

ОСТАЛОСЬ ЛИ МЕСТО ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТНЫХ ЗАПОРОВ¹

Ачкасов С.И., Алешин Д.В.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва
(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

Статья посвящена анализу показаний к хирургическому лечению медленно-транзитных запоров с точки зрения соответствия цели лечения и цели операции (колэктомии), а также последствий хирургического вмешательства.

[Ключевые слова: медленно-транзитные запоры, хирургическое лечение, колэктомия]

SURGERY OF SLOW-TRANSIT CONSTIPATION AT THE FORK

Achkasov S.I., Aleshin D.V.

State Scientific Centre of Coloproctology, Moscow, Russia

The article is focused on surgical treatment of slow-transit constipation from point of accordance of treatment goal and surgery goal and consequences of surgery.

[Key words: Slow-transit constipation, surgical treatment, colectomy]

Адрес для переписки: Алешин Денис Викторович, к.м.н., заведующий операционным блоком ФГБУ ГНЦК им. А.Н.Рыжих, ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, тел.: 8-916-694-11-21, e-mail: aleshindv@yandex.ru

*Но если это до известной степени даже возможно,
то спрашивается – нужно ли это?*

*Проф. С.П. Федоров
«Хирургия на распутье», 1925 г.*

ВВЕДЕНИЕ

История хирургического лечения хронических запоров начинается с 1908 года, когда сэр William Arbuthnot Lane, лондонский хирург, опубликовал результаты первой серии операций по поводу «хронического кишечного стаза» у пациентов с головными болями, вялостью и прочими предполагаемыми системными проявлениями «аутоинтоксикации», как основным следствием запоров, Lane W.A. формировал обходной илеосигмоидный анастомоз без удаления ободочной кишки. Когда подобная клиническая картина сочеталась с выраженным абдоминальным болевым синдромом, выполнялась колэктомия с илеосигмоидным или илеоректальным анастомозом [1]. В дальнейшем Chapple H. (1911) опубликовал результаты хирургического лечения 50 пациентов с рефрактерными запорами. В эту группу была включена и часть пациен-

тов Lane W.A. [2]. Большая частота осложнений, а также высокий уровень летальности, который по данным Lane W.A. (1908) составил 21%, были причиной весьма скептического отношения хирургической общественности к предложенному способу лечения запоров. Но в последующем, с развитием хирургической и анестезиологической техники, интерес к оперативным вмешательствам при запорах возрос.

За прошедшее столетие было предложено немало способов хирургической коррекции запоров, включая различные фиксирующие операции, резекции аномально удлинённых отделов ободочной кишки, удаление одних с перемещением на их место других отделов ободочной кишки и прочие экзотические варианты. К настоящему времени большинство авторов сходятся в том, что наиболее оправданным является выполнение колэктомии в том или ином виде [3-5]. Обсуждаются преимущества и недостатки илеоректального, цекоректального или асцендоректального анастомозов, открытого или лапароскопического доступа, но основной принцип остается один – необходимость обширной резекции ободочной кишки. Таким образом, больших противоречий относительно объема операции нет. Однако, основной вопрос, как и прежде, заключается не в том, каким образом оперировать и что удалять, а в том, надо ли оперировать такого рода пациентов вообще.

При этом, оценка клинической ситуации врачом,

¹ Материалы лекции доложены на конференции ESCP, Берлин, 20-22 сентября 2017 года, на научно-практической конференции «Актуальные вопросы колопроктологии», Воронеж, 26-28 октября 2017 года.

как правило, не совпадает с оценкой самого пациента. В руки хирурга больной попадает уже после многолетних попыток «вылечиться» от запоров различными слабительными, физиотерапевтическими методами, с психо-эмоциональной фиксацией на своем состоянии. Все свои проблемы, начиная от прыщей и заканчивая недовольством начальника на работе, он навязчиво связывает с запорами. Этому немало способствует информация о «болезни всех болезней», которую он получает из парамедицинских и совсем не медицинских источников, и хирург становится для него последним спасителем, который одним взмахом ножа поможет разрешить все жизненные неурядицы.

Для хирурга же ситуация выглядит иначе. Его задача, прежде всего, не навредить. В этой связи применение потенциально опасного и чреватого многочисленными неблагоприятными последствиями хирургического вмешательства, требует серьезного обдумывания.

Чтобы как-то определиться, нужно, прежде всего, ответить на вопрос, а ради чего мы, собственно, собираемся оперировать? От чего мы спасаем пациента, на что направлена операция и на основании чего мы решаем, что консервативное лечение уже исчерпало себя? Наконец, чем платит пациент за ожидаемый результат?

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

Решительность сэра Lane W.A. была обусловлена его убежденностью, что «несомненно, аутоинтоксикация является причиной всех хронических болезней цивилизации» [6]. И эта убежденность была, вероятно, такова, что перевешивала более, чем 20% уровень периоперационной летальности.

Однако, как справедливо отмечают Muller-Lissner S.A. с соавт. (2004), ни в одном исследовании не было продемонстрировано повышение уровня каких-либо токсинов в крови у пациентов с хроническими запорами. Да и сам факт быстрого купирования симптомов «аутоинтоксикации» после опорожнения кишечника ставит под сомнение обусловленность их всасыванием токсинов из толстой кишки. Кроме того, широкий спектр симптомов и болезней, причиной которых могла бы быть «аутоинтоксикация», часто наблюдается у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, причем с преобладанием как запоров, так и поносов.

При мета-анализе 14 опубликованных контролируемых исследований Sonnenberg A. и Muller A.D. (1993) выявили достоверную связь между хроническими запорами, использованием слабительных и риском развития колоректального рака. Но при

этом относительный риск для запоров и слабительных был в разы ниже, чем для различных пищевых компонентов, таких как жир, мясо, алкоголь, а также для низкошлаковой диеты. Таким образом, более вероятно, что риск развития рака увеличивают не столько запоры сами по себе, сколько особенности диеты.

Наконец, в опубликованном в 2013 году австралийском популяционном исследовании, основанном на данных регулярных опросов более, чем 5000 пожилых пациенток в течение 15 лет, было продемонстрировано существенное влияние запоров на качество жизни, но вот статистически значимого увеличения уровня смертности, после коррекции по сопутствующим заболеваниям, обнаружить не удалось.

По существу, единственная область, где отрицательное влияние хронических запоров было продемонстрировано в многочисленных исследованиях – это качество жизни. Систематический обзор Belsey J. с соавт. (2010), который упоминается и в рекомендациях Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA) от 2013 года, выявил 10 исследований, включая 4 популяционных, в которых использовались Римские критерии диагностики запора и универсальные шкалы оценки качества жизни. По сравнению со «здоровым контролем», у людей с запорами были снижены показатели, относящиеся к общему здоровью, ментальному здоровью и социальному функционированию. Ментальный и физический компоненты у госпитализированных пациентов были сравнимы с таковыми у больных с болезнью Крона. А среди амбулаторных пациентов оценка по шкале SF-36 соответствовала результатам у больных с гастроэзофагеальным рефлюксом, гипертонией, диабетом и депрессией.

Таким образом, хронические запоры представляются, в целом, доброкачественным расстройством, оказывающим существенное влияние на качество жизни пациентов, но не на ее продолжительность. То есть лечение запоров направлено на улучшение качества жизни. Но чем обусловлено снижение его уровня у пациентов с запорами?

В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России было проведено исследование качества жизни по шкале IBSQoL и влияние на него различных факторов у 50 последовательных пациентов с хроническими медленно-транзитными запорами [12]. В том числе, изучалась взаимосвязь показателей качества жизни с клиническими проявлениями. Использование опросника с градацией частоты-выраженности симптомов позволило провести количественный анализ клинических проявлений запоров в балльной шкале. Часть из них мы

Таблица 1. Шкала оценки симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации

Симптомы абдоминального дискомфорта	Нет	Очень редко	Временами	Часто	Большую часть времени	Всегда
- затруднения при дефекации - интенсивное натуживание - чувство неполного опорожнения	Нет	Очень редко (0-25% дефекаций)	Временами (25-50% дефекаций)	Часто (50-75% дефекаций)	Большую часть времени (75-100% дефекаций)	Всегда
Длительность дефекации	Менее 5 мин.	5-15 мин.	16-30 мин.	Более 30 мин.		
Баллы	0	1	2	3	4	5

условно сгруппировали в два показателя: «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации». «Абдоминальный дискомфорт» включал такие симптомы, как отрыжка, тошнота, рвота, вздутие живота, урчание в животе, тяжесть в животе, боли в животе. Показатель «расстройство дефекации» определялся длительностью дефекации и жалобами на «затруднения при дефекации», «необходимость интенсивного натуживания во время дефекации», «чувство неполного опорожнения» (Рис. 1, Табл. 1). Также в балльной шкале оценивалась длительность анамнеза запоров и сохранность позывов к дефекации.

Оказалось, что суммарная оценка по IBSQoL не зависит ни от возраста, ни от пола пациентов. Также не было выявлено достоверной корреляции ее с длительностью анамнеза запоров, сохранностью позывов на дефекацию, наличием или отсутствием самостоятельного стула. Не обнаружила заметного влияния на качество жизни и величина показателя «расстройство дефекации». Единственным фактором, достоверно отрицательно коррелирующим с суммарной балльной оценкой по IBSQoL, была величина показателя «абдоминальный дискомфорт». Таким образом, из изученных факторов только выраженность абдоминального дискомфорта оказывала заметное влияние на качество жизни пациентов с медленно-транзитными запорами. При этом статистически значимой корреляции с тяжестью транзитных нарушений

ни выраженности клинической симптоматики, ни оценки качества жизни нам также обнаружить не удалось.

То есть наибольшее значение для пациента имеет именно выраженность абдоминального дискомфорта, но она не коррелирует с тяжестью транзитных нарушений.

Конечно, это не значит, что замедление транзита по толстой кишке совсем не влияет на боли, вздутие и тяжесть в животе. Просто это не единственный и, вероятно, не основной фактор. Существенное значение имеют такие тяжело поддающиеся оценке явления, как вегетативная дисфункция, синдром висцеральной гиперчувствительности, влияние применяемых слабительных препаратов и прочее. Косвенным подтверждением их значимости является тот факт, что пациенты с болезнью Гиршпрунга обычно вполне спокойно переносят куда более выраженные нарушения транзита по толстой кишке, чем больные с медленно-транзитными запорами. И здесь в полный рост встает проблема дифференциальной диагностики хронических запоров и синдрома раздраженного кишечника (СРК). Легко отнести к СРК пациентов с жалобами на запоры на фоне нормального транзита по ЖКТ. И все сходятся на том, что таких больных оперировать не надо. А вот как быть с теми, у кого транзит замедлен и при этом в клинической картине преобладают симптомы абдоминального дискомфорта? Притом, что среди «хирургических» пациентов таких как раз большинство. К сожалению, в настоящее время у нас нет достаточно надежных и безопасных инструментов, позволяющих определить, насколько клиническая симптоматика, прежде всего, явления абдоминального дискомфорта, обусловлены транзитными нарушениями у конкретного пациента. Пожалуй, единственный способ – это предложить пациенту формирование временной илеостомы перед тем, как решиться на колэктомию – метод, предлагаемый в рекомендациях Американской гастроэнтерологической ассоциации [3].

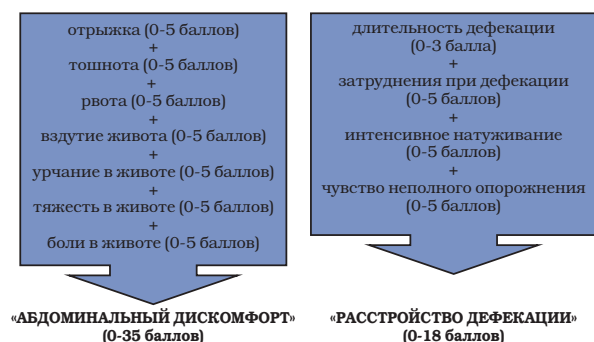


Рисунок 1. Оценка в баллах выраженности симптомов «абдоминального дискомфорта» и «расстройства дефекации»

ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ

Колэктомия в любой из своих модификаций направлена, прежде всего, на ускорение времени транзита содержимого по толстой кишке путем укорочения ее длины. Соответственно, основной результат и основное мерило успеха в большинстве исследований – увеличение частоты стула. С этой точки зрения Pfeifer J. с соавт. (1996) на основании мета-анализа более, чем 30 публикаций, установил эффективность колэктомии в 89% случаев [4]. Согласно обзору 2009 года Knowles С.Н. с соавт., благоприятный исход колэктомии с илеоректальным анастомозом наблюдается в 40-100% случаев [5]. Наконец, Американская гастроэнтерологическая ассоциация в 2013 году описывает частоту успеха ИРА порядка 90-100% в терминах «удовлетворения операций» [3]. При этом отмечается, что лучшие результаты были продемонстрированы в тех исследованиях, где инструментальными тестами подтверждалось замедление транзита и исключались эвакуаторные расстройства. По сравнению с теми, в которых диагноз устанавливался только на основании анамнеза и физикального обследования.

В то же время во всех обзорах подчеркивается, что эффективность колэктомии в отношении других симптомов, прежде всего, боли, вздутия живота, значительно скромнее и не превышает 50%. Все авторы рекомендуют объяснять пациентам, что эти симптомы могут и не исчезнуть. Так же как пациенты с психологическими расстройствами сильно рискуют не получить удовлетворения от операции.

Проблема здесь в том, что больные, у которых основным беспокоящим симптомом является урежение стула, чаще всего вполне хорошо отвечают на назначение слабительных и вполне этим удовлетворяются. Если, конечно, не убедить их в страшном вреде запоров и длительного приема слабительных. Помощи же хирурга активно ищут как раз те, у кого на первом плане так называемые «системные проявления» запоров и симптомы абдоминального дискомфорта. Именно эти симптомы оказывают наибольшее влияние на качество жизни, но на них эффект операции непредсказуем. Получается, что наилучший результат от операции можно ожидать у тех больных, которым и без операции не так уж плохо, у кого сопоставимого эффекта можно добиться подбором слабительных препаратов и применением клизм.

Плата за успех

По мнению Knowles С.Н. с соавт., пик популярно-

сти колэктомии пришелся на середину 90-х годов 20 века, но затем наметился спад активности, по мере того как стали известны более отдаленные результаты, связанные с риском серьезных осложнений и плохих функциональных исходов.

Так, по данным австралийского исследования Platell С. с соавт. (1996), колэктомия с илеоректальным или цекоректальным анастомозом была произведена 96 пациентам. Послеоперационная летальность составила 2,1%, частота несостоятельности анастомоза – 3,1%, частота тазовых абсцессов – 11,5%. Отдаленные результаты были изучены у 92,7% больных с медианой прослеженности 5,0±2,3 лет. Симптоматическое улучшение отмечено у 81,6% пациентов. Но при этом 51,2% больных по-прежнему испытывали затруднения при дефекации, 50,6% беспокоила инконтиненция разной степени выраженности, 55,2% оперированных продолжали ощущать боли в животе и 75,9% – вздутие живота. Повторные операции потребовались 35,6% пациентов, в основном, по поводу спаечной непроходимости, а в 9,2% случаев была сформирована постоянная илеостома.

Согласно Hasegawa Н. с соавт. (1998), частота повторных операций после колэктомии по поводу запоров составила 33%, постоянная илеостома была в конечном итоге сформирована 25% больных.

По данным Ghosh S. с соавторами (1996), у 71% больных, перенесших колэктомию по поводу запоров, был, по крайней мере, 1 эпизод тонкокишечной непроходимости, что достоверно выше частоты этого осложнения у пациентов, оперированных по поводу язвенного колита и колоректального рака.

Конечно, это данные 20-летней давности. Результаты более поздних исследований, в целом, оптимистичнее. Вероятно, это связано как с более строгим отбором пациентов, так и с развитием хирургической техники. В рекомендациях AGA от 2013 года отмечается, что частота послеоперационных парезов, несостоятельности анастомоза, раневой инфекции после колэктомии по поводу запоров не превышает ожидаемого уровня. Наиболее частым осложнением является тонкокишечная непроходимость, наблюдающаяся у 10-70% пациентов, но большинство эпизодов разрешаются на фоне консервативного лечения и не требуют повторных операций.

Но вот результаты совсем недавнего исследования, проведенного не хирургами и опубликованного в 2015 году.

Чтобы оценить частоту осложнений и последствия колэктомии по поводу запоров, Dudekula А. с соавт. использовали данные национальной медицинской

базы данных США (US Nationwide Inpatient Sample) с 1998 по 2011 гг. и более подробные базы данных штатов Калифорния и Флорида (State Inpatient Database of California and Florida) за 2005-2011 гг.

С 1998 по 2011 гг. всего было выполнено 2377 колэктомий по поводу запоров. При этом ежегодная частота их в абсолютных цифрах выросла в 3 раза – со 104 операций в 1998 году до 311 – в 2011. Если же считать долю от общего числа колэктомий при всех нозологиях, то увеличение будет двукратным – с 12% до 24%. Кстати, о плате и факторах, влияющих на принятие решения об операции: 68,9% операций было оплачено частными страховками. Уровень периоперационной 30-дневной летальности составил 0%. Однако, суммарная частота ближайших послеоперационных осложнений превысила 40%. 16% больных после выписки нуждались в продолжении лечения дома или в реабилитационных центрах.

Отдельно были оценены результаты колэктомии у 166 из 181 пациента, оперированных в Калифорнии и Флориде с 2005 по 2011 гг. Медиана прослеженности составила 630 дней до операции и 463 дня – после.

На 166 пациентов пришлось, в общей сложности, 1494 визита в отделения неотложной помощи и 861 госпитализация. Из амбулаторных обращений 55% было до колэктомии и 45% – после. Госпитализации – 43% до операции и 57% – после. При этом самой частой причиной госпитализации после операции (более 40%) были гастроинтестинальные проблемы и послеоперационные осложнения. Только 16% больных не обращались за помощью после операции. Частота повторных операций за время наблюдения была более 10%, в основном, по поводу кишечной непроходимости и послеоперационных грыж. В течение ближайших 30 дней после операции 28,9% пациентов были госпитализированы, по крайней мере, 1 раз и 15,6% лечились амбулаторно. То есть операция, которая по идее должна была улучшить качество жизни пациентов, на самом деле несколько не уменьшила их зависимость от медицинской помощи.

Заключение авторов исследования таково:

«В целом, наши данные свидетельствуют о необходимости внимательной и критической переоценке оперативных подходов к лечению хронических запоров. Хотя операция действительно может увеличить частоту стула, как постоянно отмечается во всех исследованиях серий случаев, острые и хронические осложнения весьма распространены, часто возникает необходимость в повторных операциях, а использование ресурсов системы здравоохранения как маркер неудовлетворительного состояния

здоровья пациентов, остается высоким».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронические запоры – доброкачественное расстройство, оказывающее существенное влияние на качество жизни, но самой жизни и здоровью, в целом, не угрожающее. Соответственно, цель лечения, в том числе хирургического, именно в улучшении качества жизни. Однако, при этом качество жизни коррелирует с выраженностью симптомов абдоминального дискомфорта, но не с тяжестью транзитных нарушений, на коррекцию которых направлена операция. И в настоящий момент у хирурга нет достаточно надежного способа выявить пациентов, у которых основной причиной «системных проявлений» являются транзитные нарушения (за исключением, может быть, временной илеостомы). В то же время неблагоприятные последствия самого хирургического вмешательства, как ближайшие, так и отдаленные, могут влиять на качество жизни пациента в не меньшей, а то и большей степени, чем запоры. В таких условиях трудно переоценить актуальность для хирурга высказывания Стива Джоба: «Решение о том, что не делать, так же важно, как и решение о том, что делать».

ЛИТЕРАТУРА

1. Lane, W.A. Results of the operative treatment of chronic constipation / W.A.Lane // BMJ. – 1908. – № 1. – p. 1126-1130.
2. Chapple, H. Chronic intestinal stasis treated by short-circuiting or colectomy / H.Chapple // BMJ. – 1911. – № 1. – p. 915-922.
3. Bharucha, A.E. American Gastroenterological Association technical review on constipation. / A.E.Bharucha, J.H.Pemberton, G.R.Locke 3rd. // Gastroenterology. – 2013. – № 144 (1). – p. 218-238.
4. Pfeifer, J. Surgery for constipation: a review / J.Pfeifer et al. // Dis Colon Rectum. – Apr 1996. – № 39. – № 4. – p. 444-460.
5. Knowles, C.H. Surgical management of constipation. Neurogastroenterol Motil / C.H.Knowles et al. // Neurogastroenterol Motil. – 2009. – № 21 (Suppl. 2). – p. 62-71.
6. Lane, W.A. The consequences and treatment of alimentary toxemia / W.A.Lane // Proc. R. Soc. Med. – 1913. – № 6 (Suppl). – p. 49-117.
7. Muller-Lissner, S.A. Myths and misconceptions about chronic constipation / S.A.Muller-Lissner, M.A.Kamm, C.Scarpignato et al. // Am. J.

Gastroenterol. – 2004. – № 99. – p. 1-11.

8. Sonnenberg, A. Constipation and cathartics as risk factors of colorectal cancer: A meta-analysis / A.Sonnenberg, A.D.Muller // Pharmacology. – 1993. – № 47 (Suppl 1). – p. 224-233.

9. Koloski, N.A. Impact of persistent constipation on health-related quality of life and mortality in older community-dwelling women / N.A.Koloski, M.Jones et al. // Am. J. Gastroenterol. – Jul 2013. – № 108 (7). – p. 1152-1158

10. Belsey, J. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children / J.Belsey, S.Greenfield, D.Candy et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – № 31. – p. 938-949.

11. Yost, K.J. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles / K.J.Yost, M.N.Haan, R.A.Levine et al. // Qual Life Res. – 2005. – № 14. – p. 1251-1261.

12. Алешин, Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Д.В.Алешин. – 2007. – p. 24.

13. Platell, C. A long-term follow-up of patients undergoing colectomy for chronic idiopathic constipation / C.Platell, D.Scache, G.Mumme et al. // Aust. N. Z. J. Surg. – 1996. – № 66 (8). – p. 525-529.

14. Hasegawa, H. Long-term results of colorectal resection for slow transit constipation / H.Hasegawa, S.Radley, C.Fatah et al. // Colorectal Dis. – 1999. – № 1 (3). – p. 141-145.

15. Ghosh, S. Long-term results of subtotal colectomy and evidence of noncolonic involvement in patients with idiopathic slow-transit constipation. / S.Ghosh, M.Papachrysostomou, M.Batool, et al. // Scand. J. Gastroenterol. – 1996. – № 31 (11). – p. 1083-1091.

16. Dudekula, A. Colectomy for constipation: time trends and impact based on the US Nationwide Inpatient Sample, 1998-2011 / A.Dudekula, S.Huftless, K.Bielefeldt // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2015. – № 42. – p. 1281-1293.

Комментарий к статье Ачкасова С.И., Алешина Д.В. «ХИРУРГИЯ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТНЫХ ЗАПОРОВ НА РАСПУТЬЕ»

Статья Ачкасова С.И., Алешина Д.В. «Хирургия медленно-транзитных запоров на распутье», безусловно, поднимает весьма актуальную проблему, и очень своевременно.

Вопрос о необходимости хирургического лечения функциональных запоров в настоящее время требует разъяснений. Это связано в большей степени с ростом числа пациентов с данной патологией, у которых с трудом удастся подобрать консервативную терапию, и все чаще слышатся призывы к

хирургическому лечению данной категории больных.

Проблемы с подбором терапии могут быть связаны с несколькими моментами:

– Невозможность применения в нашей стране препаратов, доказавших свою эффективность во всем мире, но не зарегистрированных в России;

– Неадекватность оценки состояния пациента лечащим врачом.

И если первое утверждение не требует каких-то дополнительных комментариев, то со вторым имеются некоторые сложности. Это, в первую очередь, связано с определением показаний к хирургическому лечению. Авторы в полной мере раскрывают эту проблему в статье. С точки зрения хирурга, не существует четкой разницы между понятиями «функциональный запор» и «синдром раздраженного кишечника». В статье авторы специально отмечают серьезную, с их точки зрения, проблему при дифференциальной диагностике данных состояний.

В то же время, по Римским Критериям IV, дифференциальная диагностика данных состояний не должна представлять никаких проблем в принципе. Принципиальной разницей между двумя данными патологическими состояниями является факт наличия болевого синдрома, связанного с актом дефекации. И, к сожалению, это упорно игнорируется хирургами, которые наличие болей в животе включают в шкалу «Абдоминального дискомфорта» и ссылаются на неудовлетворительные показатели данной шкалы при оценке результатов проведенного хирургического лечения у пациентов с запорами.

Согласно определению, данному в Римских критериях IV, синдром раздраженного кишечника – это рецидивирующее функциональное расстройство ЖКТ, главным симптомом которого является боль в животе в ассоциации с изменением кишечной функции, проявляющейся либо диареей, либо запором, либо их чередованием. При диагностике запоров особое внимание уделяется количеству дефекаций (менее 3 в неделю), плотному калу (тип 1 или 2 по Бристольской шкале формы кала), чувству неполного опорожнения прямой кишки и необходимости натуживания при дефекации.

Таким образом, основным дифференциально-диагностическим признаком, используемым для установления диагноза у пациентов, является наличие боли в животе, связанной с актом дефекации.

Если на основании данных критериев иметь четкое представление о принципах диагностики, то не возникнет проблем с определением показаний к хирургическому лечению и проблем с низким

качеством жизни у этих больных в дальнейшем. При наличии у пациента синдрома раздраженного кишечника, исходно сопровождающегося болями в животе, хирургическое лечение категорически НЕ ПОКАЗАНО. У данной группы пациентов, действительно, уровень качества жизни сопоставим с качеством жизни у пациентов с болезнью Крона. Именно поэтому в качестве основной группы препаратов, рекомендованной для лечения, используются трициклические антидепрессанты, которые позволяют, в первую очередь, нормализовать качество жизни. Нарушения дефекации, причинами которого, действительно, могут стать синдром висцеральной гиперчувствительности и т.д., в данной ситуации являются вторичными, однако они с успехом поддаются медикаментозной коррекции. Если вернуться к проблеме функциональных запоров, то здесь основной проблемой является именно замедленный транзит по толстой кишке. При этом мы не берем во внимание запоры с нормальным транзитом, которые, в основном, являются проктогенными. В случае замедленного транзита терапия слабительными препаратами и про-

кинетиками является наиболее эффективной, так как нормализуется стул и улучшается непосредственно качество жизни, которое связано именно с консистенцией каловых масс. Однако зачастую приходится сталкиваться с ситуацией, когда консервативная терапия является неэффективной. Именно это заставляет рассматривать хирургическое лечение как единственно возможное, а целью его является не улучшение качества жизни как такового, а именно уменьшение времени транзита кишечного содержимого по ЖКТ. И никакой другой причины в данной ситуации быть не может. Поэтому нам хотелось обратить внимание, в первую очередь, хирургов, которые будут знакомиться с этой статьей, на обязательное понимание, когда они имеют дело с функциональным запором, а когда с синдромом раздраженного кишечника. Это еще раз подчеркивает необходимость дифференцированного подхода и привлечения гастроэнтерологов при решении вопроса о выборе метода лечения таких состояний как запор.

Халиф И.Л., Белоус С.С.