

НАШ ОПЫТ: СТРУКТУРА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

¹Дыбов О.Г., Воробей А.В., ¹Шулейко А.Ч., ¹Вижинис Е.И., ²Бочко В.Н.

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Минская областная клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Язвенный колит является полиэтиологическим хроническим заболеванием, которое обусловлено непрерывным воспалением слизистого слоя толстой кишки. Консервативная терапия позволяет достигнуть и поддержать ремиссию в 70-90% случаев. Однако, в оставшихся 10–30% необходимо хирургическое лечение, заключающееся в удалении пораженной толстой кишки с формированием анальной культи и «пожизненной» концевой илеостомы или тазового тонкокишечного резервуара с илеоанальным резервуарным анастомозом. «Золотым стандартом» хирургической реабилитации данных пациентов общепризнан именно второй вариант лечения. В зависимости от сложности клинического случая он может быть выполнен в один, два или три этапа.

Цель. одноцентровой ретроспективный анализ структуры реконструктивно-восстановительных операций при язвенном колите.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и вся прилагаемая документация 112 пациентов, которым с 1973 по 2021 год в условиях отделения проктологии УЗ «Минская областная клиническая больница» выполнено хирургическое лечение по поводу язвенного колита.

Результаты. 32 (28,6%) пациентам исследуемой группы были выполнены операции по восстановлению кишечной непрерывности. Первая восстановительная колпроктэктомия (ВКПЭ), включающая колпроктэктомию с формированием S-образного тазового тонкокишечного резервуара, была проведена в 1998 году (n = 4; 3,6%). С 2001 года в клинике стали рутинно выполнять ВКПЭ с формированием наиболее функционального тазового тонкокишечного J-образного резервуара (n = 21; 18,8%). Операции производили следующим образом:

➤ двухэтапно (n = 18; 16,1%):

1. колпроктэктомия с формированием резервуара (J или S), илеоанального резервуарного анастомоза и проксимальной петлевой илеостомы;
2. ликвидацией петлевой илеостомы поперечным анастомозом в $\frac{3}{4}$ по Мельникову;

➤ трёхэтапно (n = 7; 6,3%):

1. колпроктэктомия с выведением концевой илеостомы и культи анального канала;

2. формированием резервуара, илеоанального резервуарного анастомоза и проксимальной петлевой илеостомы;

3. закрытие проксимальной петлевой илеостомы из парастомического доступа по Мельникову.

При наличии показаний (при молодом или преклонном возрасте пациента, дистальное субтотальное поражение толстой кишки) были выполнены реконструкции с сохранением проксимальной части ободочной и/или прямой кишок: илеоректо ($n = 3$; 2,7%), цекоанальный ($n = 2$; 1,8%) и асцендоанальный ($n = 2$; 1,8%) анастомозы.

Выводы. Приоритетным и наиболее функциональным типом реконструктивно-восстановительного вмешательства при хирургическом лечении язвенного колита является ВКПЭ с формированием J-образного резервуара. Выполнение восстановления кишечной непрерывности с наложением илеоректо, цекоанальных, асцендоанальных анастомозов не могут быть окончательным этапом хирургического лечения из-за сохранения части ободочной или прямой кишок и, соответственно, наличия потенциальной угрозы рецидива заболевания и его осложнений.