ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ORIGINAL RESEARCH

ХИРУРГИЯ
SURGERY

DOI: 10.66269/2414-0252-2026-16-1-54-60
УДК 616.348-007.61-009.11-06

Мухаббатов Дж.К., Хоркашев Ф.М., Расулова С.И.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ С СИНДРОМОМ CECUM MOBILE И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххарова А.Н. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. *Изучение клинического течения и диагностических характеристик хронического запора, вызванного долихосигмой, а также его связи с синдромом подвижной слепой кишки (cecum mobile) и недостаточностью Баугиниевой заслонки (НБЗ) с целью создания прогностической модели осложнений и улучшения результатов хирургического вмешательства.*
Материал и методы. *Проведено проспективное исследование 296 пациентов с хроническим запором, ассоциированным с долихосигмой, в отделении колопроктологии с 2016 по 2025 год. Клиническая оценка включала шкалы Wexner, PAC-SYM, Бристольскую шкалу и SF-36. Инструментальные методы: ирригография, МСКТ, илеоцекография, эндоскопическое исследование НБЗ и УЗИ подвижности слепой кишки. Статистический анализ проводился с использованием SPSS v.27 и R 4.3 (логистическая регрессия, ROC-анализ).*
Результаты. *Выделены четыре морфофункциональных фенотипа: изолированная долихосигма (34,5%), долихосигма + cecum mobile (21,6%), долихосигма + НБЗ (26,4%) и триадный синдром (17,6%). Комбинированные формы составили 65,5%. Триадный фенотип характеризовался наибольшей тяжестью (Wexner 19,8±3,6; транзит >72 ч — 96,2%) и наивысшей частотой осложнений (57,7%). Разработана прогностическая модель (AUC=0,84), при пороге ≥8 баллов риск осложнений возрастал в 6,3 раза (OR=6,34; 95% ДИ 3,10–12,96).*
Заключение. *Хронический запор при долихосигме характеризуется выраженной морфофункциональной гетерогенностью с преобладанием сочетанных форм. Ключевыми предикторами осложнённого течения являются НБЗ, повышение цекосигмоидного индекса >230% и наличие cecum mobile. Разработанная прогностическая шкала обеспечивает эффективную стратификацию пациентов и оптимизацию лечебной тактики.*
Ключевые слова: *хронический запор, долихосигма, недостаточность Баугиниевой заслонки, подвижная слепая кишка (cecum mobile), илеоцекальный клапан, морфофункциональный фенотип, кишечный транзит, прогностическая модель, стратификация риска, хирургическое лечение.*

Для цитирования: Мухаббатов Дж.К., Хоркашев Ф.М., Расулова С.И. Хронический запор при долихосигме: клиническое значение сочетания с синдромом cecum mobile и недостаточностью баугиниевой заслонки. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2026; 16(1): 54–60. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-1-54-60

Mukhabbatov Dzh.K., Khorkashev F.M., Rasulova S.I.

CHRONIC CONSTIPATION IN DOLICHOSIGMA: CLINICAL SIGNIFICANCE OF COMBINATION WITH CECUM MOBILE SYNDROME AND BAUHIN VALVE INSUFFICIENCY

Department of General Surgery No. 1 named after Professor A.N. Kakhkharov, State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan

Aim. *To study the clinical course and diagnostic characteristics of chronic constipation caused by dolichosigma, as well as its association with cecum mobile syndrome and Bauhin valve insufficiency (BVI), in order to develop a prognostic model for complications and improve surgical outcomes.*
Material and methods. *A prospective study of 296 patients with chronic constipation associated with dolichosigma was conducted in a coloproctology department from 2016 to 2025. Clinical assessment included Wexner, PAC-SYM, Bristol Stool Scale, and SF-36 scores. Instrumental methods: irrigography, MSCT, ileocecography, endoscopic evaluation of BVI, and ultrasound assessment of cecal mobility. Statistical analysis was performed using SPSS v.27 and R 4.3 (logistic regression, ROC analysis).*
Results. *Four morphofunctional phenotypes were identified: isolated dolichosigma (34.5%), dolichosigma + cecum mobile (21.6%), dolichosigma + BVI (26.4%), and triad syndrome (17.6%). Combined forms accounted for 65.5%. The triad phenotype demonstrated the greatest severity (Wexner 19.8±3.6; transit >72 h — 96.2%) and the highest complication rate (57.7%). A prognostic model was developed (AUC=0.84); at a threshold of ≥8 points, the risk of complications increased 6.3-fold (OR=6.34; 95% CI 3.10–12.96).*
Conclusion. *Chronic constipation in dolichosigma is characterized by significant morphofunctional heterogeneity with a predominance of combined forms. Key predictors of complicated course include BVI, cecosigmoid index >230%, and presence of cecum mobile. The developed prognostic scale provides effective patient stratification and optimization of treatment strategy.*
Key words: *chronic constipation, dolichosigma, Bauhin valve insufficiency, cecum mobile, ileocecal valve, morphofunctional phenotype, colonic transit, prognostic model, risk stratification, surgical treatment.*

For citation: Mukhabbatov DzhK, Khorkashev FM, Rasulova SI. Khronicheskiy zapor pri dolikhosigme: klinicheskoe znachenie sochetaniya s sindromom cecum mobile i nedostatochnost'yu bauginiyevoy zaslonki [Chronic constipation in dolichosigma: clinical significance of its combination with cecum mobile syndrome and ileocecal valve insufficiency]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya [HIPEHS]. 2026; 16(1): 54–60. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-1-54-60

Муҳаббатов Ҷ.Қ., Хоркашев Ф.М., Расулова С.И.

ҚАБЗИЯТИ МУЗМИН ДАР ДОЛИХОСИГМА: АҲАМИЯТИ КЛИНИКИИ ОМЕЗИШ БО СИНДРОМИ CECUM MOBILE ВА НОРАСОИИ ЗАСЛОНКАИ БАУГИНИЕВӢ

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи профессор А.Н. Каҳҳоров, МДТ «ДТТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. *Омӯзиши ҷараёни клиникӣ ва хусусиятҳои ташхисии қабзияти музмин, ки аз сабаби долихосигма ба вуҷуд омадааст, инчунин алоқамандии он бо синдроми рӯдаи кӯри ҳаракатнок (cecum mobile) ва норасоии заслонкаи Баугиниевӣ (НБЗ) бо мақсади созиш модели пешгӯии мушкилот ва беҳтар намудани натиҷаҳои ҷарроҳӣ.*

Мавод ва усулҳо. *Таҳқиқоти проспективии 296 бемор бо қабзияти музмин, ки бо долихосигма алоқаманд аст, дар шӯъбаи колопроктология аз соли 2016 то 2025 гузаронида шуд. Баҳодиҳии клиникӣ шкалаҳои Wexner, PAC-SYM, Бристол ва SF-36-ро дар бар мегирад. Таҳлили оморӣ бо истифодаи SPSS v.27 ва R 4.3 гузаронида шуд.*

Натиҷаҳо. *Чор фенотипи морфофункционалӣ муайян карда шуд: долихосигмаи изолятсияшуда (34,5%), долихосигма + cecum mobile (21,6%), долихосигма + НБЗ (26,4%) ва синдроми триада (17,6%). Шаклҳои омезишшуда 65,5%-ро ташкил доданд. Модели пешгӯӣ (AUC=0,84) кор карда шуд; дар остонаи ≥8 хол хатари мушкилот 6,3 маротиба зиёд мешавад.*

Хулоса. *Қабзияти музмин дар долихосигма бо гетерогенияти барзиёди морфофункционалӣ тавсиф мешавад. Пешгӯикунандагони асосии ҷараёни мушкилот НБЗ, зиёдшавии индекси цекосигмоидӣ >230% ва мавҷудияти cecum mobile мебошанд.*

Калимаҳои калидӣ: *қабзияти музмин, долихосигма, норасоии заслонкаи Баугиниевӣ, рӯдаи кӯри ҳаракатнок, клапани илеоцекалӣ, фенотипи морфофункционалӣ, транзити рӯда, модели пешгӯӣ, стратификатсияи хатар, табобати ҷарроҳӣ.*

Актуальность

Хронический запор (ХЗ) продолжает оставаться одной из наиболее распространенных гастроэнтерологических и колопроктологических проблем XXI века, значительно влияя на качество жизни пациентов и усиливая нагрузку на систему здравоохранения [2]. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям, хронический запор наблюдается у 12–19% взрослого населения, при этом этот показатель возрастает до 25–30% среди женщин и 15–20% у пожилых людей [4,9]. Тем не менее, большинство современных исследований основаны на функциональных диагностических критериях (IV Римские критерии), что затрудняет распознавание анатомически обусловленных форм заболевания [10,14].

Долихосигма является одним из наиболее часто наблюдаемых морфологических субстратов хронического запора [3,13]. Его выявляют у 8–18% населения в целом и у 35–52% пациентов, страдающих хроническим запором, в то время как в случае рефрактерных форм заболевания его распространенность может достигать 60–70% [1,4]. Комбинированные морфофункциональные формы, такие как синдром подвижной слепой кишки и недостаточность баугиниевой заслонки (НБЗ), имеют важное клиническое значение. У пациентов с долихосигмой синдром подвижной слепой кишки обнаруживается у 25–40%, а НБЗ — у 38–49% [13,14].

Значительное число пациентов с диагнозом долихосигма подвергаются хирургическим вмешательствам (таким как резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, субтотальная колэктомия и процедуры фиксации толстой кишки) [6,7,11]. Тем не менее, частота неудовлетворительных послеоперационных исходов остается высокой (от 15 до 30%) и может возрасти до 35–40% в течение продолжительных периодов наблюдения [5,11,12]. Основным фактором, влияющим на ограниченную эффективность хирургических вмешательств, является неадекватная диагностика сопутствующих морфофункциональных расстройств, включая синдром подвижной слепой кишки, НБЗ, который способствует сохранению основных механизмов колостаза.

Несмотря на наличие некоторых исследований, существующая литература не содержит систематической основы для оценки клинических последствий взаимодействия между долихосигмой, подвижной слепой кишкой и НБЗ [9,10,14]. До сих пор не было разработано стандартизированных критериев морфофункционального фенотипирования или количественных моделей, направленных на прогнозирование сложного прогрессирования заболевания [2,14]. Поэтому крайне важно тщательно изучить клинические, морфометрические и функциональные характеристики хронического запора, ассоциированного с долихосигмой и ее комбинированными формами, чтобы создать комплексную диагностическую и прогностическую систему стратификации рисков, оптимизирующую стратегии лечения.

Цель исследования

Изучение клинического течения

и диагностических характеристик хронического запора, вызванного долихосигмой, а также его связи с синдромом подвижной слепой кишки и недостаточностью Баугиниевой заслонки с целью создания прогностической модели осложнений и улучшения результатов хирургического вмешательства.

Материал и методы

Проведено проспективное исследование, включающее анализ исходной клинической информации. Исследование проводилось в отделении колопроктологии с 2016 по 2025 год.

В исследовании приняли участие 296 пациентов, страдающих хроническим запором. Женщины составляли 54,7%, а мужчины — 45,3%. Средний возраст участников составил 41,8 ± 12,4 года (от 18 до 70 лет), а возрастная группа от 30 до 50 лет составила 61% случаев.

Критериями включения были: хронический запор по стандарту Римские критерии IV (≥6 месяцев), инструментально подтвержденная долихосигма, способность оценить илеоцекальный переход, возраст ≥18 лет и подписанное информированное согласие.

Пациенты с диагнозом болезнь Гиршпрунга, воспалительные заболевания кишечника, колоректальные опухоли, тяжелая соматическая декомпенсация, беременные и те, кто отказался от участия, были исключены.

Клиническая оценка включала использование шкал Wexner, PAC-SYM, Бристольской шкалы формы стула и шкал SF-36. Используемые инструментальные методы включали ирригографию CSP/CSI, МСКТ, илеоцекографию, эндоскопическое исследование НБЗ и ультразвуковое исследование для оценки подвижности слепой кишки. Для выяснения морфофункциональной структуры хронического запора было проведено оценку цекосигмоидного индекса (CSP/CSI), аноректальную манометрию, дыхательный тест SIBO/IMO и расчет индекса копростаза. Лабораторные исследования включали измерение С-реактивного белка, кальпротектина в кале, общих параметров анализа крови и маркеров дисбактериоза.

Статистический анализ проводился с использованием SPSS v.27 и R 4.3. Использовались описательные статистические методы (M ± SD, Me (IQR)), сравнительный анализ (t-критерий, Mann–Whitney, χ^2, Fisher) и корреляционный анализ (Spearman). Для прогнозирования вероятности осложненного течения применялась многомерная логистическая регрессия с использованием морфофункциональных предикторов (CSP >230%, НБЗ, подвижная слепая кишка, длина сигмы >65 см, Бейтон ≥5, время транзита >72 ч).

Результаты исследования

В исследовании приняли участие 296 человек, страдающих хроническим запором, связанным с долихосигмой. Путем клинического и инструментального исследования больных разделили на четыре подгруппы: изолированная долихосигма — 102 (34,5%); долихосигма в сочетании с синдромом подвижной слепой кишки — 64 (21,6%); долихосигма с НБЗ — 78 (26,4%); и триадный морфофункциональный синдром (долихосигма + cecum mobile + НБЗ) — 52 (17,6%). Комбинированные формы возникли у 65,5% пациентов, что свидетельствует о значительной распространенности комбинированных морфофункциональных расстройств.

Изучение демографического состава показало заметное преобладание женщин (54,7%) во всех фенотипических категориях, особенно у женщин с НБЗ и триадным фенотипом. По мере усложнения морфофункционального фенотипа возрастное распределение, как правило, смещалось в сторону пожилых людей, что свидетельствует о прогрессирующем характере заболевания.

Было замечено, что увеличение продолжительности заболевания коррелирует с ростом распространенности комбинированных и триадных форм хронического запора, что подтверждает поэтапную модель патогенеза: долихосигма → подвижная слепая кишка → НБЗ → триадный синдром.

Обзор клинических симптомов показал, что при изолированной долихосигме преобладает механический колостаз (характеризующийся редким стулом и напряжением стула), тогда как при подвижной слепой кишке обычно возникает правосторонний болевой синдром. Выделенная долихосигма проявляла умеренные симптомы (по шкале Wexner 13,4±2,8), относительно сохраненную двигательную функцию и низкую частоту осложнений (13,7%). В случаях, когда долихосигма ассоциировалась с синдромом подвижной слепой кишки, наблюдалось заметное усиление застоя правостороннего кишечника, повышение уровня CSP/CSI и повышение частоты

замедленного транзита (60,9%), что сопровождалось ростом осложнений до 23,4%.

Сочетание долихосигмы с НБЗ характеризуется симптомами метеоризма и чередованием эпизодов запора и диареи, что свидетельствует о воспалительном механизме рефлюкса. В группе пациентов с долихосигмой с НБЗ клиническое прогрессирование еще более усугубилось (по шкале Wexner 17,6 ± 3,4), что свидетельствует о высокой частоте илеоцекального рефлюкса и двигательной дисфункции, а также увеличении числа осложнений до 34,6%.

Фенотип триады характеризуется наиболее выраженной клинической картиной, характеризующейся сочетанием боли, диспепсических симптомов и двигательной дисфункции. Наиболее тяжелые показатели наблюдались при триадном морфофункциональном синдроме, характеризующемся наибольшей тяжестью морфометрических и функциональных нарушений (по Wexner 19,8±3,6; транзит >72 ч — 96,2%) и самой высокой частотой осложнений (57,7%).

Возросло число сопутствующих заболеваний толстой кишки по мере увеличения сложности фенотипических явлений. В то время как геморрой и хронический колит чаще всего встречались при изолированной долихосигме, наличие НБЗ и синдрома триады привело к росту дивертикулеза и синдрома избыточного бактериального роста.

Полученные данные обосновывают каскадную модель прогрессирования заболевания: долихосигма → возникновение синдрома подвижной слепой кишки → развитие НБЗ → триадный морфофункциональный синдром, связанный с повышенной двигательной декомпенсацией, усилением колостаза и ростом частоты осложненного заболевания.

Изучение прогностических факторов показывает, что возникновение комбинированных типов хронических запоров возникает в результате взаимодействия анатомических, функциональных и воспалительных механизмов. К наиболее заметным показателям относятся заметное удлинение сигмовидной кишки, повышение цекосигмоидного индекса, наличие

Таблица 1. Сопутствующие заболевания толстой кишки у пациентов с хроническим запором в зависимости от морфо-функционального фенотипа (n = 296)

Сопутствующие заболевания	Изолированная долихосигма (n=102)	Долихосигма + cecum mobile (n=64)	Долихосигма + НБЗ (n=78)	Триадный синдром (n=52)
Геморрой	22 (21,6%)	14 (21,9%)	16 (20,5%)	10 (19,2%)
Хр. неспецифический колит	18 (17,6%)	14 (21,9%)	22 (28,2%)	16 (30,8%)
Дивертикулёз толстой кишки	8 (7,8%)	8 (12,5%)	14 (17,9%)	12 (23,1%)
СИБР	6 (5,9%)	6 (9,4%)	12 (15,4%)	10 (19,2%)
Полипы толстой кишки	6 (5,9%)	5 (7,8%)	6 (7,7%)	5 (9,6%)
Без сопутств. патологии	18 (17,6%)	10 (15,6%)	8 (10,3%)	4 (7,7%)

Таблица 2. Прогностические факторы формирования тяжёлых сочетанных форм хронического запора

Группа факторов	Показатель	Диагностический критерий	Клиническое значение
Анатомические	Длина сигмовидной кишки	>65 см	Высокий риск формирования долихосигмы с колостазом
	CSP/CSI индекс	>230%	Биомеханическая перегрузка и нарушение транзита
	Синдром cecum mobile	≥II степень подвижности	Правосторонний стаз, нарушение пропульсивной моторики
Клапанные	НБЗ	Баллон-тест ≥II	Формирование колоноилеального рефлюкса
	Рефлюкс по илеоцекографии	Наличие контрастного рефлюкса	Повышение риска воспалительных осложнений
Функциональные	Замедление кишечного транзита	>72 часов	Прогрессирующий колостаз
	Диссинергия тазового дна	HRAM III–IV тип	Нарушение акта дефекации
Микробиологические	СИБР	Положительный дыхательный тест	Усиление воспалительного компонента

Таблица 3. Однофакторный анализ факторов риска осложнений

Показатель	Осложнения (%)	Без осложнений (%)	OR	95% ДИ	p
Длина сигмы >65 см	62,8	39,1	2,62	1,54–4,47	<0,001
CSP >230%	58,1	29,8	3,23	1,86–5,59	<0,001
Cecum mobile	49,0	25,3	2,84	1,63–4,95	<0,001
НБЗ ≥II	67,4	32,1	4,42	2,51–7,77	<0,001
Транзит >72 ч	71,0	38,4	3,94	2,24–6,92	<0,001
Beighton ≥5	53,5	31,6	2,47	1,42–4,30	0,001
Индекс копростаза >7	64,0	35,8	3,18	1,83–5,53	<0,001
Wexner ≥17	73,2	41,2	3,85	2,16–6,86	<0,001

синдрома подвижной слепой кишки и НБЗ.

Однофакторный анализ показал, что возникновение осложненного течения хронического запора в значительной степени связано с несколькими морфологическими и функциональными факторами. Наиболее значимую связь продемонстрировала НБЗ ≥II степени (OR = 4,42; p <0,001).

Таблица 4. Независимые предикторы осложнённого течения

Показатель	β	OR	95% ДИ	p
НБЗ ≥II	1,28	3,59	1,82–7,08	<0,001
CSP >230%	0,98	2,66	1,39–5,07	0,003
Транзит >72 ч	0,87	2,39	1,24–4,61	0,009
Cecum mobile	0,79	2,20	1,15–4,22	0,018
Индекс копростаза >7	0,74	2,10	1,09–4,04	0,026
Длина сигмы >65 см	0,58	1,79	0,92–3,46	0,084

Результаты многофакторного логистического анализа выявили независимые предикторы сложного прогрессирования заболевания, включая НБЗ (OR=3,59), увеличение CSP более 230% (OR = 2,66), продолжительность транзита более 72 часов (OR = 2,39), синдром подвижной слепой кишки (OR=2,20) и индекс копростаза более 7 (OR = 2,10).

Таблица 5. ROC-анализ прогностической модели

Чувствительность	81%
Специфичность	74%
ППЦ	63%
ОПЦ	87%
Hosmer–Lemeshow, p	0,41

Полученные результаты продемонстрировали высокую дискриминационную способность модели: площадь под кривой ROC (AUC) составила 0,84 (95% ДИ 0,79–0,89). Оптимальный порог шкалы прогнозирования был установлен с использованием индекса Юдена, который составил ≥8 баллов.

Расчет относительного риска показал, что у пациентов с общим прогностическим баллом ≥8 вероятность развития осложнений в 6,3 раза выше, чем у пациентов с низким риском (OR = 6,34; 95% ДИ 3,10–12,96).

Таблица 6. Частота осложнений в зависимости от суммы баллов (p <0,001)

Баллы	n	Осложнения (%)
0–4	92	6,5%
5–7	118	22,0%
≥8	86	62,8%

Полученные результаты подчеркивают существенную клиническую значимость разработанной прогностической модели и ее эффективность при стратификации пациентов на основе риска осложненного хронического запора, вызванного долихосигмой и ее различными морфофункциональными формами. Внедрение этой шкалы в клиническую практику облегчает своевременную идентификацию пациентов из группы высокого риска, оптимизирует диагностические стратегии и подтверждает необходимость применения более активных подходов к лечению, включая возможность раннего хирургического вмешательства.

Обсуждение

Исследование показало, что хронический запор, вызванный долихосигмой, не является однородным клиническим явлением, а охватывает различные морфофункциональные фенотипы, различающиеся по степени тяжести, частоте осложнений и эффективности консервативного лечения.

Было замечено, что изолированная долихосигма в основном проявляется механическим механизмом сегментарного стаза и характеризуется относительно доброкачественным прогрессированием при своевременном консервативном вмешательстве. Однако при появлении синдрома подвижной слепой кишки возникает правосторонний компонент стаза, вызывающий перераспределение внутрипросветного давления и усугубляющий транзитную декомпенсацию.

Наиболее неблагоприятное течение было отмечено, когда долихосигма ассоциировалась с НБЗ. При таком сочетании рефлюкс толстой кишки, воспалительно-дисбиотический каскад и нервно-мышечная дисрегуляция переходят в механический аспект, создавая качественно выраженный воспалительно-рефлюксный фенотип заболевания. Триада долихосигмы, слепой кишки и НБЗ приводит к наиболее тяжелым симптомам, заметной задержке транзита, высокой частоте осложнений и резистентности к консервативному лечению.

Разработанная прогностическая модель продемонстрировала значительную диагностическую и прогностическую ценность (AUC=0,84) и способствовала эффективной стратификации пациентов по риску осложнений. При пороговом значении ≥ 8 баллов модель оказалась высокочувствительной и специфичной, а вероятность осложненного течения возросла более чем в шесть раз.

Полученные данные подчеркивают клиническую важность внедрения в практику прогностической шкалы, позволяющей своевременно выявлять пациентов из группы высокого риска, оптимизировать стратегии лечения и обосновывать своевременное проведение хирургических вмешательств.

Заключение

Хронический запор, обусловленный долихосигмой, характеризуется выраженной морфо-функциональной гетерогенностью с преобладанием сочетанных форм (65,5%), включая комбинации с недостаточностью баугиниевой заслонки и синдромом cecum mobile, а также триадный фенотип. Ключевыми предикторами прогрессирования осложнённого течения являются НБЗ, повышение цекосигмоидального индекса >230% и сочетание с cecum mobile, что сопровождается усилением кишечного стаза, замедлением транзита и нарастанием моторной декомпенсации. Разработанная прогностическая модель и балльная шкала риска обеспечивают эффективную стратификацию пациентов, способствуя оптимизации диагностической тактики, обоснованному выбору лечения и своевременному определению показаний к хирургическому вмешательству.

Литература

1.Алиев С. А., Алиев Э. С. Современные тенденции в стратегии и тактике хирургического лечения хронического колостаза. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018;177(2):95-99. doi: 10.24884/0042-4625-2018-177-2-95-99.

2.Ивашкин В.Т., Мнацаканян М. Г., Остапенко В.С., Погромов А. П., Нековаль В.М., Полуэктова Е.А., Котов ская Ю.В., Рунихина Н.К., Шарашкина Н. В., Царьков П.В., Ткачева О.Н., Беленков Ю.Н. Диагностика и лечение хронического за пора у пациентов пожилого и старческого возраста: согласованное мнение экспертов. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(4):7–20. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-7-20

3.Карпухин О. Ю., Ситдикова Г. Ф., Яруллина Д. Р., Шафигуллин М. У., Сакулин К. А., Маркелова М. И., Шайдуллов И. Ф., Арзамасце ва А. А. Колостаз при аномалии толстой кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;167(7): 40–46. DOI: 10.31146/1682 8658-ecg-167-7-40-46.

4.Лазебник Л. Б., Туркина С. В., Голова нова Е. В., Ардатская М. Д., Остроумова О. Д., Комиссаренко И. А., Корочанская Н. В., Козлова И. В., Успенский Ю. П., Фоминых Ю. А., Левченко С. В., Лоранская И. Д., Ткаченко Е. И., Ситкин С. И., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Шемеровский К. А. Запоры у взрослых. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 3(175):10–33. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3 10-33.

5.Мадаминов А.М., Бектенов Ы.А., Айсаев А.Ю., Турдалиев С.И. К вопросу хирургического лечения долихосигмы. Вестник КАЗНМУ, №3, 2021, С.210-214.

6.Ривкин В.Л. В.Л. К вопросу лечения хронического запора -парадоксальная хирургическая идея Московский хирургический журнал.2020. №1(71). - С.130-132. DOI: 10.17238/issn2072-3180.2020.1.130-132 УДК: 616.34-008. 14/ 15-036. 12-07-08

7.Ромащенко П. Н., Майстренко Н. А., Самедов В. Б. Хронический медленно-транзитный запор: аспекты диагностики и хирургическое лечение. Таврический медико-биологический вестник. 2022, том 25, № 2.- С.90-97.

8.Хомутова Е. Ю. Возможности виртуальной мультиспиральной компьютерно-томографической колоноскопии в диагностике патологии толстой кишки. Вестник рентгенологии и радиологии № 5, 2012.-С.34-39.

9.Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, evaluation, and management of chronic constipation. Gastroenterology. 2020;158(5):1232–1249.

10.Shin A, Camilleri M. Diagnostic assessment of constipation and colonic motility disorders. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021;18(5):336–350.

11.Catena F, Ansaloni L, Di Saverio S, et al. Surgical management of chronic constipation: systematic review. World J Gastroenterol. 2021;27(24):3625–3643.

12.Emile SH, Elfeki H, Youssef M, et al. Outcome of surgical treatment of colonic inertia: systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2020;35(6):1047–1060.

13.Pohl D, Fried M. Imaging of colonic motility and anatomical variants. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2020;44–45:101667.

14.Keller J, Bassotti G, Clarke J, et al. Advances in the diagnosis and classification of colonic motility disorders. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2022;19(4):247–269.

References

1. Aliyev S.A., Aliyev E.S. Sovremennyye tendentsii v strategii i taktike khirurgicheskogo lecheniya khronicheskogo kolostaza [Current trends in strategy and tactics of surgical treatment of chronic colostasis]. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova -- Grekov Bulletin of Surgery. 2018;177(2):95-99. doi: 10.24884/0042-4625-2018-177-2-95-99. (In Russ.)

2. Ivashkin V.T., Mnatsakanyan M.G., Ostapenko V.S. i dr. Diagnostika i lecheniye khronicheskogo zapora u patsiyentov pozhilogo i starcheskogo vozrasta: soglasovannoye mneniye ekspertov [Diagnosis and treatment of chronic constipation in elderly and senile patients: expert consensus]. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii -- Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2021;31(4):7-20. doi: 10.22416/1382-4376-2021-31-4-7-20. (In Russ.)

3. Karpukhin O.Yu., Sitdikova G.F., Yarullina D.R. i dr. Kolostaz pri anomalii tolstoy kishki [Colostasis in colon anomaly]. Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya -- Experimental and Clinical Gastroenterology. 2019;167(7):40-46. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-167-7-40-46. (In Russ.)

4. Lazebnik L.B., Turkina S.V., Golovanova Ye.V. i dr. Zapory u vzroslykh [Constipation in adults]. Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya -- Experimental and Clinical Gastroenterology. 2020;3(175):10-33. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-10-33. (In Russ.)

5. Madaminov A.M., Bektenov Y.A., Aysayev A.Yu., Turdaliyev S.I. K voprosu khirurgicheskogo lecheniya dolikhosigmy [On the issue of surgical treatment of dolichosigma]. Vestnik KAZNMU -- Bulletin of KazNMU. 2021;(3):210-214. (In Russ.)

6. Rivkin V.L. K voprosu lecheniya khronicheskogo zapora — paradoksalnaya khirurgicheskaya ideya [On the treatment of chronic constipation — a paradoxical surgical idea]. Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal -- Moscow Surgical Journal. 2020;1(71):130-132. DOI: 10.17238/issn2072-3180.2020.1.130-132. (In Russ.)

7. Romashchenko P.N., Maystrenko N.A., Samedov V.B. Khronicheskiy medlenno-tranzitnyy zapor: aspekty diagnostiki i khirurgicheskoye lecheniye [Chronic slow-transit constipation: diagnostic aspects and surgical treatment]. Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik -- Taurian Medical and Biological Bulletin. 2022;25(2):90-97. (In Russ.)

8. Khomutova Ye.Yu. Vozmozhnosti virtualnoy multispiralnoy kompyuterno-tomograficheskoy kolonoskopii v diagnostike patologii tolstoy kishki [Capabilities of virtual multislice computed tomographic colonoscopy in the diagnosis of colon pathology]. Vestnik rentgenologii i radiologii -- Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2012;(5):34-39. (In Russ.)

9. Bharucha A.E., Lacy B.E. Mechanisms, evaluation, and management of chronic constipation. Gastroenterology. 2020;158(5):1232-1249.

10. Shin A., Camilleri M. Diagnostic assessment of constipation and colonic motility disorders. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021;18(5):336-350.

11. Catena F., Ansaloni L., Di Saverio S., et al. Surgical management of chronic constipation: systematic review. World J Gastroenterol. 2021;27(24):3625-3643.

12. Emile S.H., Elfeki H., Youssef M., et al. Outcome of surgical treatment of colonic inertia: systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2020;35(6):1047-1060.

13. Pohl D., Fried M. Imaging of colonic motility and anatomical variants. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2020;44-45:101667.

14. Keller J., Bassotti G., Clarke J., et al. Advances in the diagnosis and classification of colonic motility disorders. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2022;19(4):247-269.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович — д.м.н., профессор кафедры общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
тел.: (+992) 918 61 28 08
ORCID: 0000-0002-2100-310X
SPIN код: 8407-5820
E-mail: mukhabbatov67@mail.ru

Хоркашев Файзали Махмадназарович — соискатель кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»
тел.: (+992) 918 64 66 63
E-mail: fayzalu727@gmail.com

Расулова Силсила Искандаровна — к.м.н., кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»
тел.: (+992) 901 70 25 16
E-mail: rasila1988@mail.ru

Финансирование: финансирование и индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Использование ИИ: искусственный интеллект не использован.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация о соблюдении этических норм: исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хоркашев Файзали Махмадназарович — соискатель кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
e-mail: fayzalu727@gmail.com
тел.: (+992) 918 64 66 63

Поступила:16.12.2025г.
Принята в печать: 10.03.2026