© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.34-009.11-089.193.4

Г. О. Ревин, Н. А. Майстренко, Ал. А. Курыгин

СЛУЧАЙ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ТЯЖЁЛОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова (зав. — академик РАМН проф. Н. А. Майстренко), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: *хронический запор тяжёлой степени, повторные операции*

Введение. Выбор рационального объёма резекции толстой кишки при тяжёлых хронических запорах нередко представляется сложной задачей в связи с тем, что существующие рентгенологические и манометрические методики оценки моторной и эвакуаторной функций ободочной и прямой кишки не всегда позволяют точно определить границы «функционально недостаточного» сегмента или отдела толстой кишки. По данным ряда авторов [1–4, 5], первичные хирургические вмешательства при тяжёлых хронических запорах оказываются неэффективными в 10–15% случаев.

В статье представлен анализ результатов обследования и хирургического лечения пациентки К., 34 года, которая в 2007–2009 гг. перенесла три оперативных вмешательства по поводу тяжёлого хронического запора. С молодого возраста пациентка отмечала задержки стула на 2–3 дня. В возрасте 28 лет (через 3 года после рождения сына) задержки стула увеличились до 5–7 сут, несмотря на постоянную овощную диету, регулярные занятия физкультурой, применение слабительных препаратов и очистительных клизм.

При обследовании в нашей клинике в сентябре 2007 г. пациентке были выполнены ирригоскопия (*рис. 1*), хронометрия пассажа бариевой взвеси по кишечнику, на основании чего установлен диагноз хронического медленно транзитного запора тяжёлой степени, долихосигмы с выраженной гиподинамией сигмовидной кишки и сформулированы показания к её резекции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Однако положительного эффекта хирургическое вмешательство не принесло: жалобы на запоры, отсутствие позывов к дефекации, периодические боли в животе при задержке стула более 3 дней сохранились.

Рис. 1. Ирригограмма пациентки К., 34 года (2007 г.)

В феврале 2008 г. больная повторно госпитализирована в клинику, выполнены исследования эвакуаторной и моторной функций толстой кишки, ирригоскопия, проктография. При хронометрии пассажа сульфата бария выявлено, что через 24 ч бариевая взвесь распределена по ободочной кишке (*рис. 2*), и только через 48 ч первые порции контрастного

Сведения об авторах:

Ревин Геннадий Олегович (e-mail: grevin@mail.ru), *Майстренко Николай Анатольевич* (e-mail: nik.m.47@mail.ru), *Курыгин Александр Анатольевич* (e-mail: kurygin@mail.ru), кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

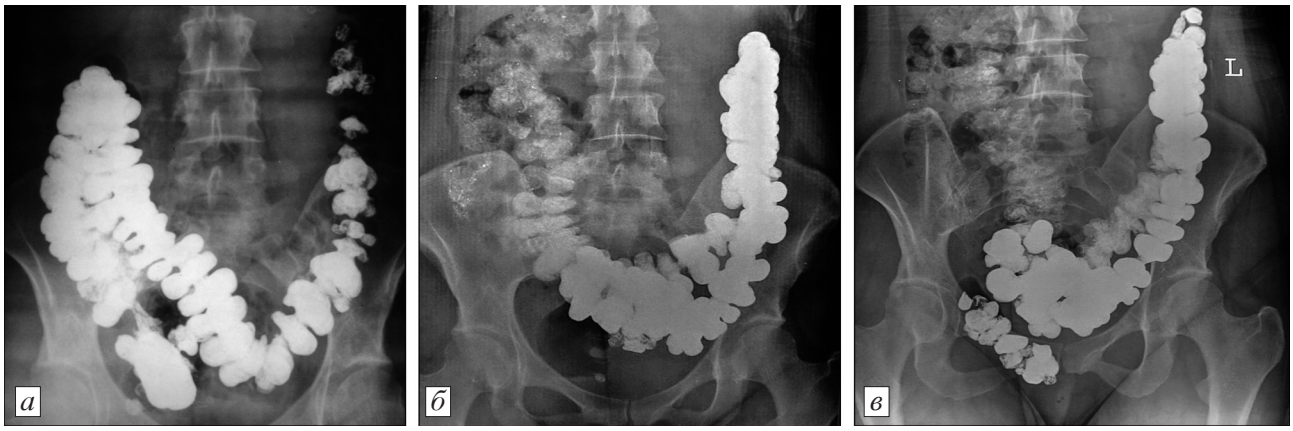

Рис. 2. Хронометрия пассажа бариевой взвеси по кишечнику у той же пациентки. а — через 12 ч; б — через 48 ч; в — через 96 ч

вещества поступают в прямую кишку. Через 4 сут большая часть бария находилась в левой половине толстой кишки.

Во время ирригоскопии было обращено внимание на удлинение и провисание поперечной ободочной кишки, отмечено неполное опорожнение её от бариевой взвеси на завершающем этапе исследования (*рис. 3*). Во время проктографии признаков ректоцеле не выявлено, величины аноректального угла в покое и при натуживании в пределах нормы, опорожнение прямой кишки от бариевой взвеси свободное и своевременное.

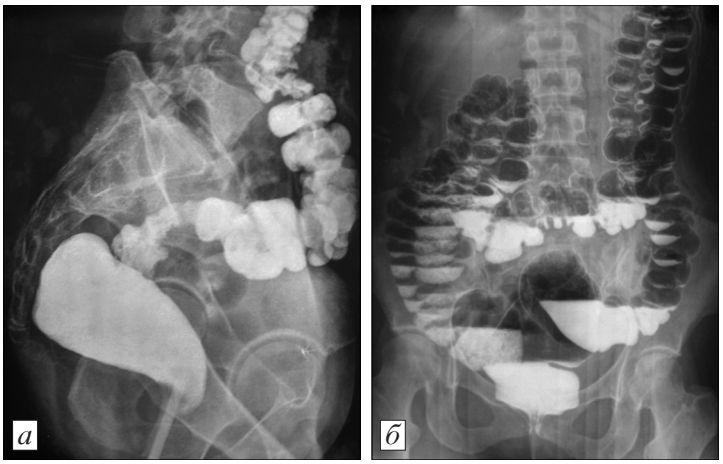

Рис. 3. Ирригограммы той же пациентки (2008 г.)

Моторная функция сигмовидной кишки в области анастомоза была оценена методом баллонографической манометрии с помощью трёх катетеров с резиновыми баллончиками объёмом 5 мл, находящимися друг от друга на расстоянии 10 см. Кишечную моторику регистрировали неоднократно натощак, после приёма пищи, а также после внутримышечного введения 1,0 мл прозерина. Оценивали коэффициент сократительной активности (КСА) и амплитуду кишечных сокращений. КСА рассчитывался при делении суммарной амплитуды сокращений в мм рт. ст. на время исследования в минутах, он отражал интенсивность кишечной моторики.

Следует сказать, что в норме в структуре двигательной активности сигмовидной кишки преобладают слабые и средние по силе сокращения. Высокоамплитудные волны регистрируются значительно реже, преимущественно в составе ритмических сокращений (моторных комплексов), обеспечивающих перистальтику. КСА натощак в среднем составляет (6,2±0,9) мм рт.ст./мин, после приёма пищи возрастает до (9,9±2,3) мм рт.ст./мин, а после введения прозерина увеличивается в 2,5 раза и более вследствие преобладания на колонограмме волн высокой амплитуды.

Исследования моторики нисходящей ободочной кишки (выше анастомоза) и терминального сегмента сигмовидной кишки у пациентки К. выявили низкий уровень сократительной активности натощак, слабую моторную реакцию на приём пищи и незначительный стимулирующий эффект прозерина. На

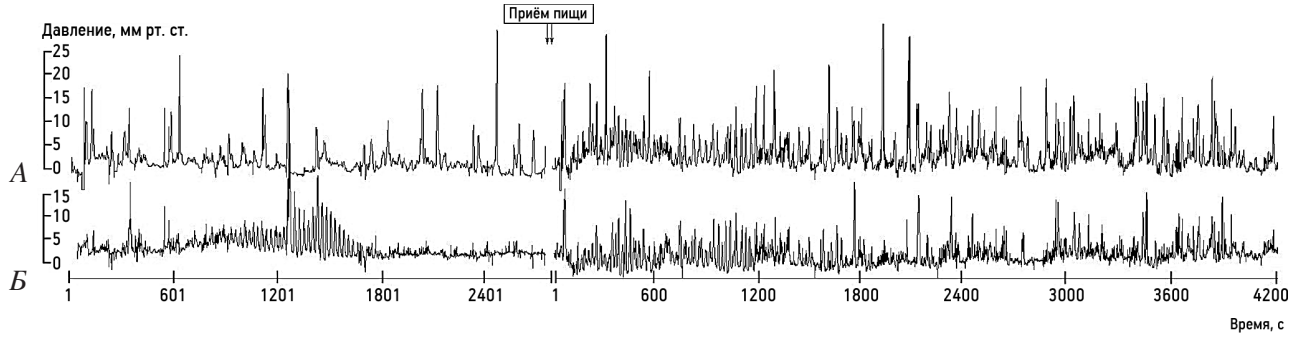

Рис. 4. Колонограмма моторной активности нисходящей ободочной (А) и сигмовидной (Б) кишки натощак и после приёма пищи

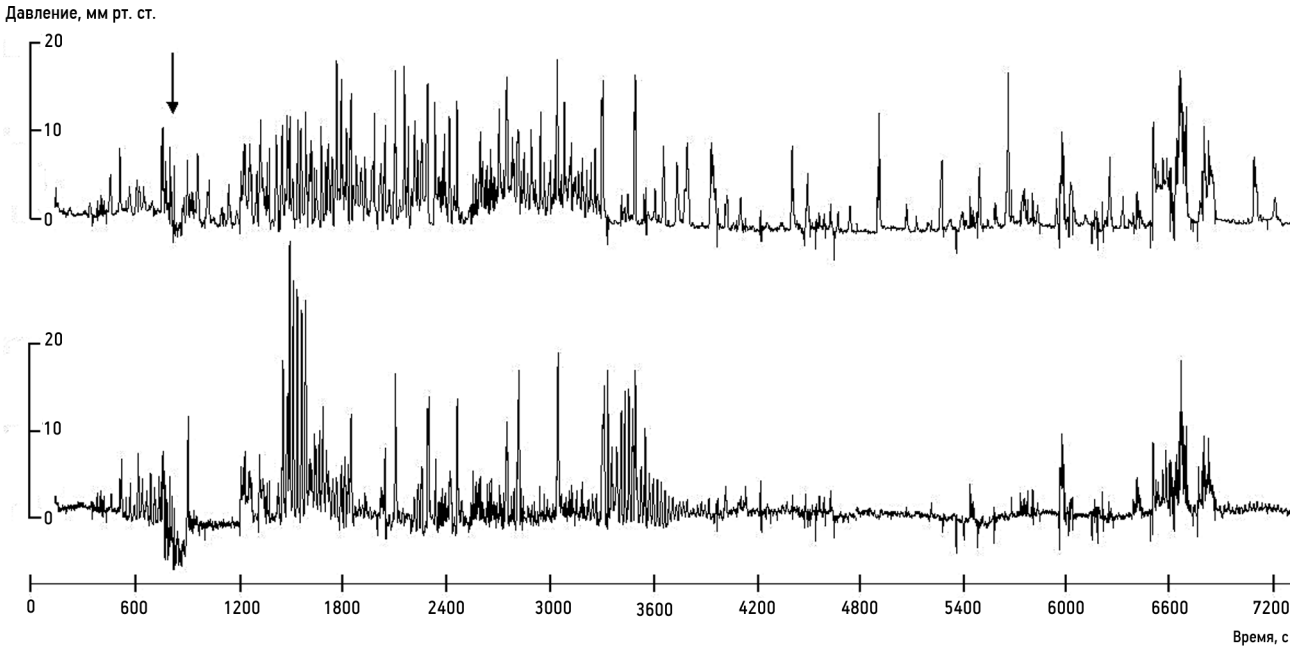

Рис. 5. Моторная активность нисходящей ободочной (верхняя колонограмма) и сигмовидной (нижняя колонограмма) кишки до и после введения прозерина (стрелка)

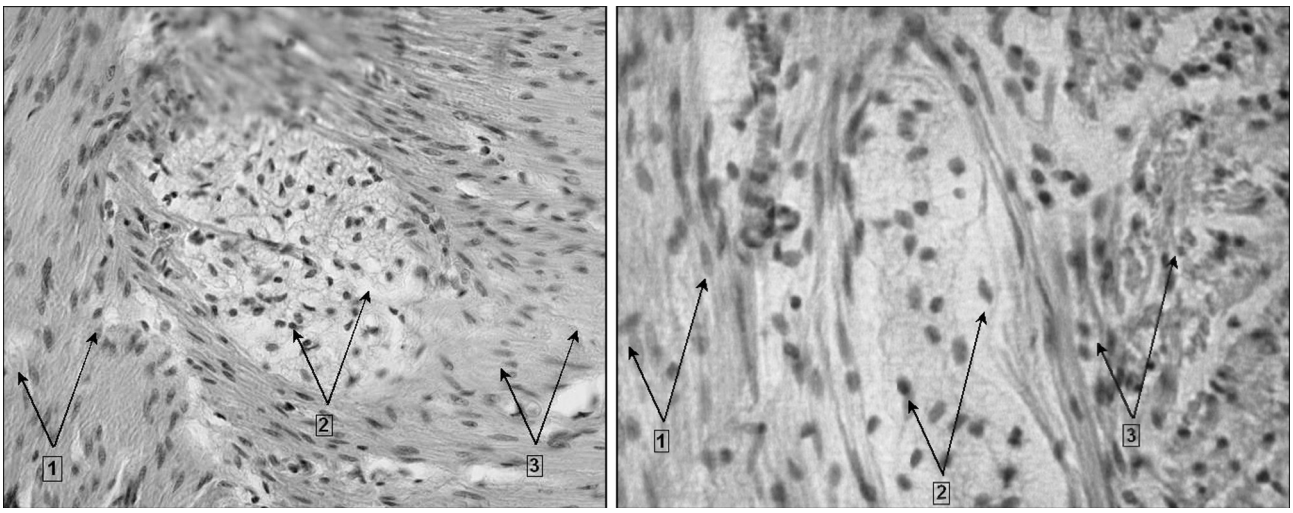

Рис. 6. Микрофотографии поперечного среза стенки сигмовидной кишки на уровне межмышечного нервного сплетения.
1 — клетки продольного мышечного слоя; 2 — клетки нервного ганглия; 3 — клетки циркулярного мышечного слоя. Окраска гематоксилином и эозином

колонограммах регистрировались преимущественно одиночные сокращения слабой амплитуды, в результате чего КСА не превышал 4 мм рт. ст./мин. Ритмические сокращения однократно наблюдались в сигмовидной кишке и отсутствовали в нисходящей ободочной (*рис. 4*).

В ответ на введение прозерина ожидаемого стимулирующего эффекта с повышением КСА в 2,5 раза и более не произошло (*рис. 5*). Эти данные свидетельствовали о нарушении механизмов регуляции двигательной функции левой половины ободочной кишки, в том числе и на интрамуральном уровне.

При повторном изучении микропрепаратов резецированной сигмовидной кишки было обнаружено, что в ганглиях межмышечного нервного сплетения преобладают глиальные клетки, а единичные нейроциты имеют признаки дистрофии (вакуолизация цитоплазмы, неровные края и неоднородная окраска ядер клеток) (*рис. 6*).

Результаты обследования больной являлись основанием для выполнения повторной операции в объёме левосторонней гемиколэктомии по поводу тяжёлого хронического запора. Резецировано 60 см ободочной кишки, послеоперационный период протекал без осложнений.

При гистологическом исследовании нескольких препаратов из поперечной ободочной и нисходящей кишки обнаружены убедительные признаки хронического колита и грубые дистрофические изменения ганглиозных клеток, в некоторых из этих клеток ядра отсутствовали (*рис. 7*).

Через 1 год после операции пациентка вновь госпитализирована в клинику в связи с отсутствием положительного эффекта от вмешательства: частота стула вновь достигла

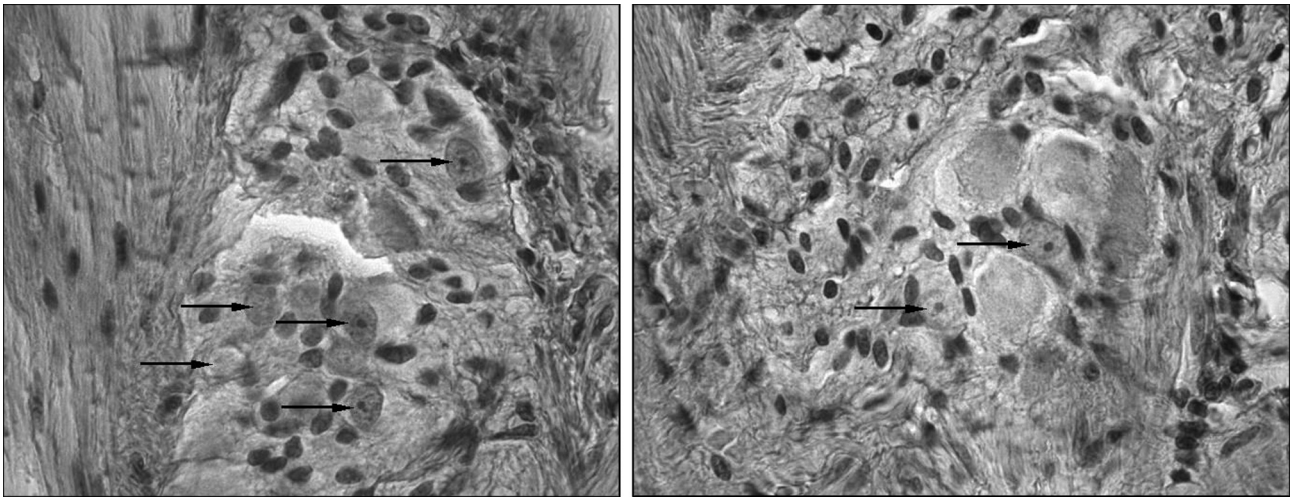

Рис. 7. Микропрепараты поперечной ободочной и нисходящей кишки.

Стрелки — ядра ганглиозных клеток с признаками дистрофии. Окраска гематоксилином и эозином

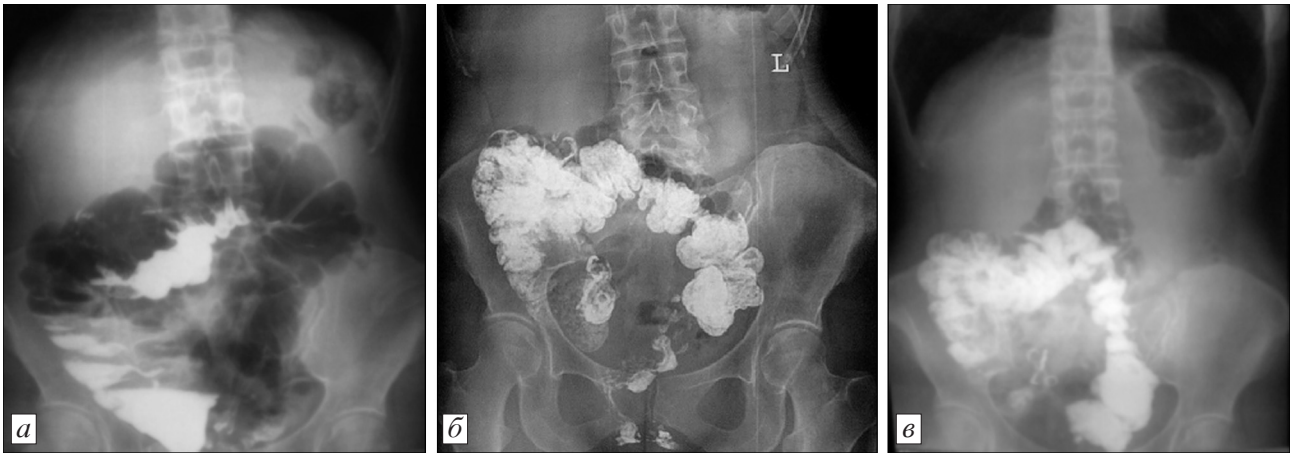

Рис. 8. Хронометрия пассажа бариевой взвеси по кишечнику (март, 2009 г.).

а — через 24 ч; б — через 48 ч; в — через 72 ч

1 раза в неделю, больная возобновила приём препаратов сенны и дюфалака, периодически выполняла клизмы.

Исследование времени пассажа по толстой кишке бариевой взвеси и рентгеноконтрастных кольцевидных маркёров выявило выраженное нарушение эвакуаторной функции сохранённой правой половины ободочной кишки, чего не наблюдалось в такой степени до оперативного лечения и перед вторым вмешательством (*рис. 8*). Распределение маркёров на 4-е сутки после их приёма (*рис. 9*) соответствовало понятию «инертная толстая кишка».

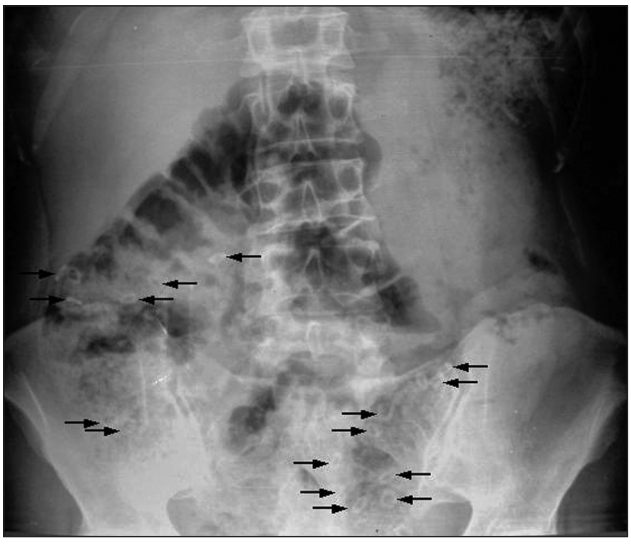

Рис. 9. Обзорная рентгенограмма живота на 4-е сутки после приёма per os рентгеноконтрастных кольцевидных маркёров.

Места скопления маркёров отмечены стрелками

Непосредственной причиной эвакуаторных расстройств явилась выраженная гиподинамия оставшейся правой половины ободочной кишки (*рис. 10*): натощак ритмические и высокоамплитудные сокращения зарегистрировать ни разу не удалось, КСА натощак оказался крайне низким — (3,3±0,8) мм рт. ст./мин. Моторная реакция поперечной ободочной кишки на приём пищи была очень слабой — КСА увеличился после еды всего лишь до 5,1 мм рт. ст./мин. Даже после стимуляции кишечной моторики прозерином ритмические и высокоамплитудные сокращения отсутствовали.

Учитывая клиническую картину тяжёлого хронического запора и результаты инструментальных исследований правой

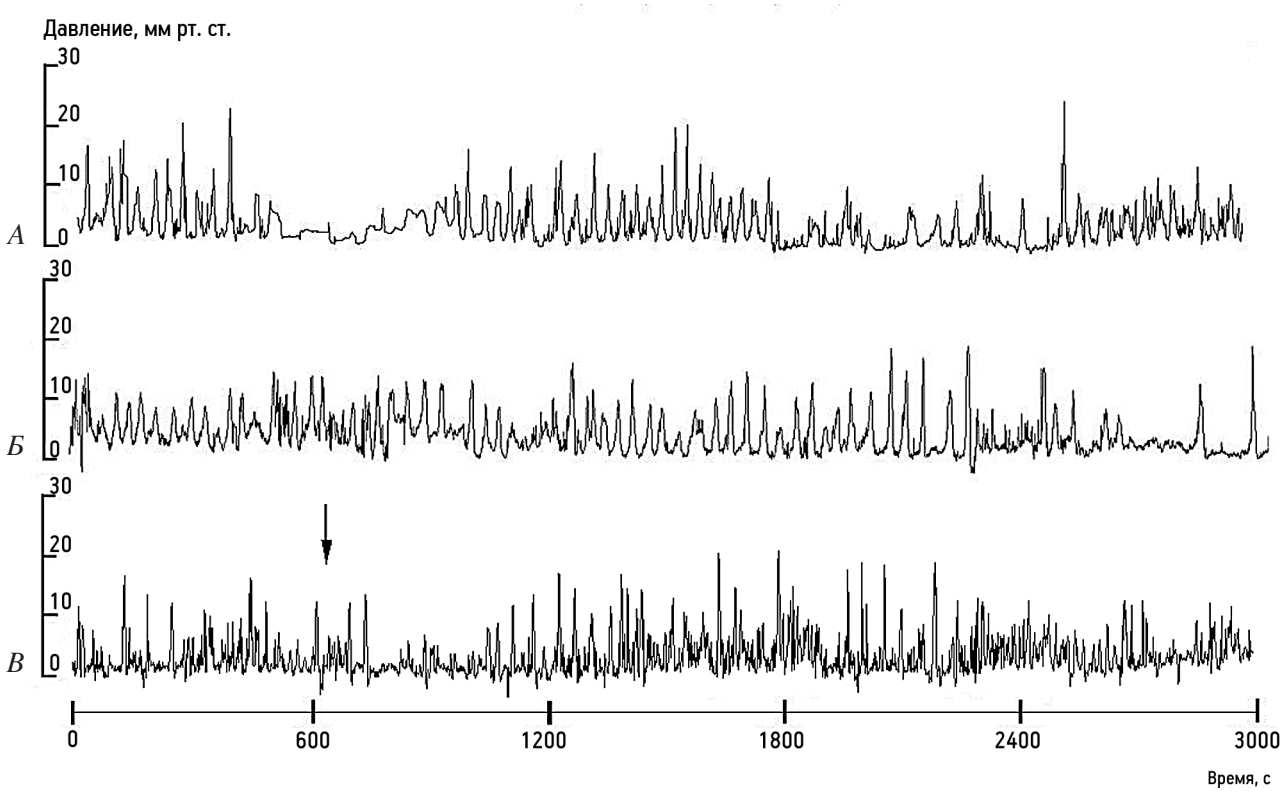

Рис. 10. Моторная активность правой половины поперечной ободочной кишки натощак (А), после еды (Б) и после введения прозерина (В) (стрелка)

половины ободочной кишки, неэффективность предыдущего лечения, пациентке была предложена третья по счёту операция, на которую получено согласие. Выполнена резекция оставшейся части толстой кишки с сохранением илеоцекального угла и формированием асцендоректоанастомоза. За последние 3 года пациентка дважды обследовалась в клинике. Самочувствие удовлетворительное, работает по специальности, ведёт активный образ жизни. Стул ежедневный на фоне утреннего приёма минимальной дозы дюфалака (10–15 мл). Без слабительного препарата задержка стула может быть до 2–3 дней. Каких-либо других жалоб на состояние здоровья нет.

В представленном наблюдении основной диагностической ошибкой явилась неправильная оценка функционального состояния восходящего, поперечного и нисходящего отделов ободочной кишки как при первичном обследовании пациентки, так и после первой операции. К объективным причинам дефекта диагностики следует отнести техническую невозможность исследования сократительной активности указанных отделов толстой кишки, тем более при наличии долихосигмы, а также невозможность получения биопсийного материала для оценки состояния интрамуральных нервных структур на дооперационном этапе. Тезис о безошибочном выборе этой операции для всех больных с тяжёлыми запорами считаем неприемлемым.

Выводы. 1. При сомнениях в определении объёма оперативного вмешательства должна быть выполнена лапароскопическая биопсия кишечной стенки для полноценного морфологического анализа.

2. При сочетании долихосигмы с нарушением эвакуации в других отделах левой половины толстой кишки операцией выбора следует считать расширенную левостороннюю гемиколэктомию.

3. Показания к субтотальной колэктомии должны быть объективно и всесторонне обоснованы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Макоев С.Н. Оценка эффективности хирургического лечения запоров // Проблемы колопроктол. 1998. Вып. 16. С. 269–271.
2. Тобохов А.В., Неустроев П.А., Николаев В.Н. и др. Выбор объёма резекции ободочной кишки в хирургическом лечении висцероптоза // Сибирск. мед. журн. 2007. № 2а. С. 38–42.
3. Alves A., Coffin B., Panis Y. Surgical management for slow-transit constipation // Ann. Chir. 2004. Vol. 129, № 8. P. 400–404.
4. Lubowski D.Z., Chen F.C., Kennedy M.L., King D.W. Results of colectomy for severe slow transit constipation // Dis. Colon Rectum. 1996. Vol. 39, № 1. P. 23–29.
5. Pikarsky A.J., Singh J.J., Weiss E.G. et al. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia // Dis. Colon Rectum. 2001. Vol. 44, № 2. P. 179–183.

Поступила в редакцию 03.12.2013 г.