированных пациентов варьировал от 16 до 60 лет. Среди них преобладали женщины – 35 (87,5%) больных, мужчины составили 5 (12,5%) человек.

Обобщая весь имеющийся материал, мы пришли к выводу, что показаниями для планового хирургического лечения больных при аномалиях фиксации толстой кишки, являются:

1. Хронический запор свыше 5 дней, с клинически и рентгенологически достоверно установленными аномалиями фиксации ободочной кишки.

2. Безуспешность неоднократных курсов настойчиво проводимой консервативной терапии (рефрактерные запоры).

3. Выраженное нарушение моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки, задержка эвакуации контрастной взвеси свыше 3 суток.

4. Прогрессирующее ухудшение самочувствия и качества жизни пациентов, несмотря на проводимые комплексные консервативные мероприятия.

Мы считаем, что основным методом хирургического лечения колоптоза, является резекция патологически измененного участка киш-

ки, которая характеризуется выраженным стазом, установленным при целенаправленном рентгенологическом исследовании моторно-эвакуаторной функции толстой кишки в совокупности с клиническими данными.

При хронических запорах на фоне аномалии фиксации толстой кишки, были выполнены следующие методы хирургического лечения:

1. При правостороннем колоптозе – правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом.

2. При левостороннем колоптозе – левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмоанастомозом.

3. При тотальном колоптозе, а также при остальных двух формах колоптоза, отмеченных нами выше, выполнялась субтотальная колэктомия с илеосигмоанастомозом.

Виды проведённого оперативного вмешательства при аномалии фиксации толстой кишки приведены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от вида проведенного оперативного вмешательства

Методы оперативного лечения	n	Общее количество пациентов (n=40)					
		Компенсация		Субкомпенсация		Декомпенсация	
Правосторонняя гемиколэктомия	8	2	25%	2	25%	4	50%
Левосторонняя гемиколэктомия	16	2	12,5%	3	18,8%	11	68,8%
Субтотальная резекция ободочной кишки	16	1	6,3%	3	18,8%	12	75,0%

Как видно из данной таблицы, 8 (20,0%) больным была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом. Из них 2 (25%) пациента были с компенсированной степенью, 2 (25%) – с субкомпенсированной степенью и 4 (50,0%) больных – с декомпенсированной стадией хронического запора.

С левосторонним колоптозом оперировано 16 (40,0%) больных, которым была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с трансверзо-

сигмоанастомозом. Из них 2 (12,5%) пациента находились в стадии компенсации, 3 (18,8%) больных страдали субкомпенсированной степенью хронического запора и у 11 (68,8%) человек заболевание носило декомпенсированный характер.

Субтотальная резекция ободочной кишки была выполнена 16 (40,0%) больным. Из них 10 (62,5%) больных страдали тотальным колоптозом, 4 (25,0%) больных были с диагнозом «частичное опущение обоих изгибов толстой кишки». Остальные 2 (12,5%) оперированных больных были с диагнозом «правосторонний колоптоз с частичным опущением левого изгиба толстой кишки».

Основным показанием для выполнения субтотальной колэктомии у перечисленной группы больных, являлась задержка контрастного вещества по всей толстой кишке свыше 3 суток.

Причины нарушения моторики кишечника при аномалии фиксации толстой кишки до сих пор остаются невыясненными. Недостаточно изучены и гистологические изменения в стенке кишки при данной патологии.

В ходе настоящего исследования был выполнен комплексный морфогистохимический и микрометрический анализ образцов резецированной толстой кишки и ее брыжейки у 40 больных, оперированных по поводу хронического запора на почве аномалии фиксации толстой кишки.

При морфогистохимических исследованиях стенки толстой кишки больных, оперированных по поводу хронического запора, обусловленного аномалиями фиксации толстой кишки (основная группа), во всех случаях (100%) были обнаружены грубые морфогистохимические изменения в нервно-мышечном аппарате кишки и аномальный состав слизи с резким угнетением ее секреции, что, в совокупности, сыграли важную роль в подавлении перемещения содержимого по просвету толстого кишечника. Морфогистохимические изменения в 75% случаев носили очаговый (локальный, прерывистый), а в 25% случаев – диффузный (непрерывный) характер.

Гистологическому исследованию были также подвергнуты образцы резецированных отделов ободочной кишки, изъятых от 18 (18%) трупов людей с аномалиями фиксации толстой кишки (контрольная группа). При вскрытии 100 трупов людей, у 18 (18%) из них были выявлены следующие варианты колоптоза: в 8 (44,4%) случаях – тотальный колоптоз, в 7 (38,9%) случаях – правосторонний колоптоз, в 3 (16,7%) случаях – левосторонний колоптоз. Данный объект изучения

составил нашу контрольную исследовательскую группу.

У данного контингента при морфологическом исследовании были получены результаты, строго отличающиеся от результатов исследования основной исследовательской группы больных. При исследовании нервно-сосудистый комплекс морфологически оказался сохранившимся, т.е. патологических изменений при морфогистохимических исследованиях стенки толстой кишки обнаружено не было.

Также хотелось бы отметить следующий факт: после получения данных гистологического исследования, мы обратились по месту жительства данных лиц с целью расспроса близких родственников для выяснения, имелись ли у них когда-нибудь жалобы на признаки запора. Кроме того, мы обращались в участковую поликлинику для изучения медицинской карты этих лиц.

При расспросе родственников выяснилось, что эти лица никогда не жаловались на запоры. При индивидуальном изучении медицинских карт данных лиц в них также не были зарегистрированы признаки запора.

У всех оперированных 40 (40,8%) больных в послеоперационном периоде были изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения были отмечены у 7 (17,5%) из 40 (40,8%) больных. У 3 (42,9%) больных наблюдалось нагноение лапаротомной раны, у 3 (42,9%) больных – гипостатическая пневмония, у 1 (14,3%) больного отмечено внутрибрюшное кровотечение.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных были изучены в сроки от 6 мес. до 2 лет.

С целью оценки отдаленных результатов хирургического лечения, был проведен опрос пациентов по анкете, где качество жизни оценивалось по 5-балльной шкале. Отличный результат хирургического лечения оценивался в 5 баллов, хороший результат – в 4 балла, удовлетворительный результат – в 3 балла.

Отдаленные результаты хирургического лечения приведены в таблице 3. Как видно из данной таблицы, результаты хирургического лечения расценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные в зависимости от отсутствия или наличия симптомов запора, признаков кишечной диспепсии и необходимости консервативного лечения.

Таблица 3

Отдаленные результаты хирургического лечения
при аномалиях фиксации толстой кишки

Результаты	Право- сторонняя гемикол- эктомия		Левосторонняя гемикол- эктомия		Субтотальная резекция толстой кишки		Всего	
	n=8	%	n=16	%	n=16	%	n=40	%
отличный	6	75	10	62,5	13	81,2	29	72,5
хороший	2	25	4	25	2	12,5	8	20
Удовлетворительный	—	—	2	12,5	1	6,25	3	7,5
неудовлетворительный	—	—	—	—	—	—	—	—
нет результатов	—	—	—	—	—	—	—	—

Установлено, что наилучшие результаты хирургического лечения аномалии фиксации толстой кишки отмечены у больных, перенесших правостороннюю колэктомию. Эти больные чувствовали себя хорошо, жалоб не предъявляли, болей в животе не было, стул был регулярным, оформленным, самостоятельным, 1-2 раза в сутки.

Из 16 пациентов, подвергшихся левосторонней гемиколэктомии у 10 (62,5%) больных отмечались отличные результаты хирургического лечения, стул был регулярным, признаки интоксикации, вздутие и боли в животе не наблюдались. У 4 (25%) пациентов были хорошие результаты лечения, в первые 3-6 месяцев послеоперационного периода жалоб не отмечалось, однако по истечению этого срока больные жаловались на задержку стула до 1 суток, на боли и вздутие живота. У остальных 2 (12,5%) больных отмечался удовлетворительный результат хирургического лечения, были жалобы на задержку стула до 2 суток, на боли схваткообразного характера в животе и метеоризм. Данные больные иногда пользовались слабительными средствами.

При комплексном клинико-рентгенологическом исследовании установлено, что причиной запора у всех этих больных является тревожно-депрессивное состояние, которое отмечалось и до операции. Этим больным назначался курс консервативной терапии с применением антидепрессантов. После назначения антидепрессантов состояние больных значительно улучшилось. Отмечалась нормализация

стула, вздутие и боли в животе прошли. Рекомендован длительный прием антидепрессантов.

Из 16 больных, перенесших субтотальную колэктомию, у 13 (81,2%) пациентов отмечались отличные результаты хирургического лечения. У них отсутствовали жалобы на диспепсические расстройства, стул был регулярным. У 2 (12,5%) пациентов отмечались хорошие результаты, они жаловались на периодическое появление вздутия живота, а также на неустойчивый стул, т.е. склонность к поносу 1-2 раза в сутки. И, наконец, у 1 (6,25%) больного из этой группы наблюдался удовлетворительный результат хирургического лечения. У этого больного имелись умеренно выраженные функциональные нарушения, проявлявшиеся периодическим вздутием живота, урчанием кишечника, болью и неустойчивым стулом со склонностью к поносам до 4-5 раз в сутки. В кале данных больных было обнаружено небольшое количество непереваренной клетчатки, йодофильная микрофлора, незначительное количество неизмененных мышечных волокон, единичные лейкоциты. Указанные нарушения были переходящими и кратковременными. Пациенты продолжали работать по специальности.

Таким образом, сопоставление данных морфологического исследования основной исследовательской группы больных с данными исследования контрольной группы, а также отсутствие в анамнезе запоров у лиц контрольной группы, несмотря на имеющуюся у них аномалию фиксации толстой кишки, позволило нам с уверенностью заявить, что патогенетическим механизмом развития хронических запоров при колоптозе являются не столько грубые деформации и перегибы, возникающие в результате изменения её положения в брюшной полости, сколько морфологические изменения стенки толстой кишки, приводящие к угнетению её двигательной активности.

Учитывая вышеуказанное, мы считаем, что фиксирующие операции являются недостаточно патогенетически обоснованными вмешательствами при хронических рефрактерных запорах у больных с аномалиями фиксации толстой кишки.

Выявленные морфологические изменения в стенке толстой кишки в совокупности с установленным выраженным стазом при контрольно-динамическом рентгенологическом исследовании и при наличии неэффективности длительной консервативной терапии, подтверждает выработанную нами тактику в пользу выполнения различных вариантов колэктомии при аномалиях фиксации толстой кишки, являющейся патогенетически обоснованным оперативным вмешательством.

ВЫВОДЫ

1. Пероральное контрольно-динамическое контрастное рентгенологическое исследование, проводимое в положении больного стоя, позволяет достаточно точно определить варианты аномалии фиксации толстой кишки и оценить степень нарушения ее моторно-эвакуаторной функции.
2. Выявлено не 3 (как указано в научной литературе), а 5 вариантов аномалии фиксации толстой кишки: I вариант – 22 (22,4%) больных с опущением правой половины толстой кишки, II вариант – 20 (20,4%) больных с правосторонним колоптозом и частичным опущением левого изгиба, III вариант – 17 (17,3%) больных с частичным опущением обоих изгибов ободочной кишки, IV вариант – 18 (18,4%) больных с тотальным колоптозом, V вариант – 21 (21,4%) больных с левосторонним колоптозом. Из вышеуказанных вариантов 2 и 3 являются нами предложенными.
3. Аномалия фиксации толстой кишки у 37 (92,5%) пациентов оставалась без клинических проявлений. Клиника хронического запора у данных больных развивалась под влиянием следующих факторов: стрессовые ситуации – у 22 (59,5%), послеполуденная дефекация – у 10 (27%), перенесенная абдоминальная операция – у 3 (8,1%) и перенесенные роды – у 2 (5,4%) больных.
4. У всех 40 больных (основная группа) оперированных по поводу хронического запора, обусловленного аномалиями фиксации толстой кишки, были обнаружены грубые морфогистохимические изменения в стенке толстой кишки, что сыграло важную роль в нарушении моторно-эвакуаторной ее функции. У обследованных на аутопсии лиц с аномалиями фиксации толстой кишки без клинических проявлений хронического запора (контрольная группа), при морфогистохимических исследованиях стенки кишки у них, патологические изменения не были обнаружены.
5. При хронических запорах, обусловленных аномалиями фиксации толстой кишки показано хирургическое лечение, объем и характер которого зависит как от вариантов аномалии фиксации, так и от степени нарушения моторно-эвакуаторной функции кишки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При хронических запорах, с целью выявления причин заболевания, всем больным необходимо проводить пероральное контрольно-динамическое контрастное рентгенологическое исследование в положении больного стоя, которое позволяет достоверно определить наличие аномалии фиксации толстой кишки и оценить ее функциональное состояние. При наличии аномалии фиксации толстой кишки, если контрастное вещество в течение 48 часов задерживается в каком-либо ее сегменте, больному показана операция т.к. консервативное лечение не будет давать желаемого эффекта всвязи с наличием грубых морфогистохимических изменений в ее стенке.
2. Ирригоскопия, производимая в горизонтальном положении больного, с целью изучения как моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, так и для изучения вариантов ее аномалий, является малоинформативным методом исследования. При данном методе имеется необходимость тугого наполнения толстой кишки бариевой взвесью и частого изменения положения больного в процессе исследования. Все это является факторами, способствующими механическому смещению петель толстой кишки ввиду ее значительной подвижности на фоне аномалии фиксации. При этом перегибы и деформации, имеющиеся на фоне колоноптоза, при исследовании ложно проявляются в виде двустволки или тотального долихоколона.
3. Колоноскопия не позволяет оценить состояние моторно-эвакуаторной функции кишки и определить наличие аномалии ее фиксации и поэтому должна проводиться только при подозрении на механическую природу хронического запора.
4. Объем и характер оперативных вмешательств при хронических запорах на почве аномалии фиксации толстой кишки, в отличие от других видов запора, должны определяться индивидуально, в зависимости от варианта аномалии фиксации кишки. При I варианте аномалии фиксации толстой кишки показана правосторонняя колэктомия, при V варианте-левосторонняя колэктомия, а при II-III-IV вариантах – субтотальная колэктомия. Консервативное лечение у этих больных не дает желаемого эффекта и может явиться компонентом предоперационной подготовки.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Диагностика и лечение хронических запоров // Сərrahiyyə, 2008, №1, с.21-29 (соавт.: Ш.Ф.Ибрагимли, Б.М.Даценко, И.Т.Ахундов и др.).
2. Treatment of chronic colostasis / XI Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya Konqresinin materialları, Bakı, 2008, s. 228 (соавт.: Ş.F.İbrahimli, D.Ə.Ələkbərov).
3. Особенности диагностики и лечения хронических запоров, обусловленных аномалиями фиксации толстой кишки // Харківська хірургічна школа, 2009, №2, с.34-36 (соавт.: Ш.Ф.Ибрагимли, И.Т.Ахундов).
4. Морфологическая и гистохимическая характеристика стенки толстой кишки у больных с аномалиями ее фиксации, оперированных по поводу хронического запора //Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2011, №-3, s. 61-66 (соавт.: Ш.Ф.Ибрагимли, И.А.Гасанов).
5. Клинико-рентгенологическая характеристика и лечение аномалий фиксации толстой кишки, сопровождающихся хроническим запором // Сərrahiyyə, 2011, № 4, с.31-36 (соавт.: Ш.Ф.Ибрагимли).
6. Colon fixation abnormality clinical manifestations, risk factors / XII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya Konqresinin materialları, Bakı, 2011, s. 214 (соавт.: Ş.F.İbrahimli).
7. Непосредственные и отдаленные результаты лечения аномалии фиксации толстой кишки, сопровождающихся хроническим запором // Sağlamlıq, 2012, №4, с.197-200.
8. Colonic mucosa state and mucus secretion specifics at refractory constipation caused by anomaly in fixation of the colon / Tibb elmləri doktoru, professor B.M.Aşurovun 70-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları, Bakı, 2013, s.64 (соавт.: Ş.F.İbrahimli).
9. Особенности хирургического лечения больных с аномалиями фиксации толстой кишки, осложненных хроническим запором / Ümummilli lider Heydər Əliyevin anadan olmasının 92-ci ildönümünə həsr olunmuş «Təbabətin aktual problemləri – 2015» mövzusunda elmi praktik konfransın materialları, Bakı, 2015, s. 58. (соавт.: Ш.Ф.Ибрагимли)

**YOĞUN BAĞIRSAĞIN ANOMAL FİKSASIYASI OLAN
XƏSTƏLƏRDƏ XRONİK QƏBİZLİK ZAMANI
KOLEKTOMİYANIN MÜXTƏLİF VARIANTLARININ
KLİNİK-MORFOLOJİ ƏSASLANDIRILMASI**

XÜLASƏ

Hazırkı tədqiqatın məqsədi yoğun bağırsağın anomallı fiksasiyası fonunda yaranmış xronik qəbizliyin patogenetik mexanizmlərinin öyrənilməsi, səmərəli diaqnostik və müalicə taktikasının işlənilib hazırlanmasıdır. Klinik tədqiqatlar 2004-2014-ci illərdə Respublika Klinik Xəstəxanasının Cərahiyyə şöbəsinə xronik qəbizlik şikayətləri ilə müraciət etmiş 285 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələrdən 31 kişi, 254 isə qadın olmuşdur. Xəstələrin yaşı 18-60 yaş arasında dəyişirdi. Bütün xəstələr klinik, rentgenoloji, endoskopik, histoloji müayinələr daxil olan vahid proqram əsasında müayinə olunmuşdur. Əsas qrupa daxil edilmiş 98 (34,4%) xəstədə xronik qəbizliyin səbəbi yoğun bağırsağın anomallı fiksasiyası olmuşdur. Kontrol-dinamik rentgenoloji müayinənin nəticəsinə əsasən yoğun bağırsağın anomallı fiksasiyasının 5 variantı müəyyən edilmişdir. Məlum olmuşdur ki, rentgenoloji müayinənin nəticələri klinik məlumatlarla birlikdə yoğun bağırsağın fiksasiyasının pozulma dərəcəsini, möhtəviyyətin hərəkətinin ləngimə sahələrini dəqiq təyin etməyə və optimal müalicə üsulu seçməyə imkan yaradır.

Əsas qrupa daxil olan 37 (92,5%) xəstədə xronik qəbizliyin klinik təzahür etməsinə müxtəlif risk amilləri səbəb olmuşdur. 98 xəstədən 40 (40,8%) nəfəri cərrahi əməliyyat olunmuş, 58 (59,2%) xəstə cərrahi əməliyyatdan imtina etmişdir. Operativ müalicə almış 40 nəfərin hamısında bağırsaq divarının əzələ-sinir aparatı morfoloji və histokimyəvi metodlarla tədqiq edilmişdir. 30 (75%) xəstədə sinir-əzələ kompleksində ocaqlı, 10 (25%) xəstədə isə diffuz dəyişikliklər aşkarlanmışdır.

Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, yoğun bağırsağın anomallı fiksasiyası olan xəstələrdə qəbizliyin səbəbi bağırsağın intramural sinir aparatında və əzələ qatında olan ağır distrofik dəyişikliklərdir. Bu xəstələrdə kolektomiyanın müxtəlif variantları optimal cərrahi əməliyyat sayılır.

Sağtərəfli koloptozlarda sağtərəfli hemikolektomiya, soltərəfli koloptozlarda – soltərəfli hemikolektomiya, fiksasiya pozulmalarının digər variantlarında isə subtotal kolektomiya daha yaxşı nəticələr vermişdir.

RASHAD ZAHID HASANOV

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF DIFFERENT VARIANTS OF COLECTOMY DURING THE CHRONIC CONSTIPATION OF PATIENTS WITH ABNORMAL FIXATION OF LARGE INTESTINE

SUMMARY

The aim of the present study is to learn the pathogenetic mechanisms of chronic constipation formed against the background of abnormal fixation of large intestine and to develop the rational diagnostic and treatment tactics. Clinical studies applied to the surgical department of RIS with complaints of chronic constipation in 2004-2014 years, 285 patients were surgeryed. 31 patients were male, and 254 patients were female. The age of patients was registered between 18-60 age. All patients were check-uped based on a single program and there was included clinical, roentgenology, endoscopic, histology checkups. In the main group of patients 98(34,4%), the cause of chronic constipation was abnormal fixation of the colon. According to the results of x-ray control checkup, 5 version of the abnormal colon fixation have been verified. It was found that the results of x-ray checkup provides an opportunity to register the main group of the patients 37 (92,5%), in clinical manifestation of chronic constipation caused by various risks factors. 40 (40,8%) patients, from 98 patients were surgeried, 58 (59,2%) patients refused from surgery. In all, 40 people who has been treated operatively checkuped morphological and histochemical methods of muscle-nerve apparatus of the intestinal wall. In 30 (75%) patients were found neuromuscular complex focal, in 10 (25%) patients were found diffuse changes.

The results of research showed that cause of constipation in patients with colon anomalous fixation is heavy dystrophic changes in intramural nerve and muscle that in the office of the intestines. In these patients are considered optimal surgery of the different options of colectomy.

Right-sided hemicolectomy in right-sided coloptosis, left-sided hemicolectomy in left-sided coloptosis, and subtotal colectomy in other variants of fixation disorders have been resulted better.

Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.

Sifariş 502 Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AKADEMİK M.A.TOPÇUBAŞOV ADINA
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

Əlyazması hüququnda

RƏŞAD ZAHİD OĞLU HƏSƏNOV

**YOĞUN BAĞIRSAĞIN ANOMAL FİKSASIYASI OLAN
XƏSTƏLƏRDƏ XRONİK QƏBİZLİK ZAMANI
KOLEKTOMİYANIN MÜXTƏLİF VARIANTLARININ
KLİNİK-MORFOLOJİ ƏSASLANDIRILMASI**

3213.01 – «Cərrahlıq»

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

Bakı – 2016