

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

<sup>1</sup>Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2 МЗ КК «КМЛДО»,  
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/1.  
Тел. 8-918-989-33-02. E-mail: vershinina\_g1983@mail.ru

Проанализированы результаты хирургического лечения 60 пациентов с осложненными формами язвенного колита, которые находились на стационарном лечении в ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2 МЗ КК» с 2007 по 2012 г. Проведенный сравнительный анализ позволил индивидуализировать тактику хирургического и медикаментозного лечения этого сложного контингента больных.

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

V. M. DURLESHTER<sup>1,2</sup>, N. V. KOROCHANSKAYA<sup>2</sup>,  
E. V. KOTELEVSKIY<sup>2</sup>, G. A. VERSHININA<sup>1,2</sup>, V. V. IGNATENKO<sup>2</sup>

### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS COMPLICATED FORMS

<sup>1</sup>Kuban state medical university of health and social development Ministry,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4;

<sup>2</sup>City hospital № 2,  
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnii partizan. str., 6/1.  
Tel. 8-918-989-33-02. E-mail: vershinina\_g1983@mail.ru

The results of surgical treatment of 60 patients with complicated forms of ulcerative colitis were assessed. The patients were treated in City hospital № 2 KVMDA from 2007 till 2012 years. The comparative analysis allowed individualizing the surgical and conservative tactics of such hard contingent of patients' treatment.

**Key words:** ulcerative colitis, surgical treatment.

### Введение

Несмотря на достижения фундаментальной медицины и широкий спектр применяемых лечебных средств, отмечаются рост заболеваемости язвенным колитом (ЯК) среди лиц наиболее трудоспособного возраста и, как следствие, их инвалидизация [9]. Наиболее тяжелый контингент больных язвенным колитом составляют пациенты с кишечными осложнениями заболевания, которые могут носить молниеносный и фатальный характер. Кишечное кровотечение, токсическая дилатация ободочной кишки и перфорация толстой кишки развиваются как проявления гормональной резистентности (неэффективности терапии высокими дозами кортикостероидов), а также из-за ряда субъективных ятрогенных факторов: несвоевременное установление диагноза, неадекватность проводимой консервативной терапии [15], выполнение инвазивных методов обследования толстой кишки при тяжелом обострении колита и другие [7, 12]. Гормональная резистентность и гормональная зависимость отмечаются у 30–35% больных ЯК [3, 6, 8]. Необходимо отметить, что даже достижение клинической и эндоскопической ремиссии в 55–70% случаев не сопровождается морфологической ремиссией, отсутствием характерных для ЯК патоморфологических изменений слизистой оболочки толстой кишки [1, 13]. Современные генетические исследования доказали высокий риск канцеро-

генных мутаций в слизистой оболочке толстой кишки на фоне длительного течения воспалительного процесса. Хромосомные нарушения и развитие колоректального рака на фоне ЯК встречаются более чем в 10% случаев при анамнезе более 15–20 лет [11]. Это делает особенно актуальной разработку программы диспансерного наблюдения больных хроническим ЯК со скринингом малигнизации, а некоторые авторы даже обсуждают целесообразность профилактической колэктомии через 10–20 лет после начала заболевания [14].

Актуальной остается задача своевременного выявления неэффективности медикаментозного лечения и выставления показаний к операции до развития осложнений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) либо токсических эффектов терапии. Особенно важную роль играют преимущественность консервативного и хирургического методов лечения, совместное ведение больных с тяжелой формой ВЗК гастроэнтерологом и колопроктологом [10].

Цели и задачи исследования – индивидуализировать тактику хирургического и медикаментозного лечения больных с тяжелой формой ЯК.

### Материалы и методы исследования

За период 2007–2012 гг. в ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2 МЗ КК» «КМЛДО» наблюдали 306 пациентов с язвенным колитом (ЯК), из них тяжелая форма заболевания выявлена у 134 (43,8%) больных.

Хирургическому лечению было подвергнуто 60 (44,8%) пациентов, достижение ремиссии консервативными методами лечения достигнуто у 74 (55,2%) человек.

Консервативная терапия включала в себя применение препаратов 5-АСК, системных и топических гормонов, иммуносупрессоров, биологическую терапию (ремикейд).

Клинические группы в нашем исследовании распределились следующим образом: 1-я группа – 15 больных – оперированы по поводу острых кишечных осложнений ЯК, 2-я группа – 29 пациентов – оперированы в связи с резистентностью к адекватной консервативной терапии тяжелой формы ЯК, 3-я группа – 16 человек – оперированы в связи с развитием стероидозависимой формы язвенного колита.

Из острых осложнений ЯК у 8 пациентов диагностированы кишечные кровотечения, у 3 человек – токсическая дилатация ободочной кишки; перфорация толстой кишки выявлена у 2 больных. Рак на фоне язвенного колита диагностирован у 2 пациентов. Распределение больных по возрасту представлено в таблице.

Наиболее многочисленную возрастную группу (25%) составили пациенты в возрасте до 39 лет. Вместе с тем во всех клинических группах встретились больные старше 60 лет. Средний возраст пациентов составил  $37,9 \pm 2,2$  года.

Длительность анамнеза заболевания колебалась от 6 недель до 28 лет. Для резистентной формы и острых осложнений ЯК более характерны случаи с коротким анамнезом, при стероидной зависимости отмечали более длительный анамнез заболевания до включения в исследование. По критерию распространенности колита преобладали пациенты с тотальным язвенным поражением толстой кишки –  $n=36$  (60%), левосторонний колит был диагностирован у 19 (31,7%) больных, и дистальная форма отмечена у 5 (8,3%) человек.

Всем госпитализированным пациентам проводилось комплексное исследование, которое включало фиброколоноскопию с биопсией толстой кишки, рентгенологическое исследование, лабораторные исследования крови и копрограммы, ультразвуковую диагностику органов желудочно-кишечного тракта. Всех пациентов, поступивших с диагнозом «язвенный колит», подвергали тщательному лабораторному обследованию, цель которого – установить степень и особенности метаболических нарушений, связанных с основным заболеванием, выявить признаки энтеральной недостаточности. Кроме того, проводился мониторинг побочных эффектов проводимой меди-

каментозной терапии, контроль функционального состояния эндокринных и экзокринных органов и систем (печень, почки, поджелудочная железа, надпочечники, гипофиз) в условиях интоксикации, кровопотери, лекарственной нагрузки.

Консервативную терапию у пациентов при тяжелых формах ЯК начинали с момента установления диагноза. Как правило, в 1-й день поступления больного в стационар проводили парентеральное питание, внутривенную гормонотерапию, коррекцию гемостаза, вводили антибактериальные и антисекреторные препараты.

Отсутствие положительной динамики на фоне комплексного интенсивного лечения в течение 7 дней рассценивалось как резистентность к проводимой терапии. Это являлось показанием к отсроченному оперативному лечению. В экстренном порядке в связи с угрожающими жизни состояниями прооперированы 13 человек (21,7%) из общего числа пациентов, из них 5 (38,5%) – по поводу массивного кишечного кровотечения, 6 (46,2%) человек – в связи с перфорацией толстой кишки и 2 (15,3%) больных с токсической дилатацией ободочной кишки. Остальные пациенты подвергались оперативному лечению в плановом порядке.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.0».

### Результаты и их обсуждение

При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 5–7 дней у 11 (18,3%) пациентов выполнено формирование двустольной илеостомы из местного доступа. Субтотальная колэктомия в экстренном порядке выполнена у 7 (11,7%) человек в связи с кровотечением и перфорацией толстой кишки, в плановом порядке – у 8 (13,4%) пациентов. В дальнейшем при успешной консервативной терапии, направленной на купирование воспаления в культе прямой кишки, вторым этапом выполняли наложение илеоректоанастомоза.

У 5 (8,3%) пациентов была произведена колопроктэктомия с одновременной брюшно-анальной резекцией прямой кишки, илеостомией. В 4 (6,7%) случаях отмечена малигнизация слизистой оболочки в культе сохраненной прямой кишки после субтотальной колэктомии, что потребовало выполнения в плановом порядке экстирпации культи прямой кишки. У 11 (18,3%) пациентов при левосторонней форме язвенного колита выполнена левосторонняя гемиколэктомия, в экстренном порядке – в 5 (8,3%) случаях при дисталь-

### Распределение оперированных больных с тяжелой формой неспецифического язвенного колита по возрасту

Группы больных, чел. (%)	Возраст (лет)					
	До 20, чел. (%)	20–29, чел. (%)	30–39, чел. (%)	40–49, чел. (%)	50–59, чел. (%)	60 и более, чел. (%)
1-я группа, n=15	2 (13,3)	3 (20)	5 (33,4)	2 (13,3)	2 (13,3)	1 (6,7)
2-я группа, n=29	3 (10,3)	5 (17,2)	7 (24,2)	9 (31)	3 (10,3)	2 (7)
3-я группа, n=16	1 (6,4)	4 (25)	3 (18,7)	3 (18,7)	2 (12,5)	3 (18,7)
Всего	6 (10)	12 (20)	15 (25)	14 (23,4)	7 (11,6)	6 (10)

ной форме язвенного колита проведена обструктивная резекция прямой кишки. Восстановление непрерывности толстой кишки после ранее перенесенных оперативных вмешательств по поводу язвенного колита выполнено 9 (15%) пациентам.

В структуре послеоперационных осложнений наиболее частыми были гнойно-воспалительные (8,3%): нагноение лапаротомной раны имело место у 2 больных (3,3%), неперфоративный перитонит на фоне длительной гормонотерапии – у 2 (3,3%), внутрибрюшное кровотечение – у 1 пациента (1,7%).

Послеоперационная летальность составила 3,3% (2 пациента) и была обусловлена прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне проводимой адекватной терапии.

Средняя продолжительность неосложненного послеоперационного периода в 1-й группе составила  $28,5 \pm 1,4$  дня, а во 2-й и 3-й –  $18,3 \pm 1,2$  дня ( $p < 0,05$ ). Увеличение средней продолжительности стационарного лечения в 1-й группе было обусловлено экстренностью оперативного лечения и в дальнейшем проведением интенсивной консервативной терапии тяжелой атаки язвенного колита.

Вопрос о возможности второго этапа реконструктивной операции решали в течение 6–24 месяцев после резекции толстой кишки при проведении местной терапии, направленной на уменьшение воспаления в культе прямой (местные формы препаратов 5-АСК в дозе 2–4 г в сутки, микроклизмы с 125 мг гидрокортизона).

Таким образом, оптимизация лечебно-диагностической тактики позволила добиться благоприятных послеоперационных результатов у большинства пациентов (87,6%), оперированных по поводу язвенного колита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.
2. Белоусова Е. А. Реальные и потенциальные возможности лечения рефрактерных форм воспалительных заболеваний кишечника // РМЖ. – 2011. – № 13. – С. 11.

3. Воробьев Г. И., Халиф И. Л. и др. Эндоскопические и морфологические особенности слизистой оболочки толстой кишки при дистальной форме язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – № 1. – С. 80–86.

4. Григорьева Г. А., Мешалкина Н. Ю. Болезнь Крона. – М.: Медицина, 2007. – 184 с.

5. Комаров Ф. И., Осадчук А. М., Осадчук М. А., Кветной И. М. Неспецифический язвенный колит. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 256 с.

6. Румянцев В. Г., Михайлова Т. Л., Куркин Б. В. Гормонозависимые формы воспалительных заболеваний кишечника и подход к их лечению // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1999. – № 4. – С. 55–58.

7. Семченко Л. Ю., Люст А. Я., Семченко Е. В. Неотложная помощь при осложненных формах язвенного колита // Неотложная хирургия: Сб. науч. тр. пленума РАМН (Омск, 20–22 дек. 2000 г.). – М., 2001. – Т. 2. – С. 265–266.

8. Халиф И. Л., Лоранская И. Д. Язвенный колит и болезнь Крона. – М.: МИА, 2004. – 152 с.

9. Шимановский Н. Л. Резистентность к глюкокортикоидам: механизмы и клиническое значение // Фарматека. – 2005. – № 7. – С. 30–33.

10. Barisic G., Krivokapic Z., Markovic V. Ulcerative colitis indications and timing for surgery // Acta chirurgica yugosl. – 2004. – V. 51. № 2. – P. 123–126.

11. Gyde S. N. Screening of colorectal cancer in ulcerative colitis: dubious benefits and high costs // Gut. – 1990. – № 31. – С. 1089.

12. Menees S., Higgins P., Korsnes S., Elta G. Does colonoscopy cause increased ulcerative colitis symptoms? // Inflammatory bowel diseases. – 2007. – № 13 (1). – P. 12–18.

13. Riddell R. H., Path F. R. C. Pathology of idiopathic inflammatory bowel disease. In: Inflammatory bowel disease (ed. by J. B. Kirsner) // Fifth edition. saunders. – 2000. – P. 427–447.

14. Sachar D. B. Indication for surgery in inflammatory bowel disease: a gastroenterologist, s opinion. In: Inflammatory bowel disease (ed. By J. B. Kirshner) // Fifth edition. – Saunders, 2000. – P. 611–616.

15. Tsujikawa T., Andoh A., Sakaki M., Ishizuka I., Araki Y., Koyama S., Fujiyama Y. Operative indications for patients with refractory or severe ulcerative colitis // Hepatogastroenterology. – 2005. – V. 52. № 5. – P. 1470–1473.

Поступила 18.02.2013

*Е. Г. ЕРМОЛЕНКО<sup>1</sup>, Г. К. КАРИПИДИ<sup>1</sup>, Е. С. БАБЕНКО<sup>1</sup>, А. А. БГАНЕ<sup>2</sup>*

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

*<sup>1</sup>Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Кубанского государственного  
медицинского университета Минздрава,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;*

*<sup>2</sup>муниципальное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая  
больница скорой медицинской помощи,  
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14.  
Тел. +79184947849. E-mail: katy-ermolenko@yandex.ru*

Ретроспективно проведен анализ методов диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной перфорацией. Диагностика данной нозологии остается сложной. Клиническую картину определяет локализация дивертикула. А симптомов, лабораторных и инструментальных данных, свойственных только для перфорации дивертикула ободочной кишки, нет.

*Ключевые слова:* перфорация, дивертикул ободочной кишки, диагностика.