

Непосредственные результаты формирования илеорезервуара в ранние и поздние сроки после экстренных оперативных вмешательств при осложненном язвенном колите

Ю.Е. Киценко, С.К. Ефетов, И.А. Тулина, П.В. Царьков

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Short-term results of ileal pouch anastomosis in early and late terms after urgent surgery for complicated ulcerative colitis

Yu.E. Kitsenko, S.K. Yefetov, I.A. Tulina, P.V. Tsarkov

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты формирования илеорезервуара после экстренных оперативных вмешательств на толстой кишке при осложненном язвенном колите.

Материал и методы. Анализ проведен в двух равных группах по 26 пациентов, которым было проведено многоэтапное хирургическое лечение. У пациентов первой группы после выполнения первичной резекционной операции до формирования илеорезервуара прошло менее 12 мес, второй — более 12 мес.

Результаты. Статистически значимых различий между группами не отмечено ни по одному параметру непосредственных результатов ($p > 0,05$), в том числе по продолжительности операции ($p = 0,48$) и объему кровопотери ($p = 0,88$). По частоте развития осложнений ни на одном этапе значимых различий также не выявлено, в том числе по частоте возникновения несостоятельности резервуароанального анастомоза ($p = 1,0$).

Выводы. Формирование илеорезервуара технически может быть выполнено как спустя несколько месяцев, так и через несколько лет после колэктомии. Длительность периода времени от выполнения

Aim of investigation. To estimate short-term results of ileal pouch anastomosis after urgent colon surgery at complicated ulcerative colitis.

Material and methods. Two peer groups including 26 patients each after multi-stage surgical treatment were analyzed. In the first group of patients ileal pouch was created in less than 12 month after primary resection operation, in the second — in more than 12 months.

Results. No statistically significant differences between groups were found by any of short-term result scores ($p > 0.05$), including operation time ($p = 0.48$) and volume of blood loss ($p = 0.88$). No significant differences in morbidity rate were found at any stage, including the rate of ileal pouch-anal anastomosis incompetence ($p = 1.0$).

Conclusions. Technically ileal pouch anastomosis can be created both several months or several years after colectomy. Time span from subtotal colectomy performance before ileal pouch does not influence short-term treatment results.

Key words: ulcerative colitis, surgical treatment, ileal pouch, reconstructive proctectomy, multi-stage treatment.

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

Kitsenko Yury Ye. — assistant professor, chair of coloproctology and endoscopic surgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Contact information: yury@kitsenko.ru; 119991. Moscow, Pogodinskaya St. 1, bld. 1

Поступила: 14.11.2017 / Received: 14.11.2017

субтотальной колэктомии до формирования илеорезервуара не влияет на непосредственные результаты лечения.

Ключевые слова: язвенный колит, хирургическое лечение, илеорезервуар, восстановительная проктэктомия, многоэтапное лечение.

Для цитирования: Киценко Ю.Е., Ефетов С.К., Тулина И.А., Царьков П.В. Непосредственные результаты формирования илеорезервуара в ранние и поздние сроки после экстренных оперативных вмешательств при осложненном язвенном колите. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2018; 28(2):65-71
DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-65-71

For citation: Kitsenko Yu.E., Yefetov S.K., Tulina I.A., Tsarkov P.V. Short-term results of ileal pouch anastomosis in early and late terms after urgent surgery for complicated ulcerative colitis. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol 2018; 28(2):65-71
DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-65-71

Актуальность

До 80-х годов прошлого столетия «золотым стандартом» хирургического лечения *язвенного колита* (ЯК) с тотальным поражением толстой кишки было полное удаление всех пораженных отделов ободочной и прямой кишки (тотальная колпроктэктомия), в связи с чем пациенту формировали концевую илеостому. Вследствие значительного ухудшения качества жизни больного в результате создания пожизненной концевой илеостомы в течение многих лет формировалось негативное отношение пациентов и врачей к хирургическому лечению этого заболевания и операцию рассматривали как неизбежность при осложненном течении ЯК.

В настоящее время широкое распространение получило функционально-сохраняющее вмешательство в объеме тотальной колпроктэктомии с формированием J-образного илеорезервуара и резервуароанального анастомоза. В западной литературе эта операция получила название «restorative proctocolectomy», дословно — «восстановительная» колпроктэктомия, что отражает суть операции — восстановление непрерывности хода кишечной трубки и естественного образа тела. С 80-х годов, когда впервые была описана методика этой операции [1], и 90-х годов после опубликования первых положительных результатов выполнения этого вмешательства у более чем 1000 пациентов в США [2] хирургические операции при неосложненном ЯК перестали рассматривать как калечащие. Сегодня во многих национальных и международных клинических рекомендациях «восстановительную» колпроктэктомию предлагают в качестве «золотого стандарта» планового хирургического лечения неосложненного ЯК, резистентного к медикаментозной терапии [3].

Тем не менее у значительной части больных ЯК возникают осложнения заболевания, в связи с чем требуется выполнение срочной или экстренной операции. В условиях массивной кровопотери или токсического мегаколон оперативное вмешательство

в первую очередь должно быть направлено на удаление пораженного участка кишки и минимизацию послеоперационных осложнений. У таких пациентов выполнение тотальной колпроктэктомии или субтотальной колэктомии с формированием концевой илеостомы — единственный шанс на спасение жизни и уменьшение выраженности проявлений заболевания. Однако в настоящее время это вмешательство не рассматривают как окончательное. У подавляющего большинства пациентов, несмотря на осложненное течение заболевания и необходимость в срочной или экстренной резекционной операции, возможно восстановление непрерывности хода кишечной трубки в отдаленном периоде. Такой подход получил название «трехэтапная схема» лечения ЯК: первый этап — выполнение субтотальной колэктомии с сохранением прямой кишки и формированием концевой илеостомы, второй этап — выполнение проктэктомии с формированием J-образного илеорезервуара, резервуароанального анастомоза и превентивной двуствольной илеостомы, третий этап — ликвидация двуствольной илеостомы.

В лечебных учреждениях, где при ЯК применяют технологию «восстановительных» операций, трехэтапное хирургическое лечение больных с осложненными формами заболевания является запланированным, т.е. и врач, и пациент рассматривают резекционное вмешательство с формированием концевой илеостомы лишь как этап длительного лечения, в конце которого восстанавливают естественный ход кишечной трубки. При этом временные промежутки между этапами редко превышают 6 мес.

В клиниках, где «восстановительные» операции не практикуют, удаление толстой кишки с формированием концевой илеостомы часто представляется пациенту как единственно возможный вариант хирургического лечения. Однако даже эти пациенты имеют шанс на выполнение «восстановительной» операции в отсроченной перспективе.

Цель настоящего исследования — оценка непосредственных результатов формирования илеорезервуара в ранние и поздние сроки после экстренных

оперативных вмешательств на толстой кишке при осложненном язвенном колите.

Материал и методы исследования

Для формирования выборки использована проспективно собираемая база данных пациентов, находившихся на лечении в Клинике колопроктологии и малоинвазивной хирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова».

Для анализа были отобраны пациенты, соответствовавшие следующим критериям включения:

- патоморфологически подтвержденный диагноз ЯК с субтотальным или тотальным поражением толстой кишки;
- выполнение радикального оперативного вмешательства по трехэтапной схеме.

Для проведения исследования из полученной выборки пациентов сформированы две группы. В первую группу отобраны пациенты, у которых период времени от первичной резекционной операции до формирования илеорезервуара составил 0–12 мес, вторую группу составили пациенты, у которых временной промежуток между первым и вторым этапами составил более 12 мес.

Большинству больных первой группы произведены операции по формированию резервуароанального анастомоза в рамках изначально запланированного трёхэтапного хирургического лечения: на первом этапе выполняли резекционное вмешательство с целью удаления источника воспалительного процесса — субтотальную колэктомию с формированием концевой илеостомы и концевой сигмостомы, на втором — проктэктомию с формированием тонкокишечного резервуара, резервуароанального анастомоза и превентивной стомы, на третьем этапе — операцию по ликвидации двустольной илеостомы.

Пациентам второй группы было проведено изначально незапланированное трехэтапное лечение. Первично им выполняли различные по объему оперативные вмешательства с целью снижения активности заболевания — от формирования двустольной илеостомы до тотальной колпроктэктомии. На втором этапе удаляли оставшиеся отделы толстой кишки с формированием тонкокишечного резервуара, резервуароанального анастомоза и превентивной илеостомы, на третьем этапе ликвидировали илеостому. Все этапы лечения больных первой группы выполнены в нашей клинике, в то время как первичную операцию больным второй группы производили в других лечебных учреждениях, а второй и третий этапы — в нашей клинике.

Оценке подвергали интра- и послеоперационные результаты второго и третьего этапов лечения. В связи с недоступностью части документации других лечебных учреждений восстановить полную информацию о первом этапе лечения пациентов, изначально оперированных в этих клиниках, не было возможности.

Сравнение интраоперационных данных проведено по следующим параметрам: длительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, наличие интраоперационных осложнений.

Анализ течения послеоперационного периода проведен по следующим параметрам: длительность пребывания пациента в стационаре после операции, наличие послеоперационных осложнений, длительность ожидаемого послеоперационного и общего пребывания в *отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)*, период времени до удаления дренажа из брюшной полости и восстановления активности кишечника (появление перистальтики, отхождение газов и кала), продолжительность проведения инфузионной терапии. Осложнения были сгруппированы согласно классификации хирургических осложнений Clavien–Dindo [4].

Использованы следующие методы статистической обработки материала:

- оценка медианных величин и среднеквадратичного отклонения;
- U-критерий Манна–Уитни для сравнения выборок параметров в основной группе и группе сравнения;
- корреляционный анализ с оценкой коэффициента корреляции Пирсона r : при $r > 0,7$ корреляционную связь между параметрами считали сильной, при $0,7 > r > 0,5$ — средней, при $r < 0,5$ — слабой.

Статистически значимым различие признается при $p < 0,05$.

Результаты исследования

За период с 2008 по 2016 г. первично отобраны 63 пациента, оперированных по поводу ЯК с формированием тонкокишечного резервуара, 26 из них оперированы в рамках трехэтапной схемы лечения. Эти больные были разделены на две группы по 13 в каждой. Сравнительная характеристика пациентов обеих групп представлена в табл. 1.

Одному пациенту из первой группы оперативное вмешательство произведено в плановом порядке, однако трехэтапное лечение было выбрано вследствие введения моноклональных антител незадолго до операции; одному пациенту из второй группы первичное оперативное вмешательство было выполнено по поводу рака ободочной кишки, развившегося на фоне ЯК.

Пациенты обеих групп были сравнимы практически по всем параметрам, но ожидаемо различались по времени, прошедшему между первым и вторым этапами.

В качестве первого этапа лечения в первой группе почти всем пациентам была выполнена субтотальная колэктомия с формированием концевой илеостомы и концевой сигмостомы, у одного пациента сформирована илеостома без резекции толстой кишки для минимизации длительности операции в связи с тяжестью его состояния. Во второй группе в качестве

Таблица 1

Демографические и клинические характеристики пациентов

Table 1

Demographic and clinical features of investigated patients

Параметр	Первая группа (n=13)	Вторая группа (n=13)	p
Мужчины : женщины	9:4	7:6	0,51
Средний возраст первого проявления заболевания, годы	30,2±3,8	25,2±1,6	0,58
Средняя продолжительность терапии до хирургического лечения, мес	26,0±7,0	29,6±9,7	0,72
Индекс массы тела непосредственно перед первым этапом хирургического лечения, кг/м ²	22,1±1,0	22,2±2,4	0,88
Средний возраст на момент проведения первого этапа хирургического лечения, годы	32,4±3,4	27,8±1,7	0,48
Активность по Truelove–Witts перед началом хирургического лечения	2,8±0,2	2,5±0,2	0,36
Количество пациентов с ЯК и активностью по Truelove–Witts 1	1	1	0,32
Количество пациентов с ЯК и активностью по Truelove–Witts 2	1	4	–”–
Количество пациентов с ЯК и активностью по Truelove–Witts 3	11	8	–”–
Продолжительность периода времени до второго этапа лечения, мес	3,5±0,8	56,5±10,4	<0,001
Частота выполнения экстренного оперативного вмешательства, абс. число (%)	12 (92,3)	12 (92,3)	1,00
Причина выполнения экстренного вмешательства, абс. число (%):			
токсическая дилатация	4 (30,8)	1 (7,7)	0,34
кровотечение	4 (30,8)	6 (46,2)	0,51
перфорация	1 (7,7)	3 (23,1)	0,51
острая атака	3 (23,1)	2 (15,4)	0,76

первого этапа пациентам чаще выполняли операции с целью ликвидации осложнения ЯК:

- субтотальную колэктомии с формированием концевой илеостомы (n=8);
- левостороннюю гемиколэктомию (n=3);
- двустольную илеостомию (n=1);
- двустольную колостомию (n=1).

Непосредственные результаты второго этапа лечения

Второй этап хирургического лечения у всех пациентов включал плановое удаление оставшейся части толстой кишки с формированием илеорезервуара и превентивной илеостомы.

На предоперационном этапе при оценке по шкале анестезиологических рисков ASA значимых различий между группами не выявлено (2,0±0,0 и 2,2±0,1; p=0,51). Средняя продолжительность оперативных вмешательств и объем кровопотери в первой и второй группах статистически значимо не различались (соответственно 303,1±18,6 и 285,8±10,7 мин; p=0,48, и 315,4±57,6 и 325,4±69,6 мл; p=0,88).

Лапароскопически оперативное вмешательство произведено 4 (30,8%) больным из первой группы и одному (7,7%) пациенту из второй (p=0,34). Конверсия доступа выполнена в первой группе одному больному в связи с кровотечением из атипично расположенной левой внутренней подвздошной вены, которая отходила от правой общей подвздошной вены, дефект ушит непрерывным швом. Лапароскопический доступ реализован в первой группе с использованием 3 (n=1) и 5 (n=2) портов, также в обеих группах по одному разу применена технология единого порта.

Интраоперационные осложнения наблюдались в обеих группах. В первой группе отмечены в одном (7,7%) случае неполное срабатывание циркулярного сшивающего аппарата, в связи с чем анастомоз был повторно сформирован трансанально вручную, и еще в одном (7,7%) кровотечение, описанное выше. Во второй группе у одного (7,7%) больного был непреднамеренно пересечен мочеточник на фоне выраженного спаечного процесса, развившегося после первого этапа хирургического лечения.

Результаты оценки параметров раннего послеоперационного периода второго этапа лечения

При сравнении параметров раннего послеоперационного периода статистически значимых различий между группами не выявлено (табл. 2).

Увеличение продолжительности пребывания пациентов в стационаре после операции было связано с необходимостью проведения внутривенной инфузионной терапии ($r=0,58$; $p<0,01$), а также с длительным сохранением дренажа в брюшной полости ($r=0,57$; $p<0,01$).

Ранние послеоперационные осложнения возникли у больных в обеих группах: послеоперационный илеус в первой группе отмечен у одного больного, во второй — у 3, воспаление илеорезервуара — также у одного и 3 соответственно, перистомальный дерматит выявлен лишь у одного больного в первой группе. При возникновении этих осложнений не потребовалось проведение повторных оперативных вмешательств, они были устранены консервативно. У одного пациента из второй группы выявлена несостоятельность резервуароанального анастомоза, в связи с чем была произведена экстренная релапаротомия, удален илеорезервуар и сформирована концевая илеостомия. В первой группе отмечены 2 осложнения I степени и одно осложнение II степени по классификации Clavien–Dindo, во второй группе — 3 осложнения I степени, 3 осложнения II степени и одно осложнение IVa степени. Таким образом, во второй группе осложнений было в 2 раза больше, чем в первой.

После выписки под амбулаторное наблюдение после второго этапа лечения у пациентов выявлены следующие осложнения: илеус (у одного больного в первой группе и 2 больных во второй), воспаление илеорезервуара (у одного больного в первой группе), несостоятельность анастомоза (у 2 больных в первой группе и одного больного во второй). Кроме того, у одного пациента из второй группы отмечено

развитие первичного склерозирующего холангита. В первой группе диагностированы 2 осложнения I степени и 2 осложнения II степени по классификации Clavien–Dindo, во второй группе — 2 осложнения I степени и одно осложнение IIIb степени, так как через 1 мес после формирования илеорезервуара одному больному второй группы в Областной клинической больнице была выполнена лапаротомия по поводу илеуса, расцененного как послеоперационная спаечная непроходимость.

Таким образом, в обеих группах выявлены по 2 больных с несостоятельностью резервуароанального анастомоза, у одного из которых во второй группе впоследствии потребовалось удалить илеорезервуар, а остальным больным проведено консервативное лечение. Статистически значимых различий между группами по частоте возникновения несостоятельности не выявлено ($p=1,0$).

Результаты третьего этапа лечения

Третий этап по большинству параметров статистически значимо не отличался от предыдущих этапов, за исключением большего послеоперационного койко-дня в первой группе и более быстрого первого отхождения кала у пациентов второй группы. В табл. 3 представлены сводные данные о параметрах в интраоперационном и раннем послеоперационном периодах третьего этапа.

Время первого отхождения кала напрямую связано с длительностью послеоперационного койко-дня ($p=0,02$; $r=0,5$) и продолжительностью внутривенной инфузионной терапии ($p<0,01$; $r=0,6$), причем при проведении инфузионной терапии значительно увеличивается послеоперационный койко-день ($p<0,01$; $r=0,7$).

Ранние послеоперационные осложнения возникли у больных обеих групп. В первой группе у 2 больных развился перианальный дерматит на фоне частой дефекации в первые дни после операции, у одного — анастомозит, у одного — спаечная непроходимость, в связи с чем потребовалось

Таблица 2

Характеристики групп больных в раннем послеоперационном периоде

Table 2

Features of the study groups in early postoperative period

Параметр	Первая группа ($n=13$)	Вторая группа ($n=13$)	p
Послеоперационный койко-день, сут	12,2±1,3	15,9±2,1	0,3
Длительность нахождения в ОРИТ, сут	1,4±0,2	1,3±0,2	0,76
Длительность сохранения дренажа, сут	7,1±0,5	9,8±2,1	1,0
Длительность восстановления перистальтики, сут	1,5±0,1	1,7±0,3	0,88
Время до первого отхождения газов по илеостоме, сут	1,9±0,2	2,2±0,3	0,48
Время до первого отхождения кала по илеостоме, сут	2,2±0,2	2,7±0,5	0,65
Продолжительность внутривенной инфузионной терапии, сут	6,9±0,5	7,9±1,8	0,31
Частота выполнения интраоперационных трансфузий, абс.число (%)	0	1 (7,7)	0,76

Таблица 3

Характеристики групп больных на третьем этапе лечения

Table 3

Features of the study groups at the third stage of treatment

Параметр	Первая группа (n=13)	Вторая группа (n=13)	P
Продолжительность операции, мин	75,4±11,4	100,8±13,6	0,22
Объем интраоперационной кровопотери, мл	20,8±3,4	30,8±7,9	0,67
ASA	2,0±0,0	2,1±0,1	0,76
Длительность нахождения в стационаре после операции, сут	9,8±1,1	8,3±1,1	0,32
Длительность нахождения в ОРИТ, сут	1,4±0,2	1,3±0,3	0,93
Длительность восстановления перистальтики после операции, сут	1,0±0,0	1,3±0,1	0,32
Период между операцией и первым отхождением газов, сут	1,5±0,2	1,5±0,2	1,0
Период между операцией и первым отхождением кала, сут	1,9±0,4	1,8±0,4	0,71
Продолжительность внутривенной инфузионной терапии, сут	4,3±0,6	4,3±0,5	1,0

выполнение лапаротомии, адгезиолизиса и интубации тонкой кишки зондом Миллера–Эббота. Во второй группе у одного больного развилось воспаление илеорезервуара. В первой группе отмечено 3 осложнения I степени по классификации Clavien–Dindo и одно осложнение IIIb степени, во второй группе – одно осложнение I степени.

Закрытие илеостомы выполнено у 12 пациентов в первой группе и у 12 – во второй; несостоятельности илео-илеоанастомоза не выявлено.

Илеостома сохранена у 2 пациентов: один пациент отказался от ликвидации илеостомы в настоящее время по личным причинам, у другого пациента из второй группы ранее был удален илеорезервуар и сформирована концевая илеостома.

Общая продолжительность хирургического лечения от начала первого этапа до конца третьего во второй группе была значимо больше, чем в первой (60,1±11,6 и 6,3±1,0 мес соответственно; $p < 0,001$), в основном из-за длительного ожидания реконструктивно-восстановительного этапа у пациентов, которым первичное оперативное вмешательство было выполнено на базе других хирургических стационаров. Значимых различий между группами по длительности периода от окончания реконструктивно-восстановительного этапа до момента закрытия илеостомы не выявлено (1,9±0,5 и 4,2±1,5 мес в первой и второй группах соответственно; $p = 0,08$).

Обсуждение результатов исследования

Результаты настоящего исследования демонстрируют техническую возможность и выполнимость формирования илеорезервуара в отдаленные сроки после субтотальной колэктомии, произведенной по экстренным показаниям у пациентов с осложненными формами ЯК. Объем оперативного вмешательства на первом этапе не влияет на возможность формирования илеорезервуара при условии купирования

осложнения ЯК. Продемонстрировано отсутствие различий интра- и послеоперационных параметров во время формирования илеорезервуара у пациентов, которым в качестве первого этапа лечения была произведена колэктомия, и пациентов, которым выполнена экстренная резекция ободочной кишки без планируемого реконструктивного этапа лечения.

Существенным ограничением настоящего исследования является небольшой размер выборки. В первую очередь это обусловлено тем, что в России, в отличие от других стран, распространенность *неспецифических воспалительных заболеваний кишечника* (НВЗК) в целом небольшая [5, 6]. Авторами работы представлен уницентрированный опыт хирургического лечения ЯК с реконструктивно-восстановительным этапом лечения. В России формирование илеорезервуара, несмотря на существование этой технологии в течение десятилетий [1], применяют только в крупных центрах. В случае развития осложнения, для устранения которого требуется экстренное оперативное вмешательство, лечение, как правило, проводят в условиях ближайшего хирургического стационара. Пациенты не всегда получают информацию о возможности выполнения «восстановительных» операций, в связи с чем они вынуждены длительное время жить с концевой илеостомой.

Таким образом, увеличить размер выборки можно как посредством широкого информирования пациентов и врачей о возможных способах лечения, так и путем объединения данных из разных центров. Однако из-за отсутствия единого регистра больных с НВЗК, значительной разнородности ретроспективных данных, применения различных протоколов лечения в разных центрах такое объединение данных в настоящее время невозможно.

В исследовании, выполненном J. Gu и соавт. [7], было проведено подробное сравнение одноэтапного и многоэтапного лечения ЯК с оценкой непосредственных и отдаленных результатов.

Суммарная длительность нахождения в стационаре пациентов с отсроченным формированием илеорезервуара составила 17 сут, а общая длительность лечения — 10,4 мес. В настоящем исследовании суммарная длительность нахождения больных в стационаре превышала эти показатели, однако длительность лечения в группе пациентов, изначально оперированных по многоэтапной схеме, была почти в 2 раза меньше.

Вследствие отсутствия других значимых работ, в которых бы проводили сравнение результатов восстановления естественного хода кишечника после длительного вынужденного стомирования у больных ЯК, мы обратились к исследованиям, посвященным временным илеостомам, сформированным при выполнении других операций. Большая часть исследований посвящена минимизации времени существования илеостомы. В исследовании, выполненном W. Li и G. Oziner [8], проведено сравнение групп пациентов, у которых илеостома была закрыта в срок менее или более 3 мес после ее наложения. Исследователи пришли к выводу, что раннее закрытие илеостомы безопасно. Однако в проведенном нами исследовании средняя продолжительность жизни пациентов с илеостомой после оперативного вмешательства составляла 127 дней, т.е. около 4 мес. В исследовании, выполненном L. Zhen и соавт. [9], получены схожие результаты.

Согласно данным F. Herrle и соавт. [10], после ликвидации илеостомы восстановление качества

жизни происходит в полной мере. Авторы провели оценку результатов лечения 120 пациентов, у которых была сформирована превентивная илеостома после низкой передней резекции прямой кишки по поводу рака прямой кишки. Среднее время до закрытия илеостомы составило 5 мес (диапазон от 17 дней до 18 мес). В проведенном нами исследовании у пациентов, у которых илеостома существовала длительно, среднее время до ее ликвидации было намного больше, чем в рассмотренном исследовании.

Наш опыт свидетельствует, что формирование илеорезервуара возможно даже в отдаленном периоде после первичного оперативного вмешательства при осложненном ЯК и не приводит к значимому увеличению частоты развития как ранних, так и поздних осложнений. Соответственно длительную дисфункцию отключенного участка кишки и анального сфинктера нельзя рассматривать как противопоказание к формированию илеорезервуара.

Заключение

Таким образом, технически илеорезервуар может быть сформирован как спустя несколько месяцев, так и через несколько лет после колэктомии. Длительность периода времени от субтотальной колэктомии до формирования илеорезервуара не влияет на непосредственные результаты лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Список литературы/References

1. Parks A.G., Nicholls R.J. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978;2(6130):85-8.
2. Fazio V.W., Ziv Y., Church J.M., Oakley J.R., Lavery I.C., Milsom J.W. et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg* 1995;222(2):120-7.
3. Magro F., Gionchetti P., Eliakim R., Ardizzone S., Armuzzi A., Barreiro-de Acosta M. et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Col* 2017;11(6):649-70.
4. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240(2):205-13.
5. Bitton A., Buie D., Enns R., Feagan B.G., Jones J.L., Marshall J.K. et al. Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements. *Am J Gastroenterol* 2012;107(2):179-94; author reply 95.
6. Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Никулина И.В. Эпидемиологические аспекты воспалительных заболеваний кишечника в Московской области. *Альманах клин мед* 1999;2:41-50 [Zlatkina A.R., Belousova Ye.A., Nikulina I.V. Epidemiologic aspects of inflammatory bowel diseases in Moscow region. *Almanakh klin med* 1999; 2:41-50].
7. Gu J., Stocchi L., Ashburn J., Remzi F.H. Total abdominal colectomy vs. restorative total proctocolectomy as the initial approach to medically refractory ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis* 2017.
8. Li W., Ozuner G. Does the timing of loop ileostomy closure affect outcome: A case-matched study. *Int J Surg* 2017;43:52-5.
9. Zhen L., Wang Y., Zhang Z., Wu T., Liu R., Li T. et al. Effectiveness between early and late temporary ileostomy closure in patients with rectal cancer: A prospective study. *Curr Probl Cancer* 2017;41(3):231-40.
10. Herrle F., Sandra-Petrescu F., Weiss C., Post S., Runkel N., Kienle P. Quality of Life and Timing of Stoma Closure in Patients With Rectal Cancer Undergoing Low Anterior Resection With Diverting Stoma: A Multicenter Longitudinal Observational Study. *Dis Colon Rectum* 2016;59(4):281-90.