

# **ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛОСТАЗ: ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

**Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Милешко М.И.,  
Пакульневич Ю.Ф., Хильмончик И.В.**  
УО «Гродненский государственный медицинский  
университет»

Хирургический колостаз или запор - это нарушение опорожнения кишечника различной этиологии и патогенеза.

Наличие или отсутствие запора определяется следующими характеристиками: частота стула, продолжительность натуживания при акте дефекации, качество, консистенция и форма кала, ощущение полной или неполной эвакуации содержимого кишки, абдоминальные боли.

В медицинской литературе последних лет отмечается заметное повышение интереса к хроническому запору (ХЗ). Причиной тому является значительное распространение данной патологии среди населения планеты. Согласно данным большинства авторов в мире в среднем страдает ХЗ около 30-40% взрослых людей.

Колостаз может возникнуть в результате воздействия очень большого количества этиологических факторов, но точкой приложения их является одно общее звено в патогенезе - нарушение моторной активности желудочно-кишечного тракта в целом и толстой кишки в частности. К его формированию могут приводить нарушения в любом звене системы, контролирующей моторную активность кишечника. Запоры могут быть органической или функциональной природы. В основе формирования запоров лежит гипотоническая или спастическая дискинезия толстой кишки. Патофизиологические механизмы, обуславливающие первичные расстройства толстой кишки, недостаточно изучены. Предполагается роль дисбаланса в системе гастроинтестинальных гормонов (АПУД - системе), стимулирующих (гастрин, холецистокинин, субстанция P, энкефалины, мотилин) или замедляющих моторику кишки в

частности глюкагон, вазоактивный интестинальный пептид (ВИП), серотонин, изменения чувствительности рецепторного аппарата толстой кишки к различным стимулам. Этиологические факторы хронического запора многообразны. Традиционно наиболее частой причиной нарушений кишечного транзита считается нерациональное питание, особенности режима работы и др.

Нарушение сократительной способности толстой кишки приводит к развитию воспалительно-склеротических процессов в стенке кишки, прогрессированию моторных расстройств, резкому увеличению диаметра ободочной кишки, длительному застою каловых масс, интоксикации.

Залог успешного лечения ХЗ - это выявление его истинной причины и ее устранение. Лечение колостазов требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Большинство больных хроническим колостазом подлежат консервативной терапии. Хирургическое лечение запоров может проводиться только после адекватного консервативного лечения, когда различные медицинские мероприятия не дают эффекта, а симптомы заболевания существенно снижают качество жизни пациентов.

Несмотря на почти 100-летнюю историю хирургического лечения резистентных форм колостазов, до настоящего времени показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки проведения консервативного лечения и прогностические критерии его эффективности четко не определены. Нет также единого мнения относительно объема резекции толстой кишки в случае хирургического метода лечения.

Настоящая работа основана на анализе результатов лечения 22 пациентов с хроническим колостазом. Хирургическое вмешательство выполнено у 16 человек. Все они женщины в возрасте от 25 до 56 лет, страдали запорами от 4 до 26 лет. Многократно лечились в терапевтических и хирургических стационарах, в том числе и специализированных, однако заболевание с течением времени прогрессировало.

Самостоятельный стул отсутствовал по 7-12 дней, у отдельных пациентов - до месяца. Все больные в клинике комплексно обследованы. Выполнены фиброколоноскопия с

биопсией, ирригография, рентгенография позвоночника, крестца, консультация невролога, психиатра. У 3 человек выявлена мегадолихоколон, у 6 - долихомега сигма, у 7 - долихосигма в сочетании с болезнью Пайра.

Считаем, что операциями выбора при колостазе, обусловленном замедленным продвижением содержимого по толстой кишке, являются расширенная левосторонняя гемиколэктомия или субтотальная колэктомия с удалением визуально определяемых патологических измененных отделов ободочной кишки. Из наших пациентов у 2 выполнена тотальная колэктомия с илеоректоанастомозом и формированием спирального клапана-инвагината (а.с. СССР № 1736441, 1992) и функционального жома (а.с. СССР №1680090, 1991) на подвздошной кишке с целью профилактики синдрома укороченного кишечника. У 7 больных выполнена расширенная левосторонняя гемиколэктомия с формированием у 5 пациентов трансверзоректоанастомоза, у 2 - асцендоректоанастомоза после полного удаления патологически измененной поперечноободочной кишки. У 7 пациентов с болезнью Пайра и долихосигмой выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

Гистологическое исследование макропрепаратов толстой кишки свидетельствует о наличии очаговой атрофии и элементов гипертрофированных волокон продольного мышечного слоя, атрофии слизистой.

Реабилитационные мероприятия по восстановлению толстокишечного транзита во вновь созданных анатомических условиях проводились на этапах амбулаторного, санаторно-курортного лечения, а также в специализированных гастроэнтерологических стационарах. Этот комплекс мероприятий включал: подвижный образ жизни, диету, богатую клетчаткой (отруби, зелень, овощи, фрукты), ограничение мучных изделий, исключение перца, чеснока, спиртных напитков, назначение ЛФК (специально для больных с запорами), массаж живота, парафиновые аппликации, электростимуляция толстой кишки, прием минеральной воды эссентуки № 17, боржоми по 100 мл 3 раза в день. Курсы стационарного обследования и лечения в гастроэнтерологических отделениях оперированных больных проводились через 6 месяцев в течение 1 года после

хирургического вмешательства.

Хорошие непосредственные и отдаленные результаты получены у 12(75%) больных, у 4(25%) - удовлетворительные. Пациенты не применяют слабительное, стул самостоятельно один раз в 1-2 дня. Нарушение пассажа по кишечнику при контрольном обследовании оперированных больных не выявлено.

Таким образом, при тяжелом резистентном колостазе основным реабилитационным мероприятием является хирургическое вмешательство, устраняющее анатомический субстрат колостазы. Режим труда и отдыха, ЛФК, диета, являются существенным дополняющим элементом в системе реабилитационных мер, значительно улучшающих качество жизни этого сложного контингента больных.

## **СОРЕВНОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКИМ ВОСПИТАНИЕМ И СПОРТОМ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Демянов А.Н., Кахнович П.П., Чесновская Г.Ч., Демянова Л.В.**  
УО «Гродненский государственный медицинский  
университет»

Проведено анкетирование студентов УО «ГрГМУ» с целью изучения их отношения к спорту и, в частности, к такому его аспекту как соревновательная деятельность. Изучалось отношение как к активной стороне соревновательной деятельности (т.е. непосредственное участие в соревнованиях), так и к пассивной стороне (т.е. участие в соревнованиях в качестве болельщика). Проанализировано влияние соревновательной деятельности на мотивацию к занятиям спортом.

Для исследования была составлена анкета, состоящая из 22