



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН И МЕГАРЕКТУМ

Алешин Д. В., Ачкасов С. И., Фоменко О. Ю.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

## SURGICAL TREATMENT OF IDIOPATHIC MEGACOLON AND MEGARECTUM

Aleshin D. V., Achkasov S. I., Fomenko O. Yu.

State scientific centre of coloproctology

**Алешин Денис Викторович**

Aleshin Denis V.

aleshindv@yandex.ru

**Алешин Денис Викторович** — к.м.н., заведующий операционным блоком

**Ачкасов Сергей Иванович** — д.м.н., профессор, руководитель отдела онкологии и хирургии ободочной кишки

**Фоменко Оксана Юрьевна** — к.м.н., руководитель лаборатории клинической патофизиологии

### Резюме

Исследование посвящено анализу результатов хирургического лечения идиопатического мегаколон и мегаректум у молодых и пожилых пациентов.

**Материалы и методы:** С 2004 по 2014 год оперировано 36 пациентов с идиопатическим мегаколон и мегаректум. Средний возраст составил больных составил 37,7 лет (от 18 до 78 лет), 20 мужчин. у 25 (69,4 %) пациентов был диагностирован идиопатический мегаколон при нормальном размере прямой кишки. У 11 (30,6 %) больных выявлен идиопатический мегаректум ± мегаколон. Выбор метода хирургического вмешательства и объема резекции кишки основывался на локализации и распространенности мегаколон, а также оценки функционального состояния нерасширенных отделов толстой кишки с помощью исследование транзита по ЖКТ. 12 (33,3 %) пациентам была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, 13(36,1 %) больным — субтотальная колэктомия с асцендоректальным анастомозом. Коррекция идиопатического мегаректум во всех 11 (30,6%) случаях выполнялась путем продольной проктопластики, разработанной в ГНЦК в сочетании с левосторонней или субтотальной колэктомией.

**Результаты:** В ближайшем послеоперационном периоде 1 пациентка умерла и в 5(13,9%) наблюдениях развились осложнения, потребовавшие повторного оперативного вмешательства. В отдаленном периоде рецидив мегаколон выявлен в 1 наблюдении. Среди пациентов, перенесших продольную проктопластику, отдаленные результаты прослежены у 9 больных, которым превентивная илеостома была закрыта. Рецидива мегаректум или мегаколон не выявлено. Субъективно 8 (88,9%) из них, отметили значительное улучшение и удовлетворение операцией. Отмечено статистически значимое уменьшение выраженности запоров и улучшение резервуарной функции прямой кишки. Ни у одного пациента после операции не выявлено нарушений функции органов мочеполовой сферы.

**Заключение:** Выбор способа хирургического лечения идиопатического мегаколон требует комплексного обследования пациента в условиях специализированного стационара. В случае необходимости хирургического лечения идиопатического мегаколон при нормальном размере прямой кишки резекция только расширенных отделов может быть эффективна у отобранной группы пациентов с хорошим функциональным состоянием нерасширенных отделов толстой кишки. Для хирургической коррекции идиопатического мегаректум может быть использована продольная проктопластика, позволяющая добиться улучшения функционального состояния большинства пациентов.

**Ключевые слова:** Идиопатический мегаколон, идиопатический мегаректум, продольная проктопластика.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 139 (3): 56–59

## Summary

The study focuses on surgical treatment of idiopathic megacolon and megarectum.

**Methods:** 36 patients (18–78 years, 20 male) were operated in 2004–2014. 25 (69.4%) patients had idiopathic megacolon. 11 (30.6%) patients had idiopathic megarectum with or without megacolon. The choice of surgical procedure depended on extent and localization of megacolon and function of nondilated colon. Left colectomy was performed in 12 (33.3%) cases, subtotal colectomy and ascendorectal anastomosis — in 13 (36.1%) cases. All patients with idiopathic megarectum were undergone longitudinal proctoplasty combined with left colectomy or subtotal colectomy.

**Results:** After surgery 1 (2.8%) patient died and 5 (13.9%) had complications that required reoperation. In follow up 1 patient have got megacolon recurrence. 9 of idiopathic megarectum patients whom stoma was closed were followed up. There were not megacolon or megarectum recurrence. In 8 (88.9%) patients were detected significant improvement and satisfaction with surgery. There also was found significant reduction of constipation rate and rectal function improvement. No one patient had sexual or urological impairment.

**Conclusion:** In cases of idiopathic megacolon only dilated colon resection may be justified in selected patients with good function of nondilated colon. Longitudinal proctoplasty leads to significant improvement of rectal function and may be used in idiopathic megarectum surgical treatment.

**Keywords:** idiopathic megacolon, idiopathic megarectum, longitudinal proctoplasty

Экспериментальная и Клиническая Гастроэнтерология 2017; 139 (3): 56–59

## Введение

Идиопатический мегаколон — это хроническое расширение толстой кишки, развивающееся по неизвестным причинам [3; 5; 11; 8]. В МКБ-10 ему соответствует код — K59.3 — мегаколон, не классифицированный в других рубриках. Общепринятой классификации идиопатического мегаколон не существует. В англоязычной литературе обычно описывается 3 вида мегаколон в зависимости от локализации патологически расширенного отдела:

1. Idiopathic megacolon — расширение ободочной кишки или ее отдела;
2. Idiopathic megarectum — расширение прямой кишки;
3. Idiopathic megabowel — расширение всей толстой кишки, т.е. сочетание мегаколон с мегаректум.

Г.И. Воробьевым (1982) было предложено разделение идиопатического мегаколон у взрослых на следующие анатомические формы:

1. мегаректум;
2. мегаколон;
3. долихомегаколон [3].

Распространенность идиопатического мегаколон неизвестна, но в целом это достаточно редкое состояние. Однако, предполагается, что умеренные формы этого расстройства зачастую остаются нераспознанными и могут составлять до 11% пациентов с рефрактерными запорами [10; 12]. Хотя, вероятнее всего, идиопатический мегаколон врожденное состояние, клиническая манифестация его может произойти не только в молодом, но и пожилом, даже старческом возрасте.

Лечение идиопатического мегаколон в первую очередь консервативное и оно оказывается достаточно эффективным в большинстве случаев [6]. Необходимость в хирургическом вмешательстве возникает при развитии осложнений, прежде всего заворотов ободочной кишки, или высоким их риске

и неэффективности или непереносимости пациентом консервативных методов лечения.

В настоящее время не существует международного стандарта хирургического лечения идиопатического мегаколон. Поскольку идиопатический мегаколон достаточно редкое состояние, а необходимость в хирургической его коррекции возникает еще реже, оценка эффективности того или иного варианта оперативного вмешательства сильно затруднена. На сегодняшний день существует единственный систематический обзор хирургических методов лечения идиопатического мегаректум/мегаколон, опубликованный Gladman M. A. с соавторами в 2005 году [7]. Он основан на мета-анализе 27 исследований за более чем 40-летний период до апреля 2004 года. Все исследования являлись сериями случаев с ретроспективным анализом исходов и средним числом наблюдений не более 12. Мы провели дополнительный анализ базы данных MEDLINE за период с апреля 2004 года по февраль 2015. По ключевым словам “idiopathic megacolon OR megarectum” было найдено более 1700 источников. Однако, только 13 из них имели отношение к хирургическому лечению мегаколон. При этом 11 являлись сообщениями о случае и всего 2 были описаниями серии случаев с числом наблюдений 112 и 32 [4; 9]. Эти 2 последних исследования опубликованы в китайских журналах и доступны только в виде абстрактов. Однако, по косвенным признакам, можно предположить, что значительная часть включенных в исследования пациентов, могла страдать болезнью Гиршпрунга.

Целью данного исследования является анализ собственных результатов хирургического лечения пациентов с идиопатическим мегаколон и мегаректум.

## Материалы и методы

С 2004 по 2014 год оперировано 36 пациентов с идиопатическим мегаколон и мегаректум. Средний возраст больных составил 37,7 лет (от 18 до 78 лет). Следует отметить, что 7 (19,4 %) пациентов было в возрасте старше 50 лет. Среди них было 16 женщин и 20 мужчин.

Диагностическая программа до операции включала в себя сбор анамнеза, оценку клинических проявлений, физикальное обследование пациента и инструментальные методы исследования. В числе последних выполнялись ирригоскопия, исследование транзита бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, аноректальная манометрия и исследование резервуарной функции прямой кишки у пациентов с мегаректум. Болезнь Гиршпрунга во всех случаях была исключена на основании характерной рентгенологической картины, результатов исследования ректоанального ингибиторного рефлекса ( $n=36$ ) и исследования биоптатов слизистой прямой кишки на содержание ацетилхолинэстеразы ( $n=32$ ). При наличии противоречий в результатах этих тестов выполнялась биопсия стенки прямой кишки по Свенсону. Последняя производилась по модифицированной методике с иссечением полнослойного лоскута шириной 1 см по задней стенке прямой кишки от зубчатой линии протяженностью не менее 6 см [2].

До операции запоры беспокоили 26 (72,2 %) пациентов, вздутие живота — 24 (66,7 %). Напротив, смену запоров поносами и потерю веса отмечали 6 (16,7 %) больных. У 4 (11,1 %) пациентов одной из основных жалоб было каломазание, все они имели мегаректум. До поступления в ГНЦК 22 (61,1 %) человека уже были оперированы по поводу заворотов ободочной кишки.

По результатам обследования у 25 (69,4 %) пациентов был диагностирован идиопатический мегаколон при нормальном размере прямой кишки. В 18 наблюдениях это был левосторонний мегаколон, в 6 — субтотальный мегаколон (расширение левых отделов и поперечной ободочной кишки) и в 1 — мегатрансверзум. У 11 (30,6 %) больных выявлен идиопатический мегаректум: в 9 случаях в сочетании с мегадолихосигмой, в 1 — в сочетании с тотальным мегаколон и еще 1 пациент имел только мегаректум при нормальном размере ободочной кишки.

Среди 25 больных с идиопатическим мегаколон только у 7 (28,0 %) транзит был замедлен по всем отделам ободочной кишки свыше 96 часов. В 9 (36,0 %) наблюдениях общее время транзита также превышало 96 часов, но за счет задержки контраста в расширенных отделах. И у 7 (28,0 %) пациентов транзит был в пределах нормы или умеренно замедлен (до 72–96 часов). В 2 случаях исследование транзита не проводилось, так как оперативное вмешательство выполнялось в срочном порядке.

## Результаты

В ближайшем послеоперационном периоде в 5 (13,9 %) наблюдениях развились осложнения, потребовавшие повторного оперативного

Общее время транзита у всех 11 пациентов с идиопатическим мегаректум превышало 96 часов. В 9 наблюдениях за счет дистальной задержки и замедления транзита по левым отделам ободочной кишки. У пациента с изолированным мегаректум и еще одной пациентки, имевшей сочетание мегаректум и мегадолихосигмы, транзит был замедлен по всей ободочной кишке. У всех пациентов с идиопатическим мегаректум отмечено выраженное нарушение резервуарной функции прямой кишки. Так, максимально переносимый объем (МПО) был в диапазоне от 340 до 1470 мл воздуха, в среднем  $806,7 \pm 363,1$  мл; среднее значение  $I_{\text{МПО}}$  составило  $46,3 \pm 27,9$  мл/мм.рт.ст.; рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован только у одного пациента.

Выбор метода хирургического вмешательства и объема резекции кишки основывался на локализации и распространенности мегаколон, а также оценки функционального состояния нерасширенных отделов толстой кишки. Так, 12 (33,3 %) пациентам с левосторонним мегаколон и нормальным временем транзита или замедлением продвижения содержимого только по расширенным отделам кишки была выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Всем пациентам с субтотальным мегаколон, пациенту с мегатрансверзум и 6 больным с левосторонним мегаколон, но замедлением транзита по всем отделам ободочной кишки, произведена субтотальная колэктомия с асцендоректальным анастомозом.

Коррекция идиопатического мегаректум во всех случаях выполнялась путем продольной проктопластики, разработанной в ГНЦК [1]. При этом прямая кишка мобилизовалась по передней стенке до анального канала, а по задней и боковым стенкам до среднеампулярного отдела с сохранением боковых связок. Затем, для уменьшения объема прямой кишки, она пересекалась на высоте 8–10 см от наружного края анального канала и из передней стенки культи прямой кишки иссекался треугольный лоскут с основанием на уровне резекции и вершиной на 2 см выше верхнего края анального канала. Далее полученный дефект стенки культи прямой кишки ушивался в продольном направлении двухрядным швом и формировался циркулярный колоректальный анастомоз. 8 пациентам с сочетанием мегаректум и мегадолихосигмы, ободочная кишка резецировалась в объеме левосторонней гемиколэктомии с трансверзоректальным анастомозом. Пациентке с тотальным мегаколон и двум пациентам с замедлением транзита по всей ободочной кишке была выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с асцендоректальным анастомозом. Во всех случаях формировалась превентивная илеостома. У 9 пациентов к настоящему моменту стома закрыта.

вмешательства. В одном случае это была несостоятельность анастомоза, в двух — внутрибрюшное кровотечение, и еще в двух — ранняя спаечная

тонкокишечная непроходимость. Одна (2,8%) пациентка, перенесшая в срочном порядке субтотальную колэктомию, погибла от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

В отдаленном периоде у 1 пациентки, перенесшей левостороннюю гемиколэктомию с трансверзоректальным анастомозом по поводу левостороннего мегаколон, был выявлен рецидив мегаколон в виде расширения оставшихся отделов ободочной кишки. Однако, необходимости в повторной резекции при прослеживании в течение 3-х лет до настоящего времени не возникло. Самочувствие ее остается удовлетворительным, стул ежедневный самостоятельный, вздутие живота не беспокоит. Еще в 1 наблюдении неудовлетворительный функциональный результат после субтотальной колэктомии был обусловлен сопутствующим мегадуоденум, который и являлся причиной персистенции вздутия живота, тошноты и рвоты после еды. В последующем пациентке произведено было формирование обходного дуоденоюноанастомоза. У 1 пациента в отдаленном периоде развилась

спаечная непроходимость, потребовавшая операции адгезиолизиса.

Среди пациентов, перенесших продольную проктопластику, отдаленные результаты прослежены у 9 больных, которым стома была закрыта. Рецидива мегаректум или мегаколон не выявлено. Субъективно 8 (88,9%) из них, отметили значительное улучшение и удовлетворение операцией. Самостоятельная дефекация без помощи слабительных или клизм стала возможна у всех пациентов ( $p < 0.05$ ). В 1 (11,1%) наблюдении отмечено сохранение запоров ( $p < 0.05$ ), при этом интенсивность их уменьшилась. Каломазание периодически продолжает беспокоить также 1 (11,1%) пациента ( $p > 0.05$ ). Отмечено статистически значимое улучшение резервуарной функции прямой кишки. Так, МПО варьировал от 170 до 490 мл воздуха, в среднем составляя  $300,0 \pm 144,7$  мл ( $p < 0,05$ ); среднее значение  $I_{\text{МПО}}$  было равно  $15,1 \pm 12,2$  мл/мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ); рефлексорный сократительный ответ зарегистрирован у всех пациентов. Ни у одного пациента после операции не выявлено нарушений функции органов мочеполовой сферы.

## Заключение

Выбор способа хирургического лечения идиопатического мегаколон требует комплексного обследования пациента в условиях специализированного стационара. В случае необходимости хирургического лечения идиопатического мегаколон при нормальном размере прямой кишки резекция только расширенных отделов может быть эффективна

у отобранной группы пациентов с хорошим функциональным состоянием нерасширенных отделов толстой кишки. Для хирургической коррекции идиопатического мегаректум может быть использована продольная проктопластика, позволяющая добиться улучшения функционального состояния большинства пациентов.

## Литература

1. Ачкасов С. И., Алешин Д. В. Способ хирургического лечения идиопатического мегаректум. Патент № 2516118 Приоритет изобретения 20.12.2012.
2. Воробьев Г. И., Жученко А. П., Ачкасов С. И., Капуллер Л. Л., Бирюков О. М. Возможности модификации биопсии стенки прямой кишки по Свенсону в диагностике пороков развития интрамуральной нервной системы у взрослых. Хирургия, 2005, № 10, с. 4–7.
3. Воробьев Г. И. Мегаколон у взрослых (клиника, диагностика и хирургическое лечение). Диссертация докт. мед наук. Москва, 1982. 402 с.
4. Ding W1, Jiang J, Feng X, Yao A, Liu J, Li N, Li J. Outcomes after surgery for refractory constipation patients complicated with megacolon. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2014 May;17(5):453–6.
5. Gattuso J.M., Kamm M. A., Talbot I. C. Pathology of idiopathic megarectum and megacolon. Gut 1997; 41: 252–257.
6. Gattuso JM, Kamm MA. Clinical features of idiopathic megarectum and idiopathic megacolon. Gut. 1997;41:93
7. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, Williams NS. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. Ann Surg 2005; 241: 562–74
8. Gladman MA, Lunniss PJ, Williams NS, Scott SM. Rectal hyposensitivity: pathophysiological mechanisms. Neurogastroenterol Motil 2005; 17(Suppl. 2): 18.
9. Huang ZC1, Liu Q, Li SG, Li D, Su J, Yan DY, Xiao ZG, Dong HY, Zhou K. Diagnosis and treatment of slow transit constipation complicated with adult megacolon. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2011 Dec;14(12):941–3.
10. Waldron D, Bowes KL, Kingma YJ, Cote KR. Colonic and anorectal motility in young women with severe idiopathic constipation. Gastroenterology 1988; 95: 1388–1394.
11. Williams NS, Fajobi OA, Lunniss PJ, Scott SM, Eccersley AJP, Ogunbiyi OA. Vertical reduction rectoplasty: a new treatment for idiopathic megarectum. Br J Surg 2000; 87: 1203–1208.
12. Varma JS, Smith AN. Neurophysiological dysfunction in young women with intractable constipation. Gut 1988; 29: 963–968.