

© С. А. Алиев, Э. С. Алиев, 2018
УДК 616.3-009.11-036.12-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-2-95-99

С. А. Алиев, Э. С. Алиев

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СТРАТЕГИИ И ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Азербайджанский государственный медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Ключевые слова: хронический колостаз, хирургическое лечение, гемиколэктомия, субтотальная колэктомия, тотальная колэктомия, лапароскопическая колэктомия

S. A. Aliev, E. S. Aliev

Modern trends in strategy and tactic of surgical management of chronic constipation

Azerbaijan Medical University, Baku

Keywords: chronic constipation, surgical management, hemicolectomy, subtotal colectomy, total colectomy, laparoscopic colectomy

Статистические, эпидемиологические и клинические исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют об общемировой тенденции к увеличению заболеваемости хроническим колостазом. Хронический колостаз (ХК) – это интегральный комплекс различных симптомов, связанных с нарушением регулярности процесса околосуточного ритма опорожнения толстой кишки и длительной задержкой содержимого в каком-либо ее сегменте или замедленным транзитом содержимого по всей толстой кишке, вследствие нарушения ее моторно-эвакуаторной функции [1–5]. ХК является одной из частых причин кологенных запоров. По данным литературы [6–12], ХК страдают около 37–48 % взрослого трудоспособного населения индустриально развитых стран мира, а заболеваемость среди больных старше 60 лет доходит до 60 %, что свидетельствует не только о важной медико-социальной, но и геронтологической значимости проблемы. В педиатрической практике ХК регистрируется у 5 % детей [13].

Большинство авторов [7, 14, 15] выделяют три степени (формы) ХК: 1) компенсированная – имеется задержка стула до 3 дней, боли в животе возникают редко; 2) субкомпенсированная – задержка стула от 3 до 7 дней, боли в животе, наличие отдельных внекишечных проявлений заболевания; 3) декомпенсированная – задержка стула свыше 7 дней, боли в животе с многочисленными внекишечными проявлениями, аутоинтоксикацией, длительной потерей трудоспособности.

Вопрос о выборе рационального метода лечебной тактики у больных с ХК до настоящего времени остается дискуссионным. Это объясняется тем, что до сих пор не разработаны единая стратегия и тактика лечения ХК, не обоснованы четкие клинические критерии и аргументированные показания к хирургическому лечению, а также выбор объема оперативного вмешательства, хотя история хирургического лечения ХК берет свое начало еще с XX в. [16]. Сторонники консервативной тактики лечения отдают предпочтение медикаментозной коррекции ХК даже при ее компенсированной стадии заболевания [8, 17, 18]. Скептическое отношение хирургов к оперативному лечению ХК обусловлено неудовлетворительными результатами и возвратом симптомов заболевания, частота которого достигает 27,3–88,9 % [9, 18, 19]. По данным многих авторов [9, 18, 20–23], при консервативном лечении неудовлетворительные результаты наблюдаются в 20–30 %, а частота рецидивов заболевания после хирургического лечения достигает 35–45,9 %. Другие авторы [19] указывают

на более высокий уровень рецидивов заболевания – 88,9 %. Большинство авторов [3, 7, 22–26] считают, что критериями для определения показаний к хирургическому лечению ХК являются: 1) суб- и декомпенсированные формы, обусловленные клинически и рентгенологически установленными аномалиями развития ободочной кишки; 2) отсутствие самостоятельного стула и безуспешность комплексной консервативной терапии; 3) выраженный и некупируемый абдоминальный болевой синдром; 4) синдром прогрессирующей хронической эндогенной интоксикации; 5) частые эпизоды толстокишечной непроходимости; 6) наличие сопутствующих заболеваний, обусловленных ХК.

Ряд авторов [27] считают, что низкий социальный статус может служить прогностическим признаком низкой комплаентности пациентов и является возможной причиной неэффективности медикаментозного лечения. Ими на основании опыта лечения 167 больных с хроническим толстокишечным стазом сформулированы следующие показания к хирургическому лечению ХК: 1) безуспешность консервативной терапии, проводимой в течение не менее 6 месяцев у больных, страдающих субкомпенсированным и декомпенсированным колостазом более 3 лет; 2) увеличение выраженности явлений частичной кишечной непроходимости на фоне консервативной терапии; 3) прогрессирующее ухудшение общего состояния и качества жизни больного; 4) выявление патологических изменений ободочной кишки.

Относительно выбора объема метода оперативного вмешательства при ХК среди хирургов существуют разноречивые мнения. Многие авторы [25, 28] считают целесообразным ограничить показания к расширенным вмешательствам и не выходить за рамки сегментарной резекции толстой кишки и гемиколэктомии. Другие [2, 3, 29–31] ставят более широкие показания к хирургическому лечению, рекомендуя расширенную резекцию ободочной кишки вплоть до субтотальной и тотальной колэктомии. Одним из нерешенных вопросов хирургического лечения ХК является выбор оптимального объема резекции толстой кишки и невозможность определения состояния ее нефункционирующих отделов. Учитывая это, ряд авторов [32] используют усовершенствованную методику «Хинтон-тест» с применением рентгеноконтрастных маркеров. Некоторые авторы [33] для определения скорости транзита по кишечнику и оценки степени нарушения двигательной функции толстой кишки применяют радионуклидное сканирование (сцинтиграфию) с использованием метки ⁹⁹Tc.

Авторы считают, что метод сцинтиграфии толстой кишки весьма объективно отражает нарушение ее моторно-эвакуаторной функции при ХК. Данный метод позволяет провести количественное измерение транзита содержимого по толстой кишке, меченного технецием, определить специфику строения и расположения органа. По мнению авторов, полученную информацию целесообразно использовать при выборе способа хирургической коррекции ХК. Учитывая, что основной причиной ХК являются перегибы толстой кишки, построенной по антропоморфному типу, В. А. Авакимян и В. В. Зорик [24] считают, что при ХК, развившемся на почве антропоморфного типа строения толстой кишки, методом выбора может быть такое реконструктивное оперативное вмешательство на кишечнике, с помощью которого при максимальном сбережении кишки возможно было бы устранить ее врожденные патологические особенности строения и функции. С этой целью авторами разработан и внедрен способ реконструктивной операции, суть которой сводится к перемещению проксимального отдела поперечной ободочной кишки влево и вниз по направлению к прямой кишке, сгибая сверху и слева начальный отдел тощей кишки. По данным авторов, у 75 из 80 больных, оперированных по разработанному способу, были получены хорошие функциональные результаты в отдаленном периоде наблюдения.

А. В. Воробьев и соавт. [14] и С. Т. Рахмановым [15] разработан алгоритм обследования, сформулированы строгие критерии отбора и новые подходы к хирургической коррекции ХК и других осложнений при долихоколон в зависимости от его варианта, анатомии и тонуса ободочной кишки.

А. В. Воробей и соавт. [14] считают, что в большинстве случаев ХК на фоне долихоколон зависит не от самого удлинения ободочной кишки, а от патологической подвижности слепой и восходящей кишки, колостазы и отсутствия нормального связочного аппарата ободочной кишки, который является точками фиксации при пропульсивной перистальтике и продвижении кишечного содержимого. При правостороннем колостазе, подвижных слепой и восходящей кишке либо их тпозе на фоне долихосигмы авторы выполняют расширенную правостороннюю гемиколэктомию, мезосигмопликацию по Гаген–Торну с формированием инвагинационного илеотрансверзоанастомоза «конец в конец», моделирование желудочно-ободочной связки. При левостороннем колостазе эти авторы предлагают расширенную левостороннюю гемиколэктомию с трансверзоректоанастомозом и моделированием желудочно-ободочной связки, цекопексию. При цеко- и трансверзостазе на фоне долихосигмы авторы выполняют субтотальную колэктомию в собственной модификации. По их данным, модифицированный способ проксимальной субтотальной колэктомии, являясь оптимальным вариантом оперативного вмешательства при суб- и декомпенсированных формах ХК, способствует нормализации толстокишечного транзита у 85,3 % больных. На основании собственного опыта авторы считают, что такие операции, как резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия, редко дают положительные результаты. По их мнению, резекция долихосигмы показана только при повторяющихся эпизодах заворота на фоне гипертрофии кишечной стенки и мезо-сигмоидита, характеризующегося грубыми рубцевыми изменениями брыжейки долихосигмы. Эти же авторы при хроническом болевом синдроме, обусловленном долихоколон, клинически эффективной и экономически целесообразной считают лапароскопическую фиксацию избыточно подвижного сегмента ободочной кишки.

Ряд авторов [25] операцией выбора при ХК считают расширенную гемиколэктомию от правой трети поперечной ободоч-

ной кишки до ректосигмоидного отдела с расчетом оставления совершенно прямого участка ободочной кишки. И. В. Киргизов и соавт. [34, 35] выбор оптимального объема резекции ободочной кишки при ХК определяют на основании ультразвукового сканирования стенки толстой кишки с изучением эхоструктуры и особенности архитектоники слоев по протяжению пораженной толстой кишки и локализации стаза кишечного содержимого. Авторы считают, что интраоперационное ультразвуковое исследование позволяет более объективно и качественно оценить характер, глубину и протяженность изменений слоев кишечной стенки, что дает возможность индивидуализировать объем радикального оперативного вмешательства (от левосторонней гемиколэктомии до субтотальной колэктомии), оптимизировать результаты хирургического лечения больных с декомпенсированной формой ХК.

С. Е. Гаврина и соавт. [36] считают, что для достижения хороших функциональных результатов хирургического лечения ХК левосторонней локализации оптимальный вариант оперативного вмешательства должен быть минимальным – в объеме левосторонней гемиколэктомии. Е. В. Андреев и соавт. [37] при декомпенсированной форме ХК выполняют левостороннюю гемиколэктомию с трансверзоректальным анастомозом и левостороннюю гемиколэктомию с резекцией поперечной ободочной кишки до ее проксимальной трети. Ряд авторов [38] при ХК, обусловленном избыточно длинной ободочной кишкой, перегибами и нарушением связочного аппарата различных отделов толстой кишки, производят тотальную мобилизацию ободочной кишки с рассечением париетальной брюшины, резецируют избыточную нисходящую, сигмовидную и левую половину поперечной ободочной кишки с наложением трансверзоректального анастомоза. По их данным, выполнение тщательной фиксации ободочной кишки восстанавливает физиологический механизм толстокишечного пищеварения и тем самым обеспечивает моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки. В. М. Дурлештером и соавт. [27] доказано, что расширенная левосторонняя гемиколэктомия с резекцией ректосигмоидного перехода, положительной ротацией корня брыжейки и транспозицией правых отделов толстой кишки в левую половину брюшной полости, созданием нового связочного аппарата обеспечивают благоприятные отдаленные результаты, а также способствуют ранней послеоперационной реабилитации и повышению качества жизни оперированных пациентов. По данным этих авторов, применение разработанной методики у 81 больного с ХК позволило достичь хороших и удовлетворительных результатов в (89±3,7) % наблюдений. Однако на основании опыта лечения 253 детей с ХК различного генеза, Ф. Х. Саидов [39] считает, что фиксирующие операции при рефрактерных формах ХК у больных с аномалиями фиксации толстой кишки являются патогенетически недостаточно обоснованными, что связано с морфоструктурными изменениями ее нервных сплетений. Выявляемые изменения интрамурального нервного аппарата и мышечного слоя толстой кишки, по мнению автора, несомненно, приводят к угнетению моторной активности толстой кишки и обуславливают замедление пассажа ее содержимого. Он считает, что оптимальными методами оперативных вмешательств, позволяющих достичь лучших функциональных результатов, являются различные варианты колэктомии.

Большинство авторов [2, 3, 7, 29–31, 33, 40] считают, что оптимальным вариантом хирургического лечения ХК является субтотальная колэктомия, отдаленные результаты которой свидетельствуют о наибольшей эффективности данной методики в отношении предотвращения рецидива заболевания и реабили-

литации пациентов. По данным Р. Н. Cordon и соавт. [41], субтотальная колэктомия с формированием асцендоректального анастомоза, являясь унифицированной и более физиологичной операцией, имеет преимущество, заключающееся в сохранении небольшой части толстой кишки, позволяет добиться хирургической коррекции рефрактерного запора у 90 % больных. По мнению этих авторов, недостатком данной операции являются дилатация оставшейся части толстой кишки, а также диарея, наблюдающаяся у 25 % пациентов. Для уменьшения частоты дефекации, связанной с постоянным и неконтролируемым поступлением в прямую кишку тонкокишечного содержимого, предложено сохранять часть восходящей ободочной и слепой кишки с илеоцекальным клапаном [42]. Однако этот метод требует полной мобилизации остающихся отделов ободочной кишки, изменения их положения с разворотом на 180° в краниокаудальном направлении и наложения изоперистальтического асцендоректоанастомоза, что может сопровождаться техническими сложностями, перегибом питающих сосудов, увеличивая риск ишемических нарушений. L. Sarli и соавт. [42] предложен способ наложения антиперистальтического цекоректоанастомоза при субтотальной колэктомии, который позволяет значительно упростить технику выполнения операции, избежать послеоперационных осложнений и достичь хороших функциональных результатов. Эффективность применения этого способа у больных с ХК доказана и другими авторами [43]. Учитывая негативные результаты субтотальной колэктомии, некоторые авторы [15, 31, 44, 45, 47] в последние годы больным с ХК все чаще рекомендуют выполнять тотальную колэктомию с наложением илеоректального анастомоза. Ряд авторов [44] считают, что тотальная колэктомия должна широко использоваться для хирургической коррекции ХК, обусловленного долихоколон. По мнению этих авторов, сохранение нарушений моторно-эвакуаторной функции в оставшихся отделах ободочной кишки свидетельствует о тотальном характере ХК. По мнению С. Т. Рахманова [15], приоритетным направлением в хирургическом лечении больных ХК является субтотальная и тотальная колэктомия с формированием илеосигмоидного и илеоректального анастомоза. В структуре операций, выполненных автором, удельный вес этих вмешательств составил 74,6 и 16,4 % соответственно.

Анализируя результаты хирургического лечения 437 больных ХК с применением различных видов оперативных вмешательств (резекция сигмовидной кишки – у 23,5 %, левосторонняя гемиколэктомия – у 72,7 %, правосторонняя гемиколэктомия – у 3,8 %, субтотальная колэктомия – у 37,8 %, тотальная колэктомия – у 62,2 %), С. Т. Рахманов и Б. С. Наврузов [26] утверждают, что такие вмешательства, как левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки не всегда оправданы. Авторы считают, что операцией выбора у больных ХК является тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза. По их данным, если хорошие результаты после резекции сигмовидной кишки и левосторонней гемиколэктомии наблюдали в 19 и 60 % случаев соответственно, то после субтотальной и тотальной колэктомии эти показатели составили 79,4 и 87,1 % соответственно. При сравнительной оценке эффективности субтотальной колэктомии с формированием антиперистальтического колоректального анастомоза и тотальной колэктомии с наложением илеоректального анастомоза С. Q. Jiang и соавт. [29] не выявили существенных преимуществ тотальной колэктомии в отношении отдаленных функциональных результатов и качества жизни пациентов. Согласно результатам, полученным A. Gliа и соавт. [46],

у 25–50 % пациентов, перенесших тотальную колэктомию с формированием илеоректального анастомоза, наблюдаются выраженная диарея и анальная инконтиненция. Учитывая это обстоятельство, В. М. Дурлештер и соавт. [27] считают, что в условиях выбора между риском значительного учащения дефекации, недержания газов и каловых масс и риском рецидива запора следует отдавать предпочтение последнему. Это обусловлено тем, что запор, по мнению авторов, в меньшей степени влияет на качество жизни пациентов и ограничивает их социальную активность. Н. А. Янчук и В. В. Балицкий [21] считают, что экономные резекции толстой кишки при ХК являются нерадикальными и впоследствии приводят к рецидиву заболевания. По их данным, субтотальная колэктомия и расширенная гемиколэктомия позволяют добиться хороших функциональных результатов в отдаленном послеоперационном периоде.

Новым достижением в хирургическом лечении ХК за последние десятилетия является внедрение в клинику эндовидеохирургических методов операции на толстой кишке, которые все больше привлекают внимание колопроктологов. По данным Д. И. Мехдиева и соавт. [7], лапароскопически ассистируемая гемиколэктомия с экстракорпоральным наложением толстокишечного анастомоза, являясь минимально инвазивной и малотравматичной операцией, отличается высокой эффективностью. На основании сравнительной оценки результатов хирургического лечения 79 больных с суб- и декомпенсированными формами ХК с применением открытых (у 32) и лапароскопических (у 47) доступов В. М. Тимербулатов и соавт. [2, 3] пришли к выводу, что оптимальным объемом хирургического пособия, независимо от вида операционного доступа, является левосторонняя гемиколэктомия, а методом выбора хирургического вмешательства – лапароскопическая методика. Выполнение субтотальной колэктомии эти авторы считают неоправданным. По их данным, при выполнении лапароскопической левосторонней гемиколэктомии у 91,5–95,3 % больных получены хорошие и удовлетворительные результаты, тогда как при открытых (лапаротомных) вмешательствах эти показатели составили 83,3 %. Использование малоинвазивных методик хирургического лечения ХК позволило снизить средний койко-день почти в 2 раза, сократить срок временной нетрудоспособности в 2–2,5 раза. По данным Д. И. Мехдиева и соавт. [7], наилучшие результаты хирургического лечения больных с ХК получены при субтотальной резекции ободочной кишки, а при гемиколэктомиях – лапароскопически ассистируемых операциях.

G. Pinedo и соавт. [23] считают, что операцией выбора при ХК является лапароскопическая тотальная колэктомия, которая позволяет достичь лучших функциональных результатов и улучшить качество жизни больных. Высокая эффективность лапароскопической колэктомии подтверждается другими работами [22, 47–50]. Использование лапароскопической колэктомии позволило К. С. Hsiao и соавт. [22] получить отличные и хорошие результаты у 88,6 % больных. Необходимо отметить, что лапароскопические вмешательства на толстой кишке при различных ее поражениях вообще, при ХК в частности, в настоящее время являются предметом углубленного изучения.

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует о нерешенности ключевых аспектов проблемы лечения колоректальных запоров у больных ХК. До конца не выработаны четкие и аргументированные показания к консервативному и хирургическому методам лечения, а также не определены критерии отбора больных. Паллиативный эффект медикаментозной коррекции не позволяет широко рекомендовать консервативную терапию, особенно при рефрактерных запорах на фоне ХК. В то же время критерии, определяющие показания к хирургическому методу

лечению, неоднозначны и многообразны. Альтернативой вариантам хирургической тактики являются субтотальная и тотальная колэктомия, отличающиеся хорошими непосредственными и отдаленными функциональными результатами, хотя их эффективность разными авторами оценивается далеко не однозначно.

Популяризация и активное внедрение в последние годы современных малоинвазивных технологий в колоректальную хирургию и высокая эффективность лапароскопической тотальной колэктомии открывают новые перспективы и приоритетное направление в оперативном лечении ХК. Однако несмотря на обнадеживающие результаты ограниченного числа клинических исследований, лапароскопическая тотальная колэктомия пока не вошла в стандарты лечения, что диктует необходимость дальнейшего накопления опыта для определения места лапароскопической методики в хирургическом лечении больных с ХК.

Конфликт интересов/Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов./Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Джавадов Э. А. Хирургическое лечение хронического колостаз // Хирургия. 2009. № 12. С. 60–62. [Dzhavadov Ye. A. Hirurgicheskoe lecheniye hronicheskogo kolostaza // Hirurgija. 2009. № 12. P. 60–62].
- Тимербулатов В. М., Биганяков Р. Я., Ибатуллин А. А. и др. Опыт лапароскопических вмешательств в лечении толстокишечных стазов // I съезд колопроктол. СНГ (Ташкент, 22–23 окт. 2009 г.): материалы съезда. 2009. С. 100–101 [Timmerbulatov V. M., Biganjakov R. J., Ibatullin A. A. i dr. Opyt laparoskopicheskikh vmeshatel'stv v lechenii tolstokishechnykh stazov // I s'ezd koloproktologov SNG (Tashkent, 22–23 oktjabrja 2009). Materialy s'ezda. P. 100–101].
- Тимербулатов В. М., Каланов Р. Г., Мехдиев Д. И. и др. Хирургическое лечение хронического колостаз // Пробл. колопроктол. Вып. 18. М., 2002. С. 583–587. [Timmerbulatov V. M., Kalanov R. G., Mehdiyev D. I. i dr. Hirurgicheskoe lechenie hronicheskogo kolostaza // Problemy koloproktologii. Vyp. 18. M., 2002. P. 583–587].
- Locke G. R., Pemberton J. H., Phillips S. F. American Gastroenterologic Association medical position statement, guidelines on constipation // Gastroenterology. 2000. Vol. 119. P. 1761–1778.
- Longstreth G. F., Thompson W. G., Chey W. D. et al. Functional Bowel disorders // Gastroenterology. 2006. Vol. 130. P. 1480–1491.
- Карпухин О. Ю., Коломенский С. Н., Можанов Е. В. и др. Хронический колостаз, ретроспективный анализ хирургического лечения // I съезд колопроктол. СНГ (Ташкент, 22–23 окт. 2009 г.): материалы съезда. 2009. С. 54–55. [Karpuhin O. Ju., Kolomenskij S. N., Mozhanov E. V. i dr. Hronicheskij kolostaz, retrospektivnyj analiz hirurgicheskogo lechenija // I s'ezd koloproktologov SNG. (22–23 oktjabrja 2009, Tashkent). Materialy s'ezda. P. 54–55].
- Мехдиев Д. И., Тимербулатов В. М., Каланов Р. Г. и др. Опыт лечения коленых запоров // Пробл. колопроктол. Вып. 17. М., 2000. С. 518–521. [Mehdiyev D. I., Timmerbulatov V. M., Kalanov R. G. i dr. Opyt lechenija kolennykh zaporov // Problemy koloproktologii. Vyp. 17. P. 518–521].
- Самсонок В. Г., Захарченко А. А., Штоппель А. Э. Комплексное консервативное лечение нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки // Пробл. колопроктол. Вып. 17. М., 2000. С. 530–535. [Samsonjuk V. G., Zaharchenko A. A., Shtoppel' A. Э. Kompleksnoe konservativnoe lechenie narushenij motorno-evakuatornoj funkcii tolstojs kishki // Problemy koloproktologii. Vyp. 17. M., 2000. P. 530–535].
- Федоров В. Д., Воробьев Г. И. Мегакolon у взрослых. М.: Медицина, 1986. 223 с. [Fedorov V. D., Vorob'ev G. I. Megakolon u vzroslykh. Moscow: Medicina, 1986. 223 p.].
- Higgins P. D., Johanson J. F. Epidemiology of constipation in North America. A systematic review // Am. J. Gastroenterol. 2004. № 99. P. 750–759.
- Tack J., Muller-Lissner S. Treatment of chronic constipation. Current pharmacologic approaches and future directions // Clin. Gastroenterol Hepatol. 2009. Vol. 7. P. 502–508.
- Wald A., Scarpignato C., Muller-Lissner S. et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation // Aliment Pharmacol Ther. 2008. Vol. 28. P. 917–930.
- Цветков Л. Н. Профилактика и лечение запоров у детей // Вопр. соврем. педиатрии. 2004. № 3. С. 2–7. [Svetkov L. N. Profilaktika i lechenie zaporov u detej // Voprosy sovremennoj pediatrii. 2004. № 3. P. 2–7].
- Воробей А. В., Гришин И. Н., Высоцкий Ф. М. и др. Хирургическое лечение хронического колостаз и других осложнений при долихоколон // Пробл. колопроктол. Вып. 18. М., 2002. С. 519–523. [Vorobej A. V., Grishin I. N., Vysockij F. M. i dr. Hirurgicheskoe lecheniye hronicheskogo kolostaza i drugih oslozhnenij pri dolihokolone // Problemy koloproktologii. Vyp. 18. M., 2002. P. 519–523].
- Рахманов С. Т. Выбор оптимального метода хирургического лечения хронического толстокишечного стаза // Пробл. колопроктол. Вып. 18. М., 2002. С. 560–564. [Rahmanov S. T. Vybora optimal'nogo metoda hirurgicheskogo lechenija hronicheskogo tolstokishechnogo staza // Problemy koloproktologii. Vyp. 18. M., 2002. P. 560–564].
- Lane W. A. Results of the operative treatment of chronic constipation // BMJ. 1911. Vol. 1. P. 915–922.
- Шептулин Ф. Ф. Синдром раздраженной толстой кишки: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении // Клини. мед. № 9. С. 26–29 [Sheptulin F. F. Sindrom razdrzhennoj tolstojs kishki: sovremennye predstavlenija o patogeneze, diagnostike, lechenii // Klinicheskaja medicina. 1998. № 9. P. 26–29].
- Хронический колостаз: особенности клиники и диагностики / А. Я. Яремчук, С. Е. Радильский, Т. В. Топчий, Н. Л. Морозова // Вестн. хир. 1990. № 7. С. 113–115. [Jaremchuk A. Ya., Radil'skij S. E., Topchij T. V., Morozova N. L. Hronicheskij kolostaz – osobennosti kliniki i diagnostiki // Vestnik hirurgii. 1990. № 7. P. 113–115].
- Неустроев П. А., Тобохов А. В., Слепцов В. Д. Результаты хирургического лечения больных с висцероптозом, осложненным хроническим толстокишечным стазом // Новое в лечении геморроя и рана ободочной кишки: Росс. школа колорект. хир. (М., 5–6 апр. 2012 г.): Шестая Международ. конф. М., 2012. С. 163. [Neustroev P. A., Tobohov A. V., Slepcev V. D. Rezul'taty hirurgicheskogo lechenija bol'nykh s visceroptozom, oslozhnennym hronicheskim tolstokishechnym stazom // Shestaja mezhdunarodnaja konferencija «Rossijskaja shkola kolorekta'noj hirurgii» «Novoe v lechenii gemorroja i raka obodochnoj kishki». (Moscow, 5–6 aprelya 2012. P. 163].
- Карпухин О. Ю., Можанов Е. В. Хирургический подход к лечению хронического толстокишечного стаза // Мед. альм. 2010. Т. 1, № 10. С. 176–178. [Karpuhin O. Ju., Mozhanov E. V. Hirurgicheskij podhod k lecheniju hronicheskogo tolstokishechnogo staza // Medicinskij al'manah, 2010. Vol. 1, № 10. P. 176–178].
- Янчук Н. А., Балицкий В. В. Выбор оптимального метода хирургического лечения больных с хроническим колостазом // Актуальные пробл. колопроктол.: Науч. конф. с международ. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктол. (2–4 февр. 2005 г.): тез. докл. М., 2005. С. 383–384. [Janchuk N. A., Balickij V. V. Vybora optimal'nogo metoda hirurgicheskogo lechenija bol'nykh s hronicheskim kolostazom // Nauchnaja konferencija s mezhdunarodnym uchasti-jem «Aktual'nye problemy koloproktologii», posvjashchennaja 40-letiju GNC koloproktologii (2–4 fevralja 2005, Moskva). Tezisy dokladov. P. 383–384].
- Hsiao K. C., Jao S. W., Wu C. C. et al. Hand-assisted laparoscopic total colectomy for slow-transit constipation // Int. J. Colorectal. Dis. 2008. Vol. 23, № 4. P. 419–424.
- Pinedo G., Zarate A. J., Garcia E. et al. Laparoscopic total colectomy for colonic inertia surgical and functional results // Surg. Endosc. 2009. Vol. 23, № 1. P. 62–65.
- Авакимян В. А., Зорик В. В. Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза // Пробл. колопроктол. Вып. 17. М., 2000. С. 477–479. [Avakimjan V. A., Zorik V. V. Hirurgicheskoe lecheniye hronicheskogo tolstokishechnogo staza // Problemy koloproktologii. Vyp. 17. M., 2000. P. 477–479].
- Комплексное хирургическое лечение больных с хроническим толстокишечным стазом, связанным с аномалиями развития ободочной и прямой кишки / Е. А. Додонов, В. А. Чаловский, И. В. Шаляпин, Т. И. Велиев // Пробл. колопроктол. Вып. 18. М., 2002. С. 527–529. [Dodonov E. A., Chalovskij V. A., Shaljapin I. V., Veliev T. I. Kompleksnoe hirurgicheskoe lecheniye bol'nykh s hronicheskim tolstokishechnym stazom, svjazannym s anomalijami razvitiija obodochnoj i prjamojs kishki // Problemy koloproktologii. Vyp. 18. M., 2002. P. 527–529].
- Рахманов С. Т., Наврузов Б. С. Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза // Колопроктология. 2014. № 3 (49) (Прил.). С. 96–97. [Rahmanov S. T., Navruzov B. S. Rezul'taty

- hirurgicheskogo lechenija hronicheskogo tolstokishechnogo staza // Koloproktologija. 2014. № 3 (49) (prilozhenie). P. 96–97].
27. Дурлештер В. М., Корочанская Н. В., Уваров И. Б. и др. Хирургическое лечение хронического колостаз // Хирургия. 2015. № 10. С. 65–68. [Durlsheter V. M., Korochanskaja N. V., Uvarov I. B. i dr. Hirurgicheskoe lechenije hronicheskogo kolostaza // Hirurgija. 2015. № 10. P. 65–68].
 28. Наш опыт в лечении идиопатического мегадолихоколон / В. И. Татьяначенко, В. П. Богданов, Е. В. Андреев, А. В. Овсянников // Колопроктология. 2014. № 3 (49) (Прил.). С. 98. [Tat'janchenko V. I., Bogdanov V. P., Andreev E. V., Ovsjannikov A. V. Nash opyt v lechenii idiopatcheskogo megadolihokolona // Koloproktologija. 2014. № 3 (49) (prilozhenie). P. 98].
 29. Jiang C. Q., Qian Q., Liu Z. S. et al. Subtotal colectomy with antiperistaltic cecoproctostomy for selected patients with slow transit constipation from // Chinese report. Int. J. Colorectal Dis. 2008. Vol. 23. P. 1251–1256.
 30. Marchesi F., Sarli L., Percalli L. et al. Subtotal colectomy with antiperistaltic colorectal anastomosis in the treatment of slow-transit constipation: long-term impact on quality of life // World J. Surg. 2007. Vol. 31, № 8. P. 1658–1664.
 31. Ripetti V., Caputo D., Greco S. et al. Is total colectomy the right choice in intractable slow-transit constipation? // Surgery. 2006. Vol. 140, № 3. P. 435–440.
 32. Нечай И. А. Использование рентгеноконтрастных маркеров для выявления нарушений толстокишечного транзита и определения объема резекции у больных с хроническим толстокишечным стазом // Новое в лечении геморроя и рана ободочной кишки: Росс. школа колорект. хир. (М., 5–6 апр. 2012 г.): Шестая Международ. конф. М., 2012. С. 153. [Nechaj I. A. Ispol'zovanie rentgenokonstrastnyh markerov dlja vyjavlenija narushenij tolstokishechnogo tranzita i opredelenija ob'ema rezekcii u bol'noj s hronicheskim tolstokishechnym stazom // Shestaja mezhdunarodnaja konferencija «Rossijskaja shkola kolorektal'noj hirurgii» «Novoe v lechenii gemorroja i raka obodochnoj kishki». (Moscow, 5–6 aprlja 2012. P. 153)].
 33. Елеев А. А., Зиганшина Л. Ф., Баширов Р. А. и др. Возможности радионуклидного метода диагностики нарушений эвакуаторной функции толстой кишки у больных с хроническим запором // Росс. школа колорект. хир.: VIII Международ. конф. (М., 22–23 мая 2014 г.): материалы конф. М., 2014. С. 78. [Elev A. A., Ziganshina L. F., Bashirov R. A. i dr. Vozmozhnosti radionuklidnogo metoda diagnostiki narushenija evakuatornoj funkcii tolstoj kishki u bol'nyh s hronicheskim zaporom // VIII Mezhdunarodnaja konferencija «Rossijskaja shkola kolorektal'noj hirurgii» (22–23 maja 2014. Moskva). Materialy konferencii. P. 78].
 34. Киргизов И. В., Горбунов Н. С. Определение уровня резекции толстой кишки при декомпенсированных формах хронического толстокишечного стаза с помощью ультразвукового сканирования // Актуальные пробл. колопроктол.: Науч. конф. с международ. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктол. (2–4 февр. 2005 г.): тез. докл. М., 2005. С. 373–374. [Kirgizov I. V., Gorbunov N. S. Opredelenie urovnja rezekcii tolstoj kishki pri dekompensirovannyh formah hronicheskogo tolstokishechnogo staza s pomoshhju ul'trazvukovogo skanirovanija // Nauchnaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Aktual'nye problemy koloproktologii», posvjashhennaja 40-letiju GNC koloproktologii (2–4 fevralja 2005, Moskva). Tezisy dokladov. P. 373–374].
 35. Ультразвуковой интраоперационный способ определения объема резекции толстой кишки у больных с хроническим толстокишечным стазом / И. В. Киргизов, А. М. Сухоруков, Н. С. Горбунов, С. Н. Соляников // Пробл. колопроктол. Вып. 18. М., 2002. С. 529–533. [Kirgizov I. V., Suhorukov A. M., Gorbunov N. S., Soljannikov S. N. Ul'trazvukovoj intraoperacionnyj sposob opredelenija ob'ema rezekcii tolstoj kishki u bol'nyh s hronicheskim tolstokishechnym stazom // Problemy koloproktologii. Vyp. 18. M., 2002. 3. 529–533].
 36. Гаврина С. Е., Хамошин А. В., Шукратова О. К. и др. Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза // I съезд колопроктол. СНГ (22–23 окт. 2009. Ташкент): Материалы съезда. 2009. С. 46–47. [Gavrina S. E., Hamoshin A. V., Shukratova O. K. i dr. Rezul'taty hirurgicheskogo lechenija hronicheskogo tolstokishechnogo staza // I s'ezd koloproktologov SNG (22–23 oktjabrja 2009. Tashkent). Materialy s'ezda. P. 46–47].
 37. Андреев Е. В., Татьяначенко В. К., Лазарев И. А. Опыт лечения декомпенсированного идиопатического мегадолихоколон // Актуальные пробл. колопроктол.: Науч. конф. с международ. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктол. (2–4 февр. 2005 г.): тез. докл. М., 2005. С. 363–365. [Andreev E. V., Tat'janchenko V. K., Lazarev I. A. Opyt lechenija dekompensirovannogo idiopatcheskogo megadolihokolona // Nauchnaja konferencija s mezhduna-rodnyim uchastiem «Aktual'nye problemy koloproktologii», posvjashhennaja 40-letiju GNC koloproktologii 2–4 fevralja 2005. Tezisy dokladov. M., 2005. P. 363–365].
 38. Результаты хирургической коррекции толстой кишки при синдроме хронического колостаз / С. Н. Потемин, С. Е. Гуменюк, В. Б. Каушанский, М. Д. Гурджиян // Актуальные пробл. колопроктол.: Науч. конф. с международ. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктол. (2–4 февр. 2005 г.): тез. докл. М., 2005. С. 377–379. [Potjemin S. N., Gumanjuk S. E., Kaushanskij V. B., Gurdzhijan M. D. Rezul'taty hirurgicheskoi korekcii tolstoj kishki pri sindrome hronicheskogo kolostaza // Nauchnaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Aktual'nye problemy koloproktologii», posvjashhennaja 40-letiju GNC koloproktologii (Moscow, 2–4 fevralja 2005). Tezisy dokladov. P. 377–379].
 39. Саидов Ф. Х. Аномалия фиксации толстой кишки при хроническом колостазе у детей // Колопроктология. 2014. № 3 (49) (Прил.). С. 97. [Saidov F. H. Anomaliya fiksacii tolstoj kishki pri hronicheskom kolostaze u detej // Koloproktologija. 2014. № 3 (49) (prilozhenie). P. 97].
 40. Хирургическая тактика и лечение больных с аномалиями развития и положения толстой кишки / С. В. Васильев, В. В. Дудка, М. В. Оношко, С. В. Комиссарова // Актуальные пробл. колопроктол.: Науч. конф. с международ. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктол. (2–4 февр. 2005 г.): тез. докл. М., 2005. С. 365–366. [Vasil'ev S. V., Dudka V. V., Onoshko M. V., Komissarova S. V. Hirurgicheskaja taktika i lechenije bol'nyh s ano-malijami razvitija i polozhenij tolstoj kishki // Nauchnaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Aktual'nye problemy koloproktologii», posvjashhennaja 40-letiju GNC koloproktologii 2–4 fevralja 2005. Tezisy dokladov. M., 2005. P. 365–366].
 41. Cordon P. H., Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and Anus. Second Ed. St. Louis., Missouri, 1999. 994 p.
 42. Subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectal anastomosis / L. Sarli, D. Iuscko, V. Violi, L. Roncoroni // Tech. Coloproctol. 2002. Vol. 6. P. 23–26.
 43. Помазкин В. И. Антиперистальтический цекоректоанастомоз при субтотальной колектомии // Хирургия. 2009. № 7. С. 43–46. [Pomazkin V. I. Antiperistalticheskij cekorektoanastomoz pri subtotal'noj kolektomii // Hirurgija. 2009. № 7. P. 43–46].
 44. Джавадов Э. А., Курбанов Ф. С., Ткаченко Ю. Н. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон // Хирургия. 2010. № 9. С. 53–56. [Dzhavadov E. A., Kurbanov F. S., Tkachenko Ju. N. Hirurgicheskoe lechenije hronicheskogo kishhechnogo staza u bol'nyh s dolihokolona // Hirurgija. 2010. № 9. P. 53–56].
 45. Рахманов С. Т. Тотальная колектомия как метод выбора хирургического лечения хронического колостаз // Колопроктология. 2015. № 1 (51) (Прил.). С. 107. [Rahmanov S. T. Total'naja kolektomija kak metod vybora hirurgicheskogo lechenija hronicheskogo kolostaza // Koloproktologija. 2015. № 1 (51) (prilozhenie). P. 107].
 46. Glija A., Lindberg G., Nilsson L. H. et al. Clinical value of symptom assessment in patients with constipation // Dis Colon Rectum. 1999. Vol. 42. P. 1401–1410.
 47. Kessler H., Hohenberger W. Laparoscopic total colectomy for slow-transit constipation // Dis. Colon. Rectum. 2005. Vol. 48, № 4. P. 860–861.
 48. Casanelli J. M., Blegole C., N'Dri J et al. Video-assisted left colectomy for severe constipation // Description of two cases. Med. Trop (Mars). 2006. Vol. 66. P. 83–85.
 49. Kleine U., Kraas E. Indications for laparoscopic surgery of the large intestine // Zentralbl Chir. 1995. Vol. 120, № 5. P. 400–404.
 50. Laparoscopic total abdominal colectomy in the acute setting / M. R. Marohn, E. J. Hanly, K. J. Mc-Kenna, C. R. Varin // J. Gastrointest Surg. 2005. Vol. 9, № 7. P. 881–886.

Поступила в редакцию 10.05.2017 г.

Сведения об авторах:

Алиев Садаи Агалар оглы (e-mail: aliyev_85@mail.ru), д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней № 1; Алиев Эмиль Садаи оглы (e-mail: emil_aliyev_85@mail.ru), канд. мед. наук; Азербайджанский медицинский университет, Az 1001, г. Баку, ул. Толстого, д. 89.