

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

¹Дыбов О.Г., ¹Шулейко А.Ч., Воробей А.В., ¹Вижинис Е.И.,
²Бондарь А.С., ²Кириленко Б.В.

¹Белорусский государственный медицинский университет
²УЗ «Минская областная клиническая больница»

EXPERIENCE OF RECONSTRUCTIVE SURGERY IN ULCERAL COLITIS

¹Dybau A.G., ¹Shuleika A.C., Varabei A.V., ¹Vizhinis E.I.,
²Bondar A.S., ²Kirilenko B.V.

¹Belarusian State Medical University
²Minsk Regional Clinical Hospital

Введение. «Революционной» в хирургии язвенного колита (ЯК) стала работа A.Parks и J.Nicholls 1978 года. В ней колпроктэктомия (КПЭ) с концевой илеостомой (первый этап) впервые была завершена трёхпетлевым тонкокишечным резервуаром типа «S» и его ручным анастомозом с анальным каналом на втором этапе хирургического лечения. Частота стула в послеоперационном периоде составляла 4-8 раз в сутки. Внедрение техники формирования двухпетлевого J-образного тонкокишечного резервуара стало настоящим прорывом в хирургии язвенного колита. Впервые данный способ был предложен J.Utsunomiya и внедрён у 11 пациентов с диффузным аденоматозом толстой кишки и двух - с язвенным колитом. Таким образом, в настоящее время восстановительная колпроктэктомия (ВКПЭ) с формированием илеоанального резервуарного анастомоза (ИАРА) стала «золотым стандартом» в хирургии язвенного колита. Она, в зависимости от сложности клинического случая, может быть выполнена в один, два, или три этапа.

Цель. Ретроспективно обобщить опыт выполнения реконструктивных операций у пациентов с ЯК в УЗ «Минская областная клиническая больница».

Материалы и методы. В период с 1973 по 2021 года было прооперировано 112 пациентов с ЯК, из них 31 (27,7%) были выполнены операции по восстановлению кишечной непрерывности. Средний возраст исследуемой группы составил 40,8 лет ± 11,6; 95% ДИ 38,4–43,2.

Результаты и обсуждение. Первая ВКПЭ была выполнена в 1998 году и заключалась в рутинной КПЭ и формированием S-образного тазового тонкокишечного резервуара (n = 4). Начиная с 2001 года, в клиническую практику была принята ВКПЭ с формированием тазового тонкокишечного J-образного резервуара (n = 21), как наиболее функционального. Реконструкцию производили как двухэтапно (n = 19) – КПЭ с формированием резервуара, ИАРА и петлевой илеостомы (ПИ) на первом этапе и ликвидацией ПИ поперечным анастомозом в $\frac{3}{4}$ по Мельникову на

втором, так и в три этапа ($n = 6$): КПЭ с выведением концевой илеостомы и культи анального канала на первом с последующим формированием резервуара, ИАРА и ПИ на втором и её закрытие из парастомического доступа по Мельникову на третьем.

При наличии показаний (отсутствие выраженного воспалительного процесса в прямой кишке при молодом или преклонном возрасте пациента, дистальное субтотальное поражение толстой кишки) были выполнены реконструкции с сохранением проксимальной части ободочной и/или прямой кишок: ИРА ($n = 3$), цекоанальный ($n = 2$) и асцендоанальный ($n = 1$) анастомозы. Однако, данные операции по восстановлению кишечной непрерывности не могут являться окончательным этапом хирургического лечения из-за сохранения части ободочной или прямой кишок и, соответственно, наличия потенциальной угрозы рецидива заболевания и его осложнений.

Выводы. По различным данным частота несостоятельности ИАРА может достигать 15%. Как правило это связано с местными септическими осложнениями или недиагностированной болезнью Крона. Еще одной причиной может быть развитие резервуарита. Частота его выявления напрямую зависит от продолжительности наблюдения. Так, при наблюдении в послеоперационном периоде на протяжении 10 лет вероятность его развития может достигать 50%. В настоящем исследовании у 4 (16,6% от всех 25 резервуаров) пациентов в последующем произведено их снятие. Показаниями были рубцовая патология анастомоза ($n = 2$) вследствие местного воспалительного процесса и некупируемый резервуарит у стероидозависимых пациентов ($n = 2$).