

**А. А. ЗАХАРЧЕНКО, Ю. С. ВИННИК, А. Э. ШТОППЕЛЬ, М. Н. КУЗНЕЦОВ,
Л. В. КОЧЕТОВА, Е. С. ВАСИЛЕНЯ, Ю. А. НАЗАРЬЯНЦ,
Р. А. ПАХОМОВА, А. Б. КУЛИКОВА**

КРИТЕРИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Кафедра общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Тел. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

Наблюдали 146 больных язвенным колитом. Хирургическое лечение проведено 60 (41,1%) пациентам. Всем пациентам до операции определены критерии, обуславливающие особенности оперативного лечения. С учетом полученных данных выбран оптимальный вариант реконструктивно-восстановительного этапа: формирования J- или S-резервуара.

Ключевые слова: язвенный колит, критерии терапии, хирургическое лечение.

**A. A. ZACHARCHENKO, Y. S. VINNIK, A. E. SHTOPPEL, M. N. KUZNETSOV,
L. V. KOCHETOVA, Ye. S. VASILENY, Yu. A. NAZARYANC,
R. A. PAHOMOVA, A. B. KULIKOVA**

THE CRITERIA SURGERY TREATMENT ULCERATIVE COLITIS

*Department of general surgery Krasnoyarsk state medical university named by prof. V. F. Voyno-Jaseneckiy,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Geleznyak str., 1.
Tel. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

Observed 146 patients with ulcerative colitis. Surgical treatment was performed in 60 (41,1%) patients. All patients prior to surgery the criteria causing particular surgery. In view of the data selected the best option of reconstructive and restorative stages – forming J- or S-pouch.

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

Введение

Язвенный колит (ЯК) относится к группе тяжелых воспалительно-деструктивных заболеваний, поражающих слизистую оболочку толстой кишки со специфической гистологической картиной. У большинства больных язвенный колит поддается медикаментозной коррекции [1, 6]. Препаратами выбора при тяжелой форме ЯК остаются глюкокортикоиды, высокие дозировки которых у 2/3 больных позволяют достичь клинической и эндоскопической ремиссии. Однако у 20–30% пациентов развивается резистентность к гормональной терапии, что требует хирургического лечения по срочным показаниям [5]. Еще у 10% больных возникает феномен гормональной зависимости. Таким образом, 30% больных ЯК требуют хирургического лечения, а 70% из них оперируются в связи с неэффективностью консервативной терапии [2, 3].

Продление консервативной терапии на фоне отрицательного клинического прогноза болезни, недооценка тяжести состояния больного ухудшают результаты хирургического лечения и возможности дальнейшей реабилитации. В этом случае выздоровление больного в большинстве случаев сопряжено с необходимостью пожизненной илеостомии, инвалидностью, неадекватной социальной реабилитацией [1, 3].

Таким образом, неэффективность адекватной консервативной терапии должна быть распознана в раннем периоде лечения, ухудшение состояния больного

при проводимом терапевтическом лечении должно рассматриваться как показание для операции [2, 4]. В связи с этим хирургия язвенного колита на современном этапе из «экстренной» постепенно переходит в разряд «срочной». В этом случае увеличивается группа пациентов, которым показания к операции устанавливаются еще до развития осложнений [2].

Все перечисленные проблемы диктуют необходимость совершенствования лечебной тактики при тяжелых резистентных и гормонозависимых формах язвенного колита, а также поиска факторов прогноза необходимости операции.

Методика исследования

За период 2005–2012 гг. в университетском центре колопроктологии находилось на лечении 149 больных язвенным колитом. Консервативная терапия, включающая препараты 5-ASA (Mesalazine, Sulfasalazine), кортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон), иммунодепрессанты (AZA/6-MP) у 60 (41,3%) больных была неэффективной, они оперированы в течение 2 недель с момента поступления, по срочным показаниям.

Для оценки тяжести состояния больных дополнительно с общепринятой оценкой по Schroeder и индексу Mayo изучали показатели эндотоксикоза: уровень гемоглобина, лейкоцитоз, показатели СОЭ, ЛИИ, молекулы средней массы (МСМ), общий белок крови, билирубин и мочевины) при поступлении больных в стационар и на 7-е и 14-е сутки лечения.

Результаты исследования

У пациентов с положительной динамикой воспалительного процесса на фоне консервативной терапии исследуемые показатели представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, у пациентов этой группы на фоне проводимой интенсивной терапии все показатели эндотоксикоза уже к 7-му дню лечения имели

полнению отсроченного оперативного вмешательства до развития жизнеопасных осложнений заболевания (табл. 3).

Как видно из таблицы 3, значения выбранных критериев (всего 10) были разделены на 2 группы. В каждой группе отдельный критерий, в зависимости от его динамики на фоне интенсивной терапии, оценивался либо

Таблица 1

Динамика показателей эндотоксикоза при эффективности консервативной терапии (n=89)

Показатели эндотоксикоза	Сутки		
	1-е	7-е	14-е
Температура тела (° C)	38,2±0,6	37,5±0,2 p<0,05	37,1±0,2 p<0,05
Гемоглобин (г/л)	94,2±16,3	107,3±10,1 p<0,05	108,2±9,5 p<0,05
Лейкоциты (x10 ⁹ /л)	13,5±2,5	11,65±1,7 p>0,05	9,45±0,3 p<0,05
СОЭ (мм/час)	35,6±5,3	33,1±4,4 p>0,05	32,2±1,9 p>0,05
ЛИИ (ед.)	2,51±0,15	2,29±0,05 p>0,05	1,92±0,02 p<0,05
MCM (y. e.)	0,328±0,04	0,292±0,06 p<0,05	0,258±0,03 p<0,05
Общий белок (г/л)	54,4±4,5	58,4±2,6 p>0,05	60,4±1,7 p>0,05
Билирубин (ммоль/л)	29,78±2,1	26,64±1,8 p>0,05	24,68±1,5 p>0,05
Мочевина (ммоль/л)	11,72±0,8	9,52±0,6 p>0,05	7,82±0,3 p<0,05

Примечание: p – достоверность к исходным показателям до начала интенсивной терапии.

заметную тенденцию к улучшению. К четырнадцатым суткам у больных регистрировалась стойкая положительная динамика по всем показателям эндотоксикоза по отношению к исходным параметрам.

Динамика показателей эндотоксикоза у больных при неэффективной консервативной терапии представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 1, один положительной тенденции в динамике показателей эндотоксикоза у больных с тяжелыми и резистентными формами ЯК в течение 2 недель наблюдения не отмечено и изменения всех изученных показателей были недостоверными к исходному уровню.

В клинической картине у больных стабилизации индекса массы тела не наблюдалось, боли в животе сохранялись, частота стула уменьшилась не более чем на 25% от исходных показателей, тахикардия сохранялась на прежнем уровне, сохранялась 3-я степень эндоскопической активности проктита.

Анализ клинической картины язвенного колита и динамики эндотоксикоза у больных с тяжелыми формами язвенного колита, резистентными к медикаментозной терапии нами разработана оригинальная шкала критериев определения неэффективности лечения, по которым определяли показания к своевременному вы-

в 1, либо в 2 балла. Границы колебания совокупности критериев в группах составили от 10 до 20 баллов.

При этом не только отсутствие положительной динамики на фоне комплексного интенсивного лечения, но и ухудшение по совокупности критериев в течение 14 дней расценивалось как резистентность к проводимой терапии. Это являлось показанием к отсроченному оперативному лечению.

При подсчете величины индекса тяжести ЯК отмечено, что при поступлении в стационар (1-й день наблюдения) у пациентов с неэффективной консервативной терапией он колебался от 16 до 20 и составил в среднем 18,5±1,5 балла. Через 7 дней на фоне адекватной интенсивной терапии симптоматика тяжелой атаки ЯК существенно не изменялась, а величина индекса варьировала от 13 до 18 баллов (в среднем 15,9±0,5).

К 14-м суткам произошло некоторое увеличение индекса по сравнению с его предыдущим показателем (7-й день), что свидетельствовало о сохранении воспалительного процесса в толстой кишке и тяжелых метаболических нарушениях, которые очень плохо корректировались проводимой интенсивной терапией. Величина индекса колебалась от 15 до 18 баллов с тенденцией к росту: средний показатель – 16,6±0,7 балла.

Динамика показателей эндотоксикоза при неэффективности консервативной терапии (n=60)

Показатели эндотоксикоза	Сутки		
	1-е	7-е	14-е
Температура тела (° C)	38,1±0,4	37,9±0,2 p>0,05	37,8±0,2 p>0,05
Гемоглобин (г/л)	96,1±14,5	96,5±11,2 p>0,05	96,3±10,1 p>0,05
Лейкоциты (x10 ⁹ /л)	12,7±1,9	10,95±1,5 p>0,05	10,75±1,6 p>0,05
СОЭ (мм/час)	34,8±4,9	34,4±4,1 p>0,05	33,9±3,9 p>0,05
ЛИИ (ед.)	2,54±0,12	2,31±0,07 p>0,05	2,37±0,04 p>0,05
МСМ (у. е.)	0,324±0,02	0,302±0,04 p>0,05	0,311±0,08 p>0,05
Общий белок (г/л)	56,4±4,9	57,7±2,2 p>0,05	57,8±2,3 p>0,05
Билирубин (ммоль/л)	28,48±1,8	26,54±1,9 p>0,05	25,74±1,7 p>0,05
Мочевина (ммоль/л)	11,85±0,7	9,92±0,8 p>0,05	10,98±0,7 p>0,05

Примечание: p – достоверность к исходным показателям до начала интенсивной терапии.

Таблица 3

Критерии неэффективности интенсивной терапии при тяжелой атаке язвенного колита

Критерии	Исходные показатели	1 балл (положительная динамика)	2 балла (отрицательная динамика)
Индекс массы тела	Дефицит до 20%	Стабилизация	Прогрессирование
Боли в животе	Умеренные	Купировались	Сохраняются
Сокращение частоты стула	6 раз/сутки и более	До 50%	До 25%
Сокращение частоты сердечных сокращений	90 ударов/мин и более	На 20%	На 10% и менее
Снижение температура тела (° C)	38° C	На 1° C и более	На 0,5° C и менее
Повышение уровня гемоглобина	80–110 г/л	На 10% и более	На 5% и менее
Снижение уровня ЛИИ	2,54 ед. и выше	На 25% и более	На 10% и менее
Снижение уровня МСМ	0,324 у. е. и выше	На 20% и более	На 5% и менее
Снижение уровня мочевины	11,7 ммоль/л и выше	На 30% и более	На 10% и менее
Степень активности по эндоскопической активности	3-я степень активности	Уменьшение активности до 2-й степени	Сохраняется 3-я степень активности

Приводим клиническое наблюдение, основанное на практическом использовании разработанных критериев неэффективности консервативной терапии.

Больная С., 25 лет, № истории болезни 1034, поступила в центр 12.03.07 г. с диагнозом: язвенный колит, непрерывное течение, тотальное поражение толстой кишки, обострение тяжелой степени, активность 3, гормонозависимость.

Язвенным колитом страдает в течение двух лет. Течение заболевания – непрерывное с прогрессированием. В последние 12 месяцев постоянно принимает таблетированный преднизолон (40 мг/сутки). Уменьшение дозы глюкокортикостероидов приводит к выраженному обострению процесса. Консервативная терапия последнего обострения в отделении гастроэнтерологии с применением салофалька (4 г/сутки, per os), микроклизм с салофальком (2 г/сутки) и преднизолона

(60 мг/сутки) – без клинического эффекта. Больная переведена в университетский центр колопроктологии. На момент поступления: частота стула 10–12 раз/сутки, кал жидкий со значительной примесью крови и слизи, температура тела в пределах 38,2–38,5° С, тахикардия до 90–94 уд/мин, боли в животе умеренной интенсивности, дефицит массы тела до 25%, выраженные явления эндотоксикоза. Индекс тяжести (ИТ) настоящего обострения – 19 баллов.

Эндоскопическая картина: множественные эрозии и язвы (тотально), покрытые фибрином, выраженное контактное кровотечение (активность). Микроскопически: выраженные воспалительные изменения в слизистом и подслизистом слоях, деформация крипт, крипт-абсцессы, очаги некроза, выраженное полнокровие сосудов, обильная инфильтрация стенки кишки полиморфно-ядерными лейкоцитами – деструктивная форма.

Назначена комплексная интенсивная терапия, на фоне которой к 7-м суткам наблюдения состояние больной несколько улучшилось, оставалось стабильно тяжелым, ИТ снизился до 17 баллов. Эндоскопически отмечалась слабая положительная динамика: уменьшение количества язв и эрозий, наложений фибрина, контактного кровотечения. К 14-м суткам на фоне интенсивной консервативной терапии явного клинического улучшения не наступило, сохранялись явления эндотоксикоза, ИТ – 18 баллов. При слабой положительной динамике эндоскопической картины (аналогичной 7-му дню наблюдения) морфологические воспалительные изменения сохранялись: выраженная воспалительная инфильтрация и язвы до подслизистой основы, полнокровие сосудов, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами всех слоев кишечной стенки, крипт-абсцессы.

Исходя из клинко-морфологических данных с учетом разработанных критериев неэффективности консервативной терапии, пациентка оперирована на 15-е сутки по отсроченным показаниям. Выполнена операция: лапаротомия, колэктомия, илеостомия по Бруку. Больная выписана на 14-е сутки после операции. Через 4 месяца ИТ заболевания – 13 баллов. Больной

выполнена отсроченная хирургическая реабилитация: снятие илеостомы Брука, проктэктомия, формирование илеоанального резервуара S-типа, превентивная илеостомия по Торнболлу. Илеостома Торнболла закрыта через 1,5 месяца. В настоящее время больная социально реабилитирована, работает служащей государственного учреждения, кратность дефекаций – 2–3 раза/сутки, качество жизни удовлетворительное.

Таким образом, использование в клинической практике разработанных критериев неэффективности интенсивной консервативной терапии позволяет объективно и своевременно определить показания к хирургическому лечению при резистентных формах язвенного колита. Сохранение суммы баллов через 2 недели после начала адекватной терапии служит поводом для констатации резистентной формы ЯК, неэффективности и дальнейшей бесперспективности консервативного лечения, необходимости оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Михайлова Т. Л., Костенко Н. В. Достижимы ли удовлетворительные результаты в хирургическом лечении язвенного колита? // Колопроктология. – 2006. – № 2 (16). – С. 34–43.
2. Кузнецов М. Н. Показания к хирургическому лечению при резистентных формах язвенного колита / М. Н. Кузнецов, А. А. Захарченко, Ю. С. Винник, А. Э. Штоппель, А. В. Попов // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ. – Одесса: Видавничий центр Імідж України, 2001. – С. 27–28.
3. Халиф И. Л., Лоранская И. Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.
4. Dozois R. R., Kelly K. A. The surgical management of ulcerative colitis. In: Inflammatory bowel disease (ed. by J. B. Kirshner) // Fifth edition. – Saunders, 2000. – P. 626–657.
5. Williams N. An alternative to ileostomy // Ostomy International. – 1996. – Vol. 18. № 2. – P. 10–12.
6. Colorectal surgery 3rd edition / Ed. R. K. S. Phillips. – London: Elsevier limited, 2005. – 348 p.

Поступила 20.02.2013

В. В. ЗОРИК, В. И. ШАПОШНИКОВ, И. Г. ПРОСКУРЯКОВ, С. А. ЗОРИН

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +79184647857

Наблюдали 103 больных сахарным диабетом с различными заболеваниями органов брюшной полости. Метод цитохимического определения активности щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов позволяет объективно оценивать и анализировать динамику изменений, происходящих у хирургических больных с сопутствующим сахарным диабетом.

Анализ показал, что применение сукцината натрия совместно с активаторами сукцинадерогеназы у больных сахарным диабетом, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, позволяет снизить число осложнений в области операционной раны с 22,1% до 8,6%.

Ключевые слова: острые заболевания брюшной полости, сахарный диабет, сукцинат натрия, щелочная фосфатаза.

V. V. ZORIK, V. I. SHAPOSHNIKOV, I. G. PROSKURYAKOV, S. A. ZORIN

TREATMENT OF ACUTE DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH DIABETES MELITUS

Department of hospital surgery of the Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. +79184647857