

Непосредственные и отдаленные результаты трехэтапного хирургического лечения язвенного колита с формированием J-образного илеорезервуара

П.В. Царьков, А.Ю. Кравченко, И.А. Тулина, Ю.Е. Киценко

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва, Российская Федерация

The short-term and long-term results of three-stage surgical treatment of ulcerative colitis with formation of ileal J-pouch

P.V. Tsarkov, A.Yu. Kravchenko, I.A. Tulina, Yu.Ye. Kitsenko

State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Оценить результаты трехэтапной схемы лечения больных с тяжелыми формами язвенного колита, направленной на удаление пораженной толстой кишки и восстановление непрерывности кишечника.

Материал и методы. Всего по данной схеме пролечено 22 пациента, из них 20 оперированы экстренно в связи с осложнениями заболевания. Средняя продолжительность консервативного лечения $32,8 \pm 42,5$ мес. Всем больным первым этапом выполнены операции по поводу экстренного состояния, вторым этапом проводилась реконструктивно-восстановительная операция с формированием J-образного илеорезервуара с последующим закрытием илеостомы.

Результаты. У лиц, оперированных первым этапом на базе нашего учреждения, время хирургического лечения было значительно меньше, чем при выполнении колэктомии в других клиниках, — соответственно $4,7 \pm 1,6$ и $46,1 \pm 39,8$ мес ($p=0,02$). Средний срок восстановления трудоспособности после завершения хирургического лечения равнялся 4 ± 2 мес. Частота стула составила $6,1 \pm 2,45$ раза в сутки, ночной стул отмечает каждый пятый обследуемый; 19 из 21 пациента могут распознавать характер содержимого, находящегося в резервуа-

Aim of investigation. To estimate results of three-stage treatment approach in severe ulcerative colitis aimed for resection of affected colon and restoration of intestinal continuity.

Material and methods. Overall 22 patients were treated according to the three-stage mode, of them 20 were operated urgently due to development of acute complications. The average duration of conservative treatment was $32,8 \pm 42,5$ months. All patients at the first stage underwent operations related to the emergency state, at the second stage – reconstructive surgery with formation of the ileal J-pouch followed by closure of ileostoma.

Results. Patients, who underwent the first stage of treatment on the basis of our institution, had shorter time of surgical treatment, as compared to the cases when colectomy was performed in the other clinics: $4,7 \pm 1,6$ and $46,1 \pm 39,8$ months respectively ($p=0,02$). The average work capacity recovery after surgical treatment was 4 ± 2 months. Stool frequency was $6,1 \pm 2,45$ times per day, every fifth patient had nighttime defecation; 19 of 21 patients could distinguish type of their reservoir contents and were able to provide its retention. Pouchitis was observed in 21% of cases. The pouch malfunction requiring its resection occurred in 4%.

Киценко Юрий Евгеньевич — ассистент кафедры колопроктологии и эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: yury@kitsenko.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д.1, стр. 1

Kitsenko Yury Ye. — assistant-professor, chair of coloproctology and endoscopic surgery, Sechenov First Moscow state medical university. Contact information: yury@kitsenko.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.

ре, и обеспечивать удержание этого содержимого. Воспаление резервуара наблюдалось в 21% случаев. Несостоятельность резервуара, потребовавшая его удаления, составила 4%.

Выводы. Трехэтапная схема лечения язвенного колита является оптимальной лечебной программой при наличии осложненного язвенного колита. Она позволяет удалить толстую кишку с минимальным риском осложнений, сформировать кишечный резервуар и обеспечить социально-трудовую реабилитацию больных, избежать значительного числа послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: язвенный колит, илеорезервуар, колэктомия, проктэктомия, лапароскопия.

Острый язвенный колит считается угрожающим жизни состоянием и требует совместного лечения в отделении интенсивной терапии с привлечением гастроэнтеролога и хирурга. Несмотря на то, что применение мультидисциплинарного подхода позволило добиться хороших результатов терапии, примерно треть пациентов с тяжелой формой язвенного колита будут оперированы в течение первых десяти лет от установления диагноза.

Общепринятыми показаниями к хирургическому лечению являются комбинация диареи с примесью крови при частоте стула более 6 раз в сутки с наличием проявлений системного воспалительного ответа (тахикардия, температура тела более 37,8 °С, снижение содержания гемоглобина ниже 105 г/л), что соответствует 3-му уровню тяжести состояния по шкале Truelove–Witts [1–3]. В подобной ситуации Европейским обществом изучения язвенного колита и болезни Крона рекомендовано выполнение неотложной колэктомии с формированием илеостомы на передней брюшной стенке. Было продемонстрировано, что такой объем операции позволяет уменьшить число хирургических осложнений и послеоперационную летальность [4, 5]. Кроме того, хирургических вмешательств различного объема (в том числе колэктомии с илеостомой) в неотложном порядке требует и развитие таких осложнений, как перфорация кишечной стенки, токсическая дилатация и профузное кровотечение [6, 7].

Хотя колэктомия, выполненная в неотложном порядке по жизненным показаниям, заканчивается формированием концевой илеостомы, это не лишает пациента шанса на последующую хирургическую реабилитацию с восстановлением естественного хода кишечника [8–10]. Некоторые авторы при осложненном течении язвенного колита указывают на возможность одновременно с колэктомией хирургической реабилитации, заключающейся в формировании резервуара из тонкой кишки и восстановлении непрерывности кишечника [11]. Однако такая тактика не находит

Conclusions. The three-stage surgery for ulcerative colitis is an optimum management approach in the presence of complicated ulcerative colitis. It allows to carry out colonic resection with the lowest risk of morbidity, to create the intestinal reservoir, to provide social professional rehabilitation of patients and to reduce postoperative complications rate significantly.

Key words: ulcerative colitis, ileal pouch, colectomy, proctectomy, laparoscopy.

достаточного числа сторонников, особенно при сложно протекающей, тяжелой форме заболевания, поскольку при этом значимо увеличиваются риск развития осложнений и летальность.

Для нашей страны не меньшее значение имеет техническая невозможность выполнения операций, заканчивающихся формированием илеорезервуара по причине частого отсутствия необходимого обеспечения, а порой и подготовленной для такого рода пособий бригады хирургов и анестезиологов. В данной ситуации восстановление непрерывности кишечной трубки, вслед за колэктомией с формированием илеостомы, может быть выполнено в качестве трехэтапной схемы хирургической реабилитации в условиях специализированного учреждения.

Реже к трехэтапному лечению прибегают при плановой колпроктэктомии, когда из-за недостаточной длины брыжейки тонкой кишки не удается сформировать тонкокишечный резервуар.

Целью исследования стала оценка результатов трехэтапной схемы хирургического лечения больных с тяжелыми формами язвенного колита, направленной на удаление пораженной толстой кишки и восстановление непрерывности кишечника.

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании с использованием материалов ретро- и проспективно заполняемой базы данных проведен анализ результатов терапии больных язвенным колитом, находившихся на лечении в Клинике колопроктологии и малоинвазивной хирургии Университетской клинической больницы (УКБ) № 2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова и отделения колопроктологии Российского научного центра хирургии (РНЦХ) им. Б.В. Петровского РАМН за период с 2006 по 2015 г.

Оценке были подвергнуты демографические сведения, данные периоперационного периода, информация о консервативной терапии, про-

димой в специализированных гастроэнтерологических отделениях.

Критериями включения в исследование были:

- тяжелая форма язвенного колита, тотальное поражение;
- осложненное течение язвенного колита — токсическая дилатация, кровотечение, перфорация толстой кишки;
- развитие злокачественного процесса на фоне язвенного колита;
- «короткая» брыжейка тонкой кишки, недостаточная для формирования тонкокишечного резервуара при плановой колпроктэктомии;
- трехэтапное хирургическое лечение с отсроченным формированием J-образного илеорезервуара.

За указанный период было пролечено 43 больных, из них по трехэтапной схеме (с отсроченным формированием илеорезервуара) — 22. Причинами выбора такой тактики было наличие осложнений язвенного колита: перфорация толстой кишки ($n=5$), кровотечение ($n=6$), токсический мегаколон ($n=5$), а также не купирующееся консервативной терапией обострение заболевания ($n=4$); в одном наблюдении ранее была выполнена радикальная операция по поводу злокачественной опухоли нисходящего отдела ободочной кишки на фоне язвенного колита, один пациент имел недостаточную длину брыжейки тонкой кишки, что не позволило низвести резервуар в полость малого таза при плановом вмешательстве по поводу язвенного колита.

Лишь 6 из 22 больных были изначально оперированы в УКБ и РНЦХ, тогда как остальные 16 пациентов пролечены в различных учреждениях России и СНГ, а в последующем обратились к нам с целью восстановления естественного хода кишечника.

Среди поступивших на лечение мужчин было 10, женщин — 12. Средние сроки первого проявления заболевания составили $26,9 \pm 9$ лет, средний возраст больных на момент начала хирургического лечения — $29,7 \pm 8,7$ года. Средняя продолжительность консервативного лечения в стационарах гастроэнтерологического профиля и амбулаторно-поликлиническом звене равнялась $32,8 \pm 42,5$ мес.

Консервативная терапия у данных пациентов включала назначение гормональных препаратов (преднизолон), месалазина (салофальк). Резистентность к гормонотерапии непосредственно перед началом хирургического лечения отмечена во всех случаях за исключением одного, когда оперативное вмешательство было выполнено по поводу злокачественного новообразования ободочной кишки. Азатиоприн применялся у 6 пациентов, в одном случае отмечен ассоциированный сепсис. Инфликсимаб получали двое больных: в одном наблюдении без клинически значимого эффекта, в другом зарегистрировано резкое ухуд-

шение течения заболевания в виде учащения стула и нарастания проявлений системного воспалительного ответа. Морфологически подтвержденный первичный склерозирующий холангит выявлен в одном наблюдении, а его косвенные проявления (по данным биохимических показателей крови) еще у 3 пациентов, однако он не был подтвержден гистологическим исследованием.

Трехэтапная схема лечения заключалась в следующем. Первое оперативное вмешательство направлено на снижение интенсивности заболевания и купирование угрожающих жизни осложнений — удаление большей части толстой кишки. Вторым этапом удаляется прямая кишка и формируется илеорезервуар с наложением петлевой двустольной илеостомы с целью исключения пассажа химуса через резервуар и резервуарно-анальный анастомоз. Завершающий, третий, этап лечения — закрытие илеостомы [12].

Колэктомию, как правило, заканчивают наложением концевых илео- и сигмостомы [13]. Иногда проксимальный конец остающегося сегмента толстой кишки ушивают наглухо и оставляют в брюшной полости. Это зависит от показаний к срочному оперативному вмешательству. В случае развития токсической дилатации более предпочтительно формирование концевой сигмостомы для сохранения возможности санации отключенной от пассажа кишки. В то же время при преобладании диарейного и интоксикационного синдромов формирование сигмостомы не является обязательным. Через 3–4 недели, после стабилизации состояния больного и коррекции нарушений гомеостаза, выполняется проктэктомия с формированием илеорезервуара. С целью профилактики осложнений со стороны J-образного резервуара и резервуарно-анального анастомоза выводится двустольная петлевая илеостома.

Необходимо заметить, что трехэтапная схема лечения может быть выбрана в качестве оптимальной стратегии при отсутствии возможности формирования резервуара и невозможности четкой дифференциальной диагностики между болезнью Крона и язвенным колитом [14].

Непосредственные результаты лечения

Для оценки непосредственных результатов мы провели отдельный анализ на всех этапах — колэктомия, проктэктомия с формированием илеорезервуара, закрытие илеостомы.

Первый этап (колэктомия)

На базе нашего учреждения выполнено 6 колэктомий. Еще 16 пациентов были оперированы в других учреждениях также преимущественно по экстренным показаниям: перфорация толстой кишки ($n=5$), кровотечение ($n=4$), токсический

Таблица 1

Экстренные оперативные вмешательства первого этапа хирургического лечения

Оперативное вмешательство	Абс. число	%
Субтотальная колэктомия с формированием одноствольных илео- и сигмостомы	4	25,0
Субтотальная колэктомия с формированием одноствольной илеостомы	4	25,0
Левосторонняя гемиколэктомия	3	18,8
Двуствольная илеостомия	2	12,5
Двуствольная колостомия	1	6,3
Субтотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза	1	6,3
Резекция левых отделов с формированием одноствольной колостомы	1	6,3

Таблица 2

Оперативные вмешательства с формированием J-образного илеорезервуара

Тип операции	Абс. число	%
Формирование илеорезервуара	1	4,5
Тотальная колпроктэктомия после формирования илео- и колостомы	3	13,6
Сигмопроктэктомия	10	45,5
Резекция оставшихся отделов толстой кишки	8	36,4

мегаколон ($n=4$), обострение заболевания ($n=2$), радикальная операция по поводу злокачественной опухоли в плановом порядке ($n=1$). Всем пациентам до хирургического лечения проводилась консервативная терапия без явного эффекта в условиях гастроэнтерологических отделений, после чего они были переведены в хирургические отделения. Выполненные им различные вмешательства осуществлялись через лапаротомный доступ и были направлены на купирование острого состояния (табл. 1).

Стоит отметить, что попытка выполнения в один этап субтотальной колэктомии и формирования илеоректального анастомоза в одном наблюдении привела к несостоятельности последнего на 4-е сутки после операции. Провести более подробный анализ не представляется возможным вследствие недоступности документации.

Из 6 пациентов, оперированных на базе РНЦХ и УКБ, в половине случаев оперативное вмешательство выполнено лапароскопически, из них в одном наблюдении осуществлена конверсия доступа по причине выраженного паракишечного воспаления и перфорации толстой кишки. Длительность операции составила в среднем 242 ± 90 мин. Лапароскопическая колэктомия требовала несколько большего времени, чем открытая — 283 ± 15 и 200 ± 121 мин соответственно. Продолжительность послеоперационного койко-дня также значимо не отличалась — $16,3 \pm 3,5$ и $13 \pm 3,5$ сут соответственно. Объем кровопотери составил 267 ± 58 мл при лапароскопических операциях и 200 ± 100 мл при открытом доступе. Из 6 колэктомий, выполненных на базе нашего отделе-

ния, других осложнений, кроме интраоперационной конверсии доступа, в интра- и послеоперационном периоде не отмечено.

Второй этап (операция с формированием илеорезервуара)

Формирование тонкокишечного резервуара вслед за колэктомией было выполнено 22 больным. Типы оперативных вмешательств представлены в табл. 2.

В 4 из 22 наблюдений была предпринята попытка выполнить второй этап лапароскопически, однако в половине случаев потребовалась конверсия доступа. В одном наблюдении отмечены трудности, связанные с недостаточной длиной брыжейки тонкой кишки, в другом — конверсия доступа выполнена в связи с кровотечением из атипично расположенной левой внутренней подвздошной вены. Продолжительность лапароскопических операций, в том числе конверсированных, в среднем составила 322 ± 28 мин, кровопотеря 350 ± 238 мл. Средний послеоперационный койко-день для этих 4 больных равнялся $20,8 \pm 10,8$ сут.

В целом длительность хирургической операции на втором этапе лечения составила 299 ± 52 мин, кровопотеря 357 ± 227 мл, послеоперационный койко-день $15,6 \pm 8,2$ сут.

При анализе объема кровопотери и продолжительности койко-дня данного вида оперативных вмешательств статистически значимых различий между лапароскопическими и открытыми доступами не обнаружено. Длительность вмешательств составила 330 ± 30 и 306 ± 68 мин ($p=0,58$), кровопотеря — $400,0 \pm 265$ и 357 ± 181 мл ($p=0,77$), после-

операционный койко-день $21,7 \pm 13$ и $12 \pm 5,8$ сут ($p=0,13$).

Интра- и послеоперационные осложнения второго этапа

Среди *интраоперационных осложнений* отмечены следующие:

- кровотечение ($n=1$) из атипично расположенной внутренней подвздошной вены, для ликвидации которого потребовалась конверсия доступа;
- повреждение правого мочеточника ($n=1$) в нижней трети на уровне входа в малый таз на фоне выраженного рубцово-спаечного процесса после первого этапа лечения, потребовавшее его резекции и формирования неоуретероцистоанастомоза.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 36,2% больных ($n=8$). Основными осложнениями являлись нарушение моторики тонкой кишки ($n=3$) и воспаление илеорезервуара ($n=3$). Все они были разрешены консервативно (коррекция водно-электролитных расстройств, прокинотическая терапия). В одном наблюдении диагностирован выраженный парастомальный дерматит, потребовавший длительного местного лечения. У одного больного развилась несостоятельность швов резервуарно-анального анастомоза. На 3-и сутки у пациента отмечена клиническая картина перитонита. При повторном вмешательстве выявлена практически циркулярная несостоятельность резервуарно-анального степлерного шва, в связи с чем выполнена резекция резервуара с формированием концевой илеостомы.

Поздние осложнения, в промежутке времени до закрытия илеостомы, имели место у четверти больных ($n=6$). В 2 случаях наблюдались парез тонкой кишки и дисфункция илеостомы на фоне нарушения водно-электролитного баланса. Данные осложнения потребовали массивной инфузионно-корректирующей терапии. У одного больного отмечено воспаление илеорезервуара, купированное консервативными мероприятиями и промыванием илеорезервуара раствором метро니다зола. В период подготовки одного пациента к третьему этапу лечения при резервуарографии выявлена частичная несостоятельность швов илеорезервуара, для ее устранения осуществлялось регулярное промывание резервуара растворами антисептиков в течение 3 мес. Спаечная непроходимость через 2 месяца после операции, требовавшая хирургического вмешательства в экстренном порядке на базе лечебного учреждения по месту жительства, была диагностирована в одном наблюдении. Еще у одного больного отмечено обострение первичного склерозирующего холангита, развившееся вскоре после первого этапа оперативного вмешательства.

Инфекционных осложнений (нагноение послеоперационной раны, абсцедирование) не выявлено.

Период времени между первым и вторым этапами хирургического лечения при использовании трехэтапной схемы терапии составил в среднем $30,9 \pm 37,2$ мес. Следует отметить, что данный период был значимо меньше в случае субтотальной колэктомии на базе РНЦХ и УКБ и составлял $2,0 \pm 1,1$ против $41,8 \pm 38,4$ мес при выполнении первичной операции на базе других лечебных учреждений ($p < 0,01$). Это связано с тем, что пациенты после экстренного вмешательства часто не получали полной информации о возможности проведения дальнейших этапов лечения.

Третий этап (закрытие илеостомы)

Закрытие илеостомы является заключительным, третьим, этапом хирургической реабилитации больных с тяжелым течением неспецифического язвенного колита. Этот этап выполнен 21 из 22 больных. Ранее в одном наблюдении в результате несостоятельности резервуарно-анального анастомоза была осуществлена резекция илеорезервуара с формированием концевой илеостомы.

Время от момента формирования резервуара до закрытия илеостомы и восстановления непрерывности кишечной трубки равнялось в среднем $3,3 \pm 4,2$ мес. Средняя продолжительность третьего этапа (закрытия илеостомы) составила $87,4 \pm 46$ мин, кровопотеря $27 \pm 22,4$ мл, а послеоперационный койко-день $9,7 \pm 4,4$ сут.

Отдаленные результаты лечения

Всего удалось сформировать и сохранить J-образный илеорезервуар у 21 пациента из 22. Одному больному резервуар был удален через несколько суток после операции в связи с несостоятельностью резервуарно-анального анастомоза; вероятной причиной была недостаточная длина брыжейки тонкой кишки. В последующем пациенту было предложено повторное формирование резервуара, от которого он отказался.

Летальных исходов в первые 30 дней после операции не было.

Прослежены все оперированные больные. Средний период наблюдения составил $46,8 \pm 24,1$ мес. За это время умерла одна пациентка из-за развития хронической почечной недостаточности. У нее спустя полгода после завершения хирургического лечения после перенесенной кишечной инфекции заподозрен амилоидоз внутренних органов с преимущественным поражением почек с исходом в хроническую почечную недостаточность, в итоге потребовавшую гемодиализа. В связи с недоступностью документации подтвердить диагноз не представляется возможным. Следует отметить, что на двух последних этапах хирургического лечения этой пациентки приведенных нами признаков амилоидоза и почечной

недостаточности не отмечалось (ретроспективный анализ медицинской документации).

Время от начала хирургического лечения до закрытия илеостомы составило $34,8 \pm 38,6$ мес, всего такая операция выполнена у 21 пациента из 22.

Следует отметить, что у больных, оперированных первым этапом на базе нашего учреждения, период хирургического лечения был значительно меньше, чем при выполнении колэктомии в других клиниках, — соответственно $4,7 \pm 1,6$ и $46,1 \pm 39,8$ мес ($p=0,02$).

Все пациенты вернулись к труду, средний срок восстановления трудоспособности 4 ± 2 мес после выполнения третьего этапа лечения. Частота стула составила $5,1 \pm 2,45$ раза в сутки, каждый пятый оперированный отмечает одно-, двукратный ночной стул, в связи с чем приходилось дополнительно принимать закрепляющие препараты для коррекции частоты дефекации.

Важным обстоятельством является тот факт, что 19 из 21 пациента могут распознавать характер содержимого, находящегося в резервуаре, и обеспечивать удержание этого содержимого в течение времени, достаточного для поиска социально приемлемых условий для опорожнения кишечника.

Воспаление резервуара (резервуарит) отмечалось в 21% наблюдений и разрешилось на фоне консервативной терапии (метронидазол перорально в течение 3–4 нед) [15].

При оценке самочувствия по шкале от 1 до 10 средний показатель составил $8,2 \pm 1,5$ балла.

Обсуждение результатов исследования

Тяжелая форма язвенного колита вкупе с неэффективностью консервативной терапии служат показаниями к хирургическому вмешательству. Вопрос о продолжительности лечения с применением всего спектра медикаментозного воздействия является дискуссионным. Гастроэнтерологи принимают попытки максимально отдалить появление хирурга в судьбе пациента, хирурги же, напротив, пытаются получить больного от гастроэнтеролога не на стадии хирургических осложнений, а в состоянии, когда возможно выполнение плановой операции с одномоментным формированием J-образного илеорезервуара, являющегося стандартом лечения язвенного колита [6, 16].

Нередко перевод пациента в поле зрения хирургов диктуется самим течением заболевания. К таким ситуациям принято относить хирургические осложнения: токсическая дилатация толстой кишки, перфорация, кровотечение и системные воспалительные реакции, требующие немедленного удаления субстрата заболевания. Необходимость срочного оперативного лечения в случае развития одного из перечисленных состо-

яний не вызывает сомнений [17, 18], обсуждается лишь срок от момента их возникновения до момента операции. Перенос срочной операции на более позднее время приводит к ухудшению результатов лечения в виде увеличения частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов [19].

Среди оперативных пособий в распоряжении «экстренного» хирурга предоставлены формирование илеостомы, колэктомия, колпроктэктомия. Каждая из этих операций имеет свои преимущества и недостатки: при илеостомии не удаляется кишка, являющаяся источником интоксикации и/или кровотечения; колэктомия позволяет убрать большую часть пораженного кишечного сегмента, что дает возможность уменьшить проявления интоксикационного синдрома и подготовить пациента к плановой операции; колпроктэктомия является единственным возможным выходом при кровотечении, источником которого служит слизистая прямой кишки.

Взвешивая указанные преимущества и недостатки, многие хирурги рекомендуют выполнять колэктомию с отсроченным удалением прямой кишки и созданием илеорезервуара [5, 17]. В ряде публикаций отстаивается целесообразность наложения илеоректального анастомоза [20], что, вероятно, связано с более простым техническим исполнением в сравнении с проктэктомией и формированием илеорезервуара.

На наш взгляд, сохранение прямой кишки менее предпочтительно, так как предполагает частичное оставление субстрата заболевания и, как следствие, возможность рецидива болезни, а также злокачественного перерождения [21, 22].

Обсуждение безопасности и эффективности лапароскопического доступа, которое развернулось в последнее время вокруг основных хирургических заболеваний, не оставило в стороне и проблему язвенного колита. Если с плановой ситуацией все более или менее понятно, то использование малодоступных технологий при операциях, выполняемых по срочным показаниям, является весьма дискуссионным. Одни авторы утверждают, что нет принципиальных различий при применении открытого и лапароскопического доступа [23, 24], другие отдают предпочтение малоинвазивным технологиям [25]. В 2015 г. опубликованы результаты исследования из клиники Мейо, в котором основное внимание уделено изучению места лапароскопии при лечении осложненного язвенного колита. К преимуществам лапароскопического доступа по данным этого исследования можно отнести меньшую потребность в использовании наркотических обезболивающих препаратов, более раннее восстановление моторики *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ) и более короткий послеоперационный койко-день [26]. Кроме того, применение лапароскопического доступа для выполнения колэктомии позволяет статистически

значимо уменьшить число инфекционных осложнений, в том числе интраабдоминальных [23, 25, 27]. В то же время в ряде исследований не получено никаких преимуществ лапароскопии перед открытым доступом в экстренных ситуациях [28, 29]. Вероятно, можно рекомендовать выполнение лапароскопической операции по срочным показаниям при соответствующей подготовке операционной и анестезиологической бригад.

Сложность терапии больных язвенным колитом, зачастую обусловленная тяжелым состоянием пациента и необходимостью проведения травматичного, длительного по времени оперативного лечения, является основанием для организации лечебного процесса в специализированных учреждениях, а высокая частота осложнений еще раз свидетельствует о важности взвешенного подхода к выбору объема операции. Ранняя послеоперационная летальность в хирургических клиниках общего профиля достигает 5–8%, тогда как в подготовленных стационарах редко превышает 1% [30, 31].

Применение трехэтапной схемы лечения наряду с мультидисциплинарным подходом позволило уменьшить число осложнений и избежать 30-дневной летальности. Массивная иммуносупрессивная терапия также подталкивает нас к отказу от формирования анастомозов в ходе выполняемой экстренной операции, что также позволяет снизить частоту осложнений [12, 32].

Уровень послеоперационных осложнений в нашем исследовании не превысил демонстрируемых в публикациях цифр, а частота несостоятельности швов резервуара и резервуарно-анального анастомоза составила 4%, что согласуется с лучшими показателями, приводимыми в литературных источниках [33].

Трудность лечения больных язвенным колитом обусловлена также электролитными и метаболическими нарушениями, развивающимися на фоне значительного количества отделяемого по илеостоме. Потеря больших объемов жидкости и электролитов запускает каскад изменений, приводящих к нарушению моторики ЖКТ с развитием паралитического илеуса. Парез кишечника стоит на первом месте в списке осложнений при лечении язвенного колита и является самой частой причиной повторных госпитализаций в США [34, 35]. Паралитический илеус нередко расценивается хирургами как спаечная кишечная непроходимость, по поводу чего данных пациентов оперируют в срочном порядке.

Залог успешного лечения осложненного язвенного колита кроется как в своевременной и правильной хирургии, так и в грамотной интенсивной терапии. Формирование J-образного резервуара должно выполняться в учреждении, имеющем необходимое оснащение и расходные материалы, а также соответствующую квалификацию хирур-

га, поскольку именно от правильно сформированного кишечного резервуара будет зависеть качество жизни оперированного пациента. Среди наблюдавшихся нами больных не удалось сохранить резервуар только в одном случае.

Применение J-образного резервуара позволило реабилитировать пациентов после утраты всей толстой кишки, обеспечить приемлемую функцию опорожнения и анального держания. В нашем исследовании 9 из 10 больных могли распознавать характер кишечного содержимого и удерживать его для поиска приемлемых для дефекации условий при средней частоте стула 6 раз в сутки. Аналогичные результаты демонстрирует коллектив авторов во главе с R. Farouk [36].

Очень важным для пациента моментом является время, прошедшее от направления для хирургического лечения до восстановления естественного хода кишечника. Подавляющее большинство оперированных больных имеют длительный период ожидания между первым и вторым этапами лечения, особенно при выполнении первичной операции в учреждениях общепольничной медицинской сети. Это может быть связано с отсутствием преемственности между гастроэнтерологами и колоректальными специалистами, что, в свою очередь, приводит к более поздней передаче пациента хирургам на фоне развития осложнений и необходимости экстренного оперативного вмешательства [37, 38]. Между тем показано, что своевременная передача больного на хирургическое лечение позволяет снизить число послеоперационных осложнений и добиться уменьшения летальности [13].

Несмотря на то, что трехэтапная схема кажется довольно продолжительной программой лечения, период от выполнения ее первого этапа (по срочным показаниям) до восстановления естественного хода кишечника составляет в среднем 4 мес. В то же время установлено, что некоторые пациенты случайно узнали о возможности формирования илеорезервуара лишь через 10 лет после первоначальной операции. Это может быть связано с тем, что колэктомия с формированием илеостомы в понимании определенной части хирургов является законченным вмешательством. Ряду пациентов после выполнения колэктомии внушается информация о высоких рисках последующих этапов лечения, в связи с чем они сами отказываются от восстановительных этапов. Еще одной причиной, которая может лечь в основу отказа от формирования тонкокишечного резервуара, может являться недостаточная оснащенность расходными материалами для создания резервуара и резервуарно-анального анастомоза.

Из-за относительно малой распространенности данного заболевания, сложности хирургического и терапевтического лечения можно говорить

о необходимости выполнения операций с формированием илеорезервуара только в специализированных медицинских учреждениях.

Выводы

Трехэтапная схема лечения язвенного колита является оптимальной лечебной программой

при осложненном варианте заболевания, которая позволяет:

- удалить толстую кишку с минимальным риском осложнений;
- сформировать кишечный резервуар и обеспечить социально-трудовую реабилитацию пациентов;
- избежать значительного числа послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. *Bohl J.L., Sobba K.* Indications and Options for Surgery in Ulcerative Colitis. *Surg Clin North Am* 2015; 95(6):1211-32.
2. Ulcerative colitis: Management in adults, children and young people [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK), 2013 (NICE Clinical Guidelines, No. 166). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247597>
3. *Stenke E., Hussey S.* Ulcerative colitis: management in adults, children and young people (NICE Clinical Guideline CG166). *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2014; 99(5):194-7.
4. *Dignass A., Lindsay J.O., Sturm A., Windsor A., Colombel J.F., Allez M., et al.* Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis* 2012; 6(10):991-1030.
5. *Oresland T., Bemelman W.A., Sampietro G.M., Spinelli A., Windsor A., Ferrante M., et al.* European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2015; 9(1):4-25.
6. *Ross H., Steele S.R., Varma M., Dykes S., Cima R., Buie W.D., et al.* Practice parameters for the surgical treatment of ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2014; 57(1):5-22.
7. *Ananthakrishnan A.N., McGinley E.L.* Weekend hospitalisations and post-operative complications following urgent surgery for ulcerative colitis and Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37(9):895-904.
8. *De Buck van Overstraeten A., Wolthuis A.M., Vermeire S., van Assche G., Laenen A., Ferrante M., et al.* Long-term functional outcome after ileal pouch anal anastomosis in 191 patients with ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2014; 8(10):1261-6.
9. *Raviram S., Rajan R., Sindhu R.S., Bonny N., Kuruvilla A.P., Subhalal N.* Quality of life, social impact and functional outcome following ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. *Indian J Gastroenterol* 2015; 34(3):252-5.
10. *Parks A.G., Nicholls R.J.* Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978; 2(6130):85-8.
11. *Hicks C.W., Hodin R.A., Bordeianou L.* Semi-urgent surgery in hospitalized patients with severe ulcerative colitis does not increase overall J-pouch complications. *Am J Surg* 2014; 207(2):281-7.
12. *Bikhchandani J., Polites S.F., Wagie A.E., Habermann E.B., Cima R.R.* National trends of 3- versus 2-stage restorative proctocolectomy for chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2015; 58(2):199-204.
13. *Костенко Н.В.* Хирургическое лечение резистентных и осложненных форм язвенного колита. Автореф, 2009.
13. *Kostenko N.V.* Surgical treatment of the resistant and complicated forms of ulcerative colitis. Autoref, 2009.
14. *Hare N.C., Arnott I.D., Satsangi J.* Therapeutic options in acute severe ulcerative colitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2008; 2(3):357-70.
15. *Pardi D.S., D'Haens G., Shen B., Campbell S., Gionchetti P.* Clinical guidelines for the management of pouchitis. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15(9):1424-31.
16. *Bressler B., Marshall J.K., Bernstein C.N., Bitton A., Jones J., Leontiadis G.I., et al.* Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. *Gastroenterology* 2015; 148(5):1035-58.
17. *Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Ачкасов С.И.* и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2015; 25(1):48-65.
17. *Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Abdulganiyeva D.I., Abdulkhakov R.A., Alekseyeva O.P., Achkasov S.I.* et al. Diagnosis and treatment of adult patients with ulcerative colitis: guidelines of the Russian gastroenterological association and Russian Association of coloproctology. *Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol* 2015; 25(1):48-65.
18. *Абдулхаков Р.А.* Неспецифический язвенный колит. *Практическая медицина* 2003; (4):4.
18. *Abdulkhakov R.A.* Ulcerative colitis. *Prakticheskaya meditsina*. 2003; (4): 4.
19. *Randall J., Singh B., Warren B.F., Travis S.P., Mortensen N.J., George B.D.* Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg* 2010; 97(3):404-9.
20. *Da Luz Moreira A., Kiran R.P., Lavery I.* Clinical outcomes of ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. *Br J Surg* 2010; 97(1):65-9.
21. *Scoglio D., Ahmed Ali U., Fichera A.* Surgical treatment of ulcerative colitis: ileorectal vs ileal pouch-anal anastomosis. *World J Gastroenterol* 2014; 20(37):13211-8.
22. *Feuerstein J.D., Jiang Z.G., Belkin E., Lewandowski J.J., Martinez-Vazquez M., Singla A., et al.* Surgery for ulcerative colitis is associated with a high rate of readmissions at 30 days. *Inflamm Bowel Dis* 2015; 21(9):2130-6.
23. *Holder-Murray J., Marsicovetere P., Holubar S.D.* Minimally invasive surgery for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2015; 21(6):1443-58.
24. *Marceau C., Alves A., Ouassi M., Bouhnik Y., Valleur P., Panis Y.* Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease: a case-matched study in 88 patients. *Surgery* 2007; 141(5):640-4.
25. *Pandey S., Luther G., Umanskiy K., Malhotra G., Rubin M.A., Hurst R.D., et al.* Minimally invasive pouch surgery for ulcerative colitis: is there a benefit in staging? *Dis Colon Rectum* 2011; 54(3):306-10.
26. *Polites S.F., Zarroug A.E., Moir C.R., Potter D.D.* Single-incision laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis in children – how does it compare to a laparoscopic-assisted approach? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2015; 25(2):167-71.
27. *Masoomi H., Moghadamyeghaneh Z., Mills S., Carmichael J.C., Pigazzi A., Stamos M.J.* Risk factors for conversion of laparoscopic colorectal surgery to open surgery: does conversion worsen outcome? *World J Surg* 2015; 39(5):1240-7.
28. *Gu J., Stocchi L., Remzi F.H., Kiran R.P.* Total abdominal colectomy for severe ulcerative colitis: does the laparoscopic approach really have benefit? *Surg Endosc* 2014; 28(2):617-25.

29. Han Y., Lin M.B., He Y.G., Zhang H.B., Zhang Y.J., Yin L. Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease – the experience in China. *J Invest Surg* 2013; 26(4):180-5.
30. Roberts S.E., Williams J.G., Yeates D., Goldacre M.J. Mortality in patients with and without colectomy admitted to hospital for ulcerative colitis and Crohn's disease: record linkage studies. *BMJ* 2007; 335(7628):1033.
31. Larson D.W., Cima R.R., Dozois E.J., Davies M., Piotrowicz K., Barnes S.A., et al. Safety, feasibility, and short-term outcomes of laparoscopic ileal-pouch-anal anastomosis: a single institutional case-matched experience. *Ann Surg* 2006; 243(5):667-70; discussion 70-2.
32. Lim M., Sagar P., Abdulgader A., Thekkinkattil D., Burke D. The impact of preoperative immunomodulation on pouch-related septic complications after ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2007; 50(7):943-51.
33. Gorfine S.R., Fichera A., Harris M.T., Bauer J.J. Long-term results of salvage surgery for septic complications after restorative proctocolectomy: does fecal diversion improve outcome? *Dis Colon Rectum* 2003; 46(10):1339-44.
34. Le Q., Liou D.Z., Murrell Z., Flesher P. Does a history of postoperative ileus predispose to recurrent ileus after multistage ileal pouch-anal anastomosis? *Tech Coloproctol* 2013; 17(4):383-8.
35. Fesharakizadeh M., Taheri D., Dolatkah S., Wexner S.D. Postoperative ileus in colorectal surgery: is there any difference between laparoscopic and open surgery? *Gastroenterol Rep (Oxf)* 2013; 1(2):138-43.
36. Farouk R., Pemberton J.H., Wolff B.G., Dozois R.R., Browning S., Larson D. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 2000; 231(6):919-26.
37. Климентов М.Н. Оперативное лечение неспецифического язвенного колита. *Современные проблемы науки и образования* 2013; 3:7.
37. Klimentov M.N. Surgical treatment of ulcerative colitis. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* 2013; 3: 7.
38. Абдулхаков С.Р., Абдулхаков Р.А. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению. *Вестн современ клин мед* 2009; 2(1):10.
38. Abdulkhakov S.R., Abdulkhakov R.A. Ulcerative colitis: modern approaches for diagnosis and treatment. *Vestn sovremen klin med* 2009; 2(1):10.