

Язвенный колит: результаты первичных оперативных вмешательств

О. Ю. КАРПУХИН, Е. В. МОЖАНОВ, С. Н. КОЛОМЕНСКИЙ, Ю. В. АРЖАНОВ,
А. А. ГИЛЬМУТДИНОВ, Е. В. ЧЕРЕНКОВ, С. А. ЗАВОДЧИКОВ.

Казанский государственный медицинский университет.
Республиканская клиническая больница МЗ РТ

В начале XIX века язвенный колит (ЯК) не рассматривался в качестве отдельной нозологии и, естественно, речь не шла о его оперативном лечении. В самостоятельную нозологическую форму язвенный колит был выделен в 1888 г. Уайтом, а в 1913 г. на XIII съезде Российских хирургов А. С. Казаченко ввел термин «неспецифический язвенный колит» [2]. В отечественной литературе первое сообщение о хирургическом лечении язвенного колита принадлежит В. А. Оппелю, который в 1907 г. на заседании общества русских врачей сделал доклад на тему: «К вопросу о хирургическом лечении хронических язвенных колитов» [4]. В основном применяли цекостомию, аппендикостомию, а после работ Brook, Koch внедрили в практику резервуарную (удерживающую) илеостому [5]. К концу XX века арсенал оперативных вмешательств при ЯК существенно расширился, однако исходная тяжесть состояния больных, а также различные осложнения заболевания стали причиной большого количества неудовлетворительных результатов лечения [1]. Тем не менее, вопросу послеоперационных осложнений ЯК, особенно требующих релапаротомии в отечественной литературе, на наш взгляд, уделяется неоправданно мало внимания.

Проведен ретроспективный анализ 815 истории болезни 529 пациентов с язвенным колитом, находившихся на лечении в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ с 1983 по 2007 гг. Средний возраст составил 41,2 года, мужчин было 286 (54,1%), женщин — 243 (45,9%).

Из 529 пациентов первичным оперативным вмешательствам по поводу ЯК подвергнуто 88 (16,6%) больных, что согласуется с утверждением В. Д. Федорова, Г. И. Воробьева и В. Л. Ривкина (1994) о том, что хирургическое лечение требуется в 10-20% случаев ЯК [3]. Возраст оперированных колебался от 17 до 71 лет. Средний возраст составил 35,4 лет. Мужчин было — 41 (46,6%), женщин — 47 (53,4%). Оценку

тяжести состояния пациентов и протяженности поражения кишечника в предоперационном периоде проводили на основании результатов физикального обследования, общеклинических и биохимических анализов крови, рентгенологических (обзорная рентгенография органов брюшной полости, ирригоскопия), эндоскопических (ректороманоскопия, колоноскопия), ультразвуковых (сканирование толстой кишки через брюшную стенку конвексным датчиком, эндоректальное УЗИ) и морфологических методов исследования. Ирригоскопию и колоноскопию выполняли при отсутствии противопоказаний.

Все оперированные пациенты страдали тяжелой формой ЯК. Из числа больных, страдающих хроническим непрерывным течением заболевания, оперировано 53,8% пациентов, острым — 14,3%, хроническим рецидивирующим — 8,4%; страдающих тотальным поражением кишечника — 62,7%, субтотальным — 29,3%, левосторонним — 9%, дистальным — 0,5%.

Виды первичных оперативных вмешательств отражены в таблице 1.

В связи с тем, что взгляды на организацию медицинской помощи, а также лечебную тактику при ЯК за более чем двадцатилетний период претерпели эволюцию, анализируемый временной период условно разделен нами на следующие этапы:

1. Начальный (1983-1989 гг.): операции выполняются по неотложным показаниям, в основном у пациентов, доставленных по линии санавиации из районов РТ с угрозой развития осложнений или уже с развившимися хирургическими осложнениями заболевания. Количество паллиативных операций — 16,7%, послеоперационные осложнения первичных оперативных вмешательств — 55,6%, количество релапаротомий — 31,6%, летальность — 33,3%.

Таблица 1. Первичные оперативные вмешательства при неспецифическом язвенном колите

Виды оперативных вмешательств у больных ЯК		Кол-во, (%)	Осложнения	Релапаротомия	Количество умерших
Паллиативные	Двустольная илеостомия	2 (2,3%)	2	1	2
	Ушивание перфоративных отверстий толстой кишки + двустольная илеостомия	1 (1,1%)	1	0	1
Радикальные	Резекция сигмовидной кишки+десцендостомия	2 (2,3%)	1	1	0
	Левосторонняя гемиколэктомия + трансверзостомия	10 (11,4%)	6	4	3
	Субтотальная колэктомия + асцендостомия	20 (22,7%)	9	6	4
	Тотальная колэктомия + БАР прямой кишки	3 (3,4%)	1	0	0
	Тотальная колэктомия + илеостомия	47 (53,4%)	19	13	5
	Колпроктэктомия + илеостомия	3 (3,4%)	1	0	0
Всего	88 (100%)	40 (45,5%)	25 (28,4%)	15 (17,0%)	



2. Совершенствование организационных подходов и лечебной тактики (1990-1996 гг.): концентрация больных с тяжелым клиническим течением ЯК из сельских районов республики, Казани и других городов РТ, госпитализация пациентов, ранее лечившихся в клинике с рецидивом заболевания, отказ от паллиативных операций, начало выполнения отсроченных и плановых операций, первых восстановительных операций. Осложнения первичных оперативных вмешательств — 63,2%, количество релапаротомий — 57,1%, летальность — 19,0%.

3. Оптимизации методов диагностики и комплексного лечения больных ЯК (1997-2007 гг.): предложена комплексная программа диагностики ЯК. Сформулированы показания к экстренным, срочным, отсроченным и плановым операциям при ЯК. Разработана программа предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Послеоперационные осложнения — 30,9%, количество релапаротомий — 29,1%, летальность — 7,3%.

На основании анализа многолетнего опыта лечения больных ЯК нами сформулированы следующие показания к хирургическому лечению по поводу язвенного колита:

1. Показания к экстренным операциям:
 - перфорация кишки;
 - профузное толстокишечное кровотечение.
2. Показания к срочным операциям (в течение 6-24 часов с момента появления клинических признаков):
 - острая токсическая дилатация толстой кишки, не поддающаяся комплексному консервативному лечению;
 - толстокишечное кровотечение (более 300 мл/сут.), при безуспешности применения консервативных методов лечения.
3. Показания к отсроченным операциям (в течение 10-14 дней):
 - острые формы заболевания и остропротекающие рецидивы, при которых не удается добиться положительной динамики от применения комплексной интенсивной терапии с использованием гормонов на протяжении 10-14 дней;
 - рецидив воспалительного процесса в оставшихся после операции отделах толстой кишки с выраженными клиническими проявлениями, при безуспешности проводимой комплексной консервативной терапии;
 - тяжелая форма ЯК при явлениях трансформации (вовлечения в воспалительный процесс ранее непораженных отделов).
4. Показания к плановым операциям:
 - хроническое непрерывное течение заболевания с прогрессирующим, приводящее к инвалидизации больного;
 - хроническое рецидивирующее течение заболевания с частыми рецидивами и прогрессирующим процессом с каждым последующим рецидивом;
 - рак на фоне хронического воспалительного процесса;
 - активный воспалительный процесс в культе прямой кишки при безуспешности консервативной терапии в ходе подготовки к восстановительной операции.

Мы не являемся сторонниками выполнения паллиативных хирургических вмешательств при ЯК, так как они не устраняют источник интоксикации, при этом сохраняется вероятность развития опасных кишечных осложнений и вовлечения в воспалительный процесс ранее не пораженных отделов ободочной кишки. Наш первоначальный опыт использования таких операций следует признать неудовлетворительным.

По нашему мнению, оптимальным вариантом первичной операции при ЯК является тотальная колэктомия с илеостомией. Полное удаление ободочной кишки устраняет основной источник интоксикации и осложнений язвенного колита, улучшает состояние больного. Тем более что при макроско-

пическом исследовании резецированных препаратов толстой кишки выявлялись деструктивные изменения в ее стенке различной глубины вплоть до перфорации, а при морфологическом исследовании — множественные крипт-абсцессы в слизистой оболочке, лимфоидная инфильтрация и кровоизлияния в слизистой оболочке и в подслизистой основе кишки, в половине наблюдений — диффузный псевдополипоз.

Применение колпроктэктомии, тотальной колэктомии с одновременной брюшно-анальной резекцией прямой кишки, несмотря на наш положительный опыт, считаем неоправданным из-за высокой их травматичности, увеличивающей риск операции.

Таким образом, полное удаление пораженной толстой кишки или большей ее части устраняет основной источник интоксикации и местных осложнений, улучшает состояние больного. Однако удаление сегмента или всей ободочной кишки можно отнести к радикальным оперативным вмешательствам лишь отчасти, так как их выполнение предусматривает сохранение прямой кишки, патологический процесс в которой при ЯК носит, как правило, наиболее продолжительный и выраженный характер.

Как видно из таблицы № 1, радикальные оперативные вмешательства сохраняющие культю прямой кишки составили 94,6% от всех радикальных операций. На наш взгляд, удаление пораженной ободочной кишки с формированием культи прямой кишки легче переносится больными по сравнению с колпроктэктомией или в сочетании с брюшно-анальной резекцией прямой кишки. Кроме того, по нашим данным, в дальнейшем при успешной консервативной терапии, направленной на купирование воспаления в культе прямой кишки, предоставляется возможность наложения илеоректостомоза в 40,9% случаев с хорошими и удовлетворительными отдаленными результатами.

Как видно из таблицы 1, осложненное течение послеоперационного периода отмечено у 40 (45,5%) больных. При этом выполнение релапаротомии потребовалось у 25 (62,5%) из них. Таким образом, из 88 больных, подвергнутых первичным оперативным вмешательствам, релапаротомия выполнена у 28,4% пациентов: мужчин — 9 (36,0%), женщин — 16 (64,0%). Средний возраст составил 32,4 лет. У 9 из повторно оперированных больных сочетание, либо последовательное развитие нескольких осложнений на фоне крайне тяжелого исходного состояния пациентов, потребовало выполнения в раннем послеоперационном периоде от 2 до 5 операций.

В послеоперационном периоде у больных ЯК доминировали гнойно-воспалительные осложнения — 57,5% (табл. 2). Они были представлены вялотекущим перитонитом — 8, межкишечными и тазовыми абсцессами — 7, парастомальными нагноениями (гнойными затеками вокруг стомы и флегмоной брюшной стенки, в результате которых возникала угроза «погружения» стомы в брюшную полость) — 4, нагноением послеоперационной раны — 3, острым гнойным орхоэпидидимитом — 1 пациент. При этом релапаротомия была выполнена в 14 наблюдениях: по поводу вялотекущего перитонита (санация брюшной полости с назоинтестинальным дренированием (5 больных) и наложением лапаростомы (3)), межкишечных абсцессов (1) и тазовых абсцессов (1), гнойных осложнений со стороны илеостомы — (4). В 2 случаях абсцессы брюшной полости удалось дренировать под контролем УЗИ и выполнения релапаротомии не потребовалось.

Развитие ранней спаечной кишечной непроходимости потребовало выполнение релапаротомии у 5 (12,5%) пациентов.

ДВС-синдром имел место у 3 пациентов. У 2 из них он развился на фоне внутрибрюшинного кровотечения, что по-

требовало выполнения релапаротомии с целью гемостаза и санации брюшной полости. Тромбоэмболия легочной артерии осложнила послеоперационный период в 1 случае. Двухсторонняя пневмония осложнила течение послеоперационного периода у 4 (10,0%) больных. Подкожная эвентрация кишечника возникла у 4 (10,0%) пациентов и была разрешена посредством релапаротомии.

Таблица 2. Осложнения раннего послеоперационного периода при ЯК

Виды оперативных вмешательств у больных ЯК	Гнойно-воспалительные	Ранняя спаечная непроходимость	Тромбогеморрагические	Бронхолегочные	Эвентрация
Колпроктэктомия	0	0	0	0	0
Тотальная колэктомия	12	4	2	1	1
Тотальная колэктомия + БАР прямой кишки	1	0	0	0	0
Субтотальная колэктомия + асцендостомия	5	1	1	1	1
Левосторонняя гемиколэктомия + трансверзостомия	2	0	1	1	2
Резекция сигмовидной кишки + десцендостомия	1	0	0	0	0
Двустольная илеостомия	1	0	0	1	0
Ушивание перфоративных отверстий толстой кишки + двустольная илеостомия	1	0	0	0	0
Всего	23 (57,5%)	5 (12,5%)	4 (10%)	4 (10%)	4 (10%)

Наибольшее количество осложнений, потребовавших повторных оперативных вмешательств, возникло в группе больных, оперированных по экстренным и срочным показаниям в связи с развитием осложненных форм заболевания (табл. 3).

Из 529 больных с ЯК, находившихся на лечении в отделении колопроктологии за период с 1983 по 2007 гг., умерли 16 (3,0%) пациентов. Один пациент, получавший консервативное лечение по поводу хронической, непрерывно прогрессирующей формы ЯК (субтотального поражения), умер в результате острой печеночно-почечной недостаточности, развившейся на фоне цирроза печени. Летальный исход у остальных 15 больных наступил в послеоперационном периоде. При этом послеоперационная летальность при первичных оперативных вмешательствах составила 17,0%: мужчин — 8, женщин — 7 (средний возраст 39,8 лет). Двое из умерших пациентов были оперированы по поводу токсического мегаколона, 4 — множественных перфораций толстой кишки, 2 — профузного толстокишечного кровотечения. Оставшиеся 7 больных были оперированы по поводу острой формы заболевания (3) и остро протекающих рецидивов (4), при которых не удалось добиться эффекта от применения комплексной интенсивной терапии продолжительностью от 12 до 36 дней (в среднем — 21,7 дней). Необходимо отметить, что 8 летальных исходов пришлось на период, предшествующий внедрению стероидных гормонов в комплексную терапию острых форм болезни и тяжелых рецидивов.

В группе больных, подвергнутых релапаротомии, умерло 5 пациентов (20,0%). Во всех наблюдениях показанием к повторным операциям стали гнойно-воспалительные осложнения: продолжающийся перитонит (2) и абсцессы брюшной полости (3).

Из умерших лишь один пациент был доставлен в отделение колопроктологии по линии санавиации на коротком сроке с момента начала заболевания. Остальные пациенты поступили из ЦРБ, инфекционных и терапевтических отделений, где находились на лечении от нескольких недель до 2 месяцев. Продолжительность заболевания — от 10 дней до 15 лет. При этом в 10 наблюдениях она не превышала 6 месяцев.

Таблица 3. Показания к первичным оперативным вмешательствам при ЯК

Сроки выполнения оперативного вмешательства	Показания	Кол-во больных, (%)	Осложнения	Повторные операции	Кол-во умерших
Экстренные операции	Перфорация кишки	11 (12,5%)	10	8	4
	Профузное толстокишечное кровотечение	10 (11,4%)	5	3	2
Срочные операции	Острая токсическая дилатация толстой кишки	8 (9,0%)	6	4	2
	Толстокишечное кровотечение (> 300 мл в сутки), не поддающееся консервативному лечению	2 (2,3%)	1	0	0
Отсроченные операции	Неэффективность консервативной терапии в течение 10-14 дней	35 (39,8%)	12	7	7
Плановые операции	Хроническое непрерывное течение заболевания с прогрессированием, приводящее к инвалидизации больного	7 (8%)	2	1	0
	Хроническое рецидивирующее течение заболевания с частыми рецидивами и прогрессированием процесса с каждым последующим рецидивом	11 (12,5%)	2	1	0
	Рак на фоне хронического воспалительного процесса	4 (4,5%)	2	1	0
Всего		88 (100%)	40 (45,5%)	25 (28,4%)	15 (17,0%)



В 4 наблюдениях пациенты лечились в непрофильных медицинских учреждениях на протяжении 2-6 месяцев, однако, несмотря на некоторое стихание острых клинических проявлений, достичь ремиссии не удалось, тотальное поражение кишки выявлено во всех 4 наблюдениях.

Среди основных причин неудовлетворительных результатов лечения ЯК следует отметить позднюю диагностику и неадекватную терапию заболевания в непрофильных отделениях городских стационаров, участковых и центральных районных больницах. Вопрос о переводе больного в отделение колопроктологии, как правило, ставился при угрозе возникновения или уже развившихся хирургических осложнениях. Данное обстоятельство позволяет сделать вывод о том, что все больные с острой формой заболевания, тяжелыми рецидивами, должны быть в кратчайшие сроки направлены в специализированное отделение или консультированы колопроктологом. Пациенты инфекционных отделений с подозрением на дизентерию, при особой тяжести ее клинического течения, появлении ранних тяжелых осложнений нехарактерных для дизентерии, при отсутствии возбудителя вида *Shigella* в ходе трехкратного бактериологического исследования кала и неэффективности традиционного лечения, также должны быть консультированы колопроктологом.

Несколько неудовлетворительных результатов лечения в нашей клинике обусловлены несвоевременной операцией

у пациентов, не поддающихся комплексному консервативному лечению, что заставило нас пересмотреть сроки, отпущенные на попытку купирования воспаления консервативными методами с использованием стероидных гормонов с 21 до 10-14 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Костенко Н. В., Михайлова Т. Л., Капуллер Л. Л. Хирургическое лечение резистентных и осложненных форм неспецифического язвенного колита. // Тезисы докл. I съезда колопроктологов России. / Под ред. акад. РАМН Г. И. Воробьева, чл.-корр. РАМН Г. П. Котельникова, проф. Б. Н. Жукова. — Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2003. — С. 444-447.
2. Гребнев А. Л., Мягкова Л. П. Болезни кишечника (современные достижения в диагностике и терапии). — М.: Медицина, 1994. — 400 с.
3. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей. / Под редакцией Федорова В. Д., Воробьева Г. И., Ривкина В. Л.. — М.: ГНЦ проктологии, 1994. — 432 с.
4. Юхтин В. И. Хирургия ободочной кишки. — М.: Медицина, 1988. — 320 с.
5. Pare Y., Radice E., Dozois R. Surgery for ulcerative colitis. — *Dis. Colon. Rectum.* — 1999, v. 42, № 3: 299-306.

Острая кишечная непроходимость

И. С. МАЛКОВ, В. Л. ЭМИНОВ

Казанская государственная медицинская академия.

Понятие острая кишечная непроходимость (ОКН) объединяет различные патологические состояния, сопровождающиеся нарушением эвакуации кишечного содержимого. Первыми работами по кишечной непроходимости, дошедшими до наших дней, являются труды Гиппократов. В его же сочинениях впервые встречается название *ileus*, которое служило собирательным термином для различных заболеваний брюшной полости, в том числе и непроходимости.

В настоящее время по частоте возникновения заболевания занимает пятое место среди основных форм «острого живота». ОКН встречается во всех возрастных группах, но наиболее часто в возрасте от 30 до 60 лет. Непроходимость на почве инвагинации чаще наблюдается у детей, странгуляции — у больных среднего возраста, обтурации — у пациентов старше 50 лет.

Важной особенностью, отмечаемой в последнее время, является перераспределение по частоте возникновения отдельных форм ОКН. Так, значительно реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинация и заворот. При этом возросла частота обтурационной толсто-

кишечной непроходимости опухолевой этиологии. В 75-80% случаев причиной возникновения механической кишечной непроходимости является спаечный процесс брюшной полости. Несмотря на эволюцию взглядов на этиологию и патогенез ОКН, развитие современных методов диагностики, совершенствование хирургических технологий и реанимационно-анестезиологического пособия, послеоперационная летальность колеблется от 10% до 25%. Наибольший процент послеоперационной летальности при ОКН приходится на возраст до 5 лет и старше 65 лет.

Классификация. Еще в первой половине 19 столетия было выделено два вида непроходимости кишечника — механическая и динамическая. В последующем механическую кишечную непроходимость Валь (Wahl) предложил разделить на странгуляционную и обтурационную. Наиболее простой и целесообразной в настоящее время можно считать классификацию, в которой ОКН подразделяется по морфофункциональной природе: