

А.И. Пойда, д.м.н., профессор кафедры хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

## Современная хирургическая тактика при язвенном колите

Перед практическим врачом при лечении язвенного колита стоят минимум три задачи:  
– прекратить острые явления;  
– предупредить рецидив болезни;  
– вовремя вызвать на консультацию хирурга.

G. Watkinson, 1961

**Как известно, язвенный колит (ЯК) является одним из наиболее тяжелых заболеваний толстой кишки, для которого характерны воспалительно-деструктивные изменения в слизистой оболочке (а при тяжелых формах заболевания – в подслизистой основе и в мышечной оболочке кишки) и нередкие внекишечные проявления с вовлечением в процесс других органов (печени, суставов, кожи, глаз и др.). В 46-50% случаев заболевание ограничивается поражением прямой и сигмовидной ободочной кишки (проктосигмоидит), в 17-20% процесс распространяется на нисходящую ободочную кишку (левостороннее поражение), в 30-37% отмечается тотальное поражение толстой кишки (панколит). Данное заболевание является достаточно распространенным в мире – 25-225 на 100 тыс. населения и имеет тенденцию к неуклонному росту.**

Прогрессирующий характер заболевания, угроза развития тяжелых, нередко угрожающих жизни осложнений, отсутствие средств для этиотропной терапии, нередкие побочные эффекты от традиционно применяемых лекарственных препаратов или резистентность к ним, преимущественно молодой и средний возраст больных (больные трудоспособного возраста составляют до 83%), необходимость выполнения обширных резекций толстой кишки, которые нередко приводят к инвалидизации больных и ухудшению качества жизни, определяют медицинскую и социальную значимость данной патологии.

По современным представлениям, ЯК – многофакторное заболевание с генетической предрасположенностью, подтверждением чему является достоверно установленная его связь с антигенами системы HLA. Сочетание генетической предрасположенности и неблагоприятных факторов приводит к развитию иммунного воспаления в стенке кишки и изменениям воспалительно-дегенеративного характера во всех органах и системах.

В течение последних 20 лет произошли существенные изменения в лечебной тактике ЯК. Приоритетным методом лечения данного заболевания в настоящее время является консервативная терапия, что обусловлено динамичным развитием и успехами фармакологии. Применение эффективных противовоспалительных лекарственных препаратов нового поколения позволило значительно улучшить результаты консервативного лечения, увеличить период ремиссии заболевания, уменьшить активность воспалительного процесса, количество больных, которым показано хирургическое лечение. Вместе с тем хирургическое лечение ЯК в настоящее время проводят у 20-25% больных в связи с возникновением тяжелых острых и хронических осложнений, прогрессирующим течением заболевания.

**Хирургическая тактика при ЯК предусматривает:**

- Диагностику заболевания.
- Обоснование показаний к хирургическому лечению.
- Выбор метода и объема хирургического лечения.
- Выполнение радикального этапа операции.
- Обоснование целесообразности и выбор метода реконструктивно-восстановительного этапа операции.
- Прогнозирование и профилактику послеоперационных осложнений.
- Адекватное ведение пациента в послеоперационном периоде.
- Оценку ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения.

Учитывая неспецифический характер данного заболевания, сложность дифференциальной, в том числе и морфологической, его диагностики, обширность хирургического вмешательства при ЯК, преимущественно молодой возраст больных, для которых важно не только спасение их жизни и ликвидация заболевания, но и качество жизни после операции, точность диагностики ЯК представляет собой не

только медицинскую, но и социальную проблему.

**Диагностика ЯК включает:**

- Общеклинические обследования:  
– анализ жалоб и анамнеза заболевания;  
– анализ результатов объективных методов исследования.
- Лабораторные методы обследования (крови, мочи, кала).
- Специальные методы исследования толстой кишки:  
– проктологический осмотр (осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала или аноскопа, ректороманоскопия);  
– фиброколоноскопия (илеоколоноскопия);  
– ирригоскопия (в двух фазах).
- Фиброгастродуоденоскопию.
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.
- Морфологические методы исследования – анализ биопсийного материала, полученного с помощью фотодинамической диагностики и хромоколоноскопии.

Следует обратить внимание на то, что указанный обязательный алгоритм обследования позволяет провести как диагностику, так и дифференциальную диагностику ЯК, определить показания к хирургическому лечению и объем оперативного вмешательства. Морфологическое исследование целесообразно проводить после прицельной биопсии, которая возможна при использовании методов своеобразной маркировки участков измененной слизистой либо с помощью фотосенсибилизатора (фотодинамическая диагностика), либо с применением красителя (хромоколоноскопия). Важно не только определить воспалительный процесс, характерный для ЯК, но и наличие и особенно степень дисплазии. Последнее позволяет прогнозировать дальнейшее развитие заболевания, эффективность проводимого консервативного лечения, возникновение такого осложнения, как рак толстой кишки. Факт наличия дисплазии, особенно выраженной степени, говорит о необратимости морфологических изменений и является относительным показанием к хирургическому лечению.

Определение своевременных и обоснованных показаний к хирургическому лечению ЯК – ответственная задача для врача, от правильности решения которой порой зависит дальнейшая судьба, а нередко и жизнь больного. Конечно, методологически правильнее оперировать больного ЯК до развития острых и хронических осложнений: тогда шансов спасти его жизнь и реабилитировать значительно больше. Такой подход объясняется очевидным усугублением тяжести состояния больного, обусловленным не только самим заболеванием, но и возникшими тяжелыми хирургическими осложнениями, что приводит к существенному нарушению функции, а порой и декомпенсации жизнеобеспечивающих органов и систем организма. Существенным аргументом в выборе хирургического лечения является тотальное либо субтотальное поражение толстой кишки ЯК. На сегодня выделены абсолютные и

относительные показания к хирургическому лечению ЯК.

**К абсолютным показаниям относятся:**

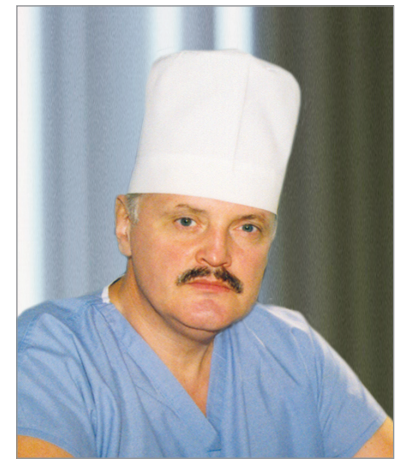
- Острые осложнения:  
– токсическая дилатация толстой кишки;  
– перфорация толстой кишки;  
– перитонит;  
– профузное кровотечение.
- Хронические осложнения:  
– параколярные инфильтраты;  
– стриктура толстой кишки с признаками хронической обтурационной непроходимости;  
– рак толстой кишки;  
– тяжелые перианальные поражения с разрушением мышечного каркаса сфинктера, экстрасфинктерными свищами.
- Острая тяжелая атака ЯК (фульминантный или острый ЯК) с тотальным поражением кишки (или таким же обострением), когда на протяжении 7-10 суток не удается достигнуть стабилизации состояния.
- Тяжелые рецидивирующие формы ЯК с тотальным поражением кишки при отсутствии эффекта от комплексного (базисного) лечения на протяжении 3-4 недель.

Таким образом, указанные абсолютные показания к хирургическому лечению ЯК обуславливают проведение оперативного вмешательства в экстренном либо неотложном порядке, что существенно влияет на особенности операции, ведения послеоперационного периода и результаты лечения.

**Относительные показания:**

- Хроническая рецидивирующая форма ЯК, тотальное поражение толстой кишки, рефрактерность консервативной терапии, ремиттирующее течение заболевания.
- Хроническая непрерывная форма ЯК (более 10 лет), тотальное поражение кишки, инвалидизация больных, необратимые морфологические изменения слизистой.
- Стероидозависимый ЯК.
- Стероидрезистентный ЯК.
- Выраженная активность воспаления (III степень) слизистой оболочки (язвенные поля с воспалительными полипами).
- Наличие дисплазии слизистой оболочки высокой степени.
- Задержка роста и развития детей и подростков на фоне хронического ЯК.
- Наличие внекишечных проявлений (системных осложнений) тотального ЯК.

Хирургическое лечение ЯК по относительным показаниям проводится в плановом порядке. Указанные показания обоснованы необратимыми хроническими воспалительными изменениями в толстой кишке с разрушением слизистой оболочки, а нередко и более глубоких слоев кишки, возникновением ее дисплазии (предраковое состояние), нарушением системы защиты организма и функции жизнеобеспечивающих органов. Учитывая неспецифический характер заболевания, невозможность проведения полноценной этиопатогенетической терапии (напомним, этиология ЯК неизвестна, патогенез всесторонне не изучен), наличие относительных показаний к хирургическому лечению должно быть важным аргументом в определении лечебной тактики. Выполнение хирургических вмешательств по относительным показаниям



А.И. Пойда

является тем реальным резервом, который позволяет провести хирургическое лечение своевременно, в плановом порядке, в том числе и с первичным реконструктивно-восстановительным этапом, до развития осложнений и тем самым улучшить результаты лечения этого тяжелого заболевания.

Сегодня уже не вызывает сомнений объем хирургического вмешательства – выполнение одномоментных радикальных операций. Сегментарные резекции толстой кишки, выполнение отключающих толстую кишку илеостом (как первого этапа хирургического лечения) представляют лишь исторический интерес как этапы развития хирургических методов лечения ЯК.

Операцией выбора в хирургическом лечении ЯК является колектомия, которая в зависимости от тяжести состояния больного, наличия осложнений, состояния прямой кишки, особенно ее сфинктерного аппарата, стратегически дополняется:

- при разрушении прямой кишки и ее сфинктерного аппарата (тяжелые перианальные поражения с разрушением мышечного каркаса сфинктера, экстрасфинктерными свищами) либо наличии ракового процесса в нижеампулярном отделе или анальном канале – экстирпация прямой кишки с формированием либо пожизненной моноилеостомы, либо пожизненной удерживающей илеостомы-резервуара (как метода реабилитации больных с пожизненной илеостомой, который может быть выполнен и на втором этапе);

- при тяжелом состоянии больного и незначительных изменениях в прямой кишке (активность I-II степени) – резекция прямой кишки с формированием моноилеостомы; в последующем при прогрессировании воспалительного процесса в культе прямой кишки с ее разрушением – экстирпация культи прямой кишки и как метод реабилитации больного формирование удерживающей илеостомы-резервуара (также может быть использован на втором этапе);

- при компенсированном состоянии больного, отсутствии необратимых разрушений прямой кишки, особенно ее сфинктерного аппарата – резекция прямой кишки и проведение первичной реконструктивно-восстановительной операции: формирование тонкокишечного резервуара и илеоректального анастомоза либо проведение мукозэктомии культи прямой кишки, формирование тонкокишечного резервуара и илеоанального анастомоза.

При проведении хирургического лечения ЯК также обоснованы варианты тактических решений.

- При острых осложнениях ЯК обоснована и показана:  
– колектомия с резекцией прямой кишки, илеостомия;  
– при тяжелом состоянии больного, I и II степени активности воспаления в прямой кишке целесообразно выполнение колектомии, илеостомии.

- При абсолютных показаниях к хирургическому лечению ЯК, а именно его хронических осложнениях или относительных показаниях, обоснована и показана:

- колектомия, резекция прямой кишки, мукозэктомия ее культи, выполнение реконструктивно-восстановительного этапа вмешательства.

Учитывая, как правило, молодой возраст пациентов, обоснованную обширность

хирургического вмешательства, важной является реабилитация этой категории больных. В первую очередь речь идет о хирургической реабилитации — создании хирургическим путем новых анатомо-функциональных конструкций из оставшихся участков тонкой и прямой кишки, которые должны обеспечить задержку продвижения содержимого на необходимое время (до 4-8 ч) и тем самым улучшить кишечное пищеварение, всасывание, опорожнение.

Методами хирургической реабилитации после колэктомии, резекции или экстирпации прямой кишки сегодня являются:

- формирование тонкокишечного резервуара (с рассечением стенки кишки и без ее рассечения);

- формирование илеостомы-резервуара (с рассечением стенки кишки или без ее рассечения);

- формирование илеоректального или илеоанального анастомоза.

Сегодня в колопроктологической практике используются два вида тонкокишечных резервуаров:

- традиционные — наиболее распространенные J, S-образный резервуары, при формировании которых стенка тонкой кишки рассекается и сшивается, в результате чего образуется емкость, вмещающая до 150-350 мл тонкокишечного содержимого; однако для таких резервуаров характерны эвакуаторные нарушения (12,5-22%), несостоятельность швов тонкокишечного резервуара и резервуарно-анального анастомоза (2,1-5,6%), резервуарит (1,8-2,1%);

- тонкокишечная резервуарная конструкция нового типа, которая формируется путем фиксации петель дистального отдела подвздошной кишки в определенном взаиморасположении без рассечения ее стенки, в результате чего образуется функциональная емкость, в которой происходит физиологическая задержка содержимого тонкой кишки (до 6-8 ч).

При вынужденной необходимости формирования пожизненной илеостомы (после колэктомии и экстирпации прямой кишки) для улучшения качества жизни

оперированных больных целесообразно формирование илеостомы-резервуара, которая выполняется путем фиксации петель дистального отдела подвздошной кишки в определенном взаиморасположении без рассечения ее стенки и двух удерживающих клапанов (расположенных проксимально и дистально к резервуару), в результате чего образуется функциональная емкость, в которой происходит физиологическая задержка содержимого тонкой кишки (до 5-8 ч). В результате создания такой илеостомы-резервуара уменьшается количество выделений химуса (до 400-600 мл, по обычной илеостоме до 800-1200 мл), что является действенной профилактикой развития постколэктомического синдрома (водно-электролитные нарушения, обусловленные значительными потерями химуса по стоме).

При сохранении культи прямой кишки (анального канала) возможно формирование резервуарно-ректального анастомоза либо илеоректального анастомоза (при этом сформированный тонкокишечный резервуар расположен в малом тазу отдельно от соустья). Однако, учитывая особенности развития ЯК и первичность поражения именно прямой кишки, сохранение слизистой оболочки культи прямой кишки проксимальнее зубчатой линии (транзитная зона) заметно уменьшает радикализм вмешательства (остается до 3-4 см пораженной воспалительным процессом слизистой оболочки), что обуславливает продолжение заболевания в оставшихся отделах прямой кишки, необходимо проведение постоянной терапии, а со временем на фоне хронического воспаления развитие ракового процесса. Поэтому при проведении первичной и вторичной реконструктивно-восстановительной операции обоснованной и показанной является мукозэктомия (удаление слизистой оболочки) культи прямой кишки с последующим формированием эндоректального илеоанального (резервуарно-анального) либо илеоэндоанального анастомоза. При этом либо тонкокишечный резервуар, либо

конечный отдел подвздошной кишки (тонкокишечный резервуар в этом случае расположен отдельно в полости малого таза проксимальнее соустья) инвагинируется в демукозированный отдел культи прямой кишки (либо в хирургический анальный канал при свёрхнизких резекциях прямой кишки) и фиксируется ручными швами трансанально к зубчатой линии. Созданная новая анатомо-функциональная конструкция (тонкокишечный резервуар и анастомоз) должна быть временно (на 3-6 мес) отключена от транзита тонкокишечного содержимого путем формирования протектирующей петлевой илеостомы для обеспечения благоприятных условий для заживления швов тонкокишечного резервуара (если он формировался с рассечением тонкой кишки) и созданного анастомоза.

Следует подчеркнуть, что мукозэктомия культи прямой кишки (хирургического анального канала) завершает радикальную часть хирургического лечения ЯК и должна проводиться лишь при выполнении первичного или вторичного реконструктивно-восстановительного этапа операции. Мукозэктомия сегодня проводится либо путем эвагинации культи прямой кишки и экстракорпорального удаления слизистой оболочки (чаще при проведении первичных реконструктивно-восстановительных операций, то есть выполненных одновременно с радикальными), либо трансанально интракорпорально в проксимальном направлении от зубчатой линии. Кроме этого, целесообразно и обосновано проведение двух вариантов мукозэктомии: при наличии активности воспалительного процесса в культе прямой кишки I степени — удаление лишь собственно слизистой оболочки (tunica mucosa) без подслизистой основы (tela submucosa), при активности процесса II-III степени — удаление собственно слизистой оболочки и подслизистой основы (мукозсубмукозэктомия). Обоснованное уменьшение травмы при удалении лишь собственно слизистой оболочки без подслизистой основы имеет свои безусловные преимущества.

- Отсутствие геморрагии во время выполнения мукозэктомии и в послеоперационном периоде.

- Удовлетворительное кровоснабжение и прочность стенки кишки.

- Сохранение нервной трофики и чувствительности оставшихся отделов хирургического анального канала.

- Предупреждение повреждения внутреннего сфинктера прямой кишки.

- Благоприятные условия для сращения илеоэндоанального анастомоза.

Безусловно, проведение первичной реконструктивно-восстановительной операции (одновременно с радикальной) является операцией выбора при хирургическом лечении ЯК, улучшающей медицинскую и социально-трудовую реабилитацию оперированных больных. Однако следует отметить, что такая операция возможна лишь:

- при правильно и своевременно установлененных показаниях к хирургическому лечению;

- при отсутствии острых осложнений ЯК;

- при сохранении хирургического анального канала после радикальной операции;

- при наличии квалифицированной бригады хирургов, которые имеют опыт выполнения таких операций.

Безусловно, представленная современная хирургическая тактика при ЯК должна осуществляться в специализированных колопроктологических отделениях и центрах, которые соответственно оснащены и персонал которого обладает достаточным опытом лечения этой тяжелой категории больных.

Таким образом, своевременное проведение хирургического лечения больных ЯК позволяет увеличить удельный вес первичных реконструктивно-восстановительных операций, уменьшить количество осложнений, общую и послеоперационную летальность, улучшить медицинскую и социально-трудовую реабилитацию, а также качество жизни оперированных больных.



Дата здійснення операції		Сума:		ТОВ "МедПроект "Здоров'я України"		Контролер:		Касир:	
Платник:		Розрахунковий рахунок:		ФКВ "ПРИВАТБАНК", розрахунковий центр		МФО банку:			
Місце проживання:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3				3 2 0 6 4 9			
Отримувач:		Код ЄДРПОУ:		ТОВ "МедПроект "Здоров'я України"		МФО банку:			
3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3		ФКВ "ПРИВАТБАНК", розрахунковий центр		3 2 0 6 4 9			
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:							
Платник:		Контролер:		ТОВ "МедПроект "Здоров'я України"		МФО банку:			
Дата здійснення операції		Бухгалтер:		ФКВ "ПРИВАТБАНК", розрахунковий центр		3 2 0 6 4 9		Касир:	
Сума:		Контролер:							
Платник:		Контролер:							
Місце проживання:		Контролер:							
Отримувач:		Контролер:							
3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3				3 2 0 6 4 9			
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:							
Платник:		Контролер:							

## ПЕРЕДПЛАТА НА 2013 РІК!

**Здоров'я України**  
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

### Шановні читачі!

**Передплатити наше видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України 2013 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 391-54-76.**

**«Медична газета «Здоров'я України».**  
**Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»**  
Актуальні питання хірургії, ортопедії, травматології

**Передплатний індекс – 49561**  
**Періодичність виходу – 4 рази на рік**  
**Вартість передплати – 200,00 грн**

**Для редакційної передплати на видання необхідно:**

- ◆ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-кому відділенні банку;
- ◆ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ◆ вказати адресу доставки примірників.

**Наші реквізити:**  
р/р 26000052613363 ФКВ "Приватбанк", розрахунковий центр, МФО 320649,  
код ЄДРПОУ 38419785

**Наша адреса:** «Медична газета «Здоров'я України», 03151, м. Київ,  
вул. Народного Ополчення, 1  
**Телефон відділу передплати (044) 391-54-76,**  
**e-mail: podpiska@health-ua.com**