

МЕГАДОЛИХОКОЛОН У ВЗРОСЛОГО

Семионкин Е.И.*¹, Кротков А.Р.²,
Юдина Е.А.², Луканин Р.В.²,
Огорельцев А.Ю.¹¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет имени
акад. И.П. Павлова», Рязань² ГБУ РО «Областная клиническая
больница», Рязань

DOI: 10.25881/20728255_2025_20_2_156

Резюме. Цель исследования: на примере клинического наблюдения мегадолихоколона у взрослого, осложненного острой кишечной непроходимостью, показать возможность успешного лечения срочным хирургическим вмешательством.**Пациенты и методы:** изучены результаты экстренного хирургического лечения мужчины с мегадолихоколом 43 лет.**Результаты:** илеостома не разгружает кишечную непроходимость при мегадолихоколоне. Необходимо выполнять радикальную операцию колонэктомии.**Заключение:** колонэктомия является эффективным методом лечения взрослых пациентов с мегадолихоколом, осложненным острой кишечной непроходимостью.**Ключевые слова:** долихомегаколон, острая кишечная непроходимость, колонэктомия.

MEGADOLICHOCOLON IN ADULT. CASE REPORT

Semionkin E.I.*¹, Krotkov A.R.², Yudina E.A.², Lukanin R.V.², Ogoreltsev A.Yu.¹¹ Ryazan State Medical University, Ryazan² Ryazan State Clinical Hospital, Ryazan**Abstract.** The purpose of the study is to show the possibility of successful surgery using an example of a clinical case of megadolichocolon in an adult, complicated by acute intestinal obstruction.**Patients and methods.** The results of emergency surgical treatment of a megadolichocolon in a 43-year-old man were reviewed.**Results.** An ileostomy did not relieve intestinal obstruction with megadolichocolon. It is necessary to perform a radical colectomy.**Conclusion.** Colectomy is an effective method of treating megadolichocolon complicated acute intestinal obstruction in adults.**Keywords:** dolichomegacolon, acute intestinal obstruction, colectomy.

Долихоколон – удлинение всей ободочной кишки или одного из ее отделов, носит врожденный характер и представляет собой аномалию развития толстой кишки [1]. Для взрослых отсутствует корреляция между полом, телосложением, возрастом пациента [2–4]. Ряд исследователей допускает возможность приобретенного характера долихоколона, вопреки общепринятым представлениям о врожденной природе этой патологии [5; 6].

Мегаколон – это врожденное либо приобретенное расширение всей толстой кишки или ее отдельной части.

Некоторые авторы объединяют понятие врожденного мегаколона и долихоколона в мегадолихоколон [7; 8].

Инструментальные исследования при долихомегаколоне [9; 10].

1. Обзорная рентгенография брюшной полости;
2. Ирригоскопия;
3. Проктография с натуживанием/сцинтидефекография;
4. Колоноскопия;
5. Виртуальная компьютерная колонография;
6. Биопсия.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Р., 44 лет, история болезни №28954 находился в колопроктологическом отделении клиники с 07.10. по

05.11.2024 г. с диагнозом: мегадолихоколон, острая толстокишечная непроходимость. Сопутствующие заболевания: шизофрения, параноидная форма вне обострения, этап поддерживающей терапии, ГВ 3 стадии, сахарный диабет, ожирение 2 степени. Из анамнеза известно, что с возраста 18–20 лет страдает постоянными запорами, периодическими болями в животе. Обращались к врачам, рекомендовались слабительные препараты, клизмы, но целенаправленного обследования желудочно-кишечного тракта не проводилось. В течение более 10 лет наблюдается у психиатра по поводу шизофрении, принимает рисперидон, циклодол, азалептин.

Поступил в экстренном порядке в клинику в связи с ухудшением состояния в течение 4 суток, когда прекратилось отхождение стула и газов, с диагнозом острая кишечная непроходимость. При осмотре состояние тяжелое, повышенного питания, живот резко равномерно вздут (Рис. 1), пальпаторно болезненность во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика вялая. При пальцевом исследовании прямой кишки баллонообразное расширение ее. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выраженный пневматоз кишечника (Рис. 2).

Анемия – ОАК – эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb 118 г/л; лейкоциты $9 \times 10^9/л$, СОЭ 30 мм/час. Биохимия крови: общий белок 57 г/л, общий билирубин 9,8 ммоль/л, АсАТ 19 Е/л, АлАТ 15 Е/л, креатинин 150 мкм/л.

Экстренно оперирован дежурными хирургами в день поступления 07.10.2024 г. Под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия. Интраоперационно выявлена чрезмерной длины ободочная кишка, больше за счет сигмы и левой половины, с расши-



Рис. 1. Живот резко вздут.

* e-mail: semionkin@list.ru



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости, резко выраженное расширение всех отделов ободочной кишки.



Рис. 3, 4. Вид на операции ободочная кишка удлинена, расширена до 15 см в поперечном размере.

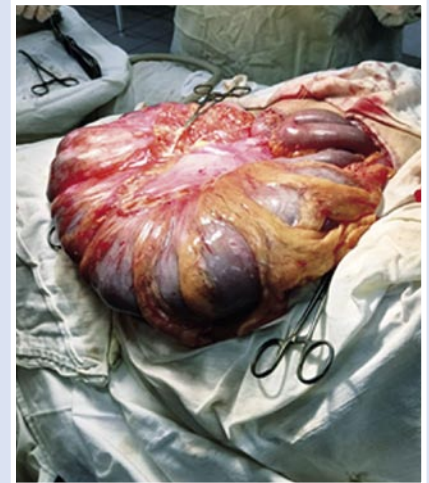


Рис. 7. Ободочная кишка удлинена, в поперечном размере до 15 см.

рением до 15 см в поперечном размере (Рис. 3, 4). Выполнена илеостомия с интубацией кишечника.

После операции в крайне тяжелом состоянии переведен в отделение реанимации.

В реанимационном отделении в виду резкого нарастания дыхательной недостаточности за счет высокого стояния диафрагмы от расширенного кишечника и не разгрузки кишечной непроходимости илеостомой, была проведена попытка колоноскопии с целью эндоскопической разгрузки кишки, которая оказалась безуспешной (Рис. 5).

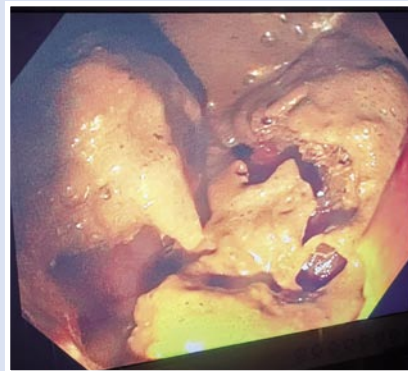


Рис. 5. Эндоскопия. В сигмовидной кишке много каловых масс, выше пройти не удалось.

10.10.2024 после консилиума оперирован повторно колопроктологами, живот резко вздут, илеостома не разгрузила кишечник (Рис. 6). Релапаротомия под интубационным наркозом. В брюшной полости в умеренном количестве мутный серозно – фибриновый экссудат. Ободочная кишка чрезмерно удлинена стенки утолщены, поперечный размер 15 см. Выполнена тотальная резекция ободочной кишки до прямой кишки с сохранением илеостомы (Рис. 7, 8).

Тяжелое послеоперационное течение в условиях реанимационного отделения, в течение 10 дней, находился на аппарате искусственного дыхания, наложена трахеостома. 2 ноября переведен в колопроктологическое отделение. Выписан в удовлетворительном состоянии 05.11.2024 г., трахеостома удалена, дыхание самостоятельное, живот не вздут, мягкий, симметричный, безболезненный участвует в акте дыхания, функционирующая илеостома, диурез в норме.



Рис. 6. Живот резко вздут, виден край илеостомы.



Рис. 8. Удаленная ободочная кишка – длина около 270 см (при норме около 150 см) (содержимое кишки удалено).

Гистологическое исследование препарата №24 36915/29 от 16.10.24 – заключение: морфологическая картина соответствует мегаколону, хроническому колиту в стадии обострения, фибринозному перитониту.

Результаты и обсуждение

Наше наблюдение подтверждает мнения других авторов о необходимости у пациентов со стойкими запорами и болями в животе проводить обследование кишечника специальными методами, в том числе и для исключения болезни Гиршпрунга, что не было выполнено у пациента, несмотря на обращения к врачам. Клиника долихомегаколона у данного пациента, страдающего шизофренией, могла поддерживаться применением препаратов для лечения шизофрении, которые имеют побочное действие, такие, как запоры, боли в животе, повышенный аппетит, увеличение массы тела; то есть клиника имеет и приобретенный компонент.

Заключение

Представлено клиническое наблюдение успешного лечения взрослого пациента с долихомегаколоном с выполнением радикальной операции (колэктомии) в специализированном отделении. Данное наблюдение подтверждает положение, что необходимо инструментальное обследование у больных с болями в

животе и запорами. Следует учитывать, что клиника долихоколона может поддерживаться приобретенными факторами задержки стула, болями в животе, в данном случае длительным приемом препаратов для лечения шизофрении с побочным действием на желудочно-кишечный тракт. Операция наложение илеостомы не разгружает кишечник при долихомегаколоне.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Под ред. Б.В. Петровского. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – 464с. [Enciklopedicheskii slovar medicinskih terminov. B.V.Petrovskiy, editor. M.: Sovetskaya enciklopediya, 1982. 464 p. (In Russ.)]
2. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение: Дисс. ... д-ра мед. наук. М, 2003. 294 с. [Achkasov S.I. Anomalii razvitiya i polozheniya tolstoi kishki. Klinika, diagnostika, lechenie. [dissertation] M. 2003. 294 p. (In Russ.)]
3. Corman M.L. Colon and Rectal Surgery. Philadelphia: Lippincott, 1984. P.129-134.
4. The Large Intestine: Physiology, Pathophysiology, and Disease. Edited by S.F. Phillips, J.H. Pemberton, P.G. Shorter. New York, Mayo Foundation, 1991. P.10.
5. Brummer, Seppala P, Wegelius U. Redundant colon as a cause of constipation. Gut. 1962; 3: 140–141.
6. Schagen van Leeuwen J.H. Sigmoid Volvulus in a West African Population. Dis Colon Rectum. 1985; 28(10): 712-716.
7. Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых (клиника, диагностика и хирургическое лечение): Дисс. ... докт. мед наук. Москва, 1982. 402 с. [Vorobev G.I. Megakolon u vzroslih (klinika, diagnostika i hirurgicheskoe lechenie. [dissertation] Moskva. 1982. 402 p. (In Russ.)]
8. Ergashev N, Nazarov N. Diagnosis and Treatment of Congenital Megalodolichocolon. Medical and Health Science Journal. 2011; 9: 83-8.
9. Клинические рекомендации. Идиопатический мегаколон 2024-2025-2026 (02.08.2024 – утверждены Минздравом РФ). [Klinicheskie rekomendacii. Idiopaticeskii megakolon 2024-2025-2026 (02.08.2024 – utverjdeni Minzdravom RF). (In Russ.)]
10. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных с долихоколоном. 03-05 октября 2024 г. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Съезд колопроктологов России». Утверждены МЗРФ, 19 с. [Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu vzroslih bolnih s doli_hokolonom. 03-05 oktyabrya 2024 g. Vserossiiskaya nauchno_prakticheskaya konferenciya s mej_dunarodnim uchastiem uchastiem «Sezd koloproktologov Rossii». Utverjdeni MZRF. 19 s. (In Russ.)]