

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОСТГЕМИКОЛЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ли И. А., Лазебник Л. Б.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Ли Ирина Алексеевна

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

Тел.: 304 7423

E-mail: omoterapevt@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

Гемиколэктомия (*hemicolectomia*) — это хирургическое удаление примерно половины ободочной кишки (толстой кишки); правой или левой половины ободочной кишки. Причинами, которые могут приводить к операции гемиколэктомии, являются опухоли толстой кишки, полипы толстой кишки, осложненная дивертикулярная болезнь, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или язвенный колит). У больных с различными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта дисбиоз кишечника развивается в результате воздействия на организм многообразных факторов риска (оперативные вмешательства, антибактериальная терапия, сниженный иммунный статус, наличие гнойно-воспалительных процессов, стресс и др.).

Целью нашей работы стало изучить особенности клинических проявлений у больных после гемиколэктомии в зависимости от локализации резекции толстой кишки.

**Результаты.** Обследовано 365 больных, перенесших операцию гемиколэктомии, были лица обоего пола в возрасте от 30 до 85 лет, из них 151 больной после перенесенной операции правосторонней гемиколэктомии и 214 больных после левосторонней гемиколэктомии.

Правосторонний постгемиколэктомический синдром клинически проявляет себя болевым синдромом в околопупочной области у 62,9% больных, метеоризмом (68,9%), запорами (7,9%), диареей (3,9%), снижением аппетита (16,5%) больных. Левосторонний постгемиколэктомический синдром проявляет себя болью в правом подреберье у 64,0% больных, симптомами метеоризма (81,8%), запоров (64,1%), диареи (31,3%) и снижение аппетита (32,2%). Правосторонний постгемиколэктомический синдром является прогностически более благоприятным, чем левосторонний постгемиколэктомический синдром.

**Ключевые слова:** гемиколэктомия; правосторонний и левосторонний постгемиколэктомический синдром; дисбиоз кишечника.

### SUMMARY

Hemicolectomy (*hemicolectomia*) - the surgical removal of about half of colon, left or right half of the colon. The reasons, which can lead to surgery hemicolectomy are tumors of the colon, colon polyps, complicated diverticular disease, inflammatory bowel disease (Crohn's disease or ulcerative colitis). Intestine dysbiosis develops as a result of effects on the multiple risk factors (surgery, antibiotic therapy, reduced immune status, presence of inflammatory processes, stress, etc.) in patients with various diseases of the gastrointestinal tract. The aim of our work was to study peculiarities of clinical manifestations in patients after hemicolectomy depending on the location of colon resection.

Results. We examined 365 patients who underwent surgery hemicolectomy. There were women and men the ages of 30 to 85 years, of which 151 patients after right-sided hemicolectomy and 214 patients after left-sided hemicolectomy. Right- sided post hemicolectomic syndrome clinically manifests itself as pain syndrome in periumbilical area in 62.9% of patients, flatulence (68.9%), constipation (7.9%), diarrhea (3.9%), appetite decrease (16.5%) patients. Left- sided post hemicolectomic syndrome manifests as a pain in the right upper quadrant in 64.0% of patients with symptoms of bloating (81.8%), constipation (64.1%), diarrhea (31.3%) and appetite decrease (32.2%). Right- sided post hemicolectomic syndrome prognostically is more favorable than the left-sided post hemicolectomic syndrome.

**Keywords:** hemicolectomy, right and left sided post hemicolectomic syndrome, intestine dysbiosis.

**Г**емиколэктомия (*hemicolectomia*) — это хирургическое удаление примерно половины ободочной кишки (толстой кишки); правой или левой половины ободочной кишки. Причинами, которые могут приводить к операции гемиколэктомии, являются опухоли толстой кишки, полипы толстой кишки, осложненная дивертикулярная болезнь, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или язвенный колит). Лечение рака толстой кишки — оперативное. Операции могут быть радикальными, паллиативными и симптоматическими. К радикальным операциям относятся сегментарная резекция, гемиколэктомия, колэктомия. Радикальная операция предусматривает удаление опухоли в пределах здоровых тканей, что означает необходимость пересечения кишки в 5–10 см от опухоли и удаление регионарных лимфатических узлов (эпиколических, параколических и промежуточных) [1; 2].

Хирургическое удаление (резекция) части кишечника называется колэктомией. Для удаления опухолей, располагающихся в правой половине ободочной кишки, выполняют правостороннюю гемиколэктомию, а для опухолей в левой половине ободочной кишки — левостороннюю гемиколэктомию. При расположении опухоли в сигмовидной кишке выполняют резекцию сигмовидной кишки. Обычно при стандартной резекции ободочной кишки удаляют 30–40 см кишечника, хотя длина удаленного сегмента может быть разной в зависимости от роста пациента и его веса. Правосторонняя гемиколэктомия показана при раке слепой кишки, восходящего отдела, паченочного изгиба и проксимальной трети поперечного отдела. Левосторонняя гемиколэктомия выполняется при локализации опухоли в дистальной части поперечного отдела, в селезеночном изгибе, в нисходящем отделе и проксимальной части сигмовидной кишки [3; 4].

У больных с различными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта дисбиоз кишечника развивается в результате воздействия на организм многообразных факторов риска (оперативные вмешательства, антибактериальная терапия, сниженный иммунный статус, наличие гнойно-воспалительных процессов, стресс и др.) [5; 6].

Коррекция нарушенного бактериального равновесия кишечника и его поддержание на оптимальном уровне является одной из важных проблем в комплексном лечении данной группы больных. Развитие заболеваний ЖКТ, требующих хирургического вмешательства, определяется не только степенью активности патологического процесса, эндотоксикоза, уровнем дисбиотических нарушений кишечника, но и нарушениями в системе иммунитета больного [7; 8].

В литературе практически отсутствуют работы по комплексному исследованию клинической картины, нарушений микробиоценоза кишечника у больных после гемиколэктомии в зависимости от типа резекции толстой кишки.

Поэтому целью нашей работы стало изучить особенности клинических проявлений у больных после гемиколэктомии в зависимости от локализации резекции толстой кишки.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты клинических, лабораторных и инструментальных исследований 365 больных, прошедших амбулаторное и стационарное обследование и лечение в Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии в период с 2005 по 2009 год, которые вызваны по имеющемуся регистру больных по Москве, после перенесенной операции гемиколэктомии путем «случайной выборки».

В исследование включались больные мужского и женского пола в возрасте от 30 до 85 лет; перенесшие в анамнезе операцию гемиколэктомии по причине злокачественных опухолей, полипов, осложненной дивертикулярной болезни и болезни Крона различных отделов толстой кишки; в отдаленный период после операции (от 3 до 12 лет).

В исследование не включались больные с рецидивами злокачественного роста, а также метастатическими поражениями печени; больные, ранее оперированные на пищеводе, желудке, желчном пузыре и тонкой кишке; больные с имеющейся колостомой.

Среди 365 больных, перенесших операцию гемиколэктомии, были лица обоего пола в возрасте от 30 до 85 лет, из них 149 мужчин (40,8%) и 216 женщин (59,2%). Было обследовано 151 больных после перенесенной операции правосторонней гемиколэктомии и 214 больных после левосторонней гемиколэктомии.

Всем больным проведено общеклиническое обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови с определением липидного спектра крови), определение количественного и качественного состава микрофлоры толстой кишки, определение КЖК в фекалиях и крови, определение эндотоксина и белка, связывающего эндотоксин, определение состояния тонкой кишки по белку, связывающему жирные кислоты (I-FAVP). Инструментальные методы исследования: колоноскопия с биопсией, рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия), эзофагогастроудоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая симптоматика у больных после операции гемиколэктомии характеризуется разнообразием жалоб в зависимости от локализации резекции толстой кишки и наличием сопутствующих заболеваний. Были учтены жалобы, которые беспокоили

больных регулярно, на протяжении не менее 3 месяцев в году. Все предъявляемые больными жалобы представлены в **табл. 1**.

Наиболее частой жалобой больных были боли в области живота, их предъявляли практически все больные, но отмечались особенности, связанные с локализацией гемиколэктомии. У больных после левосторонней гемиколэктомии (ЛГК) и правосторонней гемиколэктомии (ПГК) отмечались достоверные различия в локализации болевого синдрома. У больных после ЛГК он чаще встречался в области правого подреберья, а при ПГК они чаще локализовались в околопупочной области. По остальным зонам локализации болей в животе достоверных различий не было.

Достоверно чаще после левосторонней гемиколэктомии отмечалось снижение аппетита. Не отмечалось различий в частоте таких жалоб, как изжога, сухость во рту, отрыжка воздухом, горечь во рту. Данные жалобы чаще всего связаны с гастроэзофагеальным рефлюксом, и их частота в целом соответствовала частоте сопутствующих

заболеваний — ГЭРБ, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит (*табл. 2*).

Основные различия в группах больных с различной локализацией гемиколэктомии были связаны с жалобами, которые характеризуют функциональные и моторные нарушения со стороны кишечника. У больных после ЛГК достоверно чаще, чем у больных после ПГК, отмечались вздутие, симптомы расстройства стула: запоры, диарея.

У больных, перенесших левостороннюю гемиколэктомию, чаще отмечались сопутствующие заболевания панкреатобилиарной зоны: хронический холецистит, ЖКБ, хронический панкреатит и так же достоверно чаще по данным ультразвуковых и клинико-лабораторных исследований диагностировался стеатогепатит. Вероятно, именно с наличием этих заболеваний у больных после ЛГК отмечался частый болевой синдром в правом подреберье. Таким образом, жалобы, которые

Таблица 1

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ				
Клинические симптомы		Правосторонняя гемиколэктомия (n = 151)	Левосторонняя гемиколэктомия (n = 214)	Достоверность p разницы по $\chi^2$
Болевой синдром	в правом подреберье	54 (35,7%)	137 (64,0%)	< 0,001
	в эпигастральной области	48 (31,8%)	62 (29,0%)	= 0,64
	в левом подреберье	21 (13,9%)	51 (23,8%)	= 0,27
	в околопупочной области	95 (62,9%)	74 (34,6%)	< 0,001
	в проекции толстой кишки	62 (41,0%)	89 (41,6%)	= 0,9
	без локализации	34 (22,5%)	44 (20,5%)	= 0,75
Сухость во рту		51 (33,8%)	92 (43,0%)	= 0,095
Отрыжка воздухом		27 (17,9%)	46 (21,5%)	= 0,473
Изжога		24 (15,9%)	39 (18,2%)	= 0,66
Тошнота		47 (31,1%)	56 (26,2%)	= 0,358
Горечь во рту		35 (23,2%)	59 (27,6%)	= 0,41
Метеоризм		104 (68,9%)	175 (81,8%)	= 0,006
Запоры		12 (7,9%)	137 (64,1%)	< 0,001
Диарея		6 (3,9%)	67 (31,3%)	< 0,001
Чувство неполного опорожнения		14 (9,3%)	22 (10,3%)	= 0,89
Неустойчивый стул		10 (6,6%)	6 (2,8%)	= 0,135
Аппетит	сохранен	96 (63,5%)	59 (27,5%)	< 0,001
	снижен	25 (16,5%)	69 (32,2%)	= 0,001
	повышен	30 (19,9%)	86 (40,2%)	< 0,001
Общая слабость, утомляемость		62 (41,0%)	105 (49,1%)	= 0,16

Таблица 2

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ			
Сопутствующая патология	Правосторонняя гемиколэктомия (n = 151), абс. число/%	Левосторонняя гемиколэктомия (n = 214), абс. число/%	Достоверность p разницы по $\chi^2$
Хронический гастрит (гастродуоденит)	101 (66,8%)	136 (63,5%)	= 0,585
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	43 (28,5%)	58 (27,1%)	= 0,865
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	19 (12,6%)	28 (13,1%)	= 0,585
Дискинезия желчевыводящих путей	37 (24,5%)	41 (19,1%)	= 0,986
Хронический холецистит	31 (20,5%)	72 (33,6%)	= 0,009
Желчнокаменная болезнь	26 (17,2%)	92 (42,9%)	< 0,001
В том числе стадия билиарного сладжа	14 (9,3%)	48 (22,4%)	= 0,002
Хронический панкреатит	39 (25,8%)	89 (41,6%)	= 0,003
Стеатоз печени	7 (4,6%)	8 (3,7%)	= 0,875
Стеатогепатит	21 (13,9%)	104 (48,5%)	< 0,001

предъявляют больные после гемиколэктомии, и частота сопутствующих заболеваний в данной группе больных связаны с локализацией гемиколэктомии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из проведенного исследования, мы пришли к заключению, что состояние больных, перенесших гемиколэктомию, имеет как общие, так и различающиеся по степени выраженности особенности клинической картины, состава микрофлоры сохраненных отделов кишечника и характера печеночного метаболизма (правосторонний и левосторонний постгемиколэктомические синдромы).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии: Учеб. пособие/под ред. Г. И. Воробьева. — Ростов н/Д.: Феникс, 2001. — 414 с.
2. Фромм Г., Алберт М. Б. Раннее выявление колоректального рака // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998. — Т. 8, № 4. — С. 79–82.
3. Осина В. А. Абсорбционная функция толстой кишки в норме и при патологии // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 1. — С. 81–85.
4. De Rubertis F. R., Chayoth R., Field J. B. The content and metabolism of cyclic AMP and cyclic GMP in the adenocarcinoma of the human colon // J. clin. Invest. — 1976. — Vol. 57. — P. 641–649.
5. Григорьев П. Я., Коровина В. И., Жуховицкий В. Г. и др. Изменения родовой состава кишечной микрофлоры и степени обсемененности

Правосторонний постгемиколэктомический синдром клинически проявляет себя болевым синдромом в окологупочной области у 62,9% больных, метеоризмом (68,9%), запорами (7,9%), диареей (3,9%), снижением аппетита (16,5%) больных.

Левосторонний постгемиколэктомический синдром проявляет себя болью в правом подреберье у 64,0% больных, симптомами метеоризма (81,8%), запоров (64,1%), диареи (31,3%) и снижения аппетита (32,2%).

Правосторонний постгемиколэктомический синдром является прогностически более благоприятным, чем левосторонний постгемиколэктомический синдром.

кишечника: бактериологическая характеристика, клиническое значение, вопросы терапии // Практикующий врач. — 1999. — № 16 (3). — С. 14–19.

6. Успенский Ю. Л. Метаболический синдром у больных с заболеваниями органов пищеварения // Клин. питание. — 2004. — № 1. — С. 23–28.

7. Nordgaard I., Hove H., Clausen M. R. et al. Colonic production of butyrate in patients with previous colonic cancer during long-term treatment with dietary fiber (Plantago ovata seeds) // Scand. J. Gastroenterol. — 1996. — Vol. 31. — P. 1011–1020.

8. Попова Т. С., Тамазашвили Т. Ш., Шестопалова А. Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. — М.: Медицина, 1991. — 240 с.