

**В. В. Бойко, В. П. Далавурак,
С. А. Савви, В. Н. Лыхман,
Н. Н. Голобородько,
Ф. П. Воробьев**

*ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
АМН Украины», г. Харьков*

© Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Резюме. В работе освещены вопросы современного хирургического лечения больных неспецифическим язвенным колитом, а также представлен анализ 48 собственных наблюдений этой патологии, позволивший рекомендовать предложенную хирургическую тактику у данной тяжелой категории больных.

Ключевые слова: *неспецифический язвенный колит, хирургическое лечение.*

Введение

Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к числу редких заболеваний. Сведения о его распространенности в различных странах не отмечаются большой точностью, поскольку приводимые в мировой литературе статистические материалы по этому вопросу составлены не по единой системе. Однако на основании имеющихся данных можно судить о том, что наиболее часто это заболевание встречается в Англии, странах Скандинавии, Северной Америки и Австралии. В среднем на 10 миллионов жителей Венгрии НЯК ежегодно заболевают около 100 человек [3, 6, 10].

Авторы, посвятившие свои публикации язвенному колиту, единодушны в том, что это заболевание может встречаться в любом возрасте, но наиболее часто развивается у детей и лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Большинство авторов отмечают более частое развитие этого заболевания у женщин, хотя педиатры, наоборот, у мальчиков [1, 7].

Первое описание НЯК было сделано Wilks и Мохон в 1875 г. За истекшее время многие исследователи пытались выяснить причину данного заболевания. Но ни в научных изысканиях, ни в практике не нашли своего подтверждения инфекционная, пищевая, аллергическая, психогенная, генетическая и многие другие гипотезы о роли соответствующих агентов в развитии данного заболевания [8, 10].

По современным данным, наиболее обнадеживающим было изучение проблемы этиопатогенеза неспецифического язвенного колита с точки зрения возникающих в организме аутоиммунных сдвигов, существование которых неоспоримо доказывается выявлением в крови антител. Несмотря на противоречивость этой теории, она поддерживается большинством современных исследователей.

Многие считают, что неспецифический язвенный колит не является наследственным заболеванием, он носит семейный характер всего в 5% всех случаев и объясняется какими-то общими для этой семьи нарушениями иммунологической реактивности [4].

Основные жалобы больных: поносы, выделение при дефекации слизи, гноя, ректальные кровотечения, боль, общая слабость, утомляемость, повышение температуры, потеря массы тела. Самым

ранним и частым симптомом является ректальное кровотечение. Одновременно с кровотечением появляется сильный понос: от 5 до 20 и более раз в сутки. В очень тяжелых случаях до 50—100 раз в сутки [1, 5, 9].

Согласно рекомендациям Всемирной гастроэнтерологической организации, неспецифический язвенный колит рассматривается как хроническое некротическое воспаление слизистой оболочки толстой и прямой кишок неясного происхождения, характеризующееся клиническим рецидивирующим течением с периодами кровавой диареи [2, 5].

Неспецифический язвенный колит — хроническое заболевание с прогрессирующим течением, в основе которого лежит воспалительный процесс в толстой кишке с выраженными деструктивными изменениями слизистой и подслизистой оболочек. В результате повреждения стенки толстой кишки развивается хронический воспалительный процесс с поражением слизистой, подслизистой, мышечной оболочек и лимфоидной ткани, причем воспаление приобретает некротический и язвенный характер, часто осложняется кровотечением, а также перфорацией. Часто поражается вся толстая кишка — от прямой вплоть до баугиниевой заслонки, но и отмечаются сегментарные поражения. Выделяют легкую, средней тяжести и тяжелую формы НЯК [1, 2, 9, 10].

Диагностика НЯК проводится с учетом клиники, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, включая бактериологическое исследование кала с целью исключения инфекционного колита и сигмоскопию с биопсией, а также ирригографию. В клиническом анализе крови отмечаются анемия, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.

В моче возможны лейкоцитурия, цилиндрурия, гематурия при системном поражении почек. В биохимических исследованиях крови — гипопротейнемия, гипоальбуминемия, снижение уровня С-реактивного белка, железа и электролитов крови. Иммунограмма: снижение уровня иммуноглобулинов класса G, повышение уровня В- и Т-лимфоцитов, повышение уровня ЦИК. Копрограмма: положительная реакция Трибуле с хлоруксусной и трихлоруксусной кислотами, слизь, лейкоциты, эритроциты.



Эндоскопические исследования:

- а) легкая форма — умеренный отек и гиперемия слизистой, смазанность сосудистого рисунка, умеренные контактные кровотечения;
- б) среднетяжелая форма — выраженный отек и гиперемия слизистой, отсутствие сосудистого рисунка, зернистость слизистой, выраженные контактные кровотечения, отдельные эрозии и эрозивные поля, покрытые фибрином, микроабсцессы;
- в) тяжелая форма — резко выраженный отек и гиперемия слизистой, отсутствие сосудистого рисунка, диффузные контактные кровотечения, сплошные эрозивные поля, покрытые фибрином и гноем, язвы, псевдополипы, свободная кровь и гной в просвете.

Консервативное лечение неспецифического язвенного колита — процесс очень сложный и ответственный, требующий глубокого понимания этиопатогенеза заболевания, и является делом гастроэнтерологов, педиатров, терапевтов.

Показаниями для хирургического лечения являются тяжелый колит у детей первого года жизни; тяжелый и среднетяжелый колит при отсутствии эффекта от базисной медикаментозной терапии; осложнения НЯК; молниеносная форма [1, 2].

В отдельную группу выделяют показания к экстренному хирургическому вмешательству при НЯК, к которым относятся: перфорация кишечных язв, перитонит, профузное кишечное кровотечение, токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон), молниеносное течение. Эти осложнения без оперативного лечения неминуемо приводят к смерти и требуют удаления пораженной кишки с выведением илеостомы, а не попыток ушивания перфорационного отверстия или каких-то других манипуляций. Кроме того, авторы рекомендуют расширить показания к плановому хирургическому вмешательству при НЯК. Тяжелый, а при длительном многолетнем течении заболевания и среднетяжелый неспецифический язвенный колит является не терапевтической, а преимущественно хирургической проблемой [4, 8, 10].

Выбор оперативного вмешательства при НЯК зависит от локализации патологического процесса, особенностей течения, наличия осложнений. Целью оперативного вмешательства является удаление пораженной толстой кишки — источника воспалительного процесса, интоксикации, кровопотери. Именно стойкое прекращение поступления в портальную систему токсических продуктов из изъязвленной толстой кишки оказывает выраженное благоприятное влияние на уже разившееся поражение печени [4, 8].

В настоящее время для лечения больных НЯК применяются паллиативные и радикальные операции (илеостомия с целью исключения толстой кишки, сегментарные резекции и колонэктомии).

Кроме операций на кишечнике, для его лечения предлагались тимэктомия и различные виды симпатэктомий, которые не нашли широкого применения.

Целью работы явилось изучение эффективности различных способов хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 48 больных неспецифическим язвенным колитом в возрасте от 12 до 42 лет, из которых мужчин было 28, женщин — 20, с длительностью заболевания более 5 лет. Нами были оперированы 26 (54,2%) больных. Двое пациентов умерли без операции, а 20 — отказались от операции.

Распределение больных по видам выполненных им операций представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных НЯК по видам операций

Виды операций	Количество больных	Умерли
Илеостомия для исключения толстой кишки	6	1
Сегментарная резекция толстой кишки	4	—
Левосторонняя гемиколэктомия на высоте кровотечения	2	1
Тотальная колонэктомия с илеостомией	4	1
Субтотальная колонэктомия с илеоректоанастомозом	4	1
Субтотальная колонэктомия с созданием резервуара из подвздошной кишки с илеоректоанастомозом	6	—
Итого:	26	4 (15,4%)

Как известно, наибольшие затруднения вызывает хирургическое лечение тотального язвенного колита. Вопрос о методе оперативного вмешательства при этой форме окончательно не решен. Мы выполняли субтотальную колонэктомию с сохранением части прямой кишки со сфинктером, созданием У-образного резервуара из подвздошной кишки, с которым формируется илеоректоанастомоз. К анастомозу забрюшинно в полость малого таза подводится перчаточнотрубочный дренаж, восстанавливается тазовая брюшина вокруг резервуара и дополнительно дренируется брюшная полость.

Раньше формирование илеоректоанастомоза мы выполняли вручную, сейчас отдаем предпочтение современным циркулярным шивающим степлерным аппаратам фирмы «Этикон».

Результаты исследования и их обсуждение

Из данных таблицы следует, что общая летальность при неспецифическом язвенном коли-

те, по даним нашої клініки, склала 12,5%, а післяопераційна — 15,4%. Серед 22 пацієнтів, виписаних після операції, у 20 відмічено суттєве покращення стану здоров'я, зникли изнурюючі поноси, хоча у більшості з них стул досягав 4—5 разів в сутки, був кашцеобразним, без слизи і гною. Больні, у яких зберігалась пряма кишка, вимагали додатково консервативного лікування у гастроентерологів.

Для ілюстрації приводимо спостереження. Больної Х., 12 років, жителька Полтави, прийшла в клініку ГУ «Інститут загальної та неотложної хірургії АМН України» 14.04.2000 г. переведеною з дитячої гастроентерологічної клініки для оперативного лікування з діагнозом «тяжкий тотальний неспецифічний язвенний коліт». Більше 6-річного віку, багаторазово лікувалася консервативно з покращеннями. Впродовж останнього року стан різко погіршився, поноси частішали до 20 разів в сутки і мали изнурюючий характер. Результати обстеження повністю підтвердили діагноз. Після відповідної передопераційної підготовки 24.04.2000 г.

була проведена тотальна колектомія з формуванням У-образного резервуара з дистальної частини підвздошної кишки і накладенням ілеоректоанастомоза на силіконову трубку. Післяопераційний період протікав спокійно. Через дві тижні після операції переведена в дитячу гастроентерологічну клініку для подальшого лікування і реабілітації. З тих пор пройшло 10 років. Закінчила середню школу, в даний час є студенткою. Щорічно проходить стаціонарне обстеження для ВТЭК і спостерігається гастроентерологом. Якість життя задовільна, стул 2—3 рази в сутки, кашцеобразний, без домішок.

Висновки

Всі наведені в статті і наш скромний досвід дозволяють при планових операціях з приводу неспецифічного язвенного коліту рекомендувати субтотальну колектомію з формуванням У-образного резервуара з підвздошної кишки і накладенням ілеоректоанастомоза як операцію вибору. В екстрених ситуаціях — колектомію з ілеостомією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.В. Гастроентерология детского возраста / Ю.В. Белоусов. — Харьков: Консум, 2000. — 528 с.
2. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни. — Будапешт, 1983. — С. 241—330.
3. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування) / Ю.В. Белоусов, Л.Г. Волошина, Н.В. Павленко [та ін.]. — Х.: Факт, 2010. — 123 с.
4. Каншина О.А. Неспецифічний язвенний коліт у дітей і дорослих / О.А. Каншина, Н.Н. Каншин. — М.: Биоинформсервис, 2002. — 212 с.
5. Лукьянова Е.М. Язвенный колит у детей (клиника, диагностика, лечение) / Е.М. Лукьянова, М.Ф. Денисова. — Киев, 2004. — 78 с.
6. Ситкин С.И. Салофальк, Буденофальк, Урсфальк, Мукофальк (Современная терапия хронических воспалительных заболеваний кишечника): по материалам ведущих международных журналов (1998—2006) / С.И. Ситкин. — СПб, 2006. — 34 с.
7. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения / П.Я. Григорьев [и др.]. — М., 2002. — С. 26—28.
8. Шалимов А.А. Хирургия кишечника / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. — Киев, 1977. — С. 120—137.
9. Юдин И.Ю. Неспецифічний язвенний коліт: клініка, діагностика, лікування / И.Ю. Юдин. — Л.: Медицина, 1968. — 188 с.
10. Юхвидова Ж.М. Неспецифічний язвенний коліт / Ж.М. Юхвидова, М.Х. Левитан. — М.: Медицина, 1969. — 336 с.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

**В. В. Бойко, В. П. Далавурак,
С. О. Савві, В. М. Лухман,
М. М. Голобородько,
Ф. П. Воробйов**

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

**V. V. Boyko, V. P. Dalavurak,
S. O. Savvi, V. N. Lykhman,
N. N. Goloborodko, F. P. Vorobyov**

Резюме. У роботі висвітлені питання сучасного хірургічного лікування хворих із неспецифічним виразковим колітом, а також наведено аналіз 48 власних спостережень цієї патології, що дозволив рекомендувати запропоновану хірургічну тактику у цієї важкої категорії хворих.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, хірургічне лікування.

Summary. The paper highlights the problems of modern surgical treatment of patients with ulcerative colitis, as well as an analysis of 48 personal observations of this pathology, made it possible to recommend the proposed surgical tactics in this severe category of patients.

Key words: nonspecific ulcerative colitis, surgical treatment.