

© Коллектив авторов, 2002
УДК 616.348-002.44-089.87-089.168

Г.И.Воробьёв, К.В.Болихов, Т.Л.Михайлова, Н.В.Костенко, В.В.Веселов,
Э.А.Хачатурова

АКТУАЛЬНА ЛИ СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ВЕК ИЛЕОРЕЗЕРВУАРОВ?

ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии» Росмедтехнологий
(дир. — академик РАМН проф. Г.И.Воробьёв), Москва

Ключевые слова: язвенный колит, тяжёлое течение, гормонорезистентность, гормонозависимость, колопроктэктомия, тонкокишечный резервуар.

Введение. Язвенный колит (ЯК) — это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением слизистой оболочки толстой кишки с развитием местных и системных осложнений [1, 3]. Количество пациентов, страдающих в настоящее время ЯК, в США оценивается как 1,4 млн, а в Европе — как 2,2 млн человек [10]. Прирост распространённости ЯК составляет от 40 до 160% каждое десятилетие [2, 10].

Несмотря на применение современных медикаментозных схем лечения ЯК, от 25 до 45% пациентов нуждаются в колэктомии [3, 6, 8, 11]. В случае развития тяжёлой формы заболевания, резистентной к проводимой терапии, это количество увеличивается до 55–85% [9, 11, 12, 14].

Необходимо отметить, что хирургическое лечение тяжёлых форм ЯК до настоящего времени можно считать одним из самых сложных разделов хирургической гастроэнтерологии. Обширные резекции толстой кишки у больных в тяжёлой фазе интоксикации и метаболических нарушений сопровождаются послеоперационными осложнениями, достигающими 45–85%, и летальностью — 11,5–45,5% [4, 7, 9, 14]. В случае развития осложнений ЯК летальность достигает при кишечном кровотечении 12–14% [6], при токсической дилатации — до 25%, при перфорации толстой кишки — до 50–60% [4, 6].

Цель исследования — определить оптимальную хирургическую тактику в зависимости от особенностей течения ЯК.

Материал и методы. Для решения поставленной цели мы исследовали опыт Центра колопроктологии по хирургическому лечению больных с ЯК за период с 2000 по

2008 г. В эти девять лет в центре наблюдали 978 пациентов с ЯК различной степени тяжести, находившихся на стационарном лечении. Для определения тяжести течения заболевания была использована шкала, предложенная S.Trulove, L.Witts [13], согласно которой выделяются лёгкая, среднетяжёлая и тяжёлая форма ЯК.

Тяжёлая атака заболевания, потребовавшая проведения интенсивной консервативной терапии, включая высокие дозы глюкокортикоидов, отмечена у 249 (25,5%) больных. Всем пациентам с тяжёлой формой ЯК с момента поступления больного в стационар назначали многокомпонентную терапию, включая глюкокортикоиды, обширную инфузионную программу, антибактериальную терапию, энтеральное и парентеральное питание, профилактику ДВС-синдрома, гемостатическую и седативную терапию.

У 112 пациентов потребовалось хирургическое вмешательство. Эта группа составила 44,9% из числа больных с тяжёлой формой и 11,5% — среди всех госпитализированных с ЯК. Возраст пациентов колебался от 16 до 69 лет, средний возраст составил $(36,5 \pm 14,2)$ года, мужчин было — 67 (59,8%), женщин — 45 (40,2%). Показанием к хирургическому лечению явились осложнение ЯК и резистентность к консервативному лечению.

Осложнения ЯК были выявлены у 26 (2,7%) больных: кишечное кровотечение (15 больных), токсическая дилатация ободочной кишки (6 пациентов) и перфорации толстой кишки (5 случаев). Эти пациенты были оперированы в 1-е сутки от момента поступления в стационар. Поскольку хирургическому лечению осложнений ЯК посвящены множество публикаций, мы сочли возможным подробно на них не останавливаться, сосредоточив внимание читателей на нашем опыте лечения резистентных форм ЯК.

Констатация неэффективности консервативной терапии проводилась совместно с гастроэнтерологами на основании оценки клинических и лабораторных показателей при проведении комплексного адекватного медикаментозного лечения (табл. 1).

Перечисленные параметры (кроме эндоскопии) определялись ежедневно. Отсутствие положительной динамики в течение 7–10 дней расценивалось как резистентность ЯК к проводимой терапии.

Клиническая картина резистентного ЯК выявлена у 65 больных, мужчин было 31 (47,7%), женщин — 34 (52,3%), возраст — от 16 до 68 лет. Средний возраст — $(38,2 \pm 1,9)$ года.

Таблица 1

Критерии неэффективности консервативной терапии при тяжёлой форме ЯК

Симптомы	Показатели
Наличие болей в животе — любая выраженность	
Объем каловых масс	>800 мл/сут
Суточная кровопотеря	>100 мл
Анемия	<100 г/л
Температура тела	>37,5 °C
ЧСС	>100 в 1 мин
СОЭ	>30 мм/ч
Нейтрофильная реакция:	
количество нейтрофилов	>10 000
палочкоядерный сдвиг	>8
токсическая зернистость	++
Альбумин плазмы	<30 г/л
Потеря массы тела	Более 10%
Пневматоз толстой кишки (по клиническим и рентгенологическим данным)	
Данные эндоскопии — умеренная или выраженная активность воспаления, крупные язвы слизистой оболочки, наличие некротических налетов, микроабсцессы, контактная и спонтанная кровоточивость — тяжёлая, фульминантная форма	

Диарея была самым частым симптомом у всех пациентов с резистентным ЯК. Объем каловых масс составлял от 400 до 1100 мл [в среднем (686±54,6) мл].

Жалобы на боли в животе предъявляли 63 пациента. Интенсивность болей, несмотря на проводимое лечение, увеличивалась и становилась основным поводом для проведения хирургического вмешательства. Уровень гемоглобина на момент операции составил в этой группе больных в среднем (89,7±4,2) г/л. Уровень альбумина сыворотки был также ниже нормальных показателей и составил в среднем (31,6±0,9) г/л.

Повышение температуры тела отмечали 54 (83,1%) пациента, при этом повышение температуры тела выше 38,0 °C отмечено в 39 (60,0%) наблюдениях.



Пациент Б., 23 лет. Диагноз: тяжёлая гормонорезистентная форма ЯК. Анамнез заболевания — 6 мес. Операция на 2-й день от момента поступления в стационар.

Тяжелое общее состояние больных сопровождалось общей выраженной слабостью — у 58 (89,2%) пациентов, большинство из них отметили снижение массы тела более 10% — 61 (93,8%) человек (рисунок).

У всех больных с резистентной формой ЯК обнаружены эндоскопические признаки выраженной или фульминантной формы язвенного поражения толстой кишки (табл. 2).

Таблица 2

Эндоскопические симптомы резистентного язвенного колита

Эндоскопические симптомы, обнаруженные при осмотре слизистой оболочки толстой кишки	Частота встречаемости (n=65)
Язвенные дефекты	65 (100%)
Отсутствие сосудистого рисунка	65 (100%)
Контактная кровоточивость	57 (87,7%)
Налет фибрина, гнойное отделяемое	51 (78,5%)
Криптабсцессы	37 (56,9%)
Спонтанная кровоточивость	14 (21,5%)
Обширные язвенные поля, участки отёчной слизистой оболочки	7 (10,8%)

У 21 больного (18,7% из числа оперированных) (6 мужчин и 15 женщин в возрасте от 23 до 65 лет, средний возраст — 47,4±5,3 года) выявлена иная форма резистентности — **гормональная зависимость**, когда при снижении дозы гормонов, а тем более при их отмене наступало обострение ЯК с угрозой развития осложнений [8].

Эта группа больных отличалась длительным течением заболевания — от 1 года до 23 лет, в среднем (9,5±5,6) года, а продолжительность непрерывной гормональной терапии составляла от 6 мес до 5 лет, в среднем 2,4 года до поступления в ГНЦК. На фоне длительной гормональной терапии, как пра-

вило, развивались тяжелые осложнения самой гормональной терапии: задержка роста и физиологического развития — в 5 наблюдениях, остеопороз — у 11 пациентов, синдром Иценко–Кушинга — у 15 больных, психоневрологические нарушения (повышенная возбудимость и эмоциональная лабильность, нарушение сна) — в 17 случаях. Эти осложнения встречались в различных сочетаниях у 21 пациента с гормональной зависимостью.

Ни в одном из наблюдений, в отличие от группы с гормональной резистентностью, общее состояние пациентов не было расценено как тяжёлое (удовлетворительное — в 9 наблюдениях, средней тяжести — у 12 больных). В клинической картине преобладали симптомы осложнений гормональной терапии.

Распространённость воспалительных изменений в толстой кишке при резистентных формах ЯК представлена в табл. 3.

Таблица 3

Распространённость воспаления при язвенном колите в толстой кишке

Группы больных	Распространённость поражения (%)		Всего (%)
	Левосторонняя	Тотальная	
Гормонально-резистентная форма	7 (10,8)	58 (89,2)	65 (100)
Гормонально-зависимая форма	3 (14,3)	18 (85,7)	21 (100)

Результаты и обсуждение. У больных с осложнениями ЯК были использованы два варианта операций: I — **операция с сохранением прямой кишки** — (субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео- и коло-стом) выполнена у 21 больного с перфорацией и дилатацией ободочной кишки, а также при кишечном кровотечении с источником в пораженных левых отделах ободочной кишки. Использование данного варианта хирургической тактики было обусловлено: выраженными метаболическими нарушениями; высоким риском расширения объёма операции; отсутствием тяжёлого язвенного процесса в прямой кишке; возможностью в последующем восстановления анальной дефекации с помощью формирования илеоректального анастомоза с ликвидацией илеостомы; II — **операция с одномоментным удалением прямой кишки** — колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки с одноствольной илеостомой по Бруку, выполнена у 5 больных с кишечным кровотечением. Данный вариант хирургической тактики был обусловлен продолжающимся кровотечением из прямой кишки.

Во время хирургических вмешательств по поводу резистентных форм ЯК (как и при операциях по поводу осложнений ЯК), выполнялись следующие правила:

- соблюдение принципа некасания кишки, все манипуляции проводились в стороне от стенки кишки;
- лигирование магистральных сосудов выполнялось непосредственно перед удалением кишки;
- тщательная фиксация выводимых илео- и сигмостомы;
- тщательный гемостаз на всех этапах операции;
- обязательное дренирование брюшной полости.

Использование ультразвукового скальпеля или аппарата «Liga Sure» значительно облегчало выполнение этих условий. Большая роль в успехе оперативного вмешательства у этих больных принадлежит адекватному реанимационно-анестезиологическому обеспечению [5].

При интраоперационной ревизии у всех больных были отмечены воспалительные изменения в ободочной кишке (истончение стенки кишки, гиперемия серозного покрова, исчезновение гаустр). У 62 (95,3%) больных в брюшной полости обнаружили экссудат, который в 7 (10,7%) случаях оказался инфицированным.

С учётом клинической картины тяжелой формы ЯК и данных интраоперационной ревизии, мы отдавали предпочтение субтотальной резекции ободочной кишки с формированием илеостомы по Бруку и одноствольной сигмостомы, выполненной у 52 (80,0%) из 65 больных с резистентной формой ЯК.

Ограниченная резекция толстой кишки позволяет уменьшить продолжительность операции в среднем до $(185 \pm 11,5)$ мин ($p < 0,05$), снизить интраоперационную кровопотерю до $(140 \pm 23,4)$ мл, а также травматичность операции, что, с нашей точки зрения, имеет решающее значение у пациентов с выраженными метаболическими нарушениями, интоксикацией и анемией.

Выполнение этого вмешательства позволяет удалить не менее $2/3$ очага воспаления в толстой кишке и в послеоперационном периоде постепенно отказаться от системного применения гормональных препаратов и добиться стабилизации состояния пациента. Сохранение прямой кишки и анатомических взаимоотношений органов малого таза позволяет после нормализации общего состояния больного применить более широкий арсенал реконструктивных вмешательств. При регрессии воспалительного процесса в нижеампулярном отделе прямой кишки возможно формирование тонкокишечного резервуара с илеоректальным анастомозом.

Тотальное удаление толстой кишки [колэктомия с брюшно-анальной резекцией (БАР) прямой кишки] с формированием постоянной

Таблица 4

Виды оперативных вмешательств, выполненных на первом этапе хирургического лечения у больных с гормонально-резистентной и гормонально-зависимой формой ЯК

Виды операций	Группы больных	
	Резистентная форма (%)	Гормонально-зависимая форма (%)
Субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео- и сигмостом (n=59)	53 (81,5)	6 (28,6)
Колэктомия+БАР прямой кишки, илеостомия по Бруку (n ₁ =21)	10 (15,4)	11 (52,4)
Колпроктэктомия с одномоментным формированием J-образного тонкокишечного резервуара, наданального илеоректального анастомоза, илеостомия по Торнболлу (n ₂ =6)	2 (3,1)	4 (19,0)
Всего	65 (100)	21 (100)

илеостомы по Бруку выполнена одномоментно у 10 пациентов. Показаниями к этому вмешательству являлась невозможность сохранения прямой кишки в связи с выраженным воспалительным процессом (табл. 4).

У больных с гормонально-зависимой формой ЯК колпроктэктомия с илеостомией применялась относительно чаще субтотальной резекции ободочной кишки, что было обусловлено наличием грубых анатомических изменений в прямой кишке (псевдополипоз, стриктуры, дисплазия).

Произвести одномоментное удаление толстой кишки в сочетании с реконструктивно-пластическим этапом было возможно только при относительно сохранном состоянии больных: минимальных проявлениях диспротеинемии и анемии, отсутствии истощения пациентов. За указанный период колпроктэктомия с формированием резервуарного илеоректального анастомоза выполнена у 6 больных с резистентной формой ЯК.

Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 11 больных (12,8%). Количество осложнений в послеоперационном периоде было больше в группе пациентов с гормонально-зависимым течением ЯК — 28,6% по сравнению с 7,7% среди пациентов с гормонально-резистентной

формой заболевания (p<0,05), что связано длительным применением гормональной терапии [8] (табл. 5).

Умерли в ближайшем послеоперационном периоде 2 (2,3%) больных. В обоих случаях причиной смерти явилась массивная тромбоэмболия лёгочной артерии, развившаяся несмотря на проведение профилактики прямыми антикоагулянтами.

Нормализация гомеостаза в послеоперационном периоде у больных с тяжёлой формой ЯК требует проведения интенсивной терапии не менее 21 дня, а специфическое лечение в амбулаторных условиях должно продолжаться не менее 2–3 мес [4, 5].

Отдаленные результаты были прослежены у 79 (91,9%) больных из 86 оперированных пациентов. После хирургического вмешательства в объёме субтотальной резекции ободочной кишки отдалённые результаты прослежены у 51 (86,4%) из 59 больных. Всем этим пациентам с момента операции проводится многокомпонентная терапия отключённых отделов толстой кишки. Последняя заключалась в местном применении различных лекарственных форм (санация через сигмостому и через задний проход отварами трав и антисеп-

Таблица 5

Осложнения ближайшего послеоперационного периода у пациентов, оперированных по поводу резистентных форм ЯК (n=86)

Характер осложнений	Форма		Итого (n ₂ =86) (%)
	Резистентная (n=65)	Стероидозависимая (n ₁ =21)	
Нагноение лапаротомной раны	2	1	3 (3,5)
Ретракция отключённой кишки	1	1	2 (2,3)
Пневмония	–	1	1 (1,2)
ДВС-синдром	1	1	2 (2,3)
ТЭЛА	1	1	2 (2,3)
Илеофemorальный тромбоз	–	1	1 (1,2)
Всего больных с осложнениями	5 (7,7%)	6 (28,6%)	11 (12,8)

тиками, свечи (преднизолон 10 мг, метронидазол 250 мг); микроклизмы (преднизолон 30 мг, гидрокортизон 125 мг, метрогил 500 мг).

Удаление оставшихся отключённых отделов толстой кишки по причине продолжающегося воспаления было выполнено у 25 (29,4%) больных. В 26 (30,1%) наблюдениях результаты лечения проктита расценены как удовлетворительные, что позволило выполнить II этапом реконструктивно-пластические операции — формирование илеоректального анастомоза.

Выводы. 1. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения кроются в отсутствие преемственности, четкого взаимодействия гастроэнтерологов и хирургов при лечении больных с ЯК и в неадекватности хирургической тактики. Промедление с переходом от консервативного к хирургическому лечению, недооценка тяжести состояния больных и бесперспективности дальнейшей медикаментозной терапии при ЯК ухудшают прогноз хирургического лечения.

2. Резистентность ЯК к медикаментозному лечению следует определять совместно гастроэнтерологам и колопроктологам, с помощью комплексной оценки приводимых выше показателей при динамическом наблюдении. Стабилизация тяжёлого состояния в течение 7–10 дней является показанием для хирургического вмешательства, при ухудшении состояния больных операцию нужно делать без промедления.

3. Хирургическое лечение при тяжёлой гормонально-резистентной форме ЯК на I этапе должно преследовать одну, главную цель — спасение жизни больного за счёт использования наиболее щадящих методов операции. Такой операцией является субтотальная резекция ободочной кишки с илео- и сигмостомами, актуальность которой, как показал опыт ГНЦ колопроктологии, не уменьшилась, несмотря на разработку и использование первично-пластических операций с созданием илеорезервуаров.

4. Выполнение первичных пластических операций у больных с ЯК возможно, если больные для хирургического лечения будут передаваться в специализированные отделения без выраженных метаболических расстройств и без предшествующей длительной бесконтрольной гормонотерапии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит.—М.: Гэотар-Мед, 2001.
2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона.—Тверь: Триада, 2002.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии.—М.: МИА, 2006.

4. Костенко Н.В. Хирургическое лечение осложнённых и резистентных форм язвенного колита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Астрахань, 2009.—44 с.
5. Хачатурова Э.А., Ерошкина Т.Д., Блинова О.В. и др. Коррекция нарушений метаболизма в раннем послеоперационном периоде при тяжёлых формах неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатол., колопроктологии.—2003.—№ 4.—С. 63–68.
6. Benazzato L., D'Inca R., Grigoletto F. et al. Prognosis of severe attacks in ulcerative colitis: effect of intensive medical treatment // Dig Liver Dis.—2004.—Vol. 36.—P. 461–466.
7. Collins P., Rhodes J. Ulcerative colitis: diagnosis and management // BMJ.—2006.—Vol. 333, № 7563.—P. 340–343.
8. European-evidence-based consensus on the management of ulcerative colitis: Current management // J. Crohns & Colitis.—2008.—№ 2.
9. Ho G.T., Mowat C., Goddard C.J. et al. Predicting the outcome of severe ulcerative colitis: development of a novel risk score to aid early selection of patients for second-line medical therapy or surgery // Aliment. Pharmacol. Ther.—2004.—Vol. 19.—P. 1079–1087.
10. Loftus E.V.Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences // Gastroenterology.—2004.—Vol. 126, № 6.—P. 1504–1517.
11. Sujoy Pal, Peush Sahnai, Girish K. Pande et al. Chattopadhyay, Outcome following emergency surgery for refractory severe ulcerative colitis in a tertiary care centre in India // BMC Gastroenterology.—2005.—Vol. 5.—P. 39–45.
12. Travis S.P.L., Farrant J.M., Ricketts C. et al. Predicting outcome in severe ulcerative colitis // Gut.—1996.—Vol. 38.—P. 905–910.
13. Truelove S.C., Witts L.J. Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial // Br. Med. J.—1955.—Vol. ii.—P. 1041–1048.
14. Turner D., Walsh C., Steinhart A.H., Griffiths A.M. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression // Clin. Gastroenterol. Hepatol.—2007.—№ 5.—P. 103–110.

Поступила в редакцию 07.12.2009 г.

G.I.Vorobjov, K.V.Bolikhov, T.L.Mikhajlova,
N.V.Kostenko, V.V.Veselov, E.A.Khachaturova

IS SUBTOTAL RESECTION OF THE COLON ACTUAL FOR ULCERATIVE COLITIS IN THE CENTURY OF ILEAL RESERVOIR?

The authors describe results of surgical treatment of 112 patients operated for a severe resistant form of ulcerative colitis (UC). In 26 (23.2%) of observations the operations were performed for complications, in 65 (58%) — for hormone-resistant, and in 21 (18.8%) — for hormone-dependent forms of UC. In 80 (71.4%) cases subtotal resection of the colon with ileo- and sigmoidostomies was fulfilled, in 26 (23.2%) a single stage ablation of all large intestine was fulfilled with the formation of permanent ileostomy and in 5 (5.4%) of observations the first step was finished with the formation of a reconstructive-plastic reservoir anastomosis. The number of complications in the nearest postoperative period was in 12.8% of patients, lethality was 2.3%. The development of a strict strategy of treatment for severe forms of the disease including the present-day using conservative and surgical methods of treatment depending on the individual character of each patient with UC made it possible to minimize the number of postoperative complications and decrease lethality and also to restore anal defecation with good functional results in 30.1% of operated patients.