

Article

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ахмедов М.А.¹, Мирзахмедов М.М.¹

1. Ташкентская медицинская академия.

Аннотация. Показаниями к хирургическому лечению при воспалительно-язвенных колитах (ЯК, болезнь Крона) являются: тяжёлое (массивное) кровотечение, перфорация толстой кишки, стриктура толстой кишки на протяжении, псевдополипоз, малигнизация язвы, резистентность к консервативной терапии (гормонорезистентные формы язвенных колитов), прогрессирование заболевания, развитие внекишечных осложнений в совокупности с кишечными осложнениями.

Рекомендуется дифференцированный подход к выбору тактики оперативного лечения, определены показания к выполнению тотальной колэктомии с наложением различных анастомозов с формированием превентивной илеостомы для предупреждения послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: ЯК, болезнь Крона, кровотечение, лечение, осложнения.

Лечение больных воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки остается одной из самых трудных проблем клинической колопроктологии. В последние годы благодаря применению новых видов сульфаниламидных препаратов (Салофальк и др.), антицитокиновой терапии (ремикеид и др), широкому применению стероидных гормонов удалось добиться хороших результатов [1, 3].

Однако не всегда удается получить удовлетворительный эффект от применения этих препаратов, особенно при тяжелых формах неспецифического язвенного колита, болезни Крона с наличием различных осложнений, которые представляют угрозу для жизни больных и требуют принятия срочных мер. При этом требуется выполнение таких обширных операций, как колэктомия или колпроктэктомия с формированием илео- или колостомы. [5, 6, 7, 10, 13] Такие операции являются калечащими, и даже при условии, что они приносят выздоровление от болезни, впоследствии возникает много серьезных проблем, в том числе и социального характера. Наличие кишечной стомы ухудшает качество жизни, ограничивает трудоспособность больных [2, 4, 6, 9].

Восстановление непрерывности кишечной трубки после таких операций, а также вопросы социальной реабилитации представляют собой сложную и трудноразрешимую хирургическую проблему [3, 5, 8, 11, 12]. Ниже мы представляем результаты выполнения хирургического лечения больных воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки.

Материалы и методы. В Научном Центре Колопроктологии за период с 1990 по 2022 гг. проведено лечение 3465 больных с воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки. Из них у 2410 больным установлен диагноз язвенного колита (НЯК) и у 1055 - болезнь Крона (БК). Консервативную терапию получали 837 (24,2%) больных с улучшением. 2628 (75,8%) больным из-за неэффективности консервативного лечения и наличия осложнений произведено оперативное вмешательство. Из подвергшихся хирургическому лечению мужчин было 1336 (50,8%), женщин 1292 (49,2%). Возраст больных был от 15 до 76 лет. Средний возраст больных составлял 34,7 лет.

При диагностике, кроме стандартных общеклинических исследований, использовали ирригографию, виртуальную колоноскопию, компьютерную томографию, интраоперационную колоноскопию, изучали микрофлору толстой кишки.

В результате обследования были определены степени тяжести течения заболевания, протяженности поражения толстой кишки.

Анализ проводился согласно общепринятой классификации по тяжести заболевания и локализации патологического процесса. Тяжесть состояния больных оценивали по Европейскому индексу активности и тяжести (Severity Activity Index).

Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение были направлены на устранение нарушений водно-электролитного баланса, системы гемостаза, иммунного статуса, микрофлоры толстой кишки, гипо- и диспротеинемии. Антибиотикотерапию назначали за день до операции.

Все пациенты после операции находились под диспансерным наблюдением в течение 4-5 лет, и регулярно проходили обследование в амбулаторных (лабораторные исследования, УЗИ, эндоскопия, паучография и др.), а при необходимости, в стационарных условиях.

Проводился детальный анкетный опрос по собственному представлению пациента: частота стула (дневное и ночное время), пищевой рацион, недержание стула, употребление антидиарейных препаратов или антибиотиков, мочеиспускание, половая жизнь, работоспособность и качество жизни. Результаты оценивали по интенсивности, по трехбалльной шкале.

Результаты и обсуждение

В результате обследования больных по локализации патологического процесса выявлены следующие: дистальное поражение - у 76 (2,9%), левостороннее – у 1103 (42,0%), субтотальное – у 743 (28,3%) и тотальное – у 704 (26,8%) пациентов.

По течению установлены: легкая форма у 334 (12,7%), средней тяжести у 1035 (39,4%), тяжелая у 1066 (40,6%), молниеносная у 191 (7,3%) пациентов с НЯК БК. При оценке по Европейскому индексу активности и тяжести почти у всех больных с БК установлена тяжелая форма заболевания (240 баллов).

Показаниями к хирургическому лечению являлись: тяжелое (массивное) кровотечение, перфорация толстой кишки, стриктура толстой кишки на протяжении, псевдополипоз, малигнизация язвы, резистентность к консервативной терапии (гормонорезистентные формы язвенных колитов), прогрессирование заболевания, развитие внекишечных осложнений в совокупности с кишечными осложнениями.

Больных разделили на три группы:

- у 1179 (44,9%) больных первой группы с дистальной или левосторонней формой локализации патологического процесса выполнялась стандартная техника операции, которая заключалась в брюшно-анальной резекции прямой кишки (БАР ПК) и сегментарной резекции толстой кишки (СРТК) с низведением здоровых отделов в анальный канал (таблица 1).

- во второй группе у 986 (37,5%) больных выполнялась брюшно-анальная резекция прямой кишки с тотальной колпроктэктомией (БАРПК с ТКПЭ). Из них у 883 (89,6%) больных была сформирована одностольная илеостома, у 103 (10,4%) больных сформирован илео-анальный анастомоз ручным способом с созданием резервуара - 58 (56,3%) и без него - 45 (43,7%) больным. При этом дистальный конец подвздошной кишки фиксировался к коже перианальной области узловыми швами.

463 (17,6%) больным третьей группы выполнялась тотальная колэктомия (ТКЭ), передняя резекция прямой кишки (ПРПК) с формированием короткой или ультракороткой культы прямой кишки. Из них у 184 (39,7%) больных удалось сформировать илео-ректальный анастомоз при помощи аппарата кругового анастомоза с созданием резервуара - у 52 (11,2%) и без него – у 132 (28,5%) больных. Формировался анастомоз между подвздошной и ультракороткой культей прямой кишки, «конец в конец» или «конец в бок» с созданием резервуара (J, S, W-образной формы) и без него. У 279 (60,3%) больных операция закончилась формированием короткой культы прямой кишки и концевой илеостомы.

Тяжелое состояние, выраженная анемия, молниеносное течение, наличие сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы, кахексия, сахар-

ный диабет существенно увеличивали риск неблагоприятного исхода одномоментной операции. В связи с этим у 1279 (48,7%) больных операция заключалась в формировании кишечной стомы. Из них только у 117 (9,1%) больных нам удалось восстановить непрерывность кишечного тракта.

Во второй и третьей группе у 42 (14,6%) больных была сформирована временная двуствольная илеостома, которая была закрыта через 3-4 недели после операции.

В первой группе больных после операции было 4 летальных исхода на фоне гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности. Во второй группе было 2 летальных исхода на фоне перитонита, развившегося вследствие несостоятельности анастомоза. У больных 3 группы летальных исходов не было. Однако у 4 пациентов развилась несостоятельность анастомоза, у двух из них проблема разрешена консервативным путем, а остальные два пациента были подвергнуты оперативному вмешательству и

В первой группе больных после операции было 4 летальных исхода на фоне гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности. Во второй группе было 2 летальных исхода на фоне перитонита, развившегося вследствие несостоятельности анастомоза. У больных 3 группы летальных исходов не было. Однако у 4 пациентов развилась несостоятельность анастомоза, у двух из них проблема разрешена консервативным путем, а остальные два пациента были подвергнуты оперативному вмешательству и им выполнено разобщение анастомоза с формированием концевой илеостомы.

Таблица 1.

Вид выполненных операций

Группы	Вид операции	Количество	В процентах
I-группа	Брюшно-анальная резекция прямой кишки, субтотальная резекция толстой кишки с низведением здоровых отделов в анальный канал	1179	44,9
II-группа (n=986)	Брюшно-анальная резекция прямой кишки и тотальная колпроктэктомия с формированием одноствольной илеостомой	883	89,6
	- с илео-анальным анастомозом:	103	10,4
	- с формированием резервуара	58	5,8
	- без формирования резервуара	45	4,6
III-группа (n=463)	Тотальная колэктомия и передняя резекция прямой кишки с илеостомией	279	60,3
	- с илео-ректальным анастомозом:	184	39,7
	- с формированием резервуара	52	11,2
	- без формирования резервуара	132	28,5

Из 1466 (55,8%) оперированных больных у 1243 (84,8%) были прослежены отдаленные результаты хирургического лечения. У 1162 (44,2%) больных, подвергшихся радикальным операциям с формированием концевой илеостомы, отдаленные результаты не изучали.

67 (7,0%) больных в первой группе были подвергнуты повторной операции в связи с прогрессированием патологического процесса в оставшихся отделах толстой кишки в сроки от 1 года до 5 лет. Им была выполнена тотальная колэктомия с формированием одноствольной илеостомы. У 578 (60,4%) больных в отдаленном периоде рецидивы заболевания не наблюдались, нарушения стула, изменения функции органов малого таза и анального сфинктера отсутствовали, что оценивалось нами как хорошие показатели. У 311 (32,6%) больных с удовлетворительными результатами лечения, после наложения коло-анального анастомоза в отдаленном периоде отмечалось наличие жидкого стула до 4-5 раз в сутки или непроизвольное его выделение

вследствие снижения тонуса сфинктерного аппарата.

В ближайшие сроки, от 4 до 6 месяцев после операции, во второй и третьей группе прослежены все больные. Изучение последствий колэктомии и формирования резервуарного илеоректального анастомоза включало в себя весь перечень необходимых клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования. Необходимо отметить, что у больных в эти сроки завершался процесс адаптации желудочно-кишечного тракта после колэктомии.

У всех пациентов дефекация была самостоятельной, и число вечерних дефекаций колебалось от 1,2 до 2,4. Удержание кала было хорошим у 49% пациентов, 35% больных имели незначительное недержание, и полное недержание отмечалось у 16% пациентов.

Анализируя полученные данные, мы оценивали отдаленные результаты исследования по трехбалльной шкале, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Отдаленные результаты хирургического лечения (n=1243)

Оценки	Количество		
	I-группа (n=956)	II группа (n=103)	III группа (n=184)
Хорошие	578 (60,4%)	64 (62,2%)	121 (65,8%)
Удовлетворительные	311 (32,6%)	23 (22,3%)	45 (24,4%)
Неудовлетворительные	67 (7,0%)	16 (15,5%)	18 (9,8%)

Сегментарные поражения толстой кишки воспалительно-язвенным процессом не являются показанием только к сегментарной резекции. Необходимо учитывать состояние всех отделов толстой кишки. В нашем исследовании в 5,7% случаев наблюдался рецидив заболевания после сегментарной резекции толстой кишки. Результаты данного исследования показывают, что колпроктэктомия является операцией выбора при хирургическом лечении больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Основными осложнениями у больных, которым были выполнены колпроктэктомия с резервуарно-анальным анастомозом, явились воспаления тонкокишечного резервуара и несостоятельность анастомоза [4]. Эти осложнения развивались не только из-за технических ошибок, но и в связи с тем, что воспалительно-язвенные заболевания толстой кишки относятся к группе тяжелых заболеваний, при которых в патологический процесс вовлекается все органы и системы. Для предупреждения развития этих осложнений мы после выполнения основной операции сформировывали превентивную двуствольную илеостому, после которой, ни у одного больного не наблюдали такого рода осложнений.

Выводы

1. Воспалительно-язвенные заболевания толстой кишки протекает с различными кишечными и внекишечными осложнениями, и патологический процесс за короткое время охватывает всю толстую кишку. Это в большинстве случаев определяет необходимость выполнения обширной резекции толстой кишки или тотальной колэктомии.

2. Одномоментная колпроктэктомия с восстановлением непрерывности кишечника технически выполняема с циркулярно – сшивающим аппаратом. Это позволяет избежать повторных операций и инвалидизации больных.

3. При тяжелом состоянии больных для предупреждения послеоперационных осложнений после выполнения основной вид операции с наложением различных анастомозов, рекомендуется временно накладывать превентивной двуствольной илеостомы.

Список использованной литературы:

1. Воробьев Г.И., Халиф И.Л., Макаруч П.А., Михайлова Т.Л. Антицитокиновая терапия у больных воспалительными заболеваниями кишечника. // Материалы I-съезда колопроктологов СНГ, Ташкент, 2009. С. 6-7.

2. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. М. Микош 2008. – 399с.
3. Гюлмамедов Ф.И., Гюлмамедов П.Ф., Кухто А.П. и др. Особенности восстановительных операций при хирургическом лечении болезни Крона. // Материалы II-съезда колопроктологов Украины. Львов, 2006. С. 46-49.
4. Захараш М.М., Пойда А.И., Мельник В.М. Хирургическая тактика при язвенном колите. // Материалы I-съезда колопроктологов СНГ, Ташкент, 2009. С. 30-31.
5. Климентев М. Н. Оперативное лечение неспецифического язвенного колита. // Современные проблемы науки и образования. 2013.- №3;
6. Румянцев В.Г. Язвенный колит руководства для врачей. М. Медицинское информационное агентство 2009. – 424с.
7. Allez M, Leeman M. Role of endoscopy in predicting the disease course in inflammatory bowel disease // World J. Gastroenterol. -2010. -Vol. 7. № 6 (21). P. 2626 – 2632.
8. De Silva HJ, Kettlewell MGW, Mortensen NJ, et al. Acute inflammation in ileal pouches (pouchitis). Eur J Gastroenterol Hepatol. 1991; 3:343.
9. Korsgen S, Keighley MRB. Causes of failure and life expectancy of the ileoanal pouch. Int J Colorect Dis. 1997; 12:4–8.
10. Tulchinsky H, McCourtney JS, Subba Rao KV, et al. Salvage abdominal surgery in patients with a retained rectal stump after restorative proctocolectomy with stapled anastomosis. Br J Surg. 2001; 88:1602–1606.