

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616.34-002-089.12

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРО БОЛЕЗНИ КРОНА В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ УКРАИНЫ

А. И. Пойда, В. М. Мельник, Н. Д. Кучер, В. А. Жельман, М. И. Криворук

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины,
Киевская городская клиническая больница № 18

MODERN SURGICAL TACTICS IN CROHN'S DISEASE IN COLOPROCTOLOGICAL CENTRE OF UKRAINE

A. I. Poyda, V. M. Mehlник, N. D. Kucher, V. A. Zhehlman, M. I. Krivoruk

В Колопроктологическом центре Украины за период с 2000 по 2014 г. по поводу БК лечили 342 пациентов. Хирургические вмешательства выполнены у 121 (35,3%) пациента, из них у 18 (4,3%) — с использованием лапароскопических технологий. Мужчин было 63 (52,0%), женщин — 58 (47,9%), возраст больных от 16 до 58 лет, в среднем (34 ± 12,7) года.

Изолированное сегментарное поражение тонкой кишки выявлено у 9 (7,4%) больных, илеоцекального клапана — у 21 (17,3%), множественное сегментарное поражение толстой кишки в сочетании с поражением подвздошной — у 19 (15,7%), толстой кишки — у 72 (59,6%). Поражение толстой кишки субтотальное, преимущественно проксимальное, с минимальными изменениями слизистой оболочки прямой кишки отмечено у 48 (39,7%) больных, тотальное — у 20 (16,5%), сегментарное — у 4 (3,3%).

Сопутствующие заболевания диагностированы у 37 (30,5%) пациентов, преимущественно сердечно-сосудистой системы — у 14 (11,5%), органов дыхания — у 9 (7,4%), ожирение — у 9 (7,4%), сахарный диабет — у 5 (4,1%).

Показания к хирургическому лечению представлены в *табл. 1*. Следует отметить, что в таблице учтены только состояния, которые были определяющими у каждого пациента при выборе показаний к хирургическому лечению. У 47 (38,8%) пациен-

Реферат

Авторами разработана хирургическая тактика при болезни Крона (БК) на основании анализа современных взглядов на патогенез, особенности клинического течения, возможности диагностики и опыта лечения заболевания. Она предусматривает своевременную диагностику заболевания, прогнозирование возникновения рецидива, послеоперационных осложнений, оптимизацию показаний, выбор способа хирургического лечения. Применение разработанной хирургической тактики при БК у 121 пациента позволило улучшить объективную оценку тяжести заболевания, прогнозировать возникновение осложнений, оптимизировать показания к хирургическому лечению, выбор способа условно радикального, восстановительного, реконструктивно-восстановительного этапов оперативного вмешательства, уменьшить частоту рецидивов заболевания, послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Ключевые слова: болезнь Крона; хирургическая тактика; условно радикальные, восстановительные, реконструктивно-восстановительные операции; рецидив заболевания; послеоперационные осложнения.

Abstract

Surgical tactics in Crohn's disease (CD) was elaborated by the authors, basing on analysis of modern views on pathogenesis, peculiarities of clinical course, possibility of diagnosis and experience of treatment of the disease. It envisages a modern diagnosis of the disease, prognostication of the recurrence and postoperative complications occurrence, the indications optimization, the choice of surgical treatment method. Application of the surgical tactics elaborated for CD in 121 patients have permitted to improve objective estimation of the disease severity, to prognosticate the complications occurrence, to optimize indications for surgical treatment and the choice for method of conditionally radical, restorative, reconstructive—restoration stages of operative intervention, to reduce the disease recurrence rate, postoperative complications and postoperative lethality.

Key words: Crohn's disease; surgical tactics; conditionally radical, restoration, reconstructive—restoration operations; recurrence of disease; postoperative complications.

тов наблюдали сочетание нескольких абсолютных показаний либо абсолютных и относительных, 12 (9,9%) — оперированы дважды в связи с прогрессированием заболевания или тяжелыми рецидивами в оставшихся после первой операции отделах кишечника. Повторные операции у них выполняли по абсолютным показаниям. Большинство — 73 (60,3%) пациента оперированы по абсолютным показаниям в

связи с тяжелыми, преимущественно хроническими, осложнениями заболевания. Из хронических осложнений преобладали поражение сфинктерного аппарата в виде гнойных затеков и наружных свищей в области промежности, воспалительные инфильтраты, внутренние межкишечные, кишечно-мочепузырные свищи, наружные кишечные свищи, стриктура толстой кишки, осложненная хронической не-

Таблица 1. Показания к хирургическому лечению БК

Показания	Число наблюдений	
	абс.	%
Абсолютные		
Острые осложнения		
перфорация стенки кишки	8	6,6
кишечное кровотечение	7	5,8
токсическая дилатация толстой кишки	5	4,1
Хронические осложнения		
воспалительный инфильтрат	14	11,5
внутренние и наружные свищи	17	14,0
стриктура толстой кишки	12	9,9
рак толстой кишки	9	7,4
тяжелое перианальное поражение	24	19,8
Особенности течения заболевания		
острая (молниеносная) форма	4	3,3
тяжелая хроническая рецидивирующая форма	9	7,4
Относительные		
выраженные изменения слизистой оболочки (множественные язвы—трещины, воспалительные псевдополипы)	14	11,5
хроническая непрерывная или рецидивирующая форма заболевания	12	9,9
стероидозависимая и стероидорезистентная формы	11	9,0
дисплазия слизистой оболочки высокой степени	7	5,8
выраженные побочные реакции фармакотерапии	4	3,3
задержка роста и развития подростков	5	4,1
внекишечные проявления (системные осложнения)	14	11,5

проходимостью, реже — рак толстой кишки.

Наличие хронических осложнений нередко сочеталось с другими относительными показаниями к хирургическому лечению, в частности, хронической рецидивирующей или хронической непрерывной формой заболевания с тотальным поражением толстой кишки, резистентностью к консервативной терапии, прогрессирующими изменениями слизистой оболочки (множественными глубокими язвами—трещинами, очагами неадекватной регенераторной активности слизистой оболочки в виде воспалительных псевдополипов), дисплазией слизистой оболочки высокой степени, внекишечными проявлениями.

Острые осложнения наблюдали менее часто, преимущественно у пациентов при запущенном течении заболевания вследствие несистематической, неадекватной консервативной терапии, несоблюдении врачебных рекомендаций, отсутствии диспансерного наблюдения. Абсолютными показаниями к хирурги-

ческому лечению наиболее часто было наличие таких острых осложнений: перфорации стенки кишки с распространенным перитонитом, кишечное кровотечение, реже — токсическая дилатация толстой кишки. Эти осложнения сочетались с другими, при которых показано хирургическое лечение. Так, у пациентов при перфорации стенки кишки отмечены воспалительные инфильтраты, внутренние межкишечные, кишечно—мочепузырные свищи; при кишечном кровотечении — выраженные изменения слизистой оболочки (множественные язвы—трещины, воспалительные псевдополипы). Особенностью токсической дилатации была ее супрастенотическая локализация, преимущественно при стриктуре левой половины толстой кишки.

Острая (молниеносная) форма заболевания или обострения были показанием к хирургическому лечению у 4 (3,3%) пациентов, тяжелые хронические рецидивирующие формы при тотальном поражении толстой кишки — у 9 (7,4%). У таких

пациентов хирургическое лечение показано в связи с неэффективностью консервативной терапии вследствие выраженных побочных реакций — из—за непереносимости препаратов, использованных для базисного лечения, а также возникновения стероидозависимой или стероидорезистентной формы заболевания.

По относительным показаниям оперированы 48 (39,7%) пациентов. Наиболее часто относительными показаниями были хроническая рецидивирующая или хроническая непрерывная форма БК в течение более 10 лет, тотальное поражение толстой кишки, резистентность к консервативной терапии. Как правило, у таких пациентов были и другие относительные показания к хирургическому лечению, в частности, тяжелые необратимые изменения слизистой оболочки толстой кишки в виде множественных псевдополипов или дисплазия слизистой оболочки высокой степени.

При задержке роста и развития хирургическое лечение показано 5 (4,1%) подросткам на фоне хронического течения БК в течение 8 — 12 лет, несистематическое бесконтрольное лечение. Кроме того, у каждого из этих пациентов отмечены тяжелые внекишечные проявления заболевания (системные осложнения) в виде артропатии, первично—склерозирующего холангита, дистрофии печени, воспалительных заболеваний кожи или глаз.

Несмотря на существенное преобладание абсолютных показаний к хирургическому лечению, в последнее время стремимся к более частому выполнению операций по относительным показаниям, которые рассматриваем как факторы риска возникновения более тяжелых острых и хронических осложнений, которые уже являются абсолютными показаниями к хирургическому лечению.

Выбор объема хирургического вмешательства зависел от наличия показаний, площади поражения, выраженности изменений стенки кишки, особенностей возникших осложнений с учетом положений

разработанной хирургической тактики.

Объем хирургических вмешательств представлен в *табл. 2*.

Условно радикальные операции выполнены у большинства — 118 (87,6%) больных, паллиативные — у 18 (12,4%). Число операций больше числа оперированных пациентов, что обусловлено этапностью хирургического лечения у некоторых из них, в частности, выполнением резекции культи прямой кишки и мукозэктомии после колэктомии и резекции прямой кишки — у 11 (9,1%), экстирпации культи прямой кишки вторым этапом после колэктомии и резекции прямой кишки — у 14 (11,6%), условно радикальных операций после паллиативных (вскрытие и дренирование гнойников, формирование дивертивной илеостомы).

Наиболее частой из условно радикальных операций была колэктомия с резекцией прямой кишки, реже — резекция илеоцекального клапана, сигмоидэктомия, колэктомия, колэктомия с резекцией подвздошной кишки, колэктомия с экстирпацией прямой кишки, экстирпация культи прямой кишки, сегментарная резекция тонкой кишки. Колэктомии с резекцией прямой кишки выполняли по поводу субтотального проксимального или тотального поражения толстой кишки при сохранении анатомических структур и функции сфинктерного аппарата прямой кишки, колэктомии — при поражении слепой и ободочной кишки, колэктомии с резекцией подвздошной кишки — при поражении толстой кишки и терминального отдела подвздошной. У 11 (9,1%) пациентов при умеренно выраженных изменениях слизистой оболочки прямой кишки (гиперемия, единичные эрозии) выполняли колэктомии, предельно низкую резекцию прямой кишки, мукозэктомию до уровня прямокишечно—заднепроходной линии. Мукозэктомию у таких пациентов считаем обязательным этапом условно радикального оперативного вмешательства, предусматривающим устранение "ворот" для проникновения инфекции

Таблица 2. Условно радикальные и паллиативные операции при БК

Операции	Число наблюдений	
	абс.	%
Условно радикальные		
сегментарная резекция тонкой кишки	14	11,6
резекция илеоцекального клапана	19	15,7
сигмоидэктомия	4 (4)	3,3
колэктомия	12 (6)	10,0
колэктомия, резекция подвздошной кишки	19	15,7
колэктомия, резекция прямой кишки	21 (8)	17,3
колэктомия, предельно низкая резекция прямой кишки, мукозэктомия	11	9,1
колэктомия, экстирпация прямой кишки	11	9,1
резекция культи прямой кишки, мукозэктомия	11 (6)	9,1
экстирпация культи прямой кишки	14	11,6
Паллиативные		
стриктуропластика	4	3,3
наложение дивертивной илеостомы	4	3,3
вскрытие и дренирование гнойников	8	6,6
формирование обходных анастомозов	2	1,6

Примечание. В скобках указано число операций, выполненных с применением лапароскопических технологий. То же в табл. 3.

в стенку оставшегося участка нижеампулярного отдела прямой кишки. Колэктомии с экстирпацией прямой кишки и формированием пожизненной илеостомы выполняли у пациентов при наличии, кроме тяжелого тотального поражения толстой кишки, перианальных осложнений с разрушением сфинктерного аппарата прямой кишки. Экстирпация культи прямой кишки выполнена вторым этапом, через 1 — 3 года после колэктомии с резекцией прямой кишки. Показанием к такой операции было прогрессирование или рецидив заболевания в культе прямой кишки с разрушением ее сфинктерного аппарата на фоне консервативной терапии. Резекцию илеоцекального клапана, сегментарную резекцию участка тонкой кишки, сигмоидэктомию выполняли при поражении соответствующего отдела кишечника.

Некоторые паллиативные операции, в частности, вскрытие и дренирование гнойников в области промежности, формирование дивертивной илеостомы использованы как этапы подготовки к выполнению условно радикальных операций. Следует отметить, что у всех пациентов при наличии гнойников в области промежности изначально были показания к выполнению ко-

лэктомии с экстирпацией прямой кишки. Однако из-за тяжести состояния больных и распространенности гнойного процесса в области промежности осуществление такого вмешательства вынужденно отложено в связи с необходимостью предварительного вскрытия и дренирования гнойников. У 2 пациентов при наличии свищей прямой кишки для их устранения использовали лигатурный метод. У 4 (3,3%) пациентов при гнойном поражении мягких тканей промежности для создания надлежащих условий заживления гнойных ран сформирована дивертивная илеостома. Колэктомии с экстирпацией прямой кишки у этих пациентов выполняли через 4 — 6 мес после устранения гнойников в мягких тканях промежности. Стриктуропластика тонкой кишки выполнена у 4 пациентов, у 1 — по типу пилоропластики по Гейнеке — Микуличу, у 2 — по типу Финнея. Пациенты оперированы в связи с возникновением рецидива заболевания в тонкой кишке после ранее выполненной сегментарной резекции подвздошной кишки. Предпочтительное выполнение стриктуропластики по сравнению с резекцией кишки, несущей стриктуру, обусловлено высоким риском возникновения повторных рецидивов с необ-

ходимостью их хирургической коррекции, а также формирования синдромов короткой тонкой кишки и мальабсорбции. У 1 пациента осуществлена стриктуропластика заднепроходного канала по типу анопластики. Обходные илеотрансверзоанастомозы сформированы у 2 (1,6%) пациентов при наличии обширного воспалительного инфильтрата в области илеотрансверзоанастомоза, образовавшегося соответственно через 2 и 3 года после резекции илеоцекального клапана. Предпочтение формированию обходного анастомоза по сравнению с выполнением условно радикального этапа операции у этих пациентов обусловлено высоким риском повреждения горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, верхних брыжеечных артерии и вены в связи с их вовлечением в воспалительный инфильтрат.

Варианты завершения условно радикальных операций после выполнения всех этапов хирургического вмешательства представлены в *табл. 3*.

Наиболее частым вариантом завершения условно радикальных операций было выполнение восстановительных (формирование межкишечных анастомозов) и реконструктивно—восстановительных (формирование межкишечных анастомозов и анатомио—функциональных конструкций) операций. Пожизненная илеостома сформирована у 25 (20,7%) больных.

Тонко—тонкокишечные анастомозы формировали по типу конец в конец с использованием разрабо-

танного однорядного эвертированного шва [1], который предусматривал сопоставление отрезков кишки раневыми поверхностями по типу прецизионной адаптации с перитонизацией линии шва.

Подвздошно—прямокишечные анастомозы формировали конец в конец с помощью циркулярного сшивающего аппарата фирмы Ethicon (диаметр головки 29 мм), ободочно—прямокишечные — также с помощью циркулярного сшивающего аппарата (диаметр головки 31—33 мм).

Использовали способы реконструктивно—восстановительных операций.

1. Способ восстановления непрерывности кишечника после правосторонней гемиколэктомии [2], который предусматривал формирование тонкокишечно—ободочного анастомоза конец в бок, моделирование анатомических структур и взаимоотношений удаленного илеоцекального клапана.

2. После колэктомии формировали илеоректальный анастомоз конец в бок с помощью циркулярного степлера фирмы Ethicon, диаметр головки 25 мм [3]. Кроме анастомоза, моделировали анатомические взаимоотношения между отрезками тонкой и прямой кишки по типу удаленного илеоцекального клапана.

3. После колэктомии с предельно низкой передней резекцией прямой кишки, мукозэктомии хирургического заднепроходного канала до прямокишечно—заднепроходной линии формировали тонкокишеч-

ный тазовый резервуар в виде анатомических изгибов тонкой кишки, фиксированных с помощью серозно—мышечных швов, без пересечения ее стенки [4]. Кроме того, у 8 пациентов после такой операции формировали классический тазовый J—подобный тонкокишечный резервуар и резервуарноанальный анастомоз.

4. После колэктомии с экстирпацией прямой кишки накладывали удерживающую резервуарную илеостому [5], формировали престомальную удерживающую конструкцию в виде фиксированных серозно—мышечными швами анатомических изгибов тонкой кишки и удерживающих клапанов, расположенных проксимально и дистально от указанных изгибов. Задержка содержимого тонкой кишки в такой конструкции способствовала улучшению процессов кишечного пищеварения и всасывания, значительному уменьшению количества отделяемого тонкой кишки из стомы. Кроме указанных анатомио—функциональных конструкций, использовали способ формирования илеоэндоанального анастомоза [6], предусматривающий расположение отрезка подвздошной кишки в просвете демукозированного хирургического заднепроходного канала проксимальнее прямокишечно—заднепроходной линии и значительной части мышечных структур сфинктерного аппарата прямой кишки, сшивание отрезков на двух уровнях — по краям среза подвздошной кишки и хирургического заднепроходного канала. Такие особенности формирования илеоэндоанального анастомоза способствовали уменьшению механического воздействия отрезка тонкой кишки на сфинктерный аппарат прямой кишки, что предупреждало возникновение анальной инконтиненции.

Разработанные анатомио—функциональные конструкции способны в значительной степени выполнять функцию удаленных, важных в функциональном отношении, анатомических отделов толстой кишки: илеоцекального клапана, ободочной и прямой кишки. Применение

Таблица 3. Варианты завершения условно радикальных операций при БК

Вариант завершения условно радикальных операций	Число наблюдений	
	абс.	%
Пожизненная илеостома	25	20,7
Восстановительные операции, анастомозы		
ободочно—прямокишечный	4(4)	3,3
тонко—тонкокишечный	14	11,6
подвздошно—прямокишечный (конец в конец)	26(6)	21,5
Реконструктивно—восстановительные операции		
моделирование илеоцекального клапана после его удаления	19	15,7
моделирование илеоцекального клапана после колэктомии	16	13,2
формирование тазового тонкокишечного резервуара	14(8)	11,6

разработанных реконструктивно—восстановительных операций обеспечивало задержку продвижения содержимого по тонкой кишке, порционную его эвакуацию из тонкой кишки в оставшиеся отделы толстой, что способствовало улучшению кишечного пищеварения и всасывания, эффективной профилактике тяжелого рефлюкс—илеита, диарейного, постколэктомического синдромов, вторичной анальной инконтиненции.

Восстановительные и реконструктивно—восстановительные операции выполнены у 93 (76,8%) пациентов, из них первичные — у 54 (44,6%), вторичные — у 28 (23,1%). Первичные восстановительные и реконструктивно—восстановительные операции выполняли преимущественно у пациентов, оперированных по относительным показаниям, а также по абсолютным показаниям в связи с хроническими осложнениями заболевания: стриктурой, раком, воспалительным инфильтратом, внутренними и наружными свищами. У этих пациентов отсутствовали выраженные общие метаболические нарушения, а также выраженные изменения слизистой оболочки в оставшихся анатомических отделах толстой кишки.

У 27 (23,1%) пациентов наиболее обширные условно радикальные операции — колэктомия, а также колэктомия с резекцией прямой кишки завершали формированием илеостомы и культи прямой кишки. Отказ от выполнения первичной восстановительной или реконструктивно—восстановительной операции у них обусловлен преимущественно абсолютными противопоказаниями: тяжелым состоянием пациентов вследствие острых осложнений, молниеносной формой заболевания, выраженными общими метаболическими нарушениями: анемией, гипопроотеинемией, гиподисэлектролитемией. В дальнейшем произведен мониторинг общего состояния, выраженности изменений слизистой оболочки культи прямой кишки в течение не менее 1,5 — 2 лет после условно радикального этапа операции, применены такие

Таблица 4. Послеоперационные осложнения у пациентов, оперированных по поводу БК

Осложнения	Число больных	
	абс.	%
Внебрюшные		
пневмония	4	3,3
нагноение операционной раны	3	2,3
острый цистит	3	2,3
острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей	2	1,7
Осложнения формирования анастомоза		
несостоятельность швов анастомоза	4	3,4
распространенный перитонит	2	1,7
наружный кишечный свищ	2	1,7
абсцесс полости малого таза	2	1,7
стриктура анастомоза	4	3,3
Всего ...	26	21,4

тактические варианты. У 7 (5,8%) пациентов при отсутствии изменений слизистой оболочки культи прямой кишки выполнили вторичную реконструктивно—восстановительную операцию, предусматривавшую формирование илеоректального анастомоза, илеоректального анастомоза с моделированием илеоцекального клапана. У 6 (4,9%) пациентов при умеренно выраженных изменениях слизистой оболочки культи прямой кишки, отсутствии стойкого эффекта противорецидивной терапии выполнили предельно низкую резекцию культи прямой кишки, мукозэктомия хирургического заднепроходного канала до прямокишечно—заднепроходной линии, что рассматривали как завершение условно радикального этапа хирургического вмешательства, затем формировали тазовый тонкокишечный резервуар, илеоэндоанальный анастомоз. У 14 (11,6%) пациентов возникли тяжелые рецидивы заболевания в культе прямой кишки, резистентные к консервативной терапии, в том числе с поражением сфинктерного аппарата прямой кишки. Этим пациентам осуществлена экстирпация культи прямой кишки.

В раннем послеоперационном периоде умерли 3 (2,4%) больных, 2 — от тяжелой полиорганной недостаточности вследствие поздней госпитализации и запущенного распространенного перитонита, возникшего после перфорации стенки

кишки; 1 — вследствие профузного кишечного кровотечения. Послеоперационные осложнения представлены в *табл. 4*.

Внебрюшные осложнения выявлены у 12 (9,9%) пациентов, осложнения формирования анастомозов — у 14 (11,5%). Внебрюшные осложнения возникли у ослабленных тяжело больных, оперированных по абсолютным показаниям, с острыми осложнениями основного заболевания, выраженными метаболическими нарушениями. Лечение стандартное с использованием современных антибиотиков, уросептиков, низкомолекулярных гепаринов, препаратов, обеспечивающих коррекцию метаболических нарушений и перфузию тканей. При нагноении операционной раны проводили ее хирургическую обработку. Из осложнений восстановительного этапа хирургического вмешательства наиболее частой была несостоятельность швов анастомозов: у 2 больных — илеоректального, сформированного конец в конец, у 1 — илеоэндоанального, у 1 — резервуарноанального, сформированного между стенками J—подобного резервуара и демукозированного заднепроходного канала. Основной причиной несостоятельности швов илеоректального анастомоза считаем техническую ошибку вследствие неправильного выбора способа его формирования конец в конец в связи с несоответствием диаметра подвздошной и прямой кишки. Несостоя-

стоятельность швов илеоэндоанального и резервуарноанального анастомозов обусловлена техническими трудностями их формирования — короткой брыжейкой тонкой кишки и особенностями дислокации тонкокишечного трансплантата в полость малого таза. У пациентов при несостоятельности швов илеоректального анастомоза возник распространенный перитонит, произведены неотложная релапаротомия, санация брюшной полости, интубация тонкой кишки, сформированы отключающая петлевая илеостома, лапаростома. Для устранения перитонита потребовалось выполнение многократных плановых операций санационной релапаротомии. Несостоятельность швов резервуарноанального анастомоза у 2 пациентов сопровождалась возникновением абсцесса полости малого таза, после вскрытия и дренирования которого в области промежности образовался наружный трубчатый кишечный свищ. Консервативные мероприятия, предусматривавшие проведение антибактериальной терапии, продолжительной санации полости абсцесса и свищевого хода в течение 2 — 3 мес оказались безуспешными, резервуар удален, выполнена экстирпация культи прямой кишки, сформирована пожизненная илеостома. Стриктура анастомоза возникла у 4 (3,3%) пациентов, у 2 — илеоректального, у 2 — резервуарноанального после несостоятельности швов этих анастомозов. Лечение стриктуры илеоректального анастомоза предусматривало дозированную дилатацию области стриктуры в соответствии с разработанным способом [7].

Большинство — 114 (94,2%) оперированных пациентов находились под диспансерным наблюдением, им проводили клинические, лабораторные, инструментальные рентгенологические (ирригографию, проктографию, контроль транзита бария сульфата по тонкой кишке, резервуарографию), эндоскопические (колоноилеоскопию, ректоскопию, резервуароскопию) исследования. По результатам диспансерного наблюдения у 28 (24,6%) пациентов

выявлен рецидив заболевания. Наиболее частыми и тяжелыми были рецидивы в культе прямой кишки после колэктомии и резекции прямой кишки — у 14 (11,6%) пациентов в связи с разрушением ее сфинктерного аппарата. Все пациенты оперированы повторно, выполнена экстирпация культи прямой кишки. После резекции илеоцекального клапана рецидив в области илеотрансверзоанастомоза возник у 7 (5,8%) больных, у 2 — сформирован обходной илеотрансверзоанастомоз в связи с образованием инфильтрата, нарушавшего транзит содержимого кишечника; у 5 — систематически проводят соответствующую противорецидивную, при необходимости, по показаниям — базисную терапию. Рецидивы заболевания в тонкой кишке возникли у 7 (5,8%) больных, у 3 (2,4%) — после сегментарной резекции участка тонкой кишки, у 4 (3,3%) — после колэктомии в области терминального отдела подвздошной кишки. У 3 пациентов после сегментарной резекции рецидив осложнился стриктурой тонкой кишки, у всех осуществлена стриктуропластика. По поводу рецидива заболевания в терминальном отделе подвздошной кишки, в зависимости от показаний, пациентам проводят противорецидивное и базисное лечение. Тяжелое осложненное течение рецидива заболевания отмечали у пациентов, которые, в силу разных причин, не выполняли врачебные рекомендации в отношении образа жизни, соблюдения диеты, им не проводили систематическое противорецидивное лечение. Применение адекватного противорецидивного лечения, даже у пациентов при высоком риске возникновения рецидива заболевания в сохраненном терминальном отделе подвздошной кишки, прямой кишке после выполнения условно радикальных операций (колэктомии, колэктомии с резекцией прямой кишки) у большинства из них позволяло избежать тяжелых рецидивов и выполнения повторных операций.

Особого внимания в отношении прогноза рецидива заболевания заслуживают пациенты после колэк-

томии с предельно низкой передней резекцией прямой кишки, мукозэктомией хирургического заднепроходного канала, которым произведен реконструктивно—восстановительный этап в виде формирования тонкокишечного резервуара и илеоэндоанального анастомоза. Интерес к этой группе пациентов обусловлен существующими в современной литературе противоречивыми сведениями о целесообразности выполнения у пациентов при БК этого довольно технически сложного условно радикального, а также реконструктивно—восстановительного этапов хирургического вмешательства. Большинство оппонентов указанной операции мотивируют отказ от ее выполнения высоким риском возникновения рецидива заболевания в тонкой кишке. У 11 (9,1%) пациентов, которым произведена такая операция, рецидив заболевания не наблюдали. По нашему мнению, это обусловлено соблюдением разработанной тактики хирургического лечения пациентов, которая предусматривала строгий отбор только тех пациентов, у которых в течение всего периода заболевания установлено поражение только толстой кишки, а также особенности выполнения как радикального, так и реконструктивно—восстановительного этапов вмешательства. Особенностью радикального этапа, кроме колэктомии с предельно низкой резекцией прямой кишки, было обязательное удаление терминального участка подвздошной кишки и слизистой оболочки хирургического заднепроходного канала — анатомических структур, в которых риск возникновения рецидива наиболее вероятен. Особенностью реконструктивно—восстановительного этапа было формирование тонкокишечного резервуара с сохранением анатомической целостности тонкой кишки путем наложения серозно—мышечных швов без рассечения и сшивания ее стенки.

Функциональные результаты оценивали через 1 год после всех этапов хирургического лечения, в период завершения адаптации к новым анатомическим взаимоотноше-

ниям после выполнения операции. В значительной степени функциональные результаты зависели от объема условно радикального этапа хирургического вмешательства, особенностей выполнения восстановительного и реконструктивно—восстановительного этапов, наличия рецидива заболевания, частоты послеоперационных осложнений. Удовлетворительные функциональные результаты отмечены у пациентов после сегментарной резекции кишечника, формирования межкишечных анастомозов, а также удаления илеоцекального клапана, колэктомии, колэктомии с резекцией прямой кишки, предусматривавших удаление, кроме илеоцекального клапана, проксимальной части прямой кишки. У таких пациентов отсутствовали клинические признаки колитического синдрома, императивные позывы, был хороший аппетит, кашицеобразный стул без патологических примесей не более 3 — 5 раз в сутки. Важными факторами удовлетворительных результатов реабилитации пациентов были соблюдение диеты, исключающей аллергизирующие продукты питания, систематическое проведение противорецидивного лечения, а также формирование анатомо—функциональной конструкции — аналога илеоцекального клапана, в котором происходит задержание продвижения содержимого кишечника, осуществляется его порционная эвакуация из подвздошной кишки в направлении сформированного купола культи ободочной или прямой кишки. Такой механизм эвакуации после моделирования илеоцекального клапана в значительной степени аналогичен физиологическому механизму эвакуации содержимого из тонкой кишки в толстую через илеоцекальный клапан у здоровых лиц. Менее благоприятные функциональные результаты наблюдали у пациентов после колэктомии, колэктомии с резекцией прямой кишки, у которых формировали илеорек-

тальный анастомоз конец в конец. Наложение такого анастомоза включает моделирование аналога илеоцекального клапана и, вследствие этого, механизм "физиологической" эвакуации содержимого из тонкой кишки в толстую. У таких пациентов эвакуация содержимого из тонкой кишки в культи прямой кишки происходит не порционно, в направлении купола сформированной культи, а бесконтрольно, в направлении нижеампулярного отдела. При таком механизме эвакуации происходит частое динамическое воздействие содержимого на сфинктерный аппарат прямой кишки. Поэтому у пациентов нередко возникают императивные позывы, у них наблюдают частый (до 8 — 12 раз в сутки) стул жидким содержимым кишечника, признаки постколэктомического синдрома II—III степени.

Удовлетворительные функциональные результаты отмечены у пациентов после колэктомии, предельно низкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии хирургического заднепроходного канала до прямокишечно—заднепроходной линии, формирования тонкокишечного резервуара, илеоэндоанального анастомоза. У них не наблюдали императивных позывов, ночной или дневной инконтиненции, стул 3 — 5 раз в сутки, кашицеобразный, без примеси патологических компонентов. Благоприятные функциональные результаты обусловлены отсутствием рецидива заболевания в связи с тщательным отбором пациентов для выполнения такой операции с учетом разработанных показаний, а также особенностями техники формирования тонкокишечного тазового резервуара и илеоэндоанального анастомоза.

Улучшение функциональных результатов у 9 (7,4%) пациентов после колэктомии с экстирпацией прямой кишки достигнуто путем формирования удерживающей резервуарной

илеостомы. У них отмечено значительное уменьшение количества отделяемого из илеостомы в течение суток — в пределах 0,3 — 0,5 л, что в 2,5 раза меньше, чем у пациентов при наличии классической терминальной илеостомы, у которых потери химуса в течение суток составляют 0,8 — 1,2 л. Это способствовало значительному улучшению состояния пациентов, нормализации показателей водно—электролитного и белково—энергетического обмена.

Таким образом, хирургическое лечение БК и ее осложнений является сложной проблемой современной колопроктологии. Дальнейшее изучение этиологии, патогенеза заболевания, особенностей клинического течения в зависимости от локализации патологического процесса в различных отделах толстой кишки, совершенствование показаний и разработка более совершенных методов хирургических вмешательств, в том числе реконструктивно—восстановительных, позволит улучшить результаты лечения таких больных.

ВЫВОДЫ

1. На основании критической оценки современных представлений о патогенезе, особенностей клинического течения, возможностей диагностики заболевания и приобретенного опыта лечения пересмотрена и усовершенствована современная хирургическая тактика при БК.

2. Применение разработанной тактики позволило улучшить объективную оценку тяжести заболевания, прогнозировать возникновение его осложнений, оптимизировать показания к хирургическому лечению, выбор способа условно радикального, восстановительного, реконструктивно—восстановительного этапов оперативного вмешательства, уменьшить частоту рецидивов заболевания, послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пат. 35325 А Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб накладання однорядного евертованого кишкового шва / В. М. Мельник, О. І. Пойда, Л. Г. Заверний, М. П. Ковальський, Ф. Г. Ткаченко (Україна). — Заявл. 22.09.99; опубл. 15.03.01. Бюл. № 2.
2. Пат. 71530 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб відновлення безперервності кишкового каналу після правобічної геміколектомії / О. І. Пойда, В. М. Мельник (Україна). — Заявл. 30.03.12; опубл. 10.07.12. Бюл. № 13.

3. Пат. 71531 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб відновлення безперервності кишкового каналу після колектомії / О. І. Пойда, В. М. Мельник (Україна). — Заявл. 30.03.12; опубл. 10.07.12. Бюл. № 13.
4. Пат. 8719 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування тонкокишкового резервуара після колектомії та наданальної резекції прямої кишки / В. М. Мельник, О. І. Пойда, Башар Ахмад (Україна). — Заявл. 15.02.05; опубл. 15.08.05. Бюл. № 8.
5. Пат. 58393 А Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми / В. М. Мельник, О. І. Пойда (Україна). — Заявл. 15.01.03; опубл. 15.07.03. Бюл. № 7.
6. Пат. 18993 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу / О. І. Пойда, В. М. Мельник (Україна). — Заявл. 05.07.06; опубл. 15.11.06. Бюл. № 11.
7. Пат. 82373 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб профілактики і лікування стриктури ілеоректального і колоректального анастомозів / О. І. Пойда, В. М. Мельник, О. Л. Орлов (Україна). — Заявл. 11.03.13; опубл. 25.07.13. Бюл. № 14.

