

УДК [616.002.12-064]-07.002

## Субтотальная колэктомия с антиперистальтическим цекоректоанастомозом

В.И. Помазкин

(Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1»  
Министерства здравоохранения Свердловской области, Екатеринбург)

### Subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectoanastomosis

V.I. Pomazkin

**Цель исследования.** Оценить результаты субтотальной колэктомии с наложением антиперистальтического цекоректоанастомоза без дислокации восходящей и слепой кишки.

**Материал и методы.** Операция выполнена у 25 больных. Из них 20 пациентов оперированы по поводу хронического запора с замедленным пассажем по толстой кишке (1-я группа); у 5 больных с колостомами проведены одномоментное удаление патологически измененных отделов толстой кишки, ликвидация стомы и восстановление непрерывности кишечного тракта (2-я группа).

**Результаты.** Послеоперационных осложнений не было. Через месяц у 11 больных отмечался периодический частый стул, требующий медикаментозной коррекции. Через 6 мес после операции средняя частота стула в сутки в 1-й группе составила 1,7, во 2-й – 2,2.

**Заключение.** Субтотальная колэктомия с антиперистальтическим цекоректоанастомозом – простой и эффективный метод оперативного лечения как тяжелого коллогенного запора, так и других заболеваний, вызывающих необходимость удаления большей части ободочной кишки.

**Ключевые слова:** субтотальная колэктомия, цекоректоанастомоз, хронический запор.

**Aim of investigation.** To estimate results of subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectoanastomosis without dislocation of ascending colon and caecum.

**Material and methods.** Operation is executed at 25 patients. From them 20 patients are operated for chronic constipation with delayed passage through the large intestine (1-st group) and 5 patients with colostomas underwent simultaneous resection of affected regions of the large intestine, liquidation of stoma and restitution of continuity of intestinal tract (2-nd group).

**Results.** No postoperative complications were found. In 1 month at 11 patients periodically had frequent defecations requiring medicamentous treatment. In 6 months after surgery average frequency of defecations in the 1-st group was 1,7 per day, in the 2-nd – 2,2 per day.

**Conclusion.** A subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectoanastomosis is a simple and effective method of operative treatment of both severe cologenic constipation, and other diseases demanding resection of the most part of the colon.

**Key words:** subtotal colectomy, cecorectoanastomosis, chronic constipation.

Помазкин Вадим Игоревич – кандидат медицинских наук, сотрудник отделения колопроктологии, Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург. Контактная информация для переписки: yunker@yandex.ru; 620043, г. Екатеринбург, ул. Викулова д. 63/3, кв. 3

**К** настоящему времени многими исследованиями доказано, что субтотальная колэктомия является наилучшим методом хирургического лечения тяжелого хронического запора, вызванного замедленным транзитом по толстой кишке [1, 4, 7]. Показаниями к субтотальной колэктомии могут служить также первично-множественные опухоли толстой кишки, дивертикулярная болезнь с обширным распространением дивертикулов по ободочной кишке, ее воспалительные заболевания. Основной недостаток полного удаления ободочной кишки с наложением илеоректоанастомоза является частое возникновение диареи, обусловленное постоянным и неритмичным поступлением содержимого подвздошной кишки в прямую кишку.

Для профилактики развития послеоперационной диареи предложено сохранять часть правых отделов ободочной кишки с илеоцекальным клапаном [5, 6, 8]. Традиционная методика данной операции требует полной мобилизации остающейся части восходящего отдела и слепой кишки с их полным поворотом на 180° и наложением изоперистальтического асцендоректоанастомоза. Негативными факторами этого способа являются техническая сложность, неизбежный перегиб подвздошно-ободочнокишечных сосудов и повышение риска развития послеоперационных осложнений.

**Целью** нашей работы являлась оценка результатов субтотальной колэктомии с наложением антиперистальтического цекоректоанастомоза без дислокации восходящей и слепой кишки.

### Материал и методы исследования

С 2005 по 2008 г. в отделении колопроктологии Свердловской областной клинической больницы № 1 Екатеринбурга субтотальная колэктомия с формированием антиперистальтического цекоректоанастомоза выполнена 25 больным (6 мужчин и 19 женщин, средний возраст 42,1 года). Показанием к хирургическому лечению у 20 больных, составивших 1-ю группу, был хронический запор с замедленным транзитом по толстой кишке. Во 2-ю группу вошли 5 пациентов с колостомами, направленных для восстановительной операции. Из их числа сформированную одностольную асцендостому после неотложной резекции поперечной ободочной кишки имели 4 больных. При предоперационном обследовании этих пациентов возникли показания к удалению и левой половины ободочной кишки. У 2 из них, ранее оперированных по поводу рака поперечной ободочной кишки, обнаружены метастатические опухоли соответственно нисходящей и сигмовидной кишки. У 2 ранее оперированных в связи с перфорацией дивертикулов толстой кишки выявлена осложненная дивертикулярная болезнь с поражением оставшейся части левой половины ободочной

кишки. У 1 пациента, у которого диагностирована болезнь Крона с множественными продленными стриктурами поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки, имелась сформированная двустольная сигостома.

Больные из группы с хроническим запором на протяжении многих лет были вынуждены использовать слабительные средства в больших дозах, очистительные клизмы. Интервал между стулом у них до операции составлял от 7 до 24 дней. Все эти пациенты обследовались с использованием пассажа твердых рентгеноконтрастных маркеров по толстой кишке. У каждого при этом были исключены проктогенные причины запоров, нарушения функции тазового дна.

Во 2-й группе больные с опухолевыми поражениями и асцендостомой до первичной неотложной операции нарушений стула не отмечали. Пациенты с дивертикулярной болезнью и болезнью Крона до момента операции, закончившейся формированием колостомы, периодически испытывали запор до 3 дней. Средний интервал между хирургическими вмешательствами у стомированных пациентов составил 7,4 мес.

Все больные были оперированы после стандартной подготовки под эндотрахеальным наркозом из среднесрединного лапаротомного доступа. У пациентов с толстокишечным стазом толстую кишку мобилизовали и резецировали от ректосигмоидного отдела до середины восходящего отдела ободочной кишки (см. рисунок). Подвздошно-ободочную артерию и ее ветви сохраняли. Оставшуюся часть ободочной кишки, для свободного низведения купола слепой кишки в малый таз, при необходимости мобилизовали только частично рассечением брюшины правого бокового канала. У больных с ранее выполненной резекцией поперечной ободочной кишки и сформированной асцендостомой удаляли оставшиеся левые отделы толстой кишки и проводили частичную резекцию восходящей ободочной кишки с ликвидацией стомы. У всех пациентов выполняли аппендэктомию. Антиперистальтический анастомоз между куполом слепой кишки и культей прямой кишки в 19 случаях накладывали с применением циркулярного шнурящего аппарата, вводя съемную головку аппарата в культю прямой кишки, а сам аппарат через срез восходящего отдела ободочной кишки ретроградно проводили в купол слепой кишки (см. рисунок). После наложения цекоректоанастомоза и удаления шнурящего аппарата из просвета восходящего отдела его ушивали. У 6 человек цекоректоанастомоз накладывали ручным 2-рядным швом.

### Результаты исследования

В ранний послеоперационный период осложнений ни у кого из пациентов не возникало.

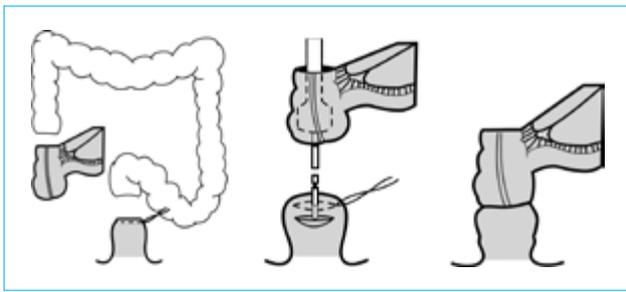


Схема этапов субтотальной колэктомии с антиперистальтическим цекоректоанастомозом

Среднее послеоперационное пребывание в стационаре составило 9,4 дня. Через месяц в группе больных с хроническим толстокишечным стазом у 8 (40,0%) периодически отмечался частый стул до 8 раз в сутки. В группе пациентов с колостомами в этот срок после операции у 3 (60,0%) также наблюдалось учащение стула, требовавшее периодического приема антидиарейных препаратов. У остальных обследованных кратность стула была 2–3 раза в день и не требовала какой-либо коррекции.

Поздние результаты в сроки от 6 до 8 мес мы имели возможность изучить у 22 больных. Из них 17 были из группы оперированных по поводу хронического запора и 5 — из группы с колостомами. Средняя частота стула в 1-й группе составила 1,7 раза в день. Периодические запоры, легко корригирующиеся приемом слабительных средств (дюфалак, форлак), отмечали 5 (29,4%) человек. Характерно, что необходимая доза слабительных при этом была значительно меньшей, чем средняя рекомендуемая. Эпизоды частого стула до 4–5 раз в сутки, обычно провоцируемые употреблением определенного вида продуктов, зарегистрированы у 5 (29,4%) пациентов. Для нормализации стула антидиарейными средствами также требовался прием небольших их доз (не более 1–2 капсул лоперамида в сутки). Периодические боли и чувство наполнения в правой подвздошной области отмечали 3 (17,6%) пациента, одна из больных вынуждена регулярно принимать спазмолитики.

Во 2-й группе пациентов у 4 средняя частота стула была 2,2 раза в сутки без существенных нарушений. Лишь у одного, оперированного по поводу болезни Крона, имелись жалобы на регулярные поносы до 4–5 раз в сутки, требовавшие практически постоянного приема антидиарейных средств.

Все пациенты были удовлетворены результатами оперативного вмешательства, указывали на значительное улучшение качества жизни по сравнению с дооперационным. Никто не отмечал признаков анального недержания, аноректальных болей. При эндоскопическом и рентгенологическом послеоперационном исследовании изменений прямой кишки, оставшихся отделов ободочной

кишки и зоны цекоректоанастомоза не выявлено. В ходе наблюдения форма и размеры культи ободочной кишки существенно не изменялись.

### Обсуждение результатов исследования

Функциональные результаты колэктомии с илеоректоанастомозом, выполняемой по поводу тяжелого запора с замедленным пассажем по толстой кишке, часто являются неудовлетворительными из-за нередко возникающей послеоперационной диареи. Кроме того, удаление илеоцекального клапана с антирефлюксным механизмом способствует попаданию толстокишечной флоры в тонкую кишку, а удаление терминального отдела подвздошной кишки вызывает нарушение всасывания воды, желчных кислот, витамина В<sub>12</sub>, электролитов. Сохранение части правых отделов толстой кишки с илеоцекальным клапаном значительно уменьшает риск развития поносов и не нарушает нормальную физиологию пищеварения в подвздошной кишке.

Стандартная методика такой операции, предложенная L. Deloyers в 1964 г., и ее модификации [3, 8] включают необходимость полной мобилизации оставшихся отделов ободочной кишки, изменения их положения с разворотом на 180° в краниокаудальном направлении, наложения изоперистальтического асцендоректоанастомоза. Это приводит к перегибу подвздошно-ободочных сосудов, увеличивая риск ишемических нарушений. Модификация данной методики подразумевает поворот восходящей ободочной и слепой кишки во фронтальной плоскости справа налево с переносом их в левую подвздошную область [5]. Это не сопровождается значительным перегибом сосудов, но создает опасность тонкокишечной непроходимости, связанной с возможным ущемлением петель тонкой кишки в пространстве между брыжейкой перемещенных отделов и задней брюшной стенкой.

Способ наложения антиперистальтического цекоректоанастомоза при субтотальной колэктомии, предложенный L. Sarli и соавт. [6], позволяет значительно упростить технику выполнения операции, не приводя к возможным сосудистым нарушениям и не создавая предпосылки угрозы послеоперационной кишечной непроходимости. Полученные нами результаты такой операции, выполняемой в случаях тяжелых запоров, вызванных замедленным пассажем по толстой кишке, продемонстрировали значительное улучшение качества жизни больных. В то же время это не приводило к существенному неконтролируемому послаблению стула, хотя и требовало некоторого времени для его стабилизации.

При наличии сформированной колостомы и необходимости удаления отключенных отделов

толстой кишки восстановительное оперативное лечение часто разделяется на два этапа. На первом проводится резекция патологически измененной отключенной кишки, на втором ликвидируется стома с воссозданием непрерывности кишечного тракта. Это не только удлиняет время существования колостомы, но и создает дополнительные технические трудности, увеличивая риск послеоперационных осложнений.

По нашему опыту, у пациентов с асцендостомой, небольшой культей восходящей ободочной кишки и необходимостью удаления левых ее отделов формирование цекоректоанастомоза по

описанной методике позволяет одновременно устранить патологический процесс, ликвидировать колостому и восстановить непрерывность кишечного тракта с приемлемыми результатами.

### Заключение

Субтотальная колэктомия с формированием антиперистальтического цекоректоанастомоза — простой и эффективный метод оперативного лечения как тяжелого колоректального запора, так и других заболеваний, при которых требуется удаление большей части ободочной кишки.

### Список литературы

1. Ачкасов С.И., Саламов К.Н., Капуллер П.П. и др. Запоры при аномалиях развития и положения толстой кишки у взрослых // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2000. — Т. 10, № 2. — С. 58–62.
2. Яремчук А.Я., Круцяк В.Н., Пойда А.И., Ватаман В.Н. Способ дислокации илеоцекального отдела кишечника и восходящей ободочной кишки // Вестн. хир. — 1989. — № 1. — С. 126–127.
3. Deloyers L. La bascule du colon droit permet sans exception de conserver le sphincter anal apris les colectomies йтendues du transverse et du colon gauche (rectum y compris) // Lyon. Chir. — 1964. — Vol. 60. — P. 404–413.
4. Lubowski D., Chen F., Kennedy M., King D. Results of colectomy for severe slow transit constipation // Dis. Colon Rectum. — 1996. — Vol. 39. — P. 23–29.
5. Perrier G., Peillon C., Testart J. Modifications a apporter au procйdй de Deloyers afin de rйaliser une anastomose caeco-rectale sans torsion du pйdicule vasculaire // Ann. Chir. — 1999. — Vol. 53. — P. 254.
6. Sarli L., Iusco D., Violi V., Roncoroni L. Subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectal anastomosis // Tech. Coloproctol. — 2002. — Vol. 6. — P. 23–26.
7. Wexner S., Daniel N., Jagelman D. Colectomy for constipation: physiologic investigation is the key to success // Dis. Colon Rectum. — 1991. — Vol. 34. — P. 851–856.
8. Zinzindohouй F. Anastomose colo-colique ou colo-rectale difficile: les anastomoses transmйsentйriques et les anastomoses avec retournemet colique droit // Ann. Chir. — 1998. — Vol. 52. — P. 571–573.