

МЕДИЦИНА

Научная статья
УДК 616.07:616-089
DOI: 10.18101/2306-1995-2025-1-3-10

СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ДОЛИХОКОЛОНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© **Безпальный Артем Алексеевич**
врач-колопроктолог,
Городская больница № 4
Россия, 670009, г. Улан-Удэ, ул. М. Расковой, 2
dr.bezart@mail.ru

© **Шатова Юлия Сергеевна**
студентка,
Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова
Россия, 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
sshatovajulia@yandex.ru

Аннотация. Долихоколон является наиболее распространенной аномалией развития толстой кишки, встречающейся у 15–20% взрослого населения с хроническими запорами. При декомпенсированных формах заболевания консервативная терапия оказывается неэффективной, что требует хирургического вмешательства. Представлен клинический случай успешного хирургического лечения пациентки 59 лет с декомпенсированным долихоколоном. Длительность запоров составляла 14–20 дней, консервативная терапия была неэффективной. При рентгенологическом исследовании с пробой Напалкова выявлено значительное замедление пассажа контрастного вещества — эвакуация начиналась только через 102 часа. Выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с аппендэктомией, разворотом кишки на 180° и формированием асцендо-ректального анастомоза. Длина удаленного макропрепарата составила 120 см. В послеоперационном периоде достигнута нормализация стула (2–3 раза в день без слабительных). При наблюдении в течение года сохраняются хорошие функциональные результаты, значительно улучшилось качество жизни пациентки.

Ключевые слова: долихоколон, хронический толстокишечный стаз, субтотальная резекция, асцендо-ректальный анастомоз, проба Напалкова, хирургическое лечение, запоры, качество жизни, колопроктология, врожденные аномалии кишечника.

Для цитирования

Безпальный А. А., Шатова Ю. С. Субтотальная резекция толстой кишки при декомпенсированном долихоколоне: клинический случай // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2025. № 1. С. 3–10.

Долихоколон представляет собой врожденную аномалию развития толстой кишки, характеризующуюся удлинением различных ее отделов с недоразвитием нервного аппарата стенки кишки [1; 2]. По данным современных исследований, аномальное удлинение различных отделов толстой кишки диагностируется у половины пациентов, которые длительно страдают запорами, а распространенность клинически выраженных форм долихоколона предположительно может достигать 15–20%¹.

Этиология долихоколона остается предметом дискуссий. Ряд авторов считают данное состояние исключительно врожденной патологией, связанной с нарушением эмбрионального развития кишечной трубки. Другие исследователи допускают возможность приобретенного удлинения толстой кишки вследствие длительного злоупотребления клизмами и слабительными препаратами, а также возрастных изменений обменных процессов в стенке кишки [3; 4].

Клинические проявления долихоколона варьируют от бессимптомного течения до тяжелого хронического толстокишечного стаза с развитием декомпенсации. Первым и основным признаком долихоколона является задержка стула более трех дней². При прогрессировании заболевания развиваются тянущие боли в животе, вздутие, чувство неполного опорожнения кишечника, что существенно снижает качество жизни пациентов.

Диагностика долихоколона основывается на данных рентгенологического исследования толстой кишки с контрастированием. Проведение ирригоскопии после перорального введения контрастного вещества с барием является «золотым» стандартом в диагностике долихоколона³. Важное значение имеет оценка пассажа контрастного вещества по кишечнику, позволяющая определить степень нарушения моторной функции.

Лечение долихоколона должно быть максимально консервативным, включающим диетотерапию, прокинетики и осмотические слабительные. Однако при терапевтически резистентных формах заболевания со значительным ухудшением качества жизни больным рекомендованы оперативные методы — субтотальная резекция толстого кишечника, колэктомия с созданием илеоректального анастомоза⁴. Общая частота послеоперационных осложнений составляет в среднем 20% (2–71%), при этом летальность достигает 2,6% (0–15%)⁵.

Цель настоящей работы — представить клинический случай успешного хирургического лечения декомпенсированного долихоколона у взрослой пациентки с анализом диагностических и лечебных мероприятий.

¹ Долихоколон — причины, симптомы, диагностика и лечение // Красота и медицина. URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/dolichocolon (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

² Там же.

³ Там же.

⁴ Там же; Долихоколон у взрослых. Клинические рекомендации // Medi.ru. URL: https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dolikhokolon-u-vzroslykh_13929 (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

⁵ Мегаколон, долихоколон. Клинические протоколы МЗ РК // MedElement. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/мегаколон-долихоколон/14843> (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

Описание клинического случая

Пациентка З., 59 лет, поступила в плановом порядке в отделение колопроктологии ГБУЗ ГБ № 4 24.04.2023 г. с жалобами на выраженные запоры продолжительностью 14–20 дней, тянущие боли в нижней части живота, отсутствие самостоятельного стула без применения клизм, отсутствие позывов на дефекацию, чувство неполного опорожнения прямой кишки, вздутие живота, чувство тяжести в животе.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 5–6 лет. Беспокоят длительные запоры, постоянно принимает слабительные препараты, выполняет очистительные клизмы. Неоднократно проводилось ручное пособие по удалению каловых камней. При обследовании в частной клинике выполнена ирригоскопия, выявлена долихосигма. С течением времени консервативные мероприятия стали неэффективными. В анамнезе неоднократные операции по поводу анальной трещины, в 2022 г. выполнялась геморроидэктомия.

Объективное обследование. Состояние средней степени тяжести. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД 132/77 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, подвздут, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Стул кашицеобразный, один раз в 10–15 дней при помощи слабительных и очистительных клизм.

Локальный статус. В перианальной области на 6–7 часах определяется увеличенный наружный геморроидальный узел. При пальцевом исследовании умеренная болезненность. На высоте пальца пальпируется каловый камень, эвакуировать который не удалось.

Диагностические исследования:

- видеокколоноскопия: субатрофический колит, долихосигма, хронический геморрой 2–3-й степени;
- фиброгастродуоденоскопия: эпителиальные образования угла желудка Па-Пс типа, поверхностный гастрит;
- УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы, неспецифические структурные изменения в почках.

Рентгенологическое исследование с пробой Напалкова. Выполнена серия обзорных рентгенограмм органов брюшной полости с пероральным введением жидкого бариевого контраста. Через 6 часов отмечалось заполнение слепой кишки и восходящего отдела толстого кишечника. Только через 102 часа основной объем бариевой взвеси заполнил прямую кишку, что указывало на выраженное нарушение пассажа по толстой кишке.

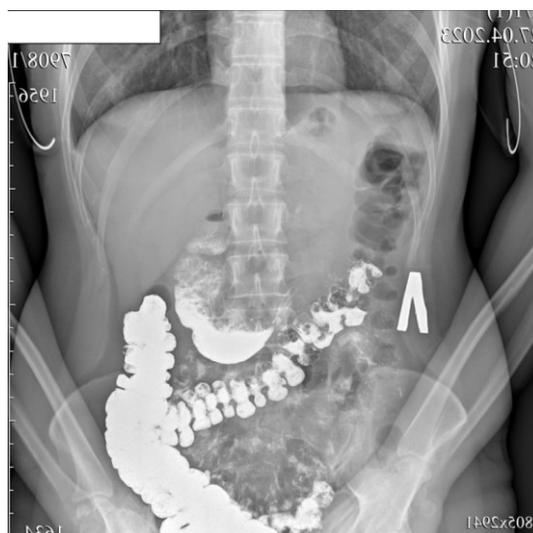


Рис. 1. Рентгенограмма органов брюшной полости через два часа после начала пробы Напалкова. Отмечается быстрая эвакуация большей части контрастной взвеси в тонкой кишке при сохранении застоя в желудке



Рис. 2. Рентгенограмма органов брюшной полости через 108 часов после начала пробы Напалкова. Контрастное вещество достигло дистальных отделов толстой кишки, что свидетельствует о выраженном замедлении пассажа по ободочной кишке

Диагноз. Врожденная аномалия развития кишечника, долихоколон. Хронический толстокишечный стаз, стадия декомпенсации. Хронический наружный геморрой.

Хирургическое лечение. Первым этапом под тотальной внутривенной анестезией выполнена эвакуация калового камня. После проведения консервативной терапии для улучшения моторики кишечника и подготовки к операции выполнено хирургическое вмешательство.

Операция: лапаротомия, ревизия, субтотальная резекция ободочной кишки с аппендэктомией, разворотом кишки на 180°, формированием асцендо-ректального анастомоза, дренирование брюшной полости.

Техника операции. Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия с обходом пупка слева. При ревизии органов брюшной полости печень, поджелудочная железа, желудок, тонкая кишка без патологии. При ревизии толстой кишки отмечено удлинение сигмовидной кишки, поперечно-ободочной кишки (птоз). Стенки кишки утолщены, гаустры сглажены. Коллегиально принято решение о выполнении субтотальной резекции толстой кишки.

Выполнена мобилизация толстой кишки на всем протяжении. Границы резекции: проксимально — печеночный изгиб толстой кишки, дистально — на уровне верхнеампулярного отдела прямой кишки. Выполнена субтотальная резекция толстой кишки с отдельной перевязкой и пересечением сосудов, удаление единым блоком. Выполнена типичная аппендэктомия с погружением культи отростка в кيسетный и Z-образный швы.

Произведен разворот на 180° правых отделов толстой кишки с наложением асцендо-ректального анастомоза. В просвет восходящего отдела толстой кишки кисетным швом погружена головка сшивающего циркулярного аппарата. Ректально проведен шток сшивающего аппарата, головка и шток соединены. Установлены ПХВ дренажи в малый таз. После контроля гемостаза лапаротомная рана послойно ушита наглухо. Интраоперационная кровопотеря составила 100 мл.

Макропрепарат: удаленная толстая кишка длиной 120 см.

Результаты

Послеоперационный период протекал гладко. Первый стул отмечен через 4 дня после операции. В последующем — кашицеобразный стул 4–6 раз в день. Пациентка выписана на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты прослежены в течение года:

- **через 14 дней:** состояние удовлетворительное, периодический дискомфорт в области операции. Стул кашицеобразный, 3–5 раз в день без использования слабительных препаратов и клизм;
- **через 1 месяц:** жалоб не предъявляет. Стул кашицеобразный, 3–4 раза в день без использования слабительных;
- **через 3 месяца:** состояние удовлетворительное, жалоб нет. Стул 2–3 раза в день, кашицеобразный;
- **через 1 год:** состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Стул кашицеобразный, 2–3 раза в день без использования послабляющих препаратов.

Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует эффективность хирургического лечения декомпенсированного долихоколоне у взрослых пациентов. Длительность запоров (14–20 дней) и неэффективность консервативной терапии в течение нескольких лет указывали на декомпенсированную форму заболевания, требующую хирургической коррекции.

Особый интерес представляют результаты пробы Напалкова, показавшие крайне медленный пассаж контрастного вещества — эвакуация началась только через 102 часа при норме 6–8 часов. Это подтверждает выраженное нарушение моторной функции толстой кишки и обосновывает необходимость радикального хирургического вмешательства.

Выбор объема операции основывался на современных клинических рекомендациях. Субтотальная резекция ободочной кишки характеризуется лучшими функциональными результатами по сравнению с колэктомией, но вместе с тем более высокой частотой рецидивов запора¹. В нашем случае применение оригинальной техники с разворотом кишки на 180° и формированием асцендо-ректального анастомоза позволило достичь хороших функциональных результатов.

Важным аспектом операции явилось удаление значительной части толстой кишки (120 см макропрепарат) при сохранении восходящего отдела и прямой кишки. Это позволило устранить патологически удлиненные отделы кишки, сохранив при этом резервуарную функцию прямой кишки и всасывательную способность восходящего отдела.

Послеоперационные результаты демонстрируют эффективность выбранной тактики. Достигнута нормализация частоты стула (2–3 раза в день) без применения слабительных препаратов, что существенно улучшило качество жизни пациентки. Отсутствие осложнений и хорошие функциональные результаты в течение года наблюдения подтверждают правильность хирургической тактики.

Положительный результат при субтотальной резекции ободочной кишки при долихоколоне достигается в 85% случаев², что соответствует полученным нами результатам. Однако следует учитывать, что частота рецидивов запора после колэктомии достигает 10%³, что требует длительного наблюдения за пациентами.

Заключение

Субтотальная резекция ободочной кишки с формированием асцендо-ректального анастомоза является эффективным методом хирургического лечения декомпенсированного долихоколона у взрослых. Показанием к оперативному лечению служит неэффективность консервативной терапии при выраженном нарушении качества жизни пациента.

Ключевыми факторами успешного лечения являются тщательная предоперационная диагностика с оценкой пассажа по кишечнику, правильный выбор объема резекции и техники формирования анастомоза. Применение современных сшивающих аппаратов обеспечивает надежность анастомоза и снижает риск послеоперационных осложнений.

¹ Долихоколон у взрослых. Клинические рекомендации // Medi.ru. URL: https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dolikhokolon-u-vzroslykh_13929 (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

² Достижения медицинской науки Беларуси // Med.by. URL: http://med.by/dmn/book.php?book=03-18_1 (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный; Резекция ободочной кишки // КБГМУ. URL: <https://kbgmu.ru/services/opisanie-uslug/1405/> (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

³ Долихоколон у взрослых. Клинические рекомендации // Medi.ru. URL: https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dolikhokolon-u-vzroslykh_13929 (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

Хорошие функциональные результаты в отдаленном периоде и значительное улучшение качества жизни пациентов обосновывают применение данной методики при декомпенсированных формах долихоколона, резистентных к консервативной терапии.

Литература

1. Царев Н. И. Врожденная патология толстой кишки у детей. Москва: Медицина, 1981. 184 с. Текст: непосредственный.
2. Осипенко М. Ф. Запоры: патофизиологические аспекты и принципы лечения // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13, № 8. С. 521–526. Текст: непосредственный.
3. Циммерман Я. С. Хронические запоры: диагностика и лечение // Клиническая медицина. 1999. № 2. С. 6–12. Текст: непосредственный.
4. Балабанова Р. М., Эрдес Ш. Ф. Долихоколон у взрослых: современные подходы к диагностике // Гастроэнтерология. 2021. № 3. С. 45–52. Текст: непосредственный.
5. Прохоров Ю. А. Резекция тонкой и толстой кишки — показания и виды операций // ЦЭЛТ. 2024. URL: <https://www.celt.ru/articles/art/resection-kishki.phtml> (дата обращения: 27.05.2025). Текст: электронный.

Статья поступила в редакцию 28.05.2025; одобрена после рецензирования 31.05.2025; принята к публикации 02.06.2025.

SUBTOTAL RESECTION OF THE COLON FOR TREATMENT OF DECOMPENSATED DOLICHOCOLON: A CASE STUDY

Artyom A. Bepaly
Coloproctologist,
Municipal Hospital No. 4
2 M. Raskovoy St., Ulan-Ude 670009, Russia
sshatovajulia@yandex.ru

Yulya S. Shatova
Student,
Dorzhi Banzarov Buryat State University
36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia
sshatovajulia@yandex.ru

Abstract. Dolichocolon is the most common anomaly of the colon, occurring in 15–20% of adults with chronic constipation. In decompensated forms of the disease, conservative therapy is ineffective, which requires surgical intervention. We have described a clinical case of successful surgical treatment of a 59-year-old female patient with decompensated dolichocolon. The duration of constipation was 14–20 days, conservative therapy was ineffective. X-ray examination with Napalkov test revealed a significant slowdown in the passage of the contrast agent — evacuation began only after 102 hours. Subtotal resection of the colon with appendectomy, 180° bowel rotation and ascendo-rectal anastomosis were performed. The length of the removed gross specimen was 120 cm. In the postoperative period stool frequency

normalized (2–3 times per day without laxatives). One-year follow-up has shown good functional results and significant improvement of patient's quality of life.

Keywords: dolichocolon, chronic colonic stasis, subtotal resection, ascendo-rectal anastomosis, Napalkov test, surgical treatment, constipation, quality of life, coloproctology, congenital intestinal anomalies.

For citation

Bespaly A. A., Shatova Yu. S. Subtotal Resection of the Colon for Treatment of Decompensated Dolichocolon: A Case Study. *Bulletin of Buryat State University. Medicine and Pharmacy*. 2025; 1: 3–10 (In Russ.).

The article was submitted 28.05.2025; approved after reviewing 31.05.2025; accepted for publication 02.06.2025.