

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Климентов М.Н.

*БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики*

Воспалительные заболевания толстой кишки - язвенный колит и болезнь Крона представляют собой актуальную хирургическую проблему. В работе представлен анализ оперативных вмешательств при язвенном колите и болезни Крона за последние 12 лет по материалам Первой республиканской клинической больницы г. Ижевска. Разработаны показания к одноэтапным и многоэтапным радикальным операциям при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона. Уточнены показания к экстренным, срочным и плановым показаниям при воспалительных заболеваниях толстого кишечника. Выполнение радикальных многоэтапных операций при язвенном колите и болезни Крона позволяет снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни.

Ключевые слова: воспалительные заболевания толстой кишки, язвенный колит, болезнь Крона.

SURGICAL TREATMENT ULCERATIVE COLITIS

Klimentov M.N.

The First Republican Clinical Hospital

Non-specific inflammatory bowel diseases such as ulcerative colitis and Crohn's disease represents actual surgical problem. This paper presents the analysis of surgical interventions of ulcerative colitis and Crohn's disease for the last 12 years based on the First Republican Clinical Hospital of Izhevsk. Indications for single-stage and multi-stage radical operations for ulcerative colitis and Crohn's disease were developed. The indications for emergency, urgent and elective operations for inflammatory bowel disease were specified. Performing the radical multi-stage operations for ulcerative colitis and Crohn's disease can reduce mortality and improve the results of treatment, prognosis and quality of life.

Key words: inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease.

Введение.

Воспалительные заболевания толстой кишки (ВЗК) - язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) являются одними из самых тяжелых и опасных заболеваний желудочно-кишечного тракта, представляют собой актуальную клиническую проблему, связанную с увеличением числа больных, сложностью выбора оптимальной тактики лечения, возрастанием экономических затрат на лечение [1; 2; 5].

Распространенность неспецифического язвенного колита (численность больных) составляет 40-117 больных на 100 000 жителей. Распространенность болезни Крона 30-50 случаев на 100 000 жителей. Наибольшее число случаев приходится на возраст 20-40 лет, то есть на социально и экономически продуктивную часть населения. Наивысшие показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и через 10 лет после его начала из-за развития колоректального рака [4].

Безусловно, оперативное вмешательство при НЯК и БК является главным и наиболее ответственным моментом в борьбе за жизнь пациента при тяжелом течении заболеваний.

Выбор оперативного вмешательства во многом определяет исход и прогноз дальнейшей жизни больных.

Первое сообщение о хирургическом лечении язвенного колита в России принадлежит В.А. Оппелю, который в 1907 г. на заседании Общества русских врачей сделал доклад на тему: «К вопросу о хирургическом лечении хронических язвенных колитов». Выполняли в основном цекостомию и аппендикостомию. После работ Brook, предложившего способ формирования илеостомы, Koch внедрил в практику резервуарную илеостому [1; 2].

За последние десятилетия взгляд на оказание хирургической помощи больным с язвенным колитом претерпел значительное эволюционное развитие [3; 6].

Цель исследования. Уточнить показания к оперативным вмешательствам при воспалительных заболеваниях толстой кишки.

Материалы и методы

Работа выполнена в клинике факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, в отделении колопроктологии БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». В работе анализируются результаты лечения 110 больных с ВЗК, находящихся на лечении за последние 12 лет (2000-2012), из них 20 пациентам выполнены оперативные вмешательства. Возраст пациентов колебался от 16 до 75 лет. Средний возраст наблюдения составил $40 \pm 9,8$ года. Мужчин было 62 человека, женщин 48. Давность заболевания колебалась от 2 до 25 лет и составляла в среднем $15,4 \pm 3,2$ года. Частота обострений варьировала до 1-2 раз в год. В комплекс лечебных мероприятий были включены медикаментозные и оперативные методы. При консервативном лечении назначали: глюкокортикоиды (преднизолон, метипред, солу-медрол и др.), сульфасалазин, салофальк, месалазин, азатиоприн, инфликсимаб, антибактериальная и антимикотическая терапия, витаминотерапия. По показаниям назначались препараты, улучшающие реологические свойства крови (курантил, пентоксифиллин); метаболическая терапия (солкосерил, актовегин, алоэ); ферменты (вобэнзим, мезим-форте). Оперативные вмешательства выполнены 20 пациентам.

Проведен анализ оперативных вмешательств в проктологическом отделении 1-й РКБ с 2000 по 2012 год и разработаны показания к экстренным, срочным и плановым оперативным вмешательствам при ВЗК.

Показания к экстренным операциям:

- 1) перфорация кишки, перитонит;
- 2) кишечная непроходимость.

Показания к срочным операциям:

- 1) профузное толстокишечное кровотечение;

- 2) абсцессы брюшной полости;
- 3) острая токсическая дилатация толстой кишки.

Показания к плановым операциям:

- 1) гормонорезистентные, резистентные к цитостатикам и инфликсимабу формы;
- 2) высокая и средняя степень дисплазии кишечного эпителия при длительности заболевания больше 10 лет;
- 3) перерождение в рак.

При ЯК операцией выбора является колпроктэктомия с формированием илеостомы на передней брюшной стенке. Но отвечающей велению времени, техническим и анестезиологическим возможностям, задачам социальной реабилитации должна считаться операция - колпроктэктомия с илеоанальным анастомозом и формированием резервуара из тонкой кишки. Всегда ли возможно данную операцию выполнить одномоментно и надо ли к этому стремиться? Да, такие операции выполняются, при большом накопленном опыте, в специализированных центрах, при строго выверенном состоянии больного. Но если имеются какие-то, даже минимальные сомнения, операцию выполняют в несколько этапов.

Радикальные операции:

- одноэтапные с илеоанальным анастомозом и формированием резервуара;
- одноэтапные с илеостомой на передней брюшной стенке;
- программируемые многоэтапные (гемиколэктомия по типу операции Гартмана, колэктомия с илеостомой на передней брюшной стенке, затем проктэктомия с формированием резервуара).

Показания к одноэтапной колпроктэктомии с илеостомой на передней брюшной стенке:

- длительность заболевания больше 10 лет;
- старшая возрастная группа;
- высокая степень дисплазии эпителия прямой кишки.

Выполнялись в двух вариантах:

Вариант 1. Лапаротомия→колпроктэктомия→илеостомия.

Вариант 2. Видеолапароскопическая колпроктэктомия.

Показания к многоэтапной операции:

- этапы по экстренным и срочным показаниям;
- молодой возраст, тяжелая степень тяжести заболевания;
- отказ от постоянной илеостомы на передней брюшной стенке с предупреждением больного о высоком риске осложнений;
- длительность заболевания меньше 10 лет;
- низкая степень дисплазии эпителия толстой кишки.

Многоэтапные операции предполагают несколько вариантов операций, и в первую очередь в зависимости от состояния больного.

Вариант 1:

- I этап (экстренная) – левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Гартмана;
- II этап (плановая санация) – правосторонняя гемиколэктомия с наложением концевой илеостомы;
- III этап (плановая) – проктэктомия с формированием резервуара и наложением превентивной илеостомы;
- IV этап (плановая) – закрытие илеостомы.

Вариант 2:

- I этап (экстренная) – левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Гартмана;
- II этап (плановая) – правосторонняя гемиколэктомия, проктэктомия с формированием резервуара и наложением превентивной подвесной илеостомы;
- III этап (плановая) – закрытие илеостомы.

Результаты

Пациенты были оперированы после предоперационной подготовки, направленной на коррекцию нарушений функций жизненно важных органов. Выполненные оперативные вмешательства у пациентов являются одноэтапными и многоэтапными, что обеспечило положительные ближайшие и отдаленные результаты. Летальных послеоперационных исходов не было. Оперативные вмешательства показаны в таблице 1.

Таблица 1. Оперативные вмешательства у пациентов с неспецифическим язвенным колитом

Операции	Число оперированных больных	
	Абс.	%
Одноэтапная колпроктэктомия, илеостомия	8	40
Видеолапароскопическая колпроктэктомия, илеостомия	1	5
Многоэтапная колпроктэктомия	9	45
Многоэтапная колпроктэктомия с резервуаром	2	10
Всего	20	100

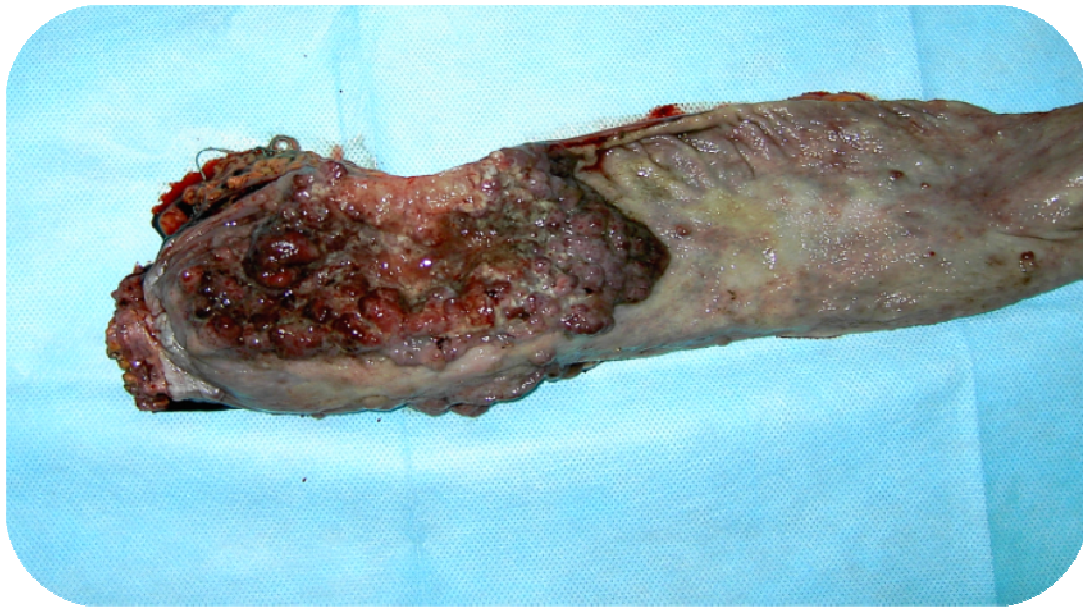
В процессе послеоперационного лечения больных соблюдался принцип комплексного подхода. Все пациенты получали адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, антибиотикотерапию, витаминно-энергетический комплекс, преднизолон, сульфасалазин, нутритивную поддержку, антибактериальные препараты.

Выполнение радикальных оперативных вмешательств при воспалительных заболеваниях толстого кишечника позволило снизить летальность с 10% до 1,6%.

Приведем клинический пример.

У больного Ш., 33 года, с 14 лет установлен диагноз - неспецифический язвенный колит. Многократно лечился в колопроктологическом отделении с НЯК, тотальным поражением, тяжелой степени тяжести. Всегда при поступлении предъявлял жалобы на выраженную слабость, жидкий стул до 12-15 раз в сутки с примесью крови. Состояние тяжелое, бледный, кахексичный. Проводилась базисная терапия с кратковременным эффектом. От неоднократно предложенной операции больной категорически отказывался. При очередном поступлении состояние тяжелое. При пальцевом исследовании определяется бугристое, плотное, циркулярное образование, нижний край которого на 6-7 см. Результат биопсии – высокодифференцированная аденокарцинома (малигнизированная ворсинчатая опухоль). Опухолевые железы в сосудисто-стромальном стержне опухоли. Выполнена ирригоскопия – признаки НЯК, тотальное поражение; VL прямой кишки; долихосигма, дилатация ободочной кишки. С диагнозом: высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки; хронический неспецифический язвенный колит, тотальное поражение, тяжелое течение; деформирующий остеоартроз III ст. обоих коленных суставов, недостаточность функции суставов III ст., остеопороз бедренных и б/берцовых костей; остеопороз колено-фemorальных суставов; мочекаменная болезнь, камень нижней трети правого мочеточника, гидронефротическая трансформация правой почки, афункциональная правая почка; хронический необструктивный бронхит вне обострения, дыхательная недостаточность - 0; миокардиодистрофия, хроническая сердечная недостаточность - 0; анемия III ст.; кахексия, пациент был оперирован. Выполнено: колпроктэктомия, наложение концевой илеостомы, правосторонняя нефрэктомия. При осмотре вся толстая кишка плотная, с отсутствием складок, укороченная. В 6 см от анального канала и на протяжении 15 см – циркулярная бугристая опухоль (рис. 1).

Рисунок 1. Рак прямой кишки у больного НЯК



Метастазы не выявлены. При гистологическом исследовании препаратов – муцинозная аденокарцинома прямой кишки с прорастанием всех слоев стенки органа, формированием имплантационных метастазов по серозной оболочке. В ткани почки картина хронического пиелонефрита с исходом в нефросклероз, кистозная трансформация лоханки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 1,5 года чувствует себя удовлетворительно, увеличилась масса тела.

Выводы

1. Показаниями к плановым радикальным оперативным вмешательствам при воспалительных заболеваниях толстой кишки являются: гормонорезистентные, резистентные к цитостатикам и инфликсимабу формы, высокая и средняя степень дисплазии кишечного эпителия при длительности заболевания больше 10 лет, перерождение в рак.
2. Выполнение многоэтапных оперативных вмешательств при воспалительных заболеваниях толстой кишки позволило снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни.

Список литературы

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. - М. : Гэотар-Мед, 2001. – 528 с.
2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. – Тверь : Триада, 2002. - 128 с.
3. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Н.В. Костенко, Т.Л. Михайлова, Л.Л. Капуллер, В.В. Веселов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. - Т. 13, № 1. - С. 73-80.

4. Каншина О.А. Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых) / О.А. Каншина, Н.Н. Каншин. - М. : Биоинформсервис, 2002. - 212 с.
5. Фарелл Р. Язвенный колит / Р. Фарелл, М. Пепперкорн // Междунар. мед. журн. 2003. - Т. 6, № 1. - С. 73-80.
6. Gassull M., Esteve M. Steroid unresponsiveness in inflammatory bowel disease // Advanced therapy of inflammatory bowel disease (ed. by Bayless T.M., Hanauer S.B.). - London: B.C. Decker, 2001. - P. 133—137.

Рецензенты:

Варганов Михаил Владимирович, д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск.

Ситников Вениамин Арсеньевич, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск.