

ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С ФИКСАЦИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМИ ЗАПораМИ МЕДЛЕННОГО ТРАНЗИТА

Гуменюк С. Е.¹, Потемин С. Н.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России», Краснодар, Россия (350040, Краснодар, ул. Седина, 4), e-mail:ksma@ksma.ru.

²ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1 департамента здравоохранения Краснодарского края», Краснодар, Россия (350040, Краснодар, ул. Димитрова, 146), e-mail:kkod@kkod.ru.

Проведена оценка результатов лечения 15 больных в отдаленном периоде от 7 до 12 лет после выполнения левосторонней гемиколэктомии с коррекцией связочного аппарата толстой кишки. Операции выполнены пациентам с резистентными к медикаментозной терапии запорами, обусловленными медленным толстокишечным транзитом. Диагноз ставился после выполнения полипозиционной ирригографии, изучения времени толстокишечного транзита с рентгенконтрастными маркерами, исключалась органическая патология ободочной и прямой кишки. Послеоперационное осложнение в виде ранней спаечной тонкокишечной непроходимости отмечено у 1 больной, других осложнений не было. Левосторонняя гемиколэктомия с коррекцией связочного аппарата толстой кишки является органосохраняющей операцией, направленной на нормализацию стула у больных с замедленным транзитом толстой кишки. После операции все пациенты отмечают регулярный самостоятельный стул. Послеоперационные результаты во многом зависят от отбора пациентов. У 3 оперированных больных иногда возникают проблемы в виде периодических запоров, но эти пациенты достаточно легко приспосабливаются и добиваются регулярного стула с помощью малых доз слабительных и диеты. Операция эффективна при запорах медленного транзита. Отдаленные результаты прослежены за период от 7 до 12 лет, все пациенты говорят об удовлетворении результатами нашей операции и улучшении качества жизни.

Ключевые слова: хронический запор медленного транзита, левосторонняя гемиколэктомия.

LEFT HEMICOLECTOMY WITH COLON FIXATION FOR SEVERE SLOW TRANSIT CONSTIPATION

Gumenyuk S. E.¹, Potemin S. N.^{1,2}

¹Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia. (350040, Krasnodar, street Sedina, 4), e-mail: ksma@ksma.ru.

²Klinical Oncological Center No1 of Health Department of Krasnodar Region, Krasnodar, Russia. (350040, Krasnodar, street Dimitrova, 146), e-mail: kkod@kkod.ru.

We present a long-term follow up of a fifteen female patients with slow transit constipation who's underwent left hemicolectomy from 1999 to 2004. The age ranged from 17 to 44 (mean 29.9) years. The patients had bowel movements two or less times per week with little or no effect of the standard laxative medication. All patients were assessed by barium enema, colonic transit time, anorectal function, sphincter reflex and sphincter pressure were normal. Radiologically elongated colon of normal diameter was found. All patients had a left hemicolectomy with colonic fixation and transverse-rectal anastomosis. There was no postoperative mortality or major morbidity. Twelve patients had normal bowel frequency after long-term follow up. Only 3 patients developed mild or moderate constipation and were effectively treated by diet and small doses of laxatives. All patients were satisfied with the results. Modified left hemicolectomy is the organ saved preferred operation in the treatment of chronic slow transit constipation. It offers no postoperative mortality, very few complications and a high level of patient's satisfaction with life quality.

Key words: Slow transit constipation, left hemicolectomy.

Введение

Хронические запоры, резистентные к консервативным методам лечения, представляют серьезную проблему гастроэнтерологии, и остается группа пациентов, которым может быть показано хирургическое лечение [1, 15].

Запоры могут быть связаны со многими причинами, одной из которых является медленный транзит содержимого толстой кишки. Запор медленного транзита (ЗМТ)

значительно чаще наблюдается у женщин [11] и может сочетаться с удлинением типа строения толстой кишки, характеризующимся перегибами, нарушениями фиксации различных ее отделов [2]. В экспериментальных исследованиях и множественных клинических наблюдениях имеются данные, указывающие на связь запоров с удлинением типа строения толстой кишки [5, 10].

Целью нашей работы был анализ результатов консервативного и хирургического лечения по предложенной методике и оценка качества жизни больных запором медленного транзита.

Пациенты и методика

За период с 1999 по 2004 год в нашей клинике по поводу хронических запоров проходили обследование и лечение 342 пациента, из которых 195 пациентов наиболее подходили по классификации С3 Римских критериев III [13]. Возраст варьировал в пределах от 17 до 70 лет (медиана $47,3 \pm 16,8$ года), 173 (88,72 %) женщины и 22 (11,28 %) мужчины. Роды были у 144 женщин, и у 56 из них после родов отмечалось ухудшение ритмичности стула и появление запоров. Из этого количества оперировано 15 (7,7 %) женщин с ЗМТ в возрасте от 17 до 44 лет, средний возраст составил $29,9 \pm 7,6$ года. Обследование больных включало колоноскопию для исключения органической патологии. Пациентам с запорами выполнялась ирригография, и если выявлялись признаки удлинения толстой кишки (перегибы, удвоения, нарушения фиксации, петли и т.д.) в сочетании со стойкими хроническими запорами, проводились функциональные исследования для оценки времени сегментарного толстокишечного транзита (ВТКТ) рентгенконтрастных маркеров по А. М. Metcalf [9]. Для определения положения маркеров на снимке использовались костные ориентиры и газовые тени, описанные Р. Arhan [3]. В качестве крайних нормальных значений ВТКТ нами взяты данные работы S. Chaussade [4]. Транзит расценивался как замедленный, если общее ВТКТ превышало 85 часов, транзит по правым отделам – больше 25 ч, по левым – больше 35 ч, а по ректосигмоидному отделу – свыше 40 ч.

Проводилось функциональное исследование прямой кишки для исключения проктогенной причины запора – определяли тонус сфинктеров, объем изгнания, ингибиторный рефлекс.

При анкетировании пациентов мы применяли систему оценки KESS [7], позволяющую достаточно достоверно определить как степень декомпенсации запоров, так и эффективность консервативного и хирургического методов лечения.

Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов до и после оперативного лечения мы использовали вопросник SF-36. Показатели каждой шкалы варьировали между 0 и 100, где 100 представляли полное здоровье, все шкалы формировали два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляли в виде оценок в баллах по 8 шкалам,

составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [14].

Всем больным с хроническими запорами назначалась консервативная терапия. Применялся дробный (до 5 раз в сутки) режим питания с соблюдением питьевого режима (до 1,5 литров в сутки) с включением биокефира, соков. В пищевой рацион включались фрукты, овощи, масла, пищевые волокна, отруби. Медикаментозная терапия включала спазмолитики (дицетел, дюспаталин, но-шпа), прокинетики (мотилиум, координакс). Слабительные средства применяли ограниченно и преимущественно осмотического действия (дюфалак). Назначали эубиотики (хилак, бифиформ, линекс, бифидумбактерин).

Большинство больных после проведенной терапии отмечало улучшение как ритмичности работы кишечника, так и общего состояния, но у ряда пациентов стойкий эффект не был достигнут даже после 3-4 курсов консервативного лечения. После лечения у этих больных возобновлялась вся симптоматика ЗМТ. Таким больным было рекомендовано хирургическое лечение.

Отбор пациентов для оперативного лечения производили с оценкой исходных функциональных и анатомических показателей (табл. 1). Показаниями для оперативного лечения пациентов являлись признаки выраженного удлинения всех отделов толстой кишки, увеличение времени толстокишечного транзита (рис. 1), стойкие запоры, отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Таблица 1

Признаки удлиненного типа строения толстой кишки по данным ирригографии у 15 оперированных пациентов до операции

Признак	Абс.	%	Признак	Абс.	%
Долихосигма	15	100%	Удвоение печеночного изгиба	6	40%
Петли сигмовидной кишки	9	60%	Удвоение селезеночного изгиба	13	87%
Трансверзоптоз	10	67%	Мобильная слепая кишка	4	27%

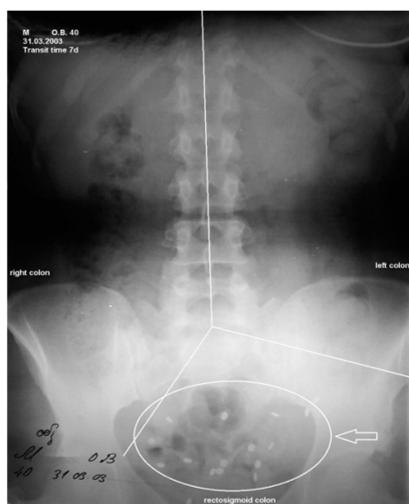


Рис. 1. Время толстокишечного транзита (ВТКТ) по Metcalf А. М. Через 72 часа (рис. 1а) и 144 часа (рис. 1б) от начала приема маркеров. Стрелками обозначены скопления рентгенконтрастных маркеров в восходящем, поперечном, нисходящем отделах (рис. 1а) и в ректосигмоидном отделе толстой кишки (рис. 1б).

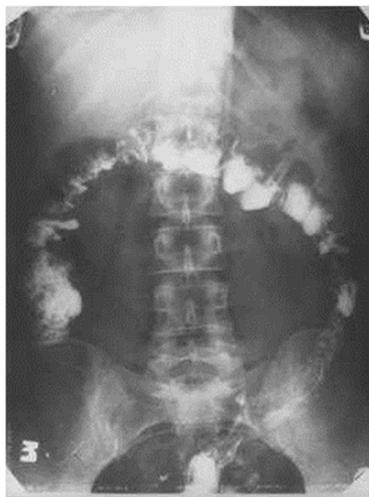
Исследования в предоперационном периоде у 15 пациентов показали значительное увеличение времени толстокишечного транзита по сравнению с нормальными показателями, так среднее значение ВТКТ составило $106,9 \pm 4,5$ часов у пациентов с ЗМТ, при нормальных показателях 67 часов по S.Chaussade ($P < 0,001$).

Результаты

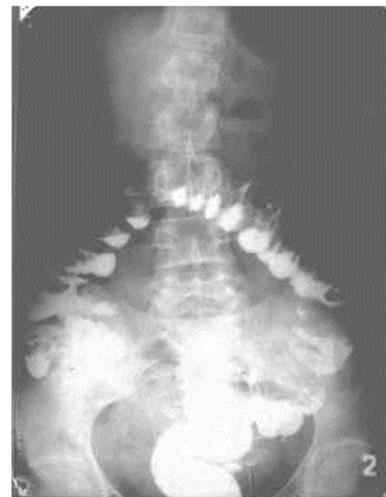
После стандартной подготовки кишечника 15-ти больным произведена операция по разработанной нами методике. Выполняли срединную лапаротомию, мобилизовали слепую и восходящую кишки и печеночный изгиб путем рассечения париетальной брюшины и эмбриональных связок. Мобилизацию поперечно-ободочной кишки осуществляли путем отделения ее от желудочно-ободочной связки с сохранением большого сальника. Затем мобилизовали селезеночный изгиб, нисходящую и сигмовидную кишку, часто представленную большой петлей, располагающейся в правой подвздошной области. В результате, ободочная кишка полностью мобилизовалась до прямой кишки и при расправлении на прежнем месте уже не размещалась. Далее мобилизованную ободочную кишку укладывали по периметру брюшной полости так, что поперечная кишка занимала место нисходящей и сигмовидной. Слепую и восходящую кишку фиксировали за латеральную тению снизу вверх 3-4 швами к подвздошной мышце. Латеральный край рассеченной париетальной брюшины отдельными швами подшивали к кишке. Вновь образованную поперечную кишку фиксировали за тению отдельными швами на протяжении 14 – 15 см к корню брыжейки. Избыточную часть поперечной кишки, нисходящую и сигмовидную кишку, резецировали. Накладывали трансверзоректальный анастомоз 2-х рядными швами. Толстую кишку фиксировали в левом боковом канале отдельными швами к париетальной брюшине (рис. 2).



а



б



в

Рис.2. Больная Г., 22 года. а) ирригограмма ободочной кишки до оперативного лечения; б) через 6 месяцев после хирургической коррекции (горизонтальное положение больной); в) через 6 месяцев после хирургической коррекции (вертикальное положение больной)

На 4 сутки послеоперационного периода больные начинали питаться, ходить. Самостоятельный стул был на 5–6 сутки после операции. На 10 сутки послеоперационного периода у больных отмечалось полное восстановление моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Летальных исходов не было, у одной больной имелось послеоперационное осложнение – ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, которая была устранена при релапаротомии. Средний послеоперационный койко-день составил $12,5 \pm 1,6$ дня.

Отдаленные результаты лечения прослежены у всех 15 оперированных пациентов в сроки от 7 до 12 лет. Все больные отмечали улучшение после операции: появился регулярный самостоятельный стул, все пациенты отказались от клизм, 12 пациентов перестали пользоваться слабительными, 3 периодически используют растительные слабительные в малых дозах. Результаты консервативного и оперативного лечения, рассчитанные по системе KESS отражены на рис. 3.

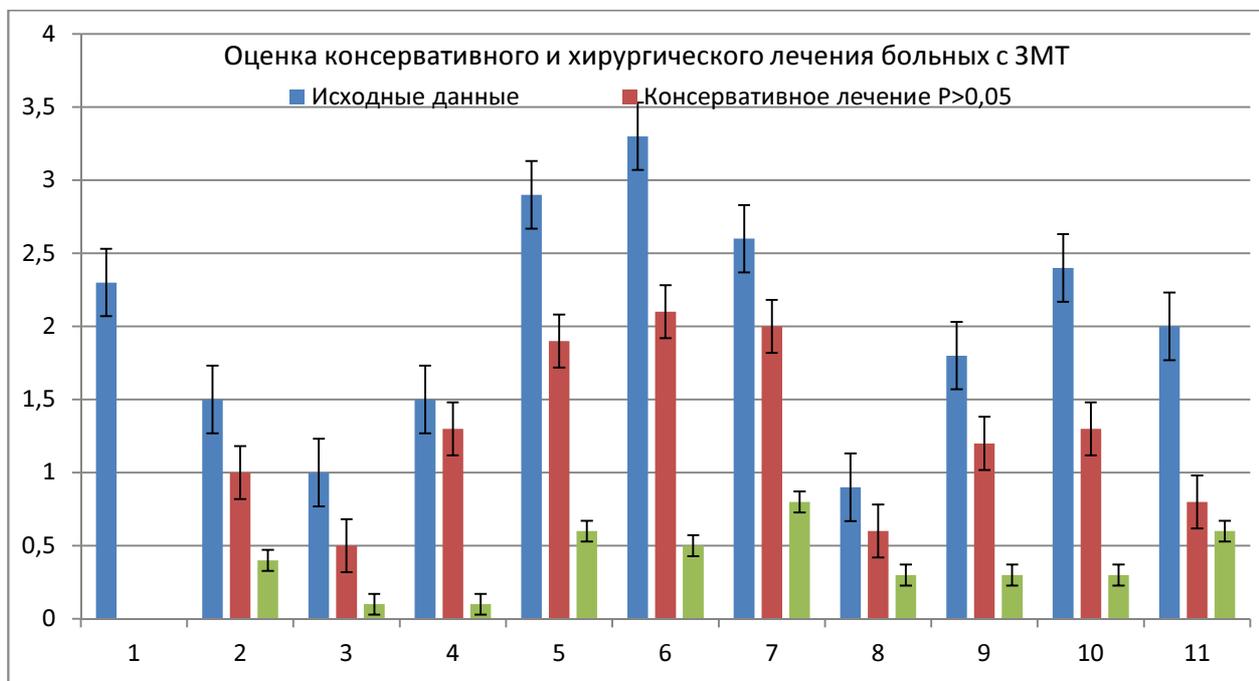


Рис. 3. Динамика симптомов ЗМТ у 15 больных на этапах лечения (KESS)

1. Продолжительность запоров. 2. Использование слабительных. 3. Частота стула (при текущем лечении). 4. Неудачные попытки эвакуации. 5. Чувство неполного опорожнения после стула. 6. Боль в животе. 7. Вздутия живота. 8. Клизмы/пальцевая помощь. 9. Время, необходимое для стула (минуты/попытки). 10. Трудности эвакуации (боли при дефекации). 11. Консистенция стула (без слабительных)

Как видно на рис. 3, после консервативного лечения отмечалось недостоверное улучшение состояния пациентов и уменьшение симптомов ЗМТ ($P>0,05$). Состояние пациентов достоверно улучшилось после хирургического лечения больных с ЗМТ ($P<0,01$).

Показатели качества жизни также улучшились у больных после оперативного лечения (рис. 4).

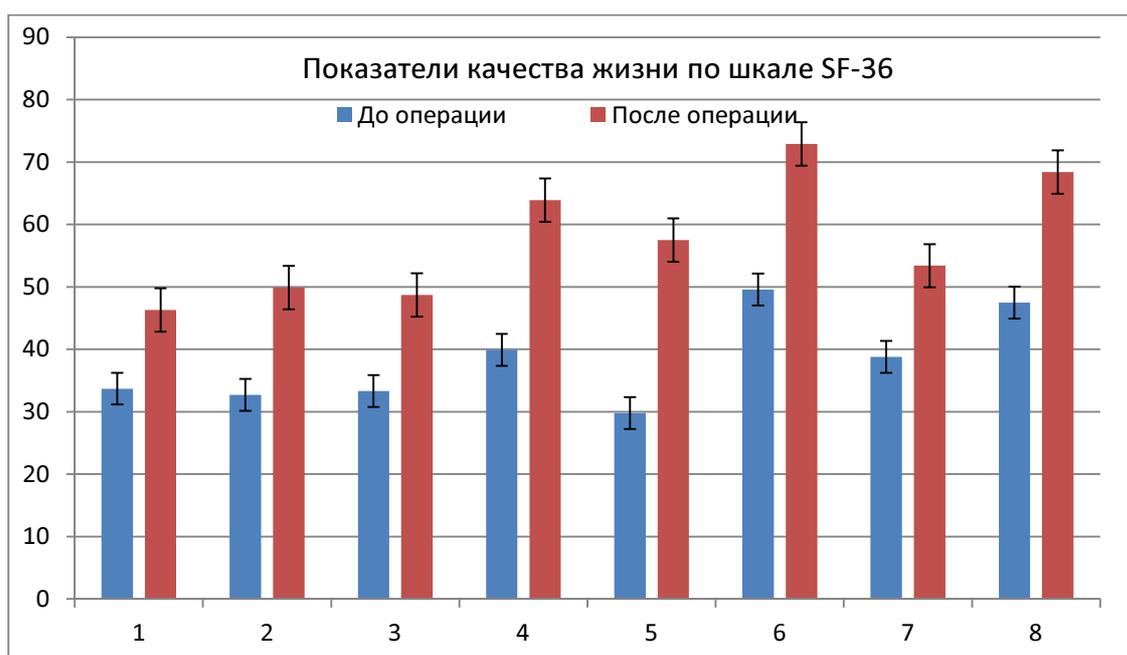


Рис. 4. Изменение показателей качества жизни у 15 больных ЗМТ после оперативного лечения. 1 – физическое функционирование; 2 – ролевая деятельность; 3 – телесная боль; 4 – общее здоровье; 5 – жизнеспособность; 6 – социальное функционирование; 7 – эмоциональное состояние; 8 – психическое здоровье

Изучение показателей качества жизни у оперированных пациентов, оцененное по шкале SF-36, выявило, что имеется достоверное улучшение всех исследуемых параметров ($P < 0,01$).

Обсуждение

В 1908 г. W. A. Lane разработал методику операции по поводу хронических запоров [8], которая и сейчас является признанным стандартом во многих странах и заключается в тотальной или субтотальной колэктомии, наложении цекоректального или илеоректального анастомоза. Однако операция связана с развитием ряда осложнений, ведущими из которых являются диарея и инконтиненция, язвенный проктит, водно-электролитные нарушения и т.д. Подобные состояния, по данным разных авторов, развиваются у 15–30 % оперированных больных, а количество послеоперационных осложнений достигает 32,4 % [12], что заставляет хирургов прибегать к повторным операциям, примером которых служит создание тонкокишечного резервуара [7]. Субтотальная резекция толстой кишки с цекоректальным анастомозом также в ряде случаев приводит как к диарее, так и к рецидивам хронических запоров.

Имеются работы, показывающие, что при ЗМТ более всего страдает левая половина толстой кишки и, в частности, ее нервный аппарат [16]. Исходя из данных литературы и собственного опыта, мы видим целесообразность удаления левой половины и оставления правой половины толстой кишки при операции по поводу ЗМТ. Надо также отметить, что идеальной операции по поводу запоров медленного транзита нет, а чрезмерная «радикальность» в попытках хирургической коррекции данного заболевания может приводить к развитию еще более тяжелого состояния [12]. Здесь, на наш взгляд, необходима «золотая середина». Задача хирургов должна сводиться к тщательному отбору пациентов для хирургического лечения. Операции должны подлежать больные с ЗМТ, у которых имеются выраженные признаки удлинения толстой кишки, перегибы, нарушения фиксации толстой кишки. Наша операция направлена на устранение удлиненного типа толстой кишки и позволяет создать оптимальные условия для функционирования оставшейся после резекции толстой кишки и в большинстве случаев приводит к нормализации стула.

Необходимо отметить, что операция не является альтернативой консервативного лечения. Хирургический метод для этих больных – лишь этап лечения, устраняющий анатомические предпосылки ЗМТ. В дальнейшем эти пациенты должны наблюдаться и лечиться у гастроэнтерологов, соблюдая рекомендации, связанные с режимом, характером питания и образом жизни.

Список литературы

1. Ачкасов С. И., Саламов К. Н., Капуллер Л. Л. и др. Запоры при аномалиях развития и положения толстой кишки у взрослых. // Росс. журн. гастроэнтерол, гепатол, колопроктол. 2000. – № 2. – С. 58-63.
2. Ивашкин В. Т., Полуэктова Е. А. Клиника и диагностика функциональных запоров // Лечащий врач. – 2001. – 05-06/01.
3. Arhan P, Devroede G, Jehannin B. et al. Segmental colonic transit time. // Dis Colon Rectum. – 1981. – 24(8). – P. 625-629.
4. Chaussade S., Roche H., Khyari A. et al. Measurement of colonic transit time: description and validation of a new method. // Gastroenterol Clin Biol. – 1986. – 10(5). – P. 385-389.
5. Heredia D. J., Dickson E. J., Bayguinov P. O. et al. Colonic elongation inhibits pellet propulsion and migrating motor complexes in the murine large bowel. // J Physiol. – 2010. – 1 V.588(Pt 15). – P. 2919–2934.
6. Kalbassi M. R., Winter D. C., Deasy J. M. Quality-of-life assessment of patients after ileal pouch-anal anastomosis for slow-transit constipation with rectal inertia. // Dis Colon Rectum. – 2003. – 46(11). – P. 1508-1512.
7. Knowles C. H., Eccersley A. J., Scott S. M. et al. Linear Discriminant Analysis of Symptoms in Patients with Chronic Constipation: Validation of a New Scoring System (KESS). // Dis Colon Rectum. – 2000. – V. 43 (10). – P. 1419-1426.
8. Lane W. A. The results of the operative treatment of chronic constipation. // Br. Med. J. – 1908. – V. 1. – P. 1125-1128.
9. Metcalf A.M., Phillips S.F., Zinsmeister A.R. et al. Simplified assessment of segmental colonic transit. // Gastroenterology. – 1987. – 92(1). – P. 40–47.
10. Raahave D., Christensen E., Loud F.B., Knudsen L.L. Correlation of bowel symptoms with colonic transit, length, and faecal load in functional faecal retention. // Dan Med Bull. – 2009. – 56(2). – P. 83-88.
11. Ribas Y., Saldaña E., Martí-Ragué J., Clavé P. Prevalence and pathophysiology of functional constipation among women in Catalonia, Spain. // Dis Colon Rectum. – 2011. – 54(12). – P. 1560-1569.
12. Riss S., Herbst F., Birsan T., Stift A. Postoperative course and long term follow up after colectomy for slow transit constipation – is surgery an appropriate approach? // Colorectal Dis. – 2009. – 11(3). – P. 302-307.
13. Rome Foundation. Guidelines Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. // J Gastrointestin Liver Dis. – 2006. – 15(3). – P. 307-312.
14. Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston. Mass., 1994.

15. Wong S. W., Lubowski D. Z. Slow-transit constipation: evaluation and treatment // ANZ Journal of Surgery. – 2007. – V. 77(5). – P. 320–328.
16. Zhao R. H., Baig M. K., Thaler K. J. et al. Reduced expression of serotonin receptors in the left colon of patients with colonic inertia. // Dis Colon Rectum. – 2003. – V.46(1). – P. 81-86.

Рецензенты:

Уваров Иван Борисович, доктор медицинских наук, зав. отделением колопроктологии №5 ГБУЗ Клинический онкологический диспансер № 1, департамента здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар.

Виниченко Алексей Викторович, доктор медицинских наук, хирург-онколог отделения колопроктологии №5 ГБУЗ Клинический онкологический диспансер № 1, департамента здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар.