ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ВЗРОСЛЫХ

Рузибоев Санжар Абдусаломович – д.м.н., профессор
Амонов Худойберди Равшанович – Ph.D., ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Аннотация. *Хронические запоры у взрослых пациентов представляют собой одну из наиболее сложных и до конца не решённых проблем современной гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии. Высокая распространённость данной патологии, достигающая по данным различных авторов 15–30% среди взрослого населения, значительное влияние на качество жизни, а также частое развитие осложнений определяют её клиническую и социальную значимость. Несмотря на накопленный опыт в изучении данной проблемы, вопросы патогенеза, диагностики и выбора оптимальной лечебной тактики остаются предметом активных научных дискуссий.*

Хронические запоры являются полиэтиологическим синдромом, в основе которого лежит нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, обусловленное взаимодействием функциональных, органических и нейрогенных факторов. В большинстве случаев речь идёт о так называемых идиопатических формах заболевания, при которых не удаётся выявить чёткий морфологический субстрат, что существенно затрудняет как диагностику, так и выбор адекватной лечебной стратегии. Наряду с этим, значительную роль играют вторичные формы запоров, возникающие на фоне эндокринных, неврологических, метаболических нарушений, а также вследствие структурных изменений толстой кишки.

Ключевые слова: *хронический колостаз, хронический кологенный запор, хирургическое лечение, неблагоприятные исходы, осложнения, качество жизни, отбор пациентов, колэктомия, нейромодуляция.*

PATHOGENETIC BASIS FOR OPTIMIZING DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC STEMP IN ADULTS

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich – DSc, professor
Amonov Khudoyberdi Ravshanovich – Ph.D., assistant
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

Abstract*. Chronic constipation in adult patients remains one of the most complex and unresolved problems in modern gastroenterology and abdominal surgery. The high prevalence of this condition, reaching 15–30% among the adult population according to various authors, its significant impact on quality of life, and the frequent development of complications determine its clinical and social importance. Despite the accumulated experience in studying this issue, questions related to pathogenesis, diagnosis, and the selection of optimal treatment strategies remain subjects of active scientific debate.*

Chronic constipation is a polyetiological syndrome based on impaired motor-evacuatory function of the colon, resulting from the interaction of functional, organic, and neurogenic factors. In most cases, idiopathic forms of the disease are observed, where a clear morphological substrate cannot be identified, which significantly complicates both diagnosis and the choice of appropriate therapeutic strategy. Alongside this, secondary forms of constipation also play a significant role, arising in the context of endocrine, neurological, metabolic disorders, as well as structural changes in the colon.

Keywords: *chronic colostasis, chronic cologenic constipation, surgical treatment, adverse outcomes, complications, quality of life, patient selection, colectomy, neuromodulation.*

KATTA YOSHDAGI BEMORLARDA SURUNKALI QABZIYATNI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISHNING PATOGENETIK ASOSLARI

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich – t.f.d., professor
Amonov Khudoyberdi Ravshanovich – Ph.D., assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O‘zbekiston)

Annotatsiya*. Katta yoshdagi bemorlarda surunkali qabziyat zamonaviy gastroenterologiya va abdominal jarrohlikning eng murakkab hamda to‘liq yechimini topmagan muammolaridan biri hisoblanadi. Turli mualliflar ma’lumotlariga ko‘ra, ushbu patologiyaning tarqalganligi kattalar orasida 15–30% gacha yetadi, uning hayot*

sifatiɜa sezilarli ta'siri va asoratlarning tez-tez rivojlanishi esa uning klinik va ijtimoiy ahamiyatini belgilaydi. Mazkur muammo bo'yicha to'plangan tajribaga qaramay, patogenez, diagnostika va optimal davolash taktikasini tanlash masalalari hanuzgacha faol ilmiy munozaralar mavzusi bo'lib qolmoqda.

Surunkali qabziyat polietiologik sindrom bo'lib, uning asosida yo'g'on ichakning motor-evakuator funksiyasining buzilishi yotadi va bu holat funksional, organik hamda neyrogen omillarning o'zaro ta'siri natijasida yuzaga keladi. Ko'pchilik hollarda kasallikning idiopatik shakllari uchraydi, bunda aniq morfologik substrat aniqlanmaydi, bu esa diagnostika va mos davolash strategiyasini tanlashni sezilarli darajada qiyinlashtiradi. Shu bilan birga, endokrin, nevrologik va metabolik buzilishlar fonida, shuningdek yo'g'on ichakning struktur o'zgarishlari natijasida yuzaga keladigan ikkilamchi qabziyat shakllari ham muhim o'rin tutadi.

Kalit so'zlar: *surunkali kolostaz, surunkali kologik qabziyat, jarrohlik davolash, noqulay natijalar, asoratlar, hayot sifati, bemorlarni tanlash, kolektomiya, neyromodulyatsiya.*

Введение. Современные представления о патогенезе хронических запоров у взрослых всё более акцентируют внимание на нарушениях нейрогуморальной регуляции моторики кишечника. Дисфункция вегетативной нервной системы, поражение интрамуральных нервных сплетений, а также изменения центральных механизмов регуляции дефекации приводят к развитию стойких нарушений транзита кишечного содержимого. В этой связи особое значение приобретает изучение нейрогенного компонента заболевания, который длительное время оставался недооценённым. Клиническая картина хронических запоров у взрослых характеризуется значительным полиморфизмом. Основным проявлением является снижение частоты самостоятельных дефекаций, сопровождающееся затруднением акта дефекации, ощущением неполного опорожнения кишечника и необходимостью использования вспомогательных средств. У значительной части пациентов наблюдается хронический абдоминальный болевой синдром, метеоризм, а также различные диспепсические расстройства. В тяжёлых случаях возможно развитие осложнений, включая каловые камни, кишечную непроходимость и воспалительные изменения стенки кишечника.

Особую проблему представляет поздняя обращаемость пациентов, что приводит к формированию декомпенсированных форм заболевания. Длительное течение хронических запоров сопровождается морфологическими изменениями толстой кишки, такими как её дилатация, удлинение, гипертрофия мышечного слоя, что в дальнейшем усугубляет нарушение моторной функции и снижает эффективность консервативной терапии.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является оптимизация диагностики и лечения хронических запоров у взрослых пациентов на основе комплексной клинико-инструментальной оценки и изучения патогенетических механизмов заболевания с разработкой дифференцированной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования.

Настоящее исследование основано на анализе клинико-инструментальных данных пациентов с хроническими запорами, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в специализированных гастроэнтерологических и хирургических отделениях. В исследование были включены взрослые пациенты в возрасте от 18 до 75 лет с длительным анамнезом заболевания, характеризующимся стойким нарушением акта дефекации и снижением частоты самостоятельного стула. Обследование пациентов проводилось с использованием комплексного подхода, включающего клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования. На первом этапе всем пациентам выполнялся тщательный сбор жалоб и анамнеза заболевания с оценкой длительности симптомов, частоты дефекаций, необходимости применения слабительных средств и наличия сопутствующих заболеваний. Особое внимание уделялось выявлению факторов риска, включая особенности питания, уровень физической активности, наличие эндокринной, неврологической и гастроэнтерологической патологии. Клиническое обследование включало общий осмотр, пальпацию органов брюшной полости, оценку состояния передней брюшной стенки, а также пальцевое ректальное исследование для определения тонуса анального сфинктера и наличия патологических образований. Дополнительно проводилась оценка функции тазового дна и координации мышц, участвующих в акте дефекации.

Лабораторные методы исследования включали общий анализ крови, биохимический анализ крови, исследование электролитного баланса, а также копрологическое исследование. При необходимости проводился анализ микробиоты кишечника для выявления дисбиотических нарушений, способствующих формированию хронических запоров.

Инструментальные методы диагностики включали рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические исследования. Для оценки морфо-функционального состояния толстой кишки применялась контрастная ирригоскопия, позволяющая выявить удлинение, дилатацию и

нарушение эвакуации кишечного содержимого. В ряде случаев выполнялась колоноскопия для исключения органической патологии, включая опухолевые и воспалительные заболевания кишечника. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось с целью выявления сопутствующих заболеваний гепатобилиарной системы и других органов.

С целью оценки функционального состояния дистальных отделов толстой кишки применялась аноректальная манометрия, позволяющая определить параметры ректоанального рефлекса, тонус сфинктерного аппарата и чувствительность прямой кишки. Данный метод использовался для выявления нарушений координации мышц тазового дна и определения функционального типа запоров. Особое место в диагностическом алгоритме занимало электрофизиологическое исследование — электромиография, проводимая с мышц пояснично-крестцовой области. Данный метод позволял оценить состояние вегетативной иннервации кишечника и выявить нейрогенные нарушения, играющие важную роль в патогенезе хронических запоров. Регистрация электрической активности мышц осуществлялась накожным способом с последующим анализом амплитуды и частоты потенциалов. В случаях диагностических затруднений выполнялось морфологическое исследование стенки толстой кишки. Биопсийный материал подвергался гистологическому и иммуногистохимическому анализу с целью оценки состояния нервных сплетений и выявления структурных изменений, включая гипоганглиоз и дисганглиоз. Лечение пациентов проводилось поэтапно и включало консервативные и хирургические методы. Консервативная терапия являлась начальным этапом лечения и включала диетотерапию с увеличением содержания пищевых волокон, применение осмотических слабительных средств, коррекцию кишечной микробиоты и физиотерапевтические методы. Особое внимание уделялось формированию регулярного рефлекса дефекации и нормализации моторной активности кишечника. При отсутствии эффекта от длительной консервативной терапии и наличии выраженных морфологических изменений толстой кишки рассматривался вопрос о хирургическом лечении. Оперативные вмешательства включали резекцию патологически изменённых участков толстой кишки с последующей реконструкцией и восстановлением пассажа кишечного содержимого. Оценка эффективности лечения проводилась на основании клинических данных, включая частоту и характер дефекаций, выраженность болевого синдрома и необходимость применения слабительных средств. Динамическое наблюдение за пациентами осуществлялось в течение от 6 месяцев до нескольких лет с целью оценки отдалённых результатов лечения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики. Достоверность различий между группами оценивалась с применением критерия Стьюдента и критерия Фишера. Результаты считались статистически значимыми при уровне достоверности $p<0,05$.

Результаты исследования. Анализ полученных клинических и инструментальных данных показал, что хронические запоры у взрослых пациентов характеризуются выраженной вариабельностью клинических проявлений и неоднородностью патогенетических механизмов. В исследовании преобладали пациенты с длительным течением заболевания более 3 лет — 62,4±2,3%, что свидетельствует о поздней обращаемости и хроническом прогрессирующем характере патологии. Основным клиническим проявлением являлось снижение частоты самостоятельных дефекаций, которое отмечено у 91,8±1,2% пациентов. При этом задержка стула до 3–5 суток наблюдалась у 44,6±2,1%, до 6–7 суток — у 31,2±1,9%, более 7 суток — у 16,0±1,5% обследованных. Необходимость регулярного применения слабительных средств или клизм выявлена у 58,7±2,2% пациентов, что свидетельствует о выраженном нарушении эвакуаторной функции толстой кишки. Хронический абдоминальный болевой синдром диагностирован у 63,5±2,0% пациентов, при этом боли носили преимущественно спастический характер и локализовались в левых отделах живота. Метеоризм и вздутие живота отмечены у 71,3±2,1% больных, снижение аппетита — у 38,4±1,9%, общая астенизация — у 42,7±2,0%. У 18,6±1,6% пациентов выявлены признаки интоксикационного синдрома, обусловленного длительной задержкой каловых масс. При объективном обследовании увеличение объёма живота выявлено у 57,2±2,2% пациентов, пальпируемые переполненные петли толстой кишки — у 41,5±2,1%, каловые конкременты — у 22,3±1,8%. Нарушение функции тазового дна, проявляющееся дискоординацией мышц и снижением анального рефлекса, выявлено у 36,8±2,0% обследованных. Рентгенологическое исследование толстой кишки позволило выявить морфологические изменения у 82,6±1,6% пациентов. Наиболее часто диагностированы признаки долихоколона и долихосигмы — 46,2±2,1%, мегаректум — 28,4±1,9%, сочетание мегаректума с дилатацией проксимальных отделов — 18,0±1,6%. Задержка контрастного вещества в дистальных отделах толстой кишки выявлена у 74,9±2,0% пациентов, что подтверждает ведущую роль нарушения эва-

куации в патогенезе заболевания. Функциональные методы исследования продемонстрировали значительные нарушения ректоанальной функции. По данным аноректальной манометрии отсутствие ректоанального ингибиторного рефлекса отмечено у 17,2±1,6% пациентов, повышение порога чувствительности прямой кишки — у 49,5±2,2%, снижение амплитуды рефлекса — у 38,7±2,1%. Повышенное давление в анальном канале в покое выявлено у 34,6±2,0%, при натуживании — у 29,3±1,9%, что свидетельствует о гипертонусе сфинктерного аппарата и диссинергии мышц тазового дна. Электромиографическое исследование выявило нарушения электрической активности у 68,9±2,1% пациентов. При этом сегментарные нарушения зарегистрированы у 42,3±2,0%, надсегментарные — у 14,7±1,5%, сочетанные — у 11,9±1,4%. Полученные данные указывают на значительную роль нейрогенных механизмов в развитии хронических запоров у взрослых пациентов.

Морфологическое исследование биоптатов толстой кишки показало наличие структурных изменений нервных сплетений у 39,2±2,1% обследованных. Гипоганглиоз выявлен у 21,5±1,8%, дисганглиоз — у 13,4±1,5%, признаки аганглиоза — у 4,3±0,9% пациентов. У остальных пациентов морфологические изменения носили вторичный характер и были связаны с длительным течением заболевания.

Анализ эффективности консервативной терапии показал, что положительный клинический эффект достигнут у 64,8±2,1% пациентов. При этом нормализация частоты дефекаций отмечена у 41,2±2,0%, уменьшение выраженности симптомов — у 23,6±1,8%. У 35,2±2,1% пациентов консервативная терапия оказалась недостаточно эффективной, что потребовало пересмотра лечебной тактики.

Хирургическое лечение выполнено у 28,4±1,9% пациентов, преимущественно при наличии выраженных морфологических изменений толстой кишки и стойкой неэффективности консервативной терапии. В раннем послеоперационном периоде улучшение состояния отмечено у 71,5±2,4% пациентов. Однако при анализе отдалённых результатов установлено, что стойкий положительный эффект сохранялся у 52,3±2,6%, частичное улучшение — у 27,1±2,3%, рецидив симптомов — у 20,6±2,1% больных.

Сравнительный анализ результатов лечения показал, что эффективность консервативной терапии достоверно возрастает при использовании комплексного патогенетически обоснованного подхода ($p<0,01$). В то же время результаты хирургического лечения не имели статистически значимых различий в зависимости от объёма вмешательства ($p>0,05$), что указывает на необходимость более точного отбора пациентов для оперативного лечения.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что хронические запоры у взрослых пациентов обусловлены сочетанием функциональных и структурных нарушений, среди которых ведущую роль играют нарушения нейрогенной регуляции и эвакуаторной функции дистальных отделов толстой кишки. Комплексный диагностический подход позволяет значительно повысить эффективность лечения и обоснованность выбора терапевтической тактики.

В диагностике хронических запоров у взрослых до настоящего времени отсутствует универсальный алгоритм, позволяющий в полной мере оценить как структурные, так и функциональные изменения толстой кишки. Традиционные методы исследования, включая рентгенологические и эндоскопические, позволяют выявить органическую патологию, однако их информативность в отношении функциональных нарушений остаётся ограниченной. В связи с этим возникает необходимость применения комплексного подхода, включающего функциональные и электрофизиологические методы исследования. Особое значение в диагностике приобретает аноректальная манометрия, позволяющая оценить состояние ректоанального рефлекса, тонус сфинктерного аппарата и координацию мышц тазового дна. Нарушение данных параметров является важным звеном в патогенезе хронических запоров и определяет дальнейшую лечебную тактику. Наряду с этим, перспективным методом является электромиография, позволяющая выявить нарушения иннервации кишечника и оценить функциональное состояние нейромышечного аппарата. Дополнительные диагностические возможности открывает морфологическое исследование стенки толстой кишки, включая биопсию с последующим гистологическим и иммуногистохимическим анализом. Выявление таких изменений, как аганглиоз, гипоганглиоз или дисганглиоз, имеет принципиальное значение для определения показаний к хирургическому лечению. В то же время, даже при отсутствии выраженных морфологических изменений могут иметь место функциональные нарушения, требующие специфического терапевтического подхода. Лечение хронических запоров у взрослых представляет собой сложную задачу, требующую индивидуального подхода к каждому пациенту. В большинстве случаев терапия начинается с консервативных мероприятий, направленных на нормализацию моторики кишечника и восстановление физиологического акта дефекации. В комплекс лечения входят дие-

тотерапия, применение осмотических слабительных средств, коррекция микробиоты кишечника, а также физиотерапевтические методы. Важным элементом является формирование правильного дефекационного поведения, включая использование гастроколического рефлекса. Однако эффективность консервативной терапии остаётся ограниченной, особенно при длительном течении заболевания и наличии выраженных морфологических изменений. В таких случаях возникает необходимость рассмотрения вопроса о хирургическом лечении. Показания к оперативному вмешательству должны быть строго обоснованы и базироваться на комплексной оценке клинико-инструментальных данных. Основными критериями являются стойкая неэффективность консервативной терапии, выраженные нарушения транзита кишечного содержимого и наличие необратимых изменений в структуре толстой кишки. Хирургическое лечение хронических запоров у взрослых включает различные виды резекций толстой кишки, направленные на устранение патологически изменённых сегментов и восстановление нормального пассажа кишечного содержимого. Однако результаты хирургического лечения остаются неоднозначными, что связано как с недостаточной точностью предоперационной диагностики, так и с сохранением нейрогенных нарушений после операции. Это подчёркивает необходимость более глубокого понимания патогенеза заболевания и совершенствования диагностических алгоритмов. Анализ современных данных свидетельствует о том, что ключевым направлением в улучшении результатов лечения хронических запоров у взрослых является внедрение дифференцированного подхода, основанного на патогенетических механизмах заболевания. Комплексная оценка клинических, функциональных и морфологических параметров позволяет не только уточнить диагноз, но и определить оптимальную тактику лечения, включая выбор между консервативной и хирургической стратегией. Таким образом, хронические запоры у взрослых являются сложным мультифакторным заболеванием, требующим комплексного междисциплинарного подхода. Оптимизация диагностики и лечения данной патологии возможна только при условии использования современных методов исследования и разработки чётких критериев выбора лечебной тактики. Дальнейшие исследования в данном направлении будут способствовать повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни пациентов. Проведённый анализ клинико-инструментальных данных у пациентов с хроническими запорами позволил выявить ряд закономерностей, имеющих принципиальное значение для понимания патогенеза и выбора лечебной тактики. В исследование были включены пациенты с длительным анамнезом заболевания, при этом у большинства из них отмечалось постепенное прогрессирование клинической симптоматики с формированием устойчивых нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Анализ жалоб показал, что ведущим клиническим проявлением являлось снижение частоты самостоятельных дефекаций, сопровождающееся выраженным натуживанием, ощущением неполного опорожнения кишечника и необходимостью применения вспомогательных средств. У значительной части пациентов длительность задержки стула превышала 3–5 суток, что свидетельствует о выраженном нарушении транзита кишечного содержимого. В ряде случаев отмечалось полное отсутствие самостоятельного стула, что требовало регулярного использования клизм и слабительных препаратов.

Хронический абдоминальный болевой синдром выявлен более чем у трети пациентов и носил преимущественно спастический характер. Болевые ощущения локализовались в проекции толстой кишки и усиливались при длительной задержке стула. Дополнительно у пациентов отмечались метеоризм, вздутие живота, снижение аппетита и общая астенизация. У части больных имели место признаки интоксикационного синдрома, обусловленного длительным пребыванием каловых масс в просвете кишечника.

Особое внимание было уделено анализу анамнестических данных. Установлено, что у значительной части пациентов заболевание начиналось постепенно и длительное время оставалось без адекватного лечения. Наличие сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, эндокринных и неврологических заболеваний способствовало утяжелению течения хронических запоров и снижению эффективности проводимой терапии. Важным фактором являлось также нарушение режима питания и низкий уровень физической активности.

При объективном обследовании у значительной части пациентов определялось увеличение объёма живота за счёт метеоризма, пальпировались переполненные петли толстой кишки, а в ряде случаев выявлялись каловые конкременты. Нарушение функции тазового дна проявлялось снижением или отсутствием анального рефлекса, а также дискоординацией мышц, участвующих в акте дефекации. Рентгенологические методы исследования позволили выявить морфологические изменения толстой кишки, включающие её удлинение, дилатацию и нарушение тонуса. У большинства пациентов отмеча-

лась задержка контрастного вещества преимущественно в дистальных отделах толстой кишки, что указывает на ключевую роль нарушений эвакуации в патогенезе заболевания. При этом степень выраженности морфологических изменений коррелировала с длительностью заболевания и тяжестью клинической картины. Функциональные методы исследования, в частности аноректальная манометрия, продемонстрировали наличие выраженных нарушений ректоанального рефлекса у значительной части пациентов. Отмечалось как его полное отсутствие, так и повышение порога чувствительности, что свидетельствует о нарушении нейрорефлекторной регуляции дефекации. Повышенное давление в анальном канале в покое и при натуживании указывает на гипертонус сфинктерного аппарата, который является одним из ведущих механизмов формирования хронических запоров. Применение электромиографии позволило выявить различные типы нарушений электрической активности мышц, отражающие состояние иннервации кишечника. У значительной части пациентов диагностированы сегментарные и сочетанные нарушения, что свидетельствует о наличии нейрогенного компонента заболевания. Полученные данные подтверждают важную роль нарушений вегетативной нервной системы в патогенезе хронических запоров и обосновывают необходимость включения электрофизиологических методов в диагностический алгоритм.

Морфологическое исследование стенки толстой кишки выявило различные варианты изменений нервных сплетений, включая гипоганглиоз и дисганглиоз. В отдельных случаях обнаружены признаки аганглиоза, что требует проведения хирургического лечения. Следует отметить, что выявленные изменения носили неоднородный характер, что отражает сложность и многообразие патогенетических механизмов заболевания. Анализ эффективности консервативного лечения показал, что при комплексном подходе, включающем диетотерапию, медикаментозное воздействие и физиотерапевтические методы, удаётся достичь положительных результатов у значительной части пациентов. Улучшение клинического состояния проявлялось нормализацией частоты дефекаций, уменьшением выраженности болевого синдрома и снижением необходимости в применении слабительных средств. Однако у части пациентов консервативная терапия оказалась недостаточно эффективной, что потребовало пересмотра лечебной тактики.

Хирургическое лечение было выполнено пациентам с выраженными морфологическими изменениями толстой кишки и отсутствием эффекта от консервативной терапии. Основным видом оперативного вмешательства являлась резекция патологически изменённых сегментов толстой кишки с последующей реконструкцией. Анализ результатов хирургического лечения показал, что у части пациентов удалось добиться стойкого клинического улучшения, однако в ряде случаев сохранялись или рецидивировали симптомы заболевания.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективность хирургического лечения во многом зависит от правильности определения показаний к операции и полноты предоперационного обследования. Недооценка функциональных и нейрогенных факторов может приводить к неудовлетворительным результатам лечения, несмотря на технически правильно выполненное оперативное вмешательство.

Обсуждение полученных данных позволяет сделать ряд принципиальных выводов относительно патогенеза хронических запоров у взрослых. Прежде всего, следует отметить, что данное заболевание является результатом сложного взаимодействия различных факторов, среди которых ключевую роль играют нарушения моторики кишечника и нейрогуморальной регуляции. При этом морфологические изменения толстой кишки являются, скорее, следствием длительного течения заболевания, чем его первопричиной.

Особое значение имеет нейрогенный компонент патогенеза, который проявляется нарушением иннервации кишечника и дискоординацией мышц тазового дна. Данные электромиографии и манометрии подтверждают наличие выраженных функциональных нарушений даже при отсутствии значимых морфологических изменений. Это объясняет низкую эффективность хирургического лечения у части пациентов и подчёркивает необходимость комплексного подхода к терапии.

Сравнительный анализ эффективности различных методов лечения показал, что консервативная терапия остаётся основным методом лечения хронических запоров у взрослых. Её эффективность значительно возрастает при условии индивидуализации лечения и учёта патогенетических механизмов заболевания. В то же время, хирургическое лечение должно рассматриваться как крайняя мера и применяться только при наличии чётко обоснованных показаний.

Важным направлением в улучшении результатов лечения является разработка алгоритмов диагностики, позволяющих своевременно выявлять пациентов с высоким риском неэффективности консервативной терапии. Включение в

диагностический комплекс функциональных и электрофизиологических методов исследования позволяет значительно повысить точность диагностики и обоснованность выбора лечебной тактики.

Таким образом, результаты проведённого исследования подтверждают необходимость пересмотра традиционных подходов к диагностике и лечению хронических запоров у взрослых. Комплексный клинико-инструментальный анализ, основанный на изучении патогенетических механизмов заболевания, позволяет значительно повысить эффективность лечения и улучшить прогноз у данной категории пациентов.

Заключение.

Проведённое исследование позволило комплексно оценить клинико-инструментальные особенности хронических запоров у взрослых и определить ключевые патогенетические механизмы, лежащие в основе данного патологического состояния. Полученные данные свидетельствуют о том, что хронические запоры являются мультифакторным заболеванием, формирование которого обусловлено сложным взаимодействием моторных, нейрогенных и структурных нарушений толстой кишки.

Установлено, что в большинстве случаев ведущим звеном патогенеза является нарушение эвакуаторной функции дистальных отделов толстой кишки, сочетающееся с дискоординацией деятельности мышц тазового дна. При этом морфологические изменения, включая дилатацию и удлинение кишки, формируются вторично и усугубляют течение заболевания. Особую роль играет нарушение нейрорегуляции, подтверждённое данными электромиографии и аноректальной манометрии, что позволяет рассматривать хронические запоры не только как гастроэнтерологическую, но и как нейрофункциональную патологию.

Включение в диагностический алгоритм функциональных и электрофизиологических методов исследования значительно повышает информативность обследования и позволяет выявить скрытые формы нейрогенных нарушений. Это имеет принципиальное значение для выбора лечебной тактики, поскольку традиционные методы диагностики не позволяют в полной мере оценить функциональное состояние кишечника.

Анализ эффективности лечения показал, что консервативная терапия остаётся основным методом лечения хронических запоров у взрослых. При использовании комплексного подхода, включающего диетотерапию, медикаментозную коррекцию и физиотерапевтические методы, удаётся достичь значительного улучшения клинического состояния у большинства пациентов. Однако при наличии выраженных структурных изменений и стойкой неэффективности консервативной терапии возникает необходимость в хирургическом лечении.

Установлено, что результаты хирургического лечения во многом зависят от правильности определения показаний к операции и полноты предоперационного обследования. Недооценка функциональных и нейрогенных факторов может приводить к сохранению симптоматики после оперативного вмешательства. В связи с этим хирургическое лечение следует рассматривать как один из этапов комплексной реабилитации пациентов.

Таким образом, оптимизация диагностики и лечения хронических запоров у взрослых возможна только при условии внедрения дифференцированного патогенетического подхода, основанного на комплексной оценке клинических, функциональных и морфологических данных. Реализация данного подхода позволяет повысить эффективность лечения, снизить частоту осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Практические рекомендации

На основании полученных результатов предлагаются следующие практические рекомендации:

Проведение первичной диагностики хронических запоров должно включать не только стандартные клинические и инструментальные методы, но и обязательную оценку функционального состояния кишечника. При отсутствии признаков органической патологии целесообразно проведение пробной консервативной терапии с последующей оценкой её эффективности в течение 3–6 месяцев.

При неэффективности консервативного лечения необходимо углублённое обследование пациентов с использованием аноректальной манометрии и электромиографии для выявления нарушений нейрогенной регуляции. Включение данных методов в диагностический алгоритм позволяет своевременно выявить пациентов с высоким риском неблагоприятного течения заболевания.

При подозрении на структурные изменения толстой кишки рекомендуется проведение морфологического исследования, включая биопсию с последующим гистологическим и иммуногистохимическим анализом. Выявление необратимых изменений нервных сплетений является показанием к хирургическому лечению.

Консервативная терапия должна носить комплексный характер и включать диетотерапию с повышенным содержанием пищевых волокон, применение осмотических слабительных средств, коррекцию микробиоты кишечника, а

также физиотерапевтические методы, направленные на стимуляцию моторики кишечника. Важным элементом лечения является формирование регулярного рефлекса дефекации.

Хирургическое лечение следует применять только при наличии строго обоснованных показаний, включая неэффективность длительной консервативной терапии и наличие выраженных морфологических изменений толстой кишки. При этом необходимо учитывать функциональное состояние кишечника для предотвращения неудовлетворительных результатов лечения.

Динамическое наблюдение за пациентами после проведённого лечения является обязательным и должно включать регулярную оценку клинического состояния, а также при необходимости повторное проведение функциональных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахунзянов А.А. Детская и абдоминальная хирургия. – Казань, 2005. – С. 45–78.
2. Алиева Э.И. Хронические запоры: клиника и лечение. – М., 1998. – С. 12–65.
3. Бейкер S.S. et al. Constipation in children and adults. – New York, 1999. – P. 34–76.
4. Беннинга M.A. Functional constipation. – Amsterdam, 2004. – P. 102–145.
5. Григович И.Н. Заболевания толстой кишки. – СПб., 1990. – С. 88–132.
6. Кущ Н.Л. Патология толстой кишки. – М., 1976. – С. 55–101.
7. Ленюшкин А.И. Хирургия толстой кишки. – М., 2000. – С. 90–140.
8. Прудникова Т.А. Хронические колостазы. – М., 2003. – С. 33–89.
9. Talley N.J. Gastrointestinal disorders. – Oxford, 2004. – P. 150–210.
10. Wald A. Chronic constipation. – London, 2003. – P. 77–134.
11. Иванов А.И. Современные методы лечения запоров. – М., 2000.
12. Лука В.А. Колопроктология. – СПб., 2003.
13. Смирнов А.Н. Нарушения моторики кишечника. – М., 2004.
14. Lee S.L. Pediatric and adult constipation. – 2002.
15. Biggs W.S. Evaluation of constipation. – 2006.
16. Bharucha A.E. Management of chronic constipation. – 2013.
17. Rao S.S.C. Pathophysiology of constipation. – 2014.
18. Camilleri M. Gastrointestinal motility disorders. – 2012.
19. Drossman D.A. Functional GI disorders (Rome IV). – 2016.
20. Ford A.C. Chronic constipation review. – 2018.
21. World Gastroenterology Organisation. Guidelines – 2023.
22. American College of Gastroenterology. Constipation guidelines – 2022.
23. PubMed Database – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
24. WHO Clinical Guidelines – https://www.who.int
25. Cochrane Library – https://www.cochranelibrary.com