

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

А. В. Борота, Н. В. Момот, И. А. Плахотников, А. А. Борота

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING RESISTANT AND COMPLICATED FORMS OF ULCERATIVE COLITIS

A. V. Borota, N. V. Momot, I. A. Plakhotnikov, O. O. Borota

Оперативное лечение ЯК является одним из драматических разделов хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии. Заболеваемость ЯК составляет 50 — 80 на 100 000 населения. При этом ежегодно выявляют 3 — 15 вновь заболевших на 100 000 жителей. К заболеванию женщины более склонны, чем мужчины, у них ЯК выявляют на 30% чаще. Для ЯК характерно первичное выявление в двух возрастных группах: у молодых (от 15 до 25 лет) и пациентов старшего возраста (от 55 до 65 лет).

Распространенность воспалительных заболеваний толстой кишки в настоящее время опережает развитие и совершенствование специализированной помощи больным. По данным статистики, происходит лавинообразное увеличение распространенности ЯК, в промышленных регионах оно составляет от 40 до 160% в каждое десятилетие. Вместе с тем, в популяции больных ЯК необходимость в хирургическом лечении не уменьшается и составляет в течение жизни от 10 до 50% [1, 2]. Поэтому увеличение заболеваемости ЯК неизбежно сопровождается увеличением абсолютного числа больных, которым показана операция. Распространенное поражение толстой кишки при тяжелом ЯК обуславливает необходимость выполнения обширных оперативных вмешательств. При неконтролируемом консервативной терапией воспалительном процессе прогрессируют системные токсические реакции, возникают кишечные осложнения заболевания: кровотечение —

### Реферат

Изучены возможности выполнения и результаты реконструктивно—восстановительных операций по поводу резистентных и осложненных форм язвенного колита (ЯК). Своевременное установление показаний к операции на основе разработанных критериев позволило увеличить частоту выполнения первичных реконструктивно—восстановительных вмешательств, что способствовало улучшению отдаленных результатов и социально—трудовой реабилитации пациентов. Сочетание радикальности и удовлетворительных функциональных результатов хирургического вмешательства наиболее возможно при формировании резервуарного илеоанального анастомоза без травматизации сфинктера заднего прохода и зоны аноректального перехода. При невозможности выполнения такой операции в один или несколько этапов методом выбора являются колопроктэктомия и илеостомия.

**Ключевые слова:** язвенный колит; хирургическое лечение; резервуарный илеоанальный анастомоз.

### Abstract

The feasibility and results of reconstructive and restorative interventions for resistant and complicated forms of ulcerative colitis. Timely establishing of indications for surgery, based on developed criteria, permit to increase the primary reconstructive interventions rate, that promote to improvement of the long—term results and social and occupational rehabilitation. The combination of radical and satisfactory functional results of surgery, we believe the most likely option in the reservoir ileoanal anastomosis formation without traumatizing the anal sphincter and the anorectal area transition. If not perform this operation in one or more stages the method of choice is colectomy and ileostomy.

**Key words:** ulcerative colitis; surgical treatment; reservoir ileoanal anastomosis.

в 1,5 — 4% наблюдений, токсическая дилатация и перфорация — в 5 — 6%, малигнизация — в 4 — 11% [3, 4]. На протяжении многих лет гастроэнтерологи и проктологи обсуждают показания, сроки и необходимость подключения хирургического компонента в комплекс лечения пациентов по поводу ЯК.

Практически каждое национальное, государственное, крупное профессиональное клиническое сообщество специалистов в этой области формирует собственные стандарты и показания к оперативному лечению пациентов по поводу ЯК. Необходимо совершенствование

лечебной и хирургической тактики при осложненных формах ЯК, а также поиск современных прогностических критериев для обоснования показаний к оперативному лечению таких больных.

Нами оценены возможности выполнения и результаты реконструктивно—восстановительных хирургических вмешательств по поводу резистентных и осложненных форм ЯК.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 2012 — 2013 гг. в клинике общей хирургии на базе Обла-

стного колопроктологического центра лечили 139 пациентов по поводу различных форм и тяжести течения ЯК. Возраст пациентов от 18 лет до 71 года, длительность заболевания — от 2 мес (острые формы) до 20 лет. У всех пациентов диагноз верифицирован по данным гистологических исследований путем мультифокальной биопсии слизистой оболочки прямой и ободочной кишки с помощью ректоскопии и колоноскопии.

При выполнении биопсии особое внимание уделяли участкам слизистой оболочки ободочной и прямой кишки с более выраженными патологическими изменениями, отмечены сужение просвета кишки, воспалительные псевдополипы, язвенные дефекты диаметром более 0,5 см, выраженные изменения по воспалительному типу после проведения базисной противовоспалительной терапии. Изучены 155 препаратов (95 биопсийных и 60 операционных). Обзорное морфологическое исследование проводили после окрашивания препаратов гематоксилином и эозином. Иммуногистохимически исследовали CD 68, CD 3, CD 20, CD 4, CD 8, CD 34, Ki — 67, гладкомышечный актин А, MUK — 5 АС.

При выборе тактики лечения использовали индекс Schroeder или клиника Мауо, который включает оценку тяжести состояния больного, ректальное кровотечение, эндоскопическую активность и частоту стула, а также иммуногистохимические показатели воспалительной активности.

В реконструктивно—пластической хирургии ЯК определен оптимальный вид оперативного вмешательства — колопротэктомия с формированием J—подобного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы.

Операция технически не простая и несколько компромиссная в связи с оставлением, хотя и небольшой, части слизистой оболочки прямой кишки. Одномоментное выполнение операции, безусловно, предпочтительней, но часто приходится делить вмешательство на несколько этапов в связи с тяжелым исходным состоянием пациентов.

Оперативное лечение проведено у 47 (33,8%) пациентов, в том числе первичное вмешательство (колопротэктомия с формированием резервуарной конструкции) — у 28; у 8 — резервуар сформирован вторым этапом после субтотальной ко-

лэктомии с наложением отдельной илеосигмостомы; у 5 пациентов после выполнения колопротэктомии по различным причинам сформирована терминальная илеостомы. Таким образом, реконструктивно—восстановительные операции в один либо два этапа выполнены у 36 (76,5%) из 47 пациентов (см. таблицу).

Несмотря на разнообразие оперативных вмешательств, принцип их выполнения единый — максимальное использование реконструктивных и функциональных возможностей современной хирургической техники.

Использование современных международных и собственных критериев и показаний к оперативному компоненту комплексной терапии больных позволило выполнять хирургические вмешательства при относительно стабильном, компенсированном состоянии пациентов, увеличить количество первично—реконструктивных вмешательств.

При выполнении стандартной колопротэктомии считаем необходимым максимальное сохранение подвздошно—ободочной артерии при пересечении магистральных сосудов, оставление большого

#### Структура выполненных оперативных вмешательств по поводу ЯК

Операция	Число больных
Колэктомия с формированием J—подобного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза, протективной илеостомы	24
Субтотальная колэктомия с формированием отдельной илео—сигмостомы как 1-й этап (пациенты в тяжелом состоянии)	8
Сигмопротэктомия с формированием J—подобного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза, протективной илеостомы как 2-й этап	5
Колопротэктомия с демукозацией заднепроходного канала, формирование J—подобного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза с низведением резервуара в заднепроходный канал, протективной илеостомы	2
Сигмопротэктомия с демукозацией заднепроходного канала, формирование J—подобного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза с низведением резервуара в заднепроходный канал, протективной илеостомы как 2-й этап	2
S—резервуарэктомия (выполнение оперативного вмешательства 12 лет назад по поводу ЯК), демукозация заднепроходного канала, формирование нео—J—подобного илеоанального резервуара с низведением резервуара в заднепроходный канал, протективной илеостомы	1
Колопротэктомия с формированием терминальной илеостомы (отказ пациентов от выполнения реконструктивной операции — 2; выраженные воспалительные изменения в прямой кишке с вовлечением в перипроцесс сфинктерного аппарата — 2; ангиоархитектоника, не позволяющая сформировать резервуар — 1)	5
Колэктомия с брюшно—промежностной экстирпацией прямой кишки и формированием терминальной илеостомы (рак нижеампулярного отдела прямой кишки на фоне хронического ЯК)	1

сальника при мобилизации поперечной ободочной кишки.

Учитывая важность тазового нервного сплетения, образованного слиянием подвздошных и крестцовых нервов, участвующих в функции органов малого таза (мочеиспускание, фертильность), применяли нервосберегающий вариант мобилизации прямой кишки, оставляя мезоректальную фасцию на стенке таза. Формирование J-подобного илеоанального резервуара протяженностью 14 — 15 см и илеоанального анастомоза осуществляли по стандартной методике.

При выраженном воспалительном процессе слизистой оболочки заднепроходного канала и заднепроходной области у 4 пациентов вынужденно выполнена колопроктотомия с демуккозацией заднепроходного канала и низведением сформированного илеоанального резервуара на промежность.

У 6 пациентов реконструктивную операцию не выполняли в связи с отказом (у 2) либо анатомическими или воспалительными осложнениями (у 4).

Протективную илеостому удаляли через 8 — 16 нед после реконструктивной операции. Через 6 — 8 нед у всех больных проведена резервуарография, у 5 из них — выполнена КТ-резервуарография. Определяли объем сформированного резервуара, толщину его стенки для исключения резервуарита, состояние окружающих тканей и прилегающих органов. При отсутствии выхода контрастного вещества за пределы резервуара с помощью эндоскопии контролировали состояние заднепроходного канала, резервуара, проводили гистологический мониторинг (биопсия слизистой оболочки в динамике), оценивали функцию держания заднепроходного канала.

Для восстановления непрерывности кишечника после устранения протективной илеостомы применяли различные методики, у 6 пациентов сформирован анастомоз конец в конец, у 5 — ручной анастомоз бок в бок, у 19 — сформирован аппарат-

ный анастомоз бок в бок с применением разработанной в клинике методики.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлена корреляция между иммуногистохимическими показателями и выраженностью дисплазии при ЯК, что в совокупности с другими объективными данными может быть дополнительным фактором прогноза и выявления риска возникновения рака толстой кишки. Полученные данные могут быть использованы как ранние морфологические предикторы предопухолевого состояния и являться одним из показаний к оперативному лечению и предупреждению колоректального рака у таких пациентов.

Осложнения после операции возникли у 2 больных. Наиболее тяжелые из них несостоятельность швов колоанального анастомоза — у 1 больного и стриктура заднепроходного канала — у 1, им осуществляли демуккозацию заднепроходного канала и низведение илеоанального резервуара на промежность.

У одного из этих пациентов через 16 нед после формирования илеоанального резервуара на 20-е сутки после устранения илеостомы над лобком в проекции послеоперационного рубца образовался полный тонкокишечный свищ. Повторно сформирована илеостома. И хотя по данным гистологического исследования у пациента диагностирован ЯК с выраженной активностью, мы установили диагноз недифференцированного колита с осложнением в резервуарит. У одной пациентки после устранения протективной илеостомы через 1 мес возник выраженный язвенный проктит, резистентный к местному лечению, что потребовало повторно формирования илеостомы.

После устранения разгрузочной илеостомы осложнения возникли у 5 больных, у 4 — анастомозит, который устранен консервативными средствами, у 1 — несостоятельность швов, причем у 4 — осложнения возникли при восстановлении

непрерывности кишечника путем наложения анастомоза конец в конец. При применении предложенной в клинике методики осложнений не было.

У одной больной при тяжелой форме ЯК на фоне некроза, перфорации ободочной кишки, разлитого перитонита длительностью 2 сут выполнена субтотальная колэктомия с отдельной илеосигмостомией, в ближайшем послеоперационном периоде больная умерла от полиорганной недостаточности.

Мы считаем колопроктэктомию с формированием J-подобного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы, выполненную у 24 больных по поводу ЯК, наиболее безопасным и функционально выгодным вмешательством. Это подтверждено низкой частотой отдаленных осложнений, хорошими функциональными результатами (частота дефекации от 4 до 8 в сутки без ночной дефекации). Такая операция, по нашему мнению, достаточно радикальна, поскольку субстратом возможного обострения остается только фрагмент прямой кишки протяженностью от 3 до 5 см.

Своевременное установление показаний к операции на основе разработанных нами критериев позволяет увеличить частоту выполнения первичных реконструктивно-восстановительных вмешательств, что способствует улучшению отдаленных результатов и социально-трудовой реабилитации пациентов.

Сочетание радикальности и удовлетворительных функциональных результатов хирургического вмешательства наиболее возможно при формировании резервуарного илеоанального анастомоза без травматизации сфинктера заднего прохода и зоны аноректального перехода.

При невозможности выполнения такой операции в один или несколько этапов методом выбора являются колопроктэктомию и илеостомию.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Keswani R. N. Postoperative management of ulcerative colitis and Crohn's disease / R. N. Keswani, R. D. Cohen // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2005. — Vol. 7, N 6. — P. 492 — 499.
2. Ruf G. Surgical therapy of complicated inflammatory bowel disease / G. Ruf // *Praxis (Bern)*. — 2005. — Vol.94, N 43. — P. 1681 — 1685.
3. Operative indications for patients with refractory or severe ulcerative colitis / T. Tsujikawa, A. Andoh, M. Sakaki [et al.] // *Hepatogastroenterology*. — 2005. — Vol. 52, N 65. — P. 1470 — 1473.
4. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease / F. Michelassi, M. Melis, M. Rubin, R. D. Hurst / *Surgery*. — 2000. — Vol. 128, N 4. — P. 597 — 603.



## НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.