

Результаты формирования первичных и вторичных тонкокишечных резервуаров при язвенном колите

В. Н. Кашников, С. И. Ачкасов, К. В. Болихов, О. И. Сушков,
И. В. Назаров, А. В. Гусев

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Results of formation of primary and secondary smallintestinal reservoirs at ulcerative colitis

V. N. Kashnikov, S. I. Achkasov, K. V. Bolikhov, O. I. Sushkov, I. V. Nazarov, A. V. Gusev

Federal state-funded institution «State Scientific Center of Coloproctology»,
Ministry of healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения и повышения качества жизни больных с тяжелыми формами язвенного колита.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 123 больных, оперированных в ФГБУ ГНЦК Министерства здравоохранения России в период с 2007 по 2013 г. по поводу язвенного колита, у которых вмешательство было завершено выполнением реконструктивно-пластического этапа. Формирование тонкокишечного резервуара в один этап с удалением всей толстой кишки осуществлено у 46 (37,4%) пациентов — первая группа и вторично, отсрочено, у 77 (62,6%) — вторая группа.

Результаты. При анализе характера осложнений установлено, что в группах преобладали осложнения, связанные с аппаратным швом. В настоящее время из 123 больных, перенесших хирургическое лечение с формированием тонкокишечного резервуара, у 101 (82,1%) ликвидирована илеостомия. Из

Aim of investigation. Improvement of results of surgical treatment and quality of life of patients with severe forms of ulcerative colitis.

Material and methods. Investigation is based on analysis of results of surgery of 123 ulcerative colitis patients operated in coloproctology center of Ministry of Health of Russia in 2007 to 2013, that was completed by reconstructive — plastic stage. Formation of small-intestinal reservoir in one stage with total resection of large intestine was carried out in 46 (37,4%) patients (the first group) and secondary, remote — in 77 (62,6%, the second group).

Results. At analysis of complication types it was revealed, that complications related to stapling device prevailed in groups. At the present moment of 123 patients who have underwent surgical treatment with formation of smallintestinal reservoir, in 101 (82,1%) ileostoma was liquidated. Of them in the first group it has been closed in 31 (67,4%) patient, in the second — in 70 (90,1%). Thus only in 2 (4,3%) patients of the first and in 1 (1,2%) patient of the second group with developed

Кашников Владимир Николаевич — кандидат медицинских наук, заместитель директора
ФГБУ ГНЦК по научно-лечебной работе

Kashnikov Vladimir N — MD, deputy director for scientific - medical activity, Federal state-funded institution
«State Scientific Center of Coloproctology»

Ачкасов Сергей Иванович — доктор медицинских наук, руководитель онкологического отдела хирургии
ободочной кишки ФГБУ ГНЦК

Achkasov Sergey I — MD, PhD, head of oncologic department, surgery of colon, Federal state-funded institution
«State Scientific Center of Coloproctology»

Гусев Александр Витальевич — аспирант кафедры колопроктологии ФГБУ ГНЦК.

Контактная информация: ruscusev_av@mail.ru, gnck@tsr.ru; 123423, Москва, ул. Саляма Адилы, 2

Gusev Alexander V — post-graduate student, chair of coloproctology, Federal state-funded institution «State Scientific
Center of Coloproctology». Contact information: ruscusev_av@mail.ru, gnck@tsr.ru; 123423, Moscow, Salyama Adilya
street, 2

них в первой группе она была закрыта у 31 (67,4%) пациента, во второй — у 70 (90,1%). При этом лишь у 2 (4,3%) человек из первой и у 1 (1,2%) пациента из второй группы с развившимися послеоперационными осложнениями не выполнено закрытие ранее наложенной илеостомы.

Выводы. Формирование тонкокишечных резервуаров является сегодня единственным способом реабилитации больных язвенным колитом, которым была удалена вся толстая кишка. Сопоставимые результаты лечения в анализируемых группах были получены благодаря отказу от формирования первичного резервуара у больных с более тяжелым течением заболевания и более интенсивной и длительной гормональной терапией.

Ключевые слова: язвенный колит, хирургическое лечение, тонкокишечный резервуар.

По данным отечественных и зарубежных авторов, заболеваемость *язвенным колитом* (ЯК) не имеет тенденции к снижению. При отсутствии эффекта от консервативной терапии колэктомия — единственно возможный объем хирургического вмешательства, который надежно излечивает пациентов от заболевания. Однако учитывая, что данное вмешательство является калечащим, альтернативой постоянной илеостомы у этих больных считается формирование тонкокишечных резервуаров, позволяющее реабилитировать молодых и социально активных пациентов. В последние 20 лет это один из основных вариантов реабилитации больных язвенным колитом, перенесших удаление толстой кишки [1, 9].

До сих пор нет единого мнения о целесообразности и оправданности создания первичного тонкокишечного резервуара после удаления толстой кишки. Ряд зарубежных коллег полагает, что выполнение колпроктэктомии с формированием первичного наданального резервуарного илеоректального анастомоза возможно у пациентов с легкой и среднетяжелой формой течения ЯК. Многоэтапное хирургическое лечение считается более адекватным при тяжелой атаке заболевания или у пациентов, длительно находящихся на гормональной терапии. Наличие рака ободочной или прямой кишки также не является противопоказанием к реконструктивно-восстановительной операции с формированием тонкокишечного резервуара [2, 4, 6, 7].

С другой стороны, по сообщению W. Caitlin и соавт., прием глюкокортикостероидов в предоперационном периоде не исключает возможность формирования первичного тонкокишечного резервуара. Не ограничивает подобную возможность и пожилой возраст больных. Однако у таких пациентов требуется тщательная коррекция сопутствующих заболеваний, изучение функции анального жома, определение способности

postoperative complications closure of imposed ileostoma was not performed.

Conclusions. Today formation of smallintestinal reservoirs is unique way of rehabilitation of patients with ulcerative colitis after total colectomy. Comparable results of treatment in analyzed groups have been received due to refusal of primary reservoir formation in patients with more severe course of disease and more intensive and long-term steroid therapy.

Key words: ulcerative colitis, surgical treatment, smallintestinal reservoir.

осуществлять уход за собой в послеоперационном периоде [3, 8].

A. Udo и соавт. в своем исследовании показали, что у больных ЯК, которым проведено многоэтапное хирургическое лечение, частота осложнений была достоверно ниже, чем при одномоментном формировании резервуара. Так, несостоятельность резервуарного шва в ближайшем послеоперационном периоде в группе с первичным тонкокишечным резервуаром составила 3,5%, а в группе с вторично сформированным резервуаром — 6,1% [10].

По данным крупного исследования, выполненного в Кливлендской клинике (США), несостоятельность резервуарного шва в ближайшем послеоперационном периоде была выявлена у 4,8% больных, оперированных по поводу ЯК, и у 4,7% пациентов с *болезнью Крона* (БК). Несостоятельность анастомоза развивалась в 1,5% случаев при ЯК и в 2,0% при БК, а частота формирования свищей из зоны аппаратного шва составила соответственно 2,7 и 8,0% [5].

Учитывая продолжающиеся споры и отсутствие четких критериев для формирования первичного или вторичного тонкокишечного резервуара, было решено провести исследование. Его целью явилось проведение многофакторного анализа результатов лечения больных с первично и вторично сформированным резервуаром с последующим уточнением показаний и противопоказаний к одно- или двухэтапной операции и, как следствие, улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ЯК.

Материал и методы исследования

В Государственном научном центре колопроктологии в период с 2007 по 2013 г. хирургическое лечение по поводу язвенного колита было завершено созданием тонкокишечного резервуара у 123 (56,2%) из 219 пациентов.

Таблица 1

Показания к хирургическому лечению язвенного колита, абс. число (%)

Показание	Группа	
	первая (n=46)	вторая (n=77)
Осложнения ЯК	2 (4)	15 (19)
Гормонорезистентная форма ЯК	20 (43)	49 (64)
Гормонозависимая форма ЯК	15 (33)	11 (14)
Рак толстой кишки на фоне ЯК	5 (11)	2 (3)
Ворсинчатые образования	4 (9)	—

Таблица 2

Возрастно-половой состав исследуемых групп

Показатель	Пол	Группа	
		первая (n=46)	вторая (n=77)
Количество больных, абс. число (%)	М	25 (54)	33 (43)
	Ж	21 (46)	44 (57)
Средний возраст пациентов, лет	М	31,5±9,5	33,5±12,1
	Ж	32,8±11,6	27,1±9,7

Таблица 3

Тяжесть состояния пациентов на момент хирургического вмешательства, абс. число (%)

Состояние	Группа		p
	первая (n=46)	вторая (n=77)	
Удовлетворительное	30 (65)	31 (40)	0,000284
Средней степени тяжести	4 (9)	14 (18)	
Тяжелое	12 (26)	32 (42)	

Формирование резервуара выполнялось первично, в один этап с удалением всей толстой кишки, у 46 (37,4%) больных (*первая группа*) и вторично — у 77 (62,6%) пациентов (*вторая группа*). Показанием к отсроченному формированию резервуара являлось тяжелое состояние больного, умеренная и минимальная активность ЯК в прямой кишке, а также наличие длительной гормональной терапии.

В качестве первого этапа хирургического лечения во второй группе проводились следующие оперативные вмешательства: колэктомия по типу операции Гартмана — у 40 (52,0%) пациентов, субтотальная резекция ободочной кишки — у 29 (37,6%), у 7 (9,1%) больных выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием одноствольной трансверзостомы и в 1 (1,3%) случае — правосторонняя гемиколэктомия с формированием отдельных илео- и трансверзостом. Следует отметить, что резекции различных отделов ободочной кишки у 8 (10,4%) человек были выполнены в других лечебных учреждениях.

Формирование тонкокишечного резервуара в данной группе осуществлялось в среднем через 25,8±30,1 мес. Столь большой промежуток времени между этапами хирургического лечения связан с поздним обращением ряда больных, которым

первичные операции выполнялись в других регионах страны.

В большинстве наблюдений показанием к хирургическому лечению ЯК как в первой, так и во второй группе явилась гормонорезистентная форма заболевания (табл. 1).

Достоверных различий по полу и возрасту между группами на момент первичной операции выявлено не было. Все пациенты являлись людьми молодого работоспособного возраста (табл. 2).

Длительность анамнеза ЯК до момента первичной операции в среднем составила 62,1±67,4 мес.

У больных, участвующих в исследовании, оценивали тяжесть состояния с учетом общих физических показателей, индекса массы тела, выраженности метаболических нарушений, степени компенсации сопутствующих заболеваний. Установлено, что в первой группе в удовлетворительном состоянии было достоверно больше пациентов, чем во второй, где более половины больных имели среднетяжелое и тяжелое состояние (табл. 3).

Пациентов, получавших терапию глюкокортикоидными препаратами, было значительно больше во второй группе. Дозы препарата в группе, где резервуар формировался вторично, были более высокими. Преднизолон принимали более длительно больные второй группы (табл. 4).

Таблица 4

Длительность приема и доза преднизолона до операции

Сравниваемый показатель	Группа		p
	первая (n=46)	вторая (n=77)	
Количество больных, получавших преднизолон, абс. число (%)	22 (49)	55 (71)	0,05
Доза препарата, мг	53,8±25,9	90,0±66,2	0,064
Длительность приема, мес	2,3±3,2	3,5±5,1	0,296

Таблица 5

Длительность хирургического вмешательства и объем кровопотери

Сравниваемый показатель	Группа		p
	первая (n=46)	вторая (n=77)	
Средняя длительность операции, мин	270,3±60,2	236,1±46,9	0,01
Средний объем кровопотери, мл	132,1±93,5	145,8±105,8	0,51

Существенных различий в клинических и биохимических анализах крови на момент хирургического вмешательства в сравниваемых группах не обнаружено.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе непосредственных результатов хирургических вмешательств с формированием резервуара достоверных различий по продолжительности операции, а также объему кровопотери между группами не получено (табл. 5).

Достоверных различий по частоте развития послеоперационных осложнений также не отмечено. В обеих группах преобладали осложнения, связанные с аппаратным швом (табл. 6).

Необходимость в повторном хирургическом вмешательстве из-за развития осложнений возникла у 4 пациентов с перфорацией приводящего отдела илеостомы с развитием вторичного перитонита, в том числе у 1 (2,2%) больного из первой группы и у 3 (3,9%) — из второй. В последующем послеоперационный период у этих пациентов протекал благоприятно. У одного больного из вто-

рой группы возникла необходимость повторного хирургического вмешательства по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. Остальным пациентам с осложнениями проводилась консервативная и местная терапия с положительным эффектом.

В настоящий момент лишь у 2 (4,3%) больных из первой и 1 (1,2%) пациента из второй группы с развившимися послеоперационными осложнениями не выполнено закрытие раневого наложенной илеостомы.

По данным морфологического исследования воспалительного процесса в удаленной толстой кишке достоверных различий между группами не выявлено. При этом в обеих группах в большинстве наблюдений отмечена выраженная активность воспаления: в первой группе у 30 (67%) из 46 больных, во второй — у 56 (73%) из 77 пациентов. Умеренно выраженное воспаление было соответственно у 16 (33%) и 21 (27%) обследованных.

Продолжительность послеоперационного койко-дня в первой группе в среднем составила 16,6±36,9 дня (10–38), во второй — 21,9±10,8 дня (10–59) — p<0,023.

Таблица 6

Характер осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, абс. число (%)

Характер осложнений	Группа		p
	первая (n=46)	вторая (n=77)	
Несостоятельность швов резервуара	3 (6,5)	1 (1,3)	0,119
Несостоятельность наданального илеоректального анастомоза	3 (6,5)	2 (2,6)	0,297
Перфорация приводящего отдела илеостомы	1 (2,2)	3 (3,9)	0,597
Внутреннее кишечное кровотечение из аппаратного шва	1 (2,2)	—	0,199
Тяжелый парез желудочно-кишечного тракта	—	2 (2,6)	0,271
Спаечная тонкокишечная непроходимость	—	1 (1,3)	0,438
Парастомальные осложнения	—	2 (2,6)	0,271
Всего ...	8 (17,4)	11 (14,3)	0,596

В настоящее время из 123 больных, перенесших хирургическое лечение с формированием тонкокишечного резервуара, у 101 (82,1%) выполнена операция по ликвидации илеостомы — в первой группе у 31 (67,4%) пациента, во второй — у 70 (90,1%). Причиной того, что практически в трети случаев не осуществлено внутрибрюшное закрытие илеостомы, является лишь факт проживания пациентов в отдаленных регионах страны.

Среднее время от момента формирования тонкокишечного резервуара до закрытия превентивной стомы в первой группе составило $9,0 \pm 8,3$, во второй $6,9 \pm 3,7$ мес ($p=0,17$).

В ближайший послеоперационный период после ликвидации превентивной илеостомы осложнения, связанные с наличием тонкокишечного резервуара, возникли у 1 (2,1%) больного с первичным резервуаром и у 3 (3,8%) человек с вторично сформированным резервуаром, что потребовало повторной отключающей операции. В дальнейшем у 1 (2,1%) пациента из первой группы и у 2 (2,6%) из второй был удален ранее сформированный тонкокишечный резервуар в связи с наличием у данных пациентов резервуарно-кишечных свищей. При этом на момент удаления резервуара диагноз язвенного колита был трансформирован в болезнь Крона.

Выводы

В настоящее время формирование тонкокишечных резервуаров — единственный способ реабилитации больных язвенным колитом, которым была удалена вся толстая кишка. Выполнение

пластического этапа операции одномоментно или в отсроченном порядке является поводом для дискуссии среди специалистов.

Хирургические вмешательства по формированию тонкокишечных резервуаров достаточно сложны и травматичны, сопровождаются значительным числом послеоперационных осложнений. Анализ причин развития последних не выявил достоверных различий между исследуемыми группами по длительности анамнеза язвенного колита к моменту первичной операции.

В первой группе по сравнению со второй большее число пациентов на момент формирования тонкокишечного резервуара получало гормональную терапию. При этом на этапе удаления ободочной кишки во второй группе дозы преднизолона были существенно больше, а длительность терапии дольше.

Достоверных различий по продолжительности операции, объему кровопотери в сравниваемых группах не выявлено. Частота ближайших послеоперационных осложнений также существенно не отличалась (17,4% при формировании первичных резервуаров и 14,3% — при отсроченных вмешательствах).

Сопоставимые результаты лечения в анализируемых группах были получены благодаря отказу от формирования первичного резервуара у больных с более тяжелым течением заболевания и более интенсивной и длительной гормональной терапией.

Для более объективных выводов необходимо проведение тщательного пофакторного анализа и дальнейший набор клинического материала.

Список литературы

1. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия / Под ред. Ю.А. Шелыгиной. М., 2011.
1. Kayzer A.M. Colorectal surgery / ed. Yu.A. Shelygina. M., 2011.
2. Alves A., Panis Y., Bouhnik Y., et al. Subtotal colectomy for severe acute colitis: a 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy. J Am Coll Surg 2003; 197(3):379-85.
3. Caitlin W., Hodin R., Bordeianou L. Possible overuse of 3-stage procedures for active ulcerative colitis. JAMA Surg 2013;148(7):658-64. doi:10.1001/2013.jamasurg.325
4. Carlstedt A., Fasth S., Hulten L., Nordgren S., Palselius I. Long-term ileostomy complications in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. Int J Colorectal Dis 1987; 2:22-5.
5. Fazio V.W., Coffey J.C., Heneghan H.M., et al. Ileal pouch anal anastomosis analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. Ann Surg 2013; 257(4):679-85.
6. Gorfine S.R., Harris M.T., Bub D.S., Bauer J.J. Restorative proctocolectomy for ulcerative colitis complicated by colorectal cancer. Dis Colon Rectum 2004; 47:1377-85.
7. Hahnloser D., Pemberton J.H., Wolff B.G., Larson D.R., Crownhart B.S., Dozois R.R. The effect of ageing on function and quality of life in ileal pouch patients: a single cohort experience of 409 patients with chronic ulcerative colitis. Ann Surg 2004; 240:615-21.
8. Michelassi F., Lee J., Rubin M., et al. Long-term functional results after ileal pouch anal restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: a prospective observational study. Ann Surg 2003; 238:433-41.
9. Richards D.M., Hughes S.A., Irving M.H., Scott N.A. Patient quality of life after successful restorative proctocolectomy is normal. Colorectal Dis 2001; 3:223-6.
10. Udo A., Erik H., et al. One- or two-stage procedure for restorative proctocolectomy: Rationale for a surgical strategy in ulcerative colitis. Ann Surg 2001; 234(6):788-94.