

УДК 616.3-007.42-089

## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВИСЦЕРОПТОЗЕ

*В. В. Плечев, Р. З. Латыпов, А. Р. Титов, А. В. Чабин, Э. Ф. Гайнетдинов*

*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия*

## OUR EXPERIENCE OF USING ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN VISCEROPTOSIS

*V. V. Plechev, R. Z. Latypov, A. R. Titov, A. V. Chabin, E. F. Gainetdinov*

*Baskir State University of Medicine, Ufa, Russian Federation*

---

**Цель.** Оценка эффективности применения органосохраняющей коррекции висцероптоза.

**Материалы и методы.** Оперативное лечение проведено 65 больным с компенсированным и субкомпенсированными формами висцероптоза с использованием разработанного в клинике БГМУ органосохраняющего способа.

**Результаты.** Применение данного метода оперативного лечения висцероптоза позволило получить хорошие результаты в 58% случаев, удовлетворительные – в 31%, результат не был достигнут у 11% пациентов с декомпенсированной формой колостазы.

**Выводы.** Предлагаемый органосохраняющий способ показан и эффективен как при компенсированных и субкомпенсированных формах гастро- и колоноптоза, так и при изолированном трансвертоптозе с наличием синдрома ободочных изгибов толстой кишки. В техническом отношении выполнение операций лишено каких-либо серьезных осложнений. Способ неэффективен при декомпенсированных формах колостазы, обусловленного висцероптозом.

**Ключевые слова.** Метод, органосохраняющие операции, висцероптоз.

**Aim.** To assess the efficiency of using organ-preserving visceroptosis correction.

**Materials and methods.** Operative treatment of 65 patients with compensated and subcompensated forms of visceroptosis by means of organ-preserving technique developed at BSUM Clinic was conducted.

**Results.** Application of this technique of operative treatment of visceroptosis permitted to obtain positive results in 58% of cases, satisfactory – in 31%, no results were achieved in 11% of patients with decompensated form of colostasis.

**Conclusion.** The suggested organ-preserving technique is indicated and effective in both compensated and subcompensated forms of gastro-colonoptosis and in isolated transversoptosis with colonic bends of the large intestine. There are no any severe complications as far as technical aspect is concerned. This technique is not effective in decompensated forms of colostasis caused by visceroptosis.

**Key words.** Technique, organ-preserving operations, visceroptosis.

---

© Плечев В. В., Латыпов Р. З., Титов А. Р., Чабин А. В., Гайнетдинов Э. Ф., 2014

e-mail: rectorat@bashgmu.ru

тел. 8 (342) 272 11 60

[Плечев В. В. (\*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии; Латыпов Р. З. – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии; Титов А. Р. – ассистент кафедры госпитальной хирургии; Чабин А. В. – ассистент кафедры госпитальной хирургии; Гайнетдинов Э. Ф. – ассистент кафедры госпитальной хирургии].

## ВВЕДЕНИЕ

Висцероптоз относится к числу распространенных заболеваний органов брюшной полости [1–6].

В клинической хирургии существует два способа хирургического лечения висцероптоза: резекционный и органосохраняющий. В настоящее время более распространенным являются резекционные способы лечения висцероптоза, используемые при его декомпенсированных формах. В то же время лечение компенсированных и субкомпенсированных форм висцероптоза имеет четкую тенденцию к применению консервативных методов. Всё это свидетельствует о том, что ранее успешно применяемые операции органосохраняющего типа при висцероптозе оказались забытыми в силу малопонятных причин и находят редкое применение.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оперативное лечение в стадиях, предшествующих развитию декомпенсированного висцероптоза, проведено 65 больным с использованием разработанного в клинике БГМУ способа лечения висцероптоза (патент № 2269950, 2006 г., авт. В. В. Плечев, Р. З. Латыпов, А. Р. Титов).

Данный способ хирургического лечения висцероптоза у больных осуществляется в несколько этапов. При наличии увеличенного объема желудка при гастроптозах 3-й степени возникает необходимость уменьшения его размеров. В этом случае оптимальным методом может служить пликация как в поперечном, так и в продольном направлении к оси вовлеченного органа (рис. 1).

У 35 больных с гастроптозом 3-й степени и трансверзоптозом предлагаемый способ коррекции висцероптоза был дополнен гастропликацией, что продиктовано невоз-

можностью выполнения всех этапов устранения висцероптоза при выраженном снижении тонической составляющей желудка. Главным и основным условием для выполнения дополнительной гастропликации как альтернативы резекции желудка явилось отсутствие эрозивных язвенных поражений желудка у больных.

Пликацию желудка производим после вскрытия сальниковой сумки, с обеих сторон желудка, начиная с антрального отдела по малой и большой кривизне, наложением узловых серозно-мышечных швов в 3-4 ряда с каждой стороны. Фиксация желудка достигается путем помещения большого сальника в сальниковую сумку с подшиванием его верхушки к левой ножке диафрагмы (оментокруропексия). Далее основание большого сальника у поперечной ободочной кишки фиксируется к передней брюшной стенке ниже прикрепления диафрагмы. При этом в сальниковой сумке, как в гамаке, располагается желудок в положении достигнутой элевации.

В результате этой операции желудок занимает свое прежнее (до опущения) положение.

При удлинении сегмента поперечной ободочной кишки нами применялся метод трансверзопликации, который позволяет уменьшить длину полого органа на его протяжении, не вызывая функциональных нарушений и не прибегая к резекции.

Методика заключается в наложении двухрядных серозно-мышечных швов вдоль тени на расстоянии 1,5–2,0 см друг от друга. В зависимости от размеров поперечника и длины швы на кишку накладываются как в продольном, так и в поперечном направлении в зависимости от длины и объема сегмента. Количество накладываемых серозно-мышечных швов для создания «плики» сводится до минимума.

Следующим этапом проводится фиксация поперечной ободочной кишки в анатомо-

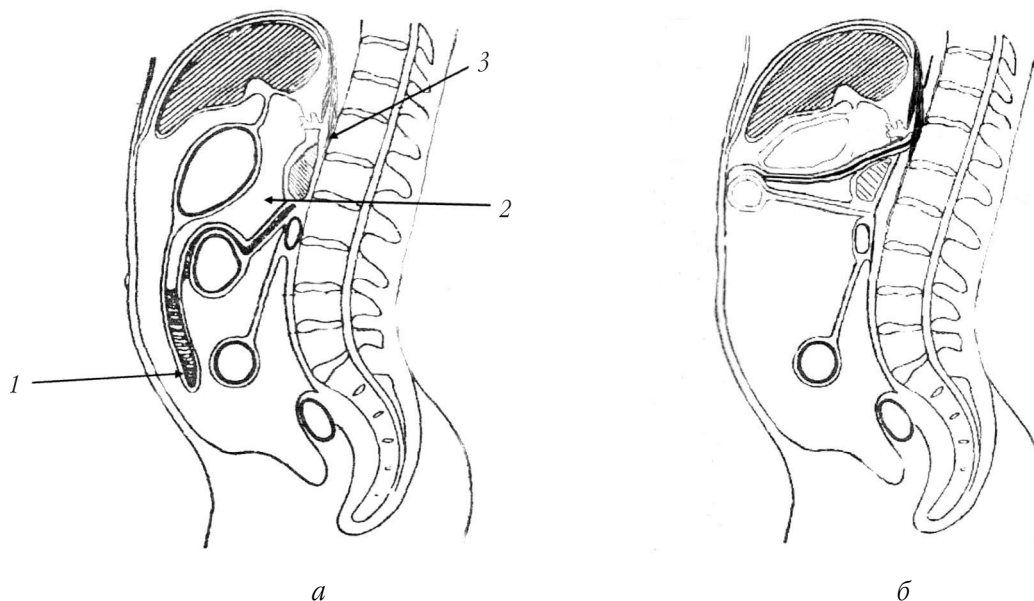


Рис. 1. Схема расположения внутренних органов: а – до операции; б – после хирургической коррекции заболевания: 1 – верхушка большого сальника; 2 – сальниковая сумка; 3 – левая ножка диафрагмы

физиологическое положение. Для этого мы используем метод пексии на всем протяжении: пексия поперечной ободочной кишки проводится наложением П-образных швов за тени поперечной ободочной кишки на всем протяжении, без выраженного натяжения фиксируется к париетальной брюшине, которая предварительно скарифицирована до появления «кровоавой росы», 5–6 П-образными швами в местах патологического изгиба.

Использование данной методики позволяет добиться прочной фиксации поперечной ободочной кишки в положении достигнутой коррекции.

У больных с наличием синдромов ободочных изгибов толстой кишки, осложненных недостаточностью илеоцекального клапана, на завершающем этапе показано устранение 2–3-й степени недостаточности илеоцекального клапана.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больная М., 47 лет, поступила в отделение общей хирургии клиники БГМУ 04.11.2003 г. в 10:00 с жалобами на чувство тяжести и боли в животе после пищи, запоры, слабость в течение многих лет, постепенную потерю веса до 52 кг при росте 170 см. Со слов больной, последние годы состояние ухудшалось. Состояние при клиническом осмотре относительно удовлетворительное, дыхание и гемодинамика не нарушены, живот симметричный, мягкий, не вздут, болезненный в эпигастрии и левом подреберье, границы печени не увеличены, края ровные, плотноэластичной консистенции, кишечная перистальтика активная, перитонеальных знаков нет. Стула не было 5 суток, в анамнезе запоры длительностью до 5–6 суток. Выполнено ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ирригография, рентгеногра-



а



б

Рис. 2. Контрастная рентгенограмма желудка: а – до операции; б – после операции



а



б

Рис. 3. Контрастная рентгенограмма толстой кишки: а – до операции; б – после операции

фия желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом выявлен выраженный гастроптоз III степени, трансверзоптоз, высокое расположение дуоденоюнального изгиба.

Оперативное пособие проведено по описанной методике, дополнительно рас-

чена связка Трейца и низведен дуодено-юнальный изгиб.

**Ход операции.** Верхнесрединная лапаротомия до 16 см. При ревизии органов брюшной полости определяется увеличенный желудок, нижний полюс которого рас-

положен в малом тазу. Выявлено высокое стояние дуоденоеюнального угла, нижняя и восходящая ветви дуоденум расширены в поперечнике до 3 см. Поперечная ободочная кишка расположена на уровне остей подвздошных костей, в поперечнике до 4 см, включая восходящую ободочную кишку. Решено выполнить коррекцию висцероптоза по методике, принятой в клинике БГМУ, операцию Стронга. Рассечена гастрocolикум. Наложены циркулярные серозно-мышечные гофрирующие швы на желудок, уменьшающие его объем. Большой сальник ввернут в сальниковую сумку и фиксирован к левой ножке диафрагмы двумя узловыми швами. Поперечная ободочная кишка поднята до уровня укрепленного желудка в верхнем этаже брюшной полости и фиксирована в положении достигнутой коррекции к париетальной брюшине узловыми капроновыми швами после скарификации брюшины и обработки ее спиртом для формирования лучшей фиксации. Контроль гемостаза. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Послеоперационное течение гладкое, кишечная перистальтика восстановилась на 2-е сутки, стул после клизмы на 4-е сутки. Заживление ран первичным натяжением, швы сняты на 7-е сутки. Больная М. осмотрена через 5 мес. после выписки. Она отмечает значительное улучшение, исчезло чувство тяжести в желудке. У пациентки нормализовался аппетит, вес увеличился на 5 кг, стул стал регулярным. По данным рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки желудок, дуоденоеюнальный переход и толстая кишка находились в положении достигнутой коррекции (рис. 2, 3).

Отдаленные результаты выполненных нами операций изучены у 65 (100%) пациентов путем анкетирования в течение 3 лет. Результаты расценены как хорошие у 38 (58%) человек, удовлетворительные – у 20 (31%), положительного результата не было достигнуто у 7 (11%) пациентов, находящихся в стадии декомпенсированного колостазы, которым выполнены операции органосохраняющего типа.

## Выводы

Предлагаемый органосохраняющий способ показан и эффективен как при компенсированных и субкомпенсированных формах гастро- и колоноптоза, так и при изолированном трансверзоптозе с наличием синдрома ободочных изгибов толстой кишки.

В техническом отношении выполнение операции лишено каких-либо серьезных осложнений. Способ неэффективен при декомпенсированных формах колостазы, обусловленного висцероптозом.

## Библиографический список

1. Александров В. Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии. М.: Медпрактика 2003; 188.
2. Галямов А. Х. Оптимизация методов диагностики и лечения хронических колостазов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 2000; 20.
3. Джавадов Э. А. Хирургическое лечение хронического колостазы. Хирургия 2009; 12: 60–62.
4. Иванов А. И., Тобохов А. В., Иванов А. И. Диагностика и лечение хронического толстокишечного стаза, обусловленного висцероптозом. Российский медицинский журнал 2003; 4: 35–39.
5. Картухин О. Ю., Можанов Е. В. Хирургический подход к лечению хронического толстокишечного стаза. Медицинский альманах 2010; 1 (10): 176–178.
6. Тимербулатов В. М., Фаязов Р. Р., Уразбахтин И. М. Мини-инвазивные операции в хирургии толстой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы 2-го съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа 2007; 392–393.

Материал поступил в редакцию 14.12.2013