

УДК: 616.345-008.87-089:616.34-008.1-084

## ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА: ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ



Амонов Худойберди Равшанович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## СУРУНКАЛИ КОЛОСТАЗ ЖАРРОҲЛИГИ: НОХУШ НАТИЖАЛАР ОМИЛЛАРИ, АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ҲАЁТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Амонов Худойберди Равшанович

Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## SURGERY OF CHRONIC COLOSTASIS: FACTORS OF UNFAVORABLE OUTCOMES, PREVENTION OF COMPLICATIONS, AND IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE AFTER SURGERY

Amonov Khudoyberdi Ravshanovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

---

**Резюме.** Мақоланинг мақсади сурункали колостазни жарроҳлик даволашда нохуш функционал натижалар хавф омилларини, эрта ва кечки операциядан кейинги асоратларни профилактика қилишни ҳамда беморлар ҳаёт сифатини динамик баҳолашни ҳисобга олган ҳолда дифференциал ёндашув зарурлигини илмий асослашдан иборат. 124 нафар беморнинг клиник-функционал таҳлили операция самарадорлиги фақат техник жиҳатдан тўғри бажарилишига эмас, балки беморларни операциядан олдин тўғри танлаш, йўгон ичак мотор-эвакуатор функциясини баҳолаш, ҳамроҳ патологияни коррекция қилиш ва операциядан кейинги тизимли кузатувга ҳам боғлиқ эканлигини кўрсатди.

**Калим сўзлар:** сурункали колостаз, сурункали кологен қабзият, жарроҳлик даволаш, функционал натижалар, асоратлар, ҳаёт сифати, колэктомия, беморларни танлаш.

**Abstract.** The aim of this article is to substantiate a differentiated approach to surgical treatment of chronic colostasis with consideration of risk factors for unfavorable functional outcomes, prevention of early and late postoperative complications, and dynamic assessment of quality of life. A clinical and functional analysis of 124 patients showed that the effectiveness of surgery depends not only on technical performance, but also on appropriate patient selection, assessment of colonic motor-evacuatory function, correction of comorbidities, and structured postoperative follow-up. Disease duration longer than five years, severe transit impairment, endocrine, neurological and metabolic comorbidity, and psychoemotional factors were associated with a higher risk of suboptimal outcomes.

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

---

**Введение.** Хронический колостаз, или хронический кологенный запор, относится к числу наиболее сложных и дискуссионных проблем современной колопроктологии. Клиническая значимость данной патологии определяется не только высокой распространенностью хронических нарушений дефекации, но и тем, что у части пациентов заболевание приобретает резистентное течение, сопровождается многолетней зависимо-

стью от слабительных средств и приводит к выраженному снижению качества жизни. В отличие от эпизодического запора, хронический колостаз характеризуется стойким нарушением моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, изменением чувствительности рецепторного аппарата и постепенным формированием вторичных морфо-функциональных изменений кишечной стенки.

Современные представления о патогенезе хронического колостаза указывают на его много-

факторную природу. В развитии заболевания участвуют нарушения пропульсивной активности толстой кишки, дискоординация аноректального аппарата, изменение нейрогуморальной регуляции, особенности питания, гиподинамия, сопутствующие эндокринные и неврологические расстройства, а также психоэмоциональные факторы. Такая гетерогенность объясняет различную эффективность консервативной терапии и неодинаковые результаты хирургического лечения у пациентов с внешне сходной клинической картиной [1, 3, 8].

Несмотря на наличие современных медикаментозных и немедикаментозных методов коррекции хронического запора, у части больных формируются тяжёлые формы колостазов, при которых консервативная терапия не обеспечивает стойкого клинического эффекта. В этих случаях хирургическое лечение становится возможным вариантом коррекции, однако его применение требует строгого обоснования. В литературе подчёркивается, что операции при хроническом колостазе должны рассматриваться не как универсальный способ устранения запора, а как заключительный этап комплексного лечебно-диагностического процесса [6, 9, 13].

Основной проблемой хирургии хронического колостазов остаётся вариабельность отдалённых функциональных исходов. Это свидетельствует о том, что исход вмешательства определяется не только объёмом операции, но и качеством предоперационной диагностики, правильностью отбора пациентов, адекватностью периоперационного ведения и послеоперационной реабилитации [4, 10, 13].

В последние годы всё больше внимания уделяется качеству жизни как интегральному показателю эффективности лечения. Для пациента с хроническим колостазом важны не только частота дефекации и отсутствие осложнений, но и предсказуемость работы кишечника, возможность социальной активности, снижение зависимости от медикаментов и психологическая уверенность в результате лечения. Поэтому оценка качества жизни должна рассматриваться как обязательный компонент анализа хирургических результатов [5, 11].

**Цель исследования.** Обосновать дифференцированный подход к хирургическому лечению хронического колостазов с учётом факторов риска неблагоприятных исходов, профилактики осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для настоящего исследования послужили данные клинико-статистического анализа 124 пациентов с хроническим колостазом, находившихся на стационарном лечении в специализиро-

ванном хирургическом отделении в 2018–2024 гг. Все больные были госпитализированы в плановом порядке после длительного амбулаторного наблюдения и отсутствия стойкого эффекта от консервативной терапии. Диагностический этап был направлен на исключение органической патологии толстой кишки и оценку функциональных механизмов нарушения дефекации.

Критериями включения являлись длительное течение хронического коллогенного запора, выраженное снижение частоты самостоятельной дефекации, необходимость регулярного применения слабительных средств или клизм, отсутствие достаточного эффекта от комплексной консервативной терапии, а также наличие клинико-инструментальных признаков нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Пациенты с опухолевыми заболеваниями, декомпенсированной соматической патологией, острыми воспалительными заболеваниями кишечника и выраженными аноректальными расстройствами, требующими самостоятельной коррекции, в исследование не включались.

Предоперационное обследование включало клиническое интервью, анализ длительности заболевания, характера стула, частоты дефекации, степени зависимости от слабительных препаратов, выраженности метеоризма и болевого синдрома. Обязательными элементами диагностики были лабораторные исследования, эндоскопическое обследование толстой кишки, инструментальная оценка кишечного транзита, а также консультации смежных специалистов при наличии эндокринных, неврологических или метаболических нарушений.

Особое внимание уделялось оценке факторов риска неблагоприятных исходов. В качестве потенциально значимых признаков рассматривались длительность заболевания более 5 лет, выраженное замедление транзита, длительная медикаментозная зависимость, сопутствующая соматическая патология, психоэмоциональная дезадаптация, а также признаки генерализованной дисмотильности желудочно-кишечного тракта. Полученные данные использовались для индивидуального выбора хирургической тактики и прогнозирования послеоперационного течения.

Оценка результатов лечения проводилась в раннем послеоперационном периоде, а также через 6 и 12 месяцев после операции. Анализировались частота самостоятельной дефекации, необходимость медикаментозной поддержки, выраженность абдоминального дискомфорта, наличие ранних и поздних осложнений, субъективная удовлетворённость лечением и качество жизни. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики и сравнительного анализа клинических подгрупп.

Исследуемая группа характеризовалась выраженной клинической неоднородностью. У большинства пациентов заболевание имело длительный характер, при этом у значительной части больных симптомы сохранялись более 5 лет. Это указывает на позднее обращение за специализированной помощью и длительное применение симптоматических средств до момента хирургического лечения. Такая ситуация типична для хронического колостазы, поскольку пациенты длительно воспринимают нарушение дефекации как бытовую проблему и обращаются к хирургу только после утраты эффекта стандартной терапии.

В клинической картине преобладали редкая самостоятельная дефекация, чувство неполного опорожнения, вздутие живота, абдоминальный дискомфорт, необходимость регулярного применения слабительных средств. У части пациентов отмечались признаки социальной дезадаптации: ограничение трудовой активности, тревожность перед поездками, зависимость режима дня от возможности дефекации. Эти обстоятельства подчёркивают необходимость рассматривать хронический колостаз не только как локальное заболевание толстой кишки, но и как состояние, существенно влияющее на повседневную жизнь пациента.

Сопутствующая патология выявлялась почти у половины больных. Наиболее часто встречались эндокринные и метаболические нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы, неврологические расстройства, а также психоэмоциональные нарушения тревожно-депрессивного спектра. Наличие этих состояний существенно влияло на выбор предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации, поскольку системные заболевания могут поддерживать нарушение кишечной моторики даже после хирургической коррекции.

Анализ клинических данных позволил выделить несколько групп факторов, ассоциированных с неблагоприятными или субоптимальными результатами операции. Первым и наиболее очевидным фактором была длительность заболевания. У пациентов с анамнезом более 5 лет восстановление моторно-эвакуаторной функции происходило медленнее, а остаточные симптомы сохранялись чаще. Вероятно, это связано с формированием стойких нейромышечных и рецепторных изменений в кишечной стенке, а также с адаптацией пациента к патологическому режиму дефекации.

Вторым значимым фактором являлась выраженность исходного нарушения транзита. При тяжёлом замедлении моторики операция снижала интенсивность симптомов, однако не всегда обеспечивала полную нормализацию функции. Это

особенно важно учитывать при сочетанных формах дисфункции, когда замедление транзита сочетается с нарушением эвакуации или генерализованной дисмотильностью. В таких случаях локальная хирургическая коррекция может иметь ограниченный эффект.

Третьим фактором была сопутствующая соматическая патология. Эндокринные, неврологические и метаболические нарушения способны самостоятельно изменять моторику кишечника и снижать адаптационный потенциал пациента. Поэтому хирургическое лечение без коррекции сопутствующих заболеваний может привести к неполному функциональному эффекту. На практике это требует участия эндокринолога, невролога, терапевта, диетолога и, при необходимости, психотерапевта.

Четвёртую группу составили психоэмоциональные факторы. У пациентов с выраженной тревожностью, фиксацией на симптомах и завышенными ожиданиями субъективная оценка результата нередко была ниже объективных клинических показателей. Это подчёркивает важность предоперационного информирования, объяснения этапности восстановления и формирования реалистичного прогноза.

Пятая группа факторов связана с длительным применением стимулирующих слабительных средств. Многолетняя медикаментозная стимуляция может сопровождаться снижением чувствительности кишечника к физиологическим регуляторным механизмам, электролитными нарушениями и формированием зависимости. Поэтому предоперационная подготовка должна включать постепенную рационализацию медикаментозной поддержки и коррекцию водно-электролитного баланса.

Профилактика осложнений при хирургическом лечении хронического колостазы должна начинаться на этапе отбора пациентов. Прежде всего необходимо исключить ситуации, при которых операция не устранит ведущий механизм заболевания. К таким состояниям относятся выраженные эвакуаторные расстройства без адекватной коррекции, генерализованная дисмотильность, тяжёлая некорригированная сопутствующая патология и психоэмоциональная нестабильность, препятствующая адекватному восприятию результатов лечения.

В раннем послеоперационном периоде основное значение имеет профилактика функциональных осложнений. Транзиторное угнетение моторики кишечника после операции является ожидаемым явлением, однако его выраженность может быть снижена за счёт ранней активизации, рационального обезболивания, минимизации опиоидной нагрузки, коррекции электролитных нарушений и постепенного расширения питания.

Важным компонентом является постоянное наблюдение за восстановлением перистальтики, отхождением газов, динамикой метеоризма и появлением самостоятельной дефекации.

Особое значение имеет профилактика водно-электролитных расстройств. У пациентов с хроническим колостазом до операции нередко имеется скрытая дегидратация или нарушения электролитного баланса, связанные с длительным применением слабительных средств. После операции эти нарушения могут усиливать функциональную нестабильность кишечника, поэтому их своевременная коррекция является обязательным условием благоприятного восстановления.

После выписки пациент должен находиться под диспансерным наблюдением. Реабилитация включает обучение режиму питания, рекомендации по физической активности, постепенную отмену ненужных слабительных средств, контроль стула и коррекцию остаточных симптомов. В первые месяцы после операции пациент нуждается в регулярной обратной связи с врачом, поскольку именно в этот период формируется новое функциональное равновесие кишечника.

**Результаты и их обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде у большинства пациентов отмечалось постепенное восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника. Транзиторные функциональные нарушения проявлялись метеоризмом, временной задержкой самостоятельной дефекации и умеренным абдоминальным дискомфортом. В большинстве случаев эти проявления купировались консервативными мероприятиями и не требовали повторных вмешательств. Тяжёлые хирургические осложнения

встречались редко, что подтверждает безопасность выбранной тактики при условии правильного отбора пациентов.

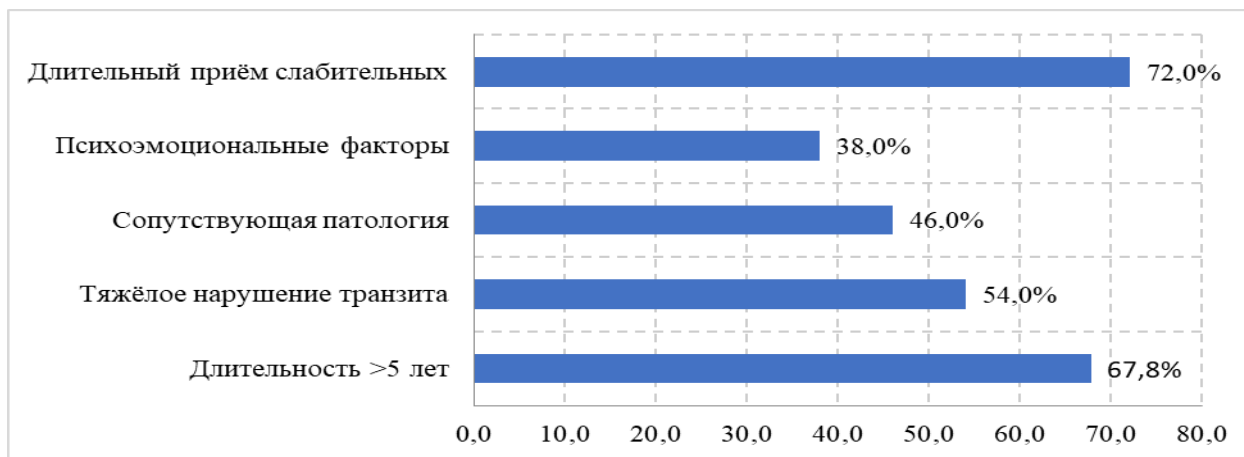
Через 6 месяцев после операции большинство больных отмечали уменьшение зависимости от слабительных средств, снижение выраженности абдоминального дискомфорта и повышение социальной активности. Однако у части пациентов сохранялись эпизодические функциональные жалобы, особенно при нарушении диеты или недостаточной физической активности. Эти данные указывают на то, что хирургическая операция не завершает лечебный процесс, а лишь создаёт условия для дальнейшего функционального восстановления.

К 12 месяцам наблюдения достигнутые результаты у большинства пациентов стабилизировались. Улучшение качества жизни проявлялось не только увеличением частоты самостоятельной дефекации, но и снижением тревожности, повышением предсказуемости состояния и возвращением к привычной активности. При этом наиболее выраженное улучшение наблюдалось у пациентов с менее длительным анамнезом заболевания, меньшей выраженностью исходных функциональных нарушений и отсутствием тяжёлой сопутствующей патологии.

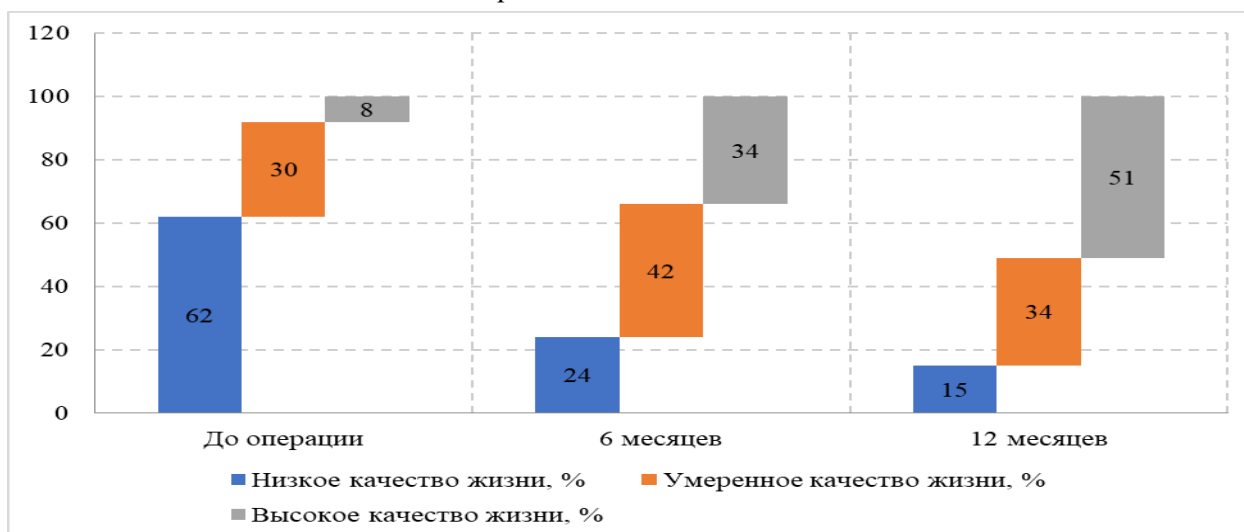
Полученные результаты подтверждают необходимость комплексной оценки исходов. Если оценивать только технический успех операции, можно недооценить функциональные и социальные аспекты. Напротив, включение качества жизни в анализ позволяет более объективно определить реальную эффективность лечения.

**Таблица 1.** Клинико-функциональные ориентиры выбора хирургической тактики при хроническом колостазе

Критерий оценки	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск неблагоприятного исхода
Длительность заболевания	До 3 лет	3–5 лет	Более 5 лет
Нарушение транзита	Локальное, умеренное	Выраженное, но компенсированное	Тяжёлое или сочетанное с эвакуаторными расстройствами
Сопутствующая патология	Отсутствует или компенсирована	Имеется, контролируемая терапией	Некорригированная эндокринная, неврологическая или метаболическая патология
Зависимость от слабительных	Эпизодическая	Регулярная, контролируемая	Многолетняя стимулирующая терапия, электролитные нарушения
Психоэмоциональный статус	Стабильный	Умеренная тревожность	Выраженная фиксация на симптомах, нереалистичные ожидания
Тактическое решение	Плановая операция после стандартной подготовки	Операция после расширенной подготовки	Повторная оценка показаний, коррекция факторов риска, усиленная реабилитация



**Рис. 1.** Распределение основных факторов риска неблагоприятных исходов хирургического лечения хронического колостаз



**Рис. 2.** Динамика качества жизни пациентов до операции и в отдалённом послеоперационном периоде

Для пациентов важна не только нормализация физиологических параметров, но и возможность планировать повседневную деятельность без постоянной зависимости от медикаментов и страха рецидива симптомов.

На основании проведённого анализа целесообразно выделить несколько этапов ведения пациентов с хроническим колостазом. Первый этап - углублённая диагностика с исключением органической патологии и уточнением ведущего механизма нарушения дефекации. Второй этап - оценка факторов риска неблагоприятных исходов, включая длительность заболевания, выраженность транзитных нарушений, сопутствующие заболевания и психоэмоциональный статус. Третий этап - индивидуальный выбор хирургической тактики с обязательным обсуждением ожидаемых результатов и ограничений метода.

Четвёртый этап - стандартизированное периоперационное ведение, направленное на профилактику функциональных осложнений. Пятый этап - длительная послеоперационная реабилитация и мониторинг качества жизни. Такая система позволяет рассматривать хирургию хронического колостаз как управляемый лечебный процесс, а

не как изолированное оперативное вмешательство.

Практическое значение предложенного подхода заключается в возможности раннего выявления пациентов с высоким риском субоптимальных исходов. Для таких больных требуется более тщательная подготовка, коррекция сопутствующих нарушений, расширенное консультирование и усиленное послеоперационное сопровождение. Это позволяет снизить частоту неудовлетворённости результатом и повысить долгосрочную эффективность лечения.

#### **Выводы:**

1. Хронический колостаз является многофакторным клинко-функциональным состоянием, при котором эффективность хирургического лечения определяется не только объёмом и техникой операции, но и глубиной предоперационной диагностики, правильностью отбора пациентов и качеством послеоперационного сопровождения.

2. К основным факторам неблагоприятных исходов относятся длительность заболевания более 5 лет, выраженное нарушение кишечного транзита, сопутствующие эндокринные, невроло-

гические и метаболические заболевания, психоэмоциональная дезадаптация и многолетняя зависимость от стимулирующих слабительных средств.

3. Профилактика осложнений должна включать коррекцию водно-электролитных нарушений, рациональное обезболивание, раннюю активизацию, индивидуализацию нутритивной поддержки и динамический контроль восстановления моторики кишечника.

4. Качество жизни является ключевым интегральным критерием эффективности хирургического лечения хронического колостазы, поскольку отражает не только частоту дефекации, но и социальную адаптацию, психологический комфорт и удовлетворённость результатом лечения.

5. Дифференцированный подход к ведению пациентов позволяет снизить риск субоптимальных функциональных результатов и повысить клиническую эффективность хирургического лечения хронического колостазы.

#### Литература:

1. Амонов Х.Р. Хирургия хронического колостазы: факторы неблагоприятных исходов, профилактика осложнений и улучшение качества жизни после операции // Материалы клинического исследования. — Самарканд, 2025.
2. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. — 2022. — №. 1 (81). — С. 75-79.
3. Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. — 2022. — С. 20-24.
4. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. — 2020. — №. 3. — С. 162-165.
5. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. — 2020. — №. 3. — С. 67-69.
6. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Лим Т. В. Влияние хронического гастродуоденита на гигиеническое состояние полости рта при стоматите и гингивите у больных // Conferencea. — 2025. — Т. 1. — С. 39-40.
7. Ризаев Ж. А. и др. Changes in the mucous membranes of the oral cavity in patients depending on the clinical course of covid-19 // Журнал Стоматологии и краниофациальных исследований. — 2022. — Т. 3. — №. 1.

8. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. — 2024. — Т. 7. — №. 71. — С. 120-120.

9. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении мининвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. — 2024. — №. 16 [1]. — С. 272-279.

10. Grossi U., Knowles C.H. Surgical treatment of chronic constipation // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. — 2019. — Vol. 40-41. — 101633.

11. Knowles C.H., Grossi U., Chapman M. et al. Surgical management of constipation // Neurogastroenterology & Motility. — 2017. — Vol. 29, № 3. — e12926.

12. Rao S.S.C., Camilleri M. Chronic constipation in adults: evaluation and management // The Lancet. — 2021. — Vol. 397, № 10270. — P. 127-140.

13. Zutshi M., Hull T.L. Management of chronic constipation // Clinics in Colon and Rectal Surgery. — 2017. — Vol. 30, № 1. — P. 39-45.

#### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

Амонов Х.Р.

**Резюме.** Цель статьи - научно обосновать необходимость дифференцированного подхода к хирургическому лечению хронического колостазы с учетом факторов риска неблагоприятных функциональных исходов, профилактики ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также динамической оценки качества жизни пациентов. На основании клинико-функционального анализа 124 пациентов показано, что эффективность операции определяется не только техническим выполнением вмешательства, но и правильностью предоперационного отбора, оценкой моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, коррекцией сопутствующей патологии и системным послеоперационным сопровождением. Установлено, что длительность заболевания более 5 лет, выраженное нарушение кишечного транзита, сопутствующие эндокринные, неврологические и метаболические заболевания, а также психоэмоциональные факторы ассоциированы с повышенным риском субоптимальных результатов. Предложена практико-ориентированная схема ведения пациентов, направленная на снижение осложнений и улучшение качества жизни.

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