

Псевдомембранозный колит, осложненный токсическим мегаколоном, после закрытия превентивной стомы

П.В. Мельников, Е.В. Яковлева, С.В. Савенков, Д.В. Ереско

ГБУЗ Московской области «Московский областной онкологический диспансер»; Россия, 143900, Балашиха, Московская область, ул. Карбышева, 6

Контакты: Павел Викторович Мельников drmelnikov84@gmail.com

Псевдомембранозный колит, осложненный токсическим мегаколоном, является очень редким состоянием, что подтверждается немногими сообщениями. В нашей работе, возможно, впервые описан случай, где после внебрюшинного закрытия колостомы фульминантно развилась картина токсического мегаколона с летальным исходом.

Ключевые слова: псевдомембранозный колит, токсический мегаколон, внебрюшинное закрытие колостомы

DOI: 10.17650/2220-3478-2016-6-2-47-50

Pseudomembranous colitis complicated with toxic megacolon after occlusion of preventive stoma

P.V. Melnikov, E.V. Yakovleva, S.V. Savenkov, D.V. Eresko

Moscow Regional Oncological Dispensary; 6 Karbysheva St., Balashikha, Moscow Region, 143900, Russia

Toxic megacolon complicating pseudomembranous colitis is a very rare condition that confirms by a few reports. In our case report probably described a case after extraperitoneal preventive colostomy closure toxic megacolon was developed with fatal final.

Key words: pseudomembranous colitis, toxic megacolon, colostomy closure

Введение

Превентивная (или дивертивная) петлевая коло- или илеостомия часто дополняет передние резекции прямой кишки по поводу рака, тем самым снижая частоту возникновения осложнений и повторных вмешательств при несостоятельности. Метод «отключения» ободочной кишки остается дискуссионным вопросом, и однозначных преимуществ илео- или колостомии в крупных метаанализах рандомизированных сравнительных исследований показано не было [1, 2].

Решая проблему гнойно-септических осложнений пациент и хирург сталкиваются с проблемами повторной операции — закрытием стомы. Несмотря на небольшой объем вмешательства, в некоторых ретроспективных работах показана высокая вероятность осложнений и даже летальных исходов (см. таблицу), что подтверждают выводы систематического обзора 48 исследований из 18 стран, в котором были проанализированы результаты закрытия илеостом у 6107 больных: частота осложнений составила 17,3 % (наиболее

Частота возникновения осложнений и летальных исходов после закрытия илео- или колостомы

Исследование	Число наблюдений	Вид превентивной стомы	Осложнения, %	Летальность, %
A. Thalheimer, 2006 [4]	120	Илеостома	Несостоятельность — 2,5 Малые осложнения — 16,7	1,7
G. Luglio, 2011 [5]	944	Илеостома	Малые осложнения — 21,5 Большие осложнения — 5,0	0
I. Rubio-Perez, 2014 [6]	93	Илеостома	Всего осложнений — 40,0 Илеус — 13,0 Псевдомембранозный колит — 4,3 Несостоятельность — 2,3	1,0
H. Pokorny, 2005 [7]	533	Илеостома и колостома	Всего осложнений — 20,0 Раневая инфекция — 9,0 Несостоятельность — 5,0	Илеостома — 2,0 Колостома — 3,0

часто — тонкокишечная непроходимость (7,2 %) и раневая инфекция (5,0 %)), а летальность — 0,4 % [3].

Достоверных предикторов осложнений закрытия превентивных стом после хирургического лечения колоректального рака не выявлено, однако эти осложнения существенно ниже у пациентов, не получавших адъювантное лечение, либо до его начала [4]. В другой работе доказана взаимосвязь между осложнениями и поздним закрытием стомы [6].

Одним из инфекционных нехирургических осложнений после закрытия колостомы является псевдомембранозный колит (ПМК), который вызывается *Clostridium difficile* — токсинпродуцирующей анаэробной бактерией, ответственной за антибиотикоассоциированный колит, и на данный момент являющейся наиболее частой причиной возникновения нозокомиальной диареи [8]. Факторы риска возникновения ПМК весьма неспецифичны: пожилой возраст, системная антибиотикотерапия, предыдущие госпитализации, наличие сопутствующих заболеваний, а также контакт с активными носителями инфекции [8]. В некоторых исследованиях была высказана гипотеза, что в отключенной нефункционирующей толстой кишке происходит изменение естественной флоры, с преобладанием *C. difficile* [9]. В анализе, проведенном учеными из США, показано что из 13 245 больных, которым было выполнено закрытие илеостом, частота возникновения ПМК составила 1,6 % [10]. В зависимости от клинических проявлений клостридиальная инфекция может быть предиктором высокой летальности.

В свою очередь, у пациентов с тяжелой формой заболевания может развиваться токсическая дилатация, или мегаколон, с болями в животе и растяжением, но с минимальной диареей или без нее. Состояние осложняется водно-электролитными нарушениями, гипоальбуминемией, гипотензией, перфорацией толстой кишки, системным воспалительным ответом, сепсисом и смертью [11]. Впервые токсическая дилатация как осложнение ПМК была описана в 1968 г. [12], а к 2008 г. зарегистрированы уже 17 таких больных [13]. Были показаны неэффективность лекарственного лечения и высокие показатели летальности, достигающие 50 %, а в более ранней работе смертность при хирургическом лечении превышала 70 % [14].

Однако острый псевдомембранозный колит, осложненный токсическим мегаколоном после закрытия превентивной колостомы, в доступной литературе описан не был, что делает интересным приведение подобного клинического наблюдения.

Клиническое наблюдение

Больная, 73 лет, находилась на стационарном лечении в онкологическом хирургическом отделении ГБУЗ МО по поводу рака сигмовидной кишки pT4aN1aM0, IIIA стадии после комбинированного лечения. За 6 мес до поступления больной была выполнена операция — лапароскопи-

чески-ассистированная дистальная резекция сигмовидной кишки, ДЗ-лимфодиссекция, превентивная колостомия. Пациентке были проведены 6 курсов адъювантной полихимиотерапии по схеме Мейо. Настоящая госпитализация связана с функционирующей колостомой, параколостомической грыжей. Из сопутствующих заболеваний клинически значимы были болезнь Паркинсона, смешанная форма, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия, артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения I степени. При обследовании данных, подтверждающих прогрессирование основного заболевания не получено, при колоноскопии наблюдался хронический спастический колит, анастомоз свободно проходим.

Больной была выполнена операция — внебрюшинное закрытие колостомы по общепринятой методике, пластика параколостомической грыжи. В послеоперационном периоде проводили рутинную инфузионную, анальгетическую терапию, тромбопрофилактику с ранней активизацией и оральным энтеральным питанием сиппингом. Антибиотикопрофилактика состояла из введения цефтриаксона 1 г интраоперационно. В послеоперационном периоде на 3-и сутки возникли явления колита с диареей до 3 раз — назначены таблетировано метрогил 400 мг 3 раза в сутки и пробиотики. Пациентка готовилась к выписке, однако на 8-е сутки после операции она отметила незначительные боли в животе, общую слабость, отсутствие стула, при этом газы отходили. Клинических данных за перитонит не получено. Больной выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости — без патологических изменений. Проведена превентивная консервативная инфузионная спазмолитическая терапия. При динамическом наблюдении отмечилась пневматизация петель толстой кишки (рис. 1а) без четких данных за механический характер непроходимости (рис. 1б).

Состояние пациентки прогрессивно резко ухудшалось до тяжелого в течение 10 ч. Были выставлены показания к срочной операции. После лапаротомии установлено, что толстая кишка резко расширена до 7 см с участками диастатических десерозаций до 7 см протяженностью, а петли тонкой дилатированы до 3 см, блестящие, розовые, без признаков перитонита. Видимых и пальпируемых участков obturации просвета не найдено. Выполнены ушивание десерозированных участков, адгезиолизис, неоклостомия с резекцией толстой кишки с участком расположения ранее закрытой колостомы, назоинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации в крайне тяжелом состоянии, обусловленном полиорганной недостаточностью, однако, несмотря на проводимую терапию, ее состояние прогрессивно ухудшалось. В процессе интенсивной терапии произошла остановка сердечно-легочной деятельности. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, сердечная деятельность не возобновилась,



Рис. 1. Пневматизация петель толстой кишки на 8-е сутки после внебрюшинного закрытия колостомы (а); толстокишечные уровни на 9-е сутки после внебрюшинного закрытия колостомы (б)



Рис. 2. Препарат толстой кишки: поверхность гиперемированной слизистой оболочки толстой кишки с поверхностными повреждениями (1); желтовато-зеленый экссудат (2)



Рис. 3. Фибринозно-гнойные наложения на слизистой оболочке толстой кишки

констатирована биологическая смерть. Ввиду быстрого развития заболевания и определенных организационных особенностей клиники бактериологическое изменение кала не выявлено, однако яркая интраоперационная картина подводила к диагнозу псевдомембранозного колита.

Труп больной подвергся вскрытию: в брюшной полости отечный мезоколон и расширение всей ободочной кишки до прямой до 8 см. Стенки кишки сегментарно

утолщены за счет отека, плотные (рис. 2). Поверхность гиперемированной слизистой оболочки толстой кишки покрыта желтовато-зеленым пленочным экссудатом с поверхностными повреждениями (рис. 3). Микроскопически: стенка кишки с участками изъязвленного и разрушенного эпителия. Дефект стенки охватывает слизистую оболочку и распространяется до мышечного слоя. Язва отграничена от нормальной слизистой оболочки.

Язвенный дефект покрыт воспалительным некротическим детритом (рис. 4). В целом морфологическая картина соответствует псевдомембранозному колиту. Иных дополнительных находок в органах и системах не выявлено.

Обсуждение

Несмотря на то, что клостридиальная инфекция является самым частым возбудителем псевдомембранозного колита, в том числе после закрытия превентивных стом у больных колоректальным раком после хирургического лечения, на сегодняшний день не выработано четких рекомендаций по профилактике этого осложнения. Внебрюшинное закрытие колостомы, несмотря на кажущийся незначительный объем вмешательства, может быть осложнено не только за счет традиционных хирургических осложнений (например, несостоятельности швов или нагноения послеоперационной раны), но и из-за токсического мегаколона, который в нашем наблюдении имел фульминантное развитие и тяжелое течение, приведшее к летальному исходу. Особое «коварство» данному заболеванию придает стертая клиническая картина, что не позволяет вовремя распознать и назначить специфическое лечение. Возможно, даже при незначительной диарее всем пациентам в таких случаях целесообразно проводить

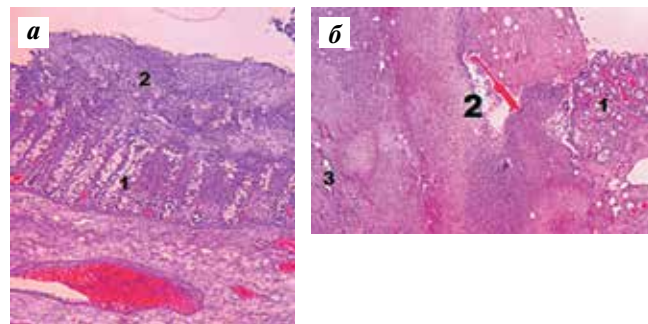


Рис. 4. Микроскопия стенки толстой кишки: отечная слизистая оболочка толстой кишки (1), массивные наложения фибрина — псевдомембранозные бляшки (2) — а; участок слизистой оболочки толстой кишки с воспалением (1), участки изъязвления с разрушенным эпителием, воспалительным и некротическим детритом (2) до мышечного слоя (3) — б

антигенное тестирование на клостридиальную инфекцию. Учитывая малый мировой и собственный опыт при данном редком осложнении, на наш взгляд, единственной опцией, которая может помочь в условиях развития псевдомембранозного колита с токсическим мегаколоном является максимально ранняя операция с выполнением субтотальной колэктомии [13, 14]. Однако даже в таком случае это будет «хирургией отчаяния», а прогноз у данной категории пациентов остается очень сложным.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Rondelli F., Reboldi P., Rulli A. et al. Loop ileostomy versus loop colostomy for fecal diversion after colorectal or coloanal anastomosis: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2009;24(5):479–88.
2. Güenaga K.F., Lustosa S.A., Saad S.S. et al. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;24(1):CD004647.
3. Chow A., Tilney H.S., Paraskeva P. et al. The morbidity surrounding reversal of defunctioning ileostomies: a systematic review of 48 studies including 6,107 cases. *Int J Colorectal Dis* 2009;24(6):711–23.
4. Thalheimer A., Bueter M., Kortuem M. et al. Morbidity of temporary loop ileostomy in patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2006;49(7):1011–7.
5. Luglio G., Pendlimari R., Holubar S.D. et al. Loop ileostomy reversal after colon and rectal surgery: a single institutional 5-year experience in 944 patients. *Arch Surg* 2011;146(10):1191–6.
6. Rubio-Perez I., Leon M., Pastor D. et al. Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: An institutional study. *World J Gastrointest Surg* 2014;6(9):169–74.
7. Pokorny H., Herkner H., Jakesz R., Herbst F. Mortality and complications after stoma closure. *Arch Surg* 2005;140(10):956–60.
8. Khanna S., Pardi D.S. Clostridium difficile infection: new insights into management. *Mayo Clin Proc* 2012;87(11):1106–17.
9. Randall J.K., Young B.C., Patel G. et al. Is Clostridium difficile infection a particular problem after reversal of ileostomy? *Colorectal Dis* 2011;13(3):308–11.
10. Wilson M.Z., Hollenbeak C.S., Stewart D.B. Impact of Clostridium difficile colitis following closure of a diverting loop ileostomy: results of a matched cohort study. *Colorectal Dis* 2013;15(8):974–81.
11. Cohen S.H., Gerding D.N., Johnson S. et al. Clinical practice guidelines for Clostridium difficile Infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31(5):431–55.
12. Brown C.H., Ferrante W.A., Davis W.D. Jr. Toxic dilatation of the colon complicating pseudomembranous enterocolitis. *Am J Dig Dis* 1968;13(9):813–21.
13. Berman L., Carling T., Fitzgerald T.N. et al. Defining surgical therapy for pseudomembranous colitis with toxic megacolon. *J Clin Gastroenterol* 2008;42(5):476–80.
14. Trudel J.L., Deschê J.M., Mayrand S., Barkun A.N. Toxic megacolon complicating pseudomembranous enterocolitis. *Dis Colon Rectum* 1995;38(10):1033–8.