Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418

(перевод с немецкого)

Хирургическое лечение болезни Крона и язвенного колита. Что должен знать интернист?

О теме

Терапия хронических воспалительных заболеваний кишки первоначально является уделом гастроэнтеролога. Однако, многие пациенты с болезнью Крона, и несколько реже больные язвенным колитом, требуют в течение жизни хирургического лечения. Так как, качество жизни является центральным пунктом всех леченых усилий, многообразие симптоматики, профилактика и лечение осложнений, профилактика рака – цели сотрудничества врачей разных специальностей. Поэтому данная работа должна улучшить понимание терапевтами хирургического лечение воспалительных заболеваний кишечника и разъяснить технические возможности операций.

Ключевые слова

Хронические воспалительные заболевания кишки • Висцеральная хирургия • Болезнь Крона • Язвенный колит

Лечение болезни Крона

Изначально лечение пациентов с болезнью Крона является уделом гастроэнтерологии [92]. Наиболее часто заболевание поражает тонкую кишку, илеоцекальный переход, толстую кишку. Изолированное поражение аноректума или верхнего отдела желудочно-кишечного тракта встречается реже. До 90% заболевших подвергаются в течение жизни одной или нескольким операциям [64]. При современном уровне знаний ни висцеральная хирургия, ни гастроэнтерология не могут обеспечить выздоровления. Задачей обеих дисциплин является облегчение симптомов, предупреждение и коррекция осложнений, профилактика озлокачествления, чтобы, по возможности, улучшить качество жизни больных. С одной стороны показания к оперативному лечению ясно прописаны, с другой – в каждом отдельном случае требуется индивидуальный подход, как с гастроэнтерологической, так и с хирургической стороны.

Именно междисциплинарное взаимопонимание будет вести к лучшему лечению.

Данная работа висцеральных хирургов должна ознакомить терапевта с техническими принципами операций и тактическими соображениями в лечении болезни Крона.

Оперативные техники при болезни Крона

"Безопасная дистанция"

В 1983 году большей «макроскопической безопасной дистанции» при резекции требовал Wolff [103] из клиники Мэйо. Основанием послужило исследование 710 пациентов, у которых рецидив «при микроскопически вовлеченном в процесс крае резекции» составил 89%, по сравнению с 50% при «свободном крае». Достаточно быстро появились исследования, противоречащие этим выводам [12, 24, 33, 82, 100]. Основываясь на знании того, что болезнь Крона может захватить весь желудочно-кишечный тракт, и на знании того, что речь при хирургическом лечении может идти о резекции части кишки, несущей осложнения, Fazio [19] на основании наблюдения за 152 пациентами выявил явное преимущество резекций с двухсантиметровой «безопасной дистанцией», в сравнении с 12-сантиметровой увеличенной дистанцией. При этом понятие «рецидив» должно употребляться в точном своем значении. С одной стороны мы все знаем, что вблизи анастомоза часто микро- и/или макроскопически наблюдается возобновление болезни Крона [16]. Однако, это может не сопровождаться симптомами болезни. Симптоматика после резекции необязательно должна быть приписана рецидиву болезни Крона – это

Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418
могут быть проявления затруднения репаративных процессов или сопутствующего синдрома раздраженной кишки.
Для гастроэнтерологии, конечно же, важен симптоматический рецидив, послуживший поводом для обращения. Более важным для обеих дисциплин является рецидив, ведущий к повторной операции [100]. Whelan [101] исследовал 438 пациентов при среднем сроке наблюдения 13 лет. Частота рецидивов, потребовавших повторной операции, по данным этого исследования: 45% после резекции толстой кишки, 44% после резекции тонкой кишки и 53% после илеоцекальной резекции. Сегодня экономная резекция, таким образом, является однозначно методом действия выбора [16]. Однако при резекции по поводу болезни Крона экстренное морфологическое исследование не является необходимым.

Лимфатические узлы

Очень часто отчетливо увеличенные лимфатические узлы находятся именно в области илеоцекального перехода при соответствующей локализации поражения. Резекция этих лимфатических узлов не показана ни в каком случае, наоборот, их дополнительная резекция создает опасность повреждения мезентериальных сосудов, которые, безусловно, необходимы для наилучшего кровоснабжения краев оставшейся кишки[26].

Резекция и анастомоз

Применение современных сшивающих аппаратов для формирования однорядных степлерных анастомозов с использованием рассасывающихся материалов минимизировало риск послеоперационной несостоятельности анастомозов. В собственном клиническом материале за 1988-2001 гг. мы наблюдали несостоятельность анастомоза в 3 случаях из 398 резекций по поводу болезни Крона (0,7%). В течение последних лет множатся сообщения, что анастомоз «конец-в-конец», ранее считавшийся догматическим, не имеет преимуществ в плане несостоятельности. Hashemi [34] и Munoz-Juarez [67] представили исследования, подтверждающие, что широкий анастомоз «бок-в-бок» дает более благоприятные результаты, конечно, при отсутствии слепых мешков. При этом не играет роли способ наложения шва: механический с помощью скобок или ручной.

Обходные анастомозы

Еще в 1976 г. Alexander Williams [1]опубликовал материал, что операции формирования обходного анастомоза влекут за собой повышенную частоту осложнений в отключенном сегменте. Согласительная конференция 1997 г. по хирургическому лечению болезни Крона постановила, что обходные анастомозы не должны находить применения. Наряду с трудностью обнаружения карцином в отключенном сегменте, об этом свидетельствует возможность развитие абсцессов и свищей, а также септических очагов в зоне обходного анастомоза.

Пластика стриктуры

Пластика стриктур начала шире внедряться в практику с начала 1980-х годов при хирургическом лечении ограниченного по протяженности стеноза тонкой кишки при болезни Крона. Основанием для этого служило желание избежать излишних резекций, потенциально опасных в плане развития синдрома укороченного кишечника. Оставление пораженного участка выполняется осознанно – целью операции является не резекция, а устранение ответственного за симптоматику стеноза. Скептики указывали на повышенную частоту несостоятельности швов при таком методе, превышающую частоту повторных операций при классическом резекционном подходе. Тем не менее, сегодняшние данные – однозначны. В исследовании Ozuner [72] частота необходимых повторных операций указывается в 28% после пластики стриктуры у 162 пациентов и **698 пластик стриктуры через 5 лет**[1], что совершенно сопоставимо с результатами

[1] Вот тут про эти 698 пластик, я, к сожалению, не совсем понял, о чём идет речь… М.Ч.

резекционного лечения. Sayfan [84] сравнивает результаты 41 резекции и 41 пластики стриктуры (всего 82 пациента) - не обнаружено статистических различий в количестве повторных операций. На материале 523 пластик, их потенциальная опасность определяется Ozuner и Fazio [73] в плане послеоперационных кровотечений из зоны пластики стриктуры в 9,3% - разумеется, без необходимости повторных вмешательств. Сегодня пластика стриктур должна быть общепринятой висцеральными хирургами тактикой, при соответствующих показаниях. Небольшой по протяженности стеноз тонкой кишки – является таковым. Следующим показанием является необходимость комбинации вынужденной резекции в одном сегменте и пластики стриктуры в другом с целью максимального сохранения длины тонкой кишки. Yamamoto [105] дает хорошее описание показаний к пластике стенозов анастомоза после илеоцекальной резекции, без того, чтобы увеличивать число ререзекций. В целом, протяженность стеноза в 5 см указывается в качестве границы для пластики стриктуры. Более протяженно стенозированные участки подлежат удалению, но с анастомозом «бок-в-бок».

Оперативный доступ

Из-за повышенной опасности повторных вмешательств, а также из-за возможности формирования стомы, должна, как правило, выполняться срединная лапаротомия [14].

Хирургическая тактика

Болезнь Крона, как случайная находка при подозрении на острый аппендицит

Примерно у 2% всех пациентов, которые оперируются с клиническим диагнозом острого аппендицита, обнаруживается острая болезнь Крона с локализацией в илеоцекальном переходе [99]. Какая операция показана в подобных ситуациях? Мнения высказываются спорные. Glotzer [26] считает, в соответствии с мнением большинства опытных висцеральных хирургов, первичную резекцию показанной только в случае перфорации. При макроскопической неизмененном основании аппендикса в области слепой кишки рекомендуется аппендэктомия, чтобы избежать диагностической дилеммы в последствии. Опасность послеоперационного образования свища в области культи аппендикса не повышена [31,41,60]. Однако, и первичная резекция имеет свою ценность. Weston [99] сообщает о 36 пациентах с острой болезнью Крона илеоцекального перехода, которые были оперированы с подозрением на острый аппендицит. У 10 пациентов была проведена первичная илеоцекальная резекция, у 23 - аппендэктомия и у 3 пациентов вмешательство закончилось пробной лапаротомией. После первичной резекции никакой повторной резекции не потребовалось у 5 пациентов (средний срок наблюдения 12,4 года). Из 26 пациентов, которым первичная резекция проведена не была, у 24 (92%) резекция потребовалась в дальнейшем из-за возникших осложнений.
Этот вопрос до сих пор является «ненаписанной книгой»… Но, нужно предостеречь, что речь о первичной резекции должна идти в крайних случаях. Это говорится на том основании, что именно в крайних случаях, в неопытных руках – оставление воспалительного очага при болезни Крона является лучшим решением.

Внутренние и наружные свищи

Трансмуральное воспаление при болезни Крона часто обуславливает воспалительное сращение со смежными структурами тонкой кишки и толстой кишки, которые могут преформироваться в последствии в свищи. Особенно часто вовлекаются мочевой пузырь, матка, влагалище, желудка и происходит образование тонко-тонкокишечных, тонко-толстокишечных и наружных кишечных свищей.
«Необходимость операции при свище ориентируется на 3 субъективных симптома и объективную угрозу»

Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418

Примерно у 1/3 всех пациентов с болезнью Крона появляется такой свищ, причем источником, как правило, является тонкая кишка [62]. Необходимость операции диктуется субъективными симптомами и объективными угрозами. Бессимптомные тонко-тонкокишечные свищи не являются императивом для оперативного лечения. Однако, наблюдение таких фистул показывает, что они впоследствии в связи с развитием опухолевых [воспалительных] конгломератов, клиники непроходимости, сепсиса в течение 1 года, примерно в 40% случае требуют оперативного лечения.

Наружные кишечные свищи[2] в течение жизни пациентов развиваются у 15% [29]. При этом необходимо различать свищи развивающиеся в раннем послеоперационном периоде после резекции (как следствие несостоятельности анастомоза), в более позднем послеоперационном периоде – развившиеся вследствие «стенозирующего рецидива» в области анастомоза и как последствия спонтанного вскрытия через кожу абсцесса при воспалительных конгломератах тонкой или массивном поражении толстой кишок. Эти свищи, сами по себе, не являются абсолютным показанием к операции. Их спонтанное заживление под воздействием антибиотиков описано, но, как правило, является временным. Показания к операции ориентируются, прежде всего, на жалобы пациента. В случаях, когда свищ происходит из анастомоза, экономная ререзекция анастомоза показана в большинстве случаев. Если свищи происходят из воспалительных тонкокишечных конгломератов, то и в этом случае не следует избегать экономной резекции тонкой кишки. При наружных толстокишечных свищах (которые весьма редки) по возможности экономная резекция ободочной кишки может привести к выздоровлению. Свищевой ход в мягких тканях между кожей и кишкой закрывается спонтанно.

Свищи с маткой, влагалищем, мочевым пузырем происходят, как правило, из терминального отдела подвздошной кишки и крайне редко – из толстой. Субъективное отягощение при кишечно-пузырных свищах не требует комментариев, следует иметь в виду и хроническую инфекцию. Экономная резекция, «ответственной» за формирования свища кишки и эксцизия и ушивание отверстия в органе-«мишени» бывают достаточными [62]. По возможности осуществляется интерпозиция сальника в малом тазу.

Болезнь Крона толстой кишки

Перфорация в брюшную полость

Свободные перфорации при болезни Крона (как в тонкой кишке, так и в толстой) - редкость, они описывается в 1-3% случаев[10, 90]. Во время операции сегмент, несущий перфоративное отверстие должен быть резецирован. Вопрос о формировании анастомоза решается исходя из степени контаминации брюшной полости и состояния больного. Самый надежный путь – разобщение кишки или первичный анастомоз под прикрытием отводящей стомы [68].

Молниеносный колит, токсический мегаколон, массивное кровотечение

Если состояние пациента в течение 24 часов ухудшается вопреки адекватному интенсивному лечению или не улучшается в ближайшие дни – показана срочная операция. Как правило, это субтотальная колэктомия с ушиванием культи прямой кишки и илеостомой.

Сегментарная резекция ободочной кишки

Сегментарные стенозы толстой кишки с соответствующей симптоматикой – редки.

Среди пациентов с болезнью Крона толстой кишки Goligher [27,28] только у 6% пациентов выявил симптомы стеноза. При тяжелом поражении, как правило, ставились показания для резекции всей ободочной кишки. Нельзя недооценивать частоту повторных

[2] Энтеро-кутанные фистулы по терминологии автора.

операций после сегментарной резекции – 62% при среднем сроке наблюдения в 5,5 лет по данным Longo [56]. Prabhakar [79] сообщает о 49 пациентах с сегментарной резекцией толстой кишки. Только у 16 пациентов потребовалась повторная резекция: в 10 случаях повторная резекция сегмента, в 6 – колпроктэктомия с формированием илеостомы. В целом, у 86% пациентов из этого контингента на протяжении 14 лет удалось избежать стомы.

Субтотальная колэктомия и илеоректальный анастомоз

25 – 50% пациентов с болезнью Крона толстой кишки имеется тяжелое поражение прямой кишки [3]. При таких показаниях колэктомия с илеоректальной реконструкцией может быть многообещающей, если не имеется перианальных осложнений, функция сфинктеров достаточная, изменения в прямой кишке незначительны, достаточна растяжимость прямой кишки, как резервуара, отсутствуют признаки ректальной дисплазии [20,44]. Частота «хирургического рецидива» при поздних проктэктомиях с наложением илеостомы высока. В литературе указываются данные между 40 % [33] и 50% [3,28].
Обнадеживающие данные приводятся Longo [57] о 61% хорошо функционирующих илеоректальных соустий по прошествии среднего срока наблюдения в 9,5 лет.

Колпроктэктомия

Окончательное удаление толстой кишки, включая и прямую кишку - колэктомия в интерсфинктерной технике с сохранением наружного сфинктера и пластины леваторов показана, когда при массивном поражении перианальной области, собственно прямой кишки, значительном функциональном нарушении держания нет возможности сохранить толстую кишку. Заживление перианальных ран при этом часто бывает нарушенным [36]. Corman [13] описывают эту проблему в 34,4% случаев, Scammell и Keighley [85] в 18,7% в 1 послеоперационный год. При этом, у 10% не отмечалось заживления и в последующие года. Goligher описывает запоздалое заживление (т.е. отсутствие такового) перианальных ран у 28% [28]. После колпроктэктомии не является редкостью проявления болезни Крона в области оставленной подвздошной кишки и, соответственно, в области стомы – так по данным Goligher [28] это происходит в 15% случаев при среднем сроке наблюдения в 15 лет, по данным Korelitz [51] в 46%.

Неоанальный резервуар

Абсолютное большинство висцеральных хирургов рассматривает проктомукозэктомию с формированием илеоанального резервуара при гистологически доказанной болезни Крона абсолютно противопоказанным [32]. Весь ряд больных, оперированных по данной методике был взят на операцию с предполагаемым диагнозом «язвенный колит» и только в дальнейшем, после эксцизионной биопсии из резервуара, был поставлен диагноз болезни Крона. Однако, долгосрочные результаты оказались не настолько плохими, как это можно было бы предполагать. Sagar [83] сообщает о 37 пациентах с илеоанальным резервуаров при болезни Крона. В течение последующих 10 лет эксцизия резервуара или формирование двуствольной илеостомы было необходимо у 17 пациентов (45%). Tjandra и Fazio [39,96] сообщили по материалам Кливлендской Клиники, что через 3 года хорошая функция резервуара была у 65% пациентов. Рабочая группа, возглавляема Panis [74] предприняла у отобранного 31 пациента с гистологической подтвержденной болезнью Крона без перианальных осложнений или поражения тонкой кишки илео-резервуарное реанастомозирование. К удивлению, на протяжении 59 мес. наблюдения никаких значимых различий с послеоперационным течением при язвенном колите обнаружено не было. Только у 2 пациентов потребовалась эксцизия резервуара.

Лапароскопическая техника вмешательств при болезни Крона

Воспалительная природа болезни Крона со всеми ее проявлениями, как то утолщение брыжейки кишечника, отек лимфатических узлов, тяжелое спаяние с ретоперитонеальным

пространством, воспалительные конгломераты, внутренние свищи, не предрасполагает к лапароскопическим вмешательствам. И всё же, в начале 1990-х годов целый ряд рабочих групп, основываясь на теоретических преимуществах лапароскопического метода (незначительная травматичность доступа, меньше количество послеоперационных сращений и грыж послеоперационного рубца) такие попытки предпринимали [6,58,70,81, 104]. Именно при болезни Крона лапароскопическая мобилизация илеоцекального перехода и правого изгиба наиболее подходит, чтобы выполнить резекцию воспаленного участка через маленький кожный разрез. Анастомоз при этом формируется внебрюшинно, а оставшаяся тонкая кишка может быть обследованной на предмет дополнительных участков поражения. На сегодняшний день имеется только одно рандомизированное исследование, посвященное такому подходу [66]. Выявлены отчетливые преимущества в послеоперационном течении в сравнении с обычной хирургической техникой. Единодушно считаются противопоказаниями к лапароскопической операции: перитонит, непроходимость, состояние после перенесенных ранее операций и, отчасти, поражение толстой кишки болезнью Крона [91]. Требуется также и опыт колоректальных лапароскопических вмешательств.

Аноректальная болезнь Крона

Примерно 1/3 всех пациентов с болезнью Крона в дополнение к гастроинтестинальным манифестациям имеет перианальное и/или аноректальное поражение. Нередко перианальные проявления являются первым симптомом. Самый частный симптом при этом – образование трещин с нетипичной локализацией и кожных бахромок. В таких случая хирург необходим только тогда, когда возникают выраженные боли, как правило, на почве абсцедирования. Экономное иссечение трещин и кожных складок при вскрытии абсцесса облегчает состояние и позволяет провести, в случае необходимости, дополнительное гистологическое исследование. Следующими типичными аноректальными проявлениями являются анальный стеноз, изъязвления, недержание (в большинстве случаев на почве сложных свищей и абсцессов). При наличии значительных перианальных болей исследование следует проводить под наркозом для установления природы заболевания. В начале 1980-х годов имелись сообщения о том, что лечение перианальных поражений без одновременного лечения внутрибрюшных очагов состояния не улучшает [35, 36]. Сегодня такое утверждение не может считаться надежным. Лечение перианальных процессов, как правило, не зависит от состояния брюшных очагов. Перианальные абсцессы с острой симптоматикой всегда требуют оперативного опорожнения.

Особый интерес для хирурга имеют два клинических состояния:

1. перианальный свищ
2. ректовагинальный свищ.

Перианальные свищи

При лечении перианальных свищей долгое время придерживались указания Alexander Williams, высказанного много лет тому назад: «Каловое недержание – результат агрессивности хирурга, а не прогрессирования болезни» [2]. В течение долгих лет эта догма вела к излишним страданиям пациентов. Сегодня тактика лечения перианальных свищей однозначно решена. Простые перианальные свищи – свищи у пациентов без болезни Крона или при этой болезни, но без поражения прямой кишки, могут иссечены, если при этом вынуждено травмируется не более 1/3 удерживающей мускулатуры [52, 88, 102]. Williams [102] сообщает о 55 пациентах, подвергшихся иссечению свища, с частотой положительных результатов – 93%. Эти числа подтверждаются Fry [22, 23] и Levien [54] с частотой положительных результатов 100 и 85%, соответственно. При заинтересованности большей доли удерживающей мускулатуры от фистулэктомии следует воздержаться. При высоких свищах и отсутствии поражения прямой кишки может быть полезна, в качестве альтернативы, пластика перемещенным лоскутом. После

иссечения свища с полным сохранением мускулатуры, иссечения внутреннего отверстия свища, дефект закрывается слизисто-подслизисто-мышечным (из внутреннего анального жома) лоскутом. Формирование отводящей колостомы необязательно. Однако, при тяжелом поражении прямой кишки при болезни Крона надежды на эффективность такого подхода нет [7]. Но, при незначительном поражении или при отсутствии микроскопических данных за болезнь Крона пластика перемещенным лоскутом эффективна в 80% [40, 43, 55, 77]. Сложные свищи на фоне поражения прямой кишки требуют большей сдержанности. При соответствующей симптоматике можно выполнить стентирование (Seton), армирующее свищевой ход и позволяющее избежать закрытия наружного отверстия свища с последующим образованием абсцессов [35, 48, 53]. В лечении перианальных свищей не следует забывать и о фибрином клее.
Beck сообщает об удивительных 60% окончательного закрытия сложных свищей при болезни Крона [7]. Однако мы воспринимаем эти данные, на фоне своих более худших результатов, со скепсисом.

Ректовагинальные свищи

Особенной заботой и проблемой являются ректовагинальные и ановагинальные свищи при тяжелом течении болезни Крона. При этом маленькие бессимптомные свищи не требуют хирургического лечения [61]. При больших, создающих проблемы для пациентки, свищах можно попытаться устранить его перемещенным лоскутом слизистой. Сравнение результатов работ, в которых закрытие ректовагинального свища достигалось использованием перемещенного лоскута слизистой, затруднительно, т.к. представленные в работах контингенты больных негомогенны. При мягком течении процесса успех достигался, согласно данных Hull и Fazio [38], в 68% случаев и в 80% по Fry и Kodner [23]. При тяжелом поражении, пожалуй, более реалистичны трезвые данные от Keighley [45] и Makowicz [59], которые сообщили только о 8 и 25% окончательного успеха, соответственно. При наличии значительного дефекта интерпозиция M. gracilis, по нашим собственным наблюдениям, дала хороший результат в единичном наблюдении. Radcliffe [80] сообщил в 1988 г., что при отсутствии поражения прямой кишки и наличии ректовагинального свища при болезни Крона только у 22,7% пациенток в последствии потребовалась проктэктомия. Напротив, при тяжелом поражении и ректовагинальных свищах, в случаях неэффективности пластики перемещенным лоскутом или интерпозиционной пластики, всегда была необходима проктэктомия.

Оперативные методы при язвенном колите

По данным Кливлендской Клиники [17, 65] примерно от 33 до 50% всех пациентов с язвенным колитом в течение заболевания требуют оперативного лечения. Так как, только полное удаление всей толстой кишки ведет к выздоровлению, необходимо информировать пациентов о последствиях различных методов хирургического лечения. Понятное желание полного выздоровления без стомы, поноса, с полным держанием осуществимо в ограниченном числе случаев. Каждый отдельный пациент в острой или плановой ситуации требует взвешенной согласованной оценки риска с гастроэнтерологических и хирургических позиций.

«Желание полноценного восстановления здоровья осуществимо только отчасти»

В острой фазе молниеносного колита, токсического мегаколона хирургическая тактика при болезни Крона и язвенном колите едва ли различаются. Как правило, методом выбора является субтотальная колэктомия с ушиванием культи прямой кишки и созданием концевой постоянной илеостомы, чтобы при благоприятном течении впоследствии индивидуально мог бы быть решен вопрос о повторном вмешательстве[3]. В течение многих лет колпроктэктомия с постоянной илеостомой в избранных ситуациях была «золотым стандартом». Только немногим пациентам выполнялась илеоректальная реконструкция.

[3] Имеется в виду восстановительное лечение. М.Ч.

Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418
Только в начале 1980-х годов спектр хирургических методов был расширен реконструктивными вмешательствами по созданию резервуаров из подвздошной кишки.

Илеоректальный анастомоз

Под влиянием Aylett [5] эта операция в Англии длительное время считалась основной. В Кливлендской Клинике в «дорезервуарную» эру 25% всех пациентов с язвенным колитом оперировано по этой методике [30]. Из госпиталя «Св.Марка» в Лондоне поступали сообщения о еще более частом использовании илеоректального анастомоза – 42% [42]. При этом в качестве предпосылки для такой операции указывалось на умеренность поражения прямой кишки, отсутствие дисплазии и очень хорошую функцию сфинктера – комбинацию, встречающуюся достаточно редко [50]. Дальнейшая судьба илеоректального анастомоза отражена в различных данных. В клинике Мэйо удовлетворительные отдаленные результаты получены у 55% пациентов, однако, 30% потребовалась в дальнейшем эксцизия культи прямой кишки [18]. Лучшие данные представили Watts u. Hughes [98] – 80% пациентов, удовлетворенных результатами операции. Сравнительные исследования [4, 69, 75] не показали статистически значимой разницы по количеству послеоперационных осложнений, частоте стула, держанию при илеоректальном анастомозе и резервуарно-анальном. Обсуждается, что именно у молодых мужчин может быть иногда полезно сохранение прямой кишки во избежание мобилизации в пресакральной области и развития сексуальных нарушений и нарушений функции мочевого пузыря [4].

Резервуар по методу Kock'a

В 1969 году Kock предложил, в качестве альтернативы илеостоме, у пациентов с язвенным колитом после колпроктэктомии, создание резервуара. Резервуар формировался из последних 30 см подвздошной кишки в виде «сумки», 10 см тонкой кишки инвагинировалось в просвет, конец подшивался на уровне кожи. Резервуар опорожнялся пациентом с помощью катетера [47]. На фоне расширения использования резервуарно-анальных реконструкций эта операция сейчас применяется лишь изредка. Показана она у пациентов, перенесших колпроктэктомию много лет назад и желающих, чтобы илеостома у них была преобразована в удерживающую, а также у пациентов после неудачной резервуарно-анальной реконструкции. Операция осложнена высоким уровнем осложнений, прежде всего дисфункцией инвагината в 25 – 30% [87]. Операция эта должна быть применима только у пациентов с высокой [социальной] мотивацией, которые ей, как правило, бывают довольны [49].

Подвздошно-резервуарно-анальная реконструкция (ПРАР)

В 1978 году Parks [76], как альтернативу колпроктэктомии впервые описал ПРАР. Техническое усовершенствование этой операции сделало ее стандартным методом выбора после колпроктэктомии. Существуют несколько способов резервуарной реконструкции, которые, по данным исследования Stern [93], мало различаются по функциональным результатам. Сегодня отдается предпочтение, описанному Utsonomiya [97] J-образному резервуару, состоящему из двух сегментов (по 15 см) терминального отдела прямой кишки сшитых аппаратным швом «бок-в-бок» и ушитым вручную концевым просветом кишки. В анальном канале резервуар фиксируется аппаратным швом. Основная предпосылка для такой реконструкции – хорошая сфинктерная функция, которая, как правило, имеется до 50-летнего возраста. Особого хирургического интереса заслуживает вопрос о том, может ли выше зубчатой линии оставляться промежуточная зона в 1 – 2 см. С одной стороны при степлерном анастомозе с культей прямой кишки (выше зубчатой линии) следует ожидать улучшенной сенсорики, с другой – можно ожидать дегенеративных и воспалительных явлений в полосе оставленной слизистой, что описано как «Cuffitis» [95].

Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418
Гистологически переходная зона отчетливо разнится с собственно прямокишечной слизистой, не проявляет тенденций к дегенерации и значительно варьирует по длине. Зубчатая линия, частично, переходит в прямокишечную слизистую непосредственно, частично, через переходную зону до 2 см длиной. Если на момент колпроктэктомии имеется высокая степень дисплазии, слизистая должна быть удалена полностью. Способ создания анастомоза (ручной, аппаратный) ни со стороны осложнений, ни со стороны функциональных результатов различий не имеют и определяется предпочтениями хирурга [11]. Летальность после плановых вмешательств при язвенном колите значительно меньше 1% [78]. В нашей клинике ни один пациент не умер после последних 100 резервуарно-анальных реконструкций. Осложнения, напротив, не следует недооценивать. Достаточно грозное осложнение – несостоятельность резервуарно-анального анастомоза с формированием свищей или образованием абсцессов встречается примерно в 5% случаев [15]. Формирование временной двуствольной илеостомы не предотвращает эти осложнения, но судя по литературным данным, делает их течение более благоприятным [25]. Частота послеоперационной тонкокишечной непроходимости составляет 10 – 15 %, причем, у половины этих пациентов требуется оперативная интервенция [21,63]. Эти данные совпадают с количеством осложнений при других больших вмешательств в малом тазу, например, при низкой передней резекции. При предварительном наложении временной илеостомы непроходимость также возникает в 10% случаев. Поэтому ряд рабочих групп в течение последних лет выполняли подвздошно-резервуарно-анальную реконструкцию одномоментно. Они усматривали среди преимуществ такого подхода не только сам факт отсутствия повторной операции, но и снижение вероятности непроходимости. На удивление, частота осложнений в таких работах не увеличилась, причем уделялось большое внимание тому, чтобы при первых признаках несостоятельности наложить илеостому. Однако, эти соображения вызывают много споров.

«Большинство висцеральных хирургов предпочитает по-прежнему двухэтапную методику»

Следующие осложнения, которые нужно упомянуть: импотенция у 1,5% мужчин и ретроградная эякуляция у 2% [46]. Воспаление в резервуаре т.н. «Pouchitis» наблюдается в течение первых 10 лет после операции у 50% пациентов. Примерно у 1 – 4% резервуар приходится удалять из-за воспаления, неподдающегося терапии [37]. Дифференцированное лечение воспаления резервуара – дело опытного гастроэнтеролога.

Частота стула 5 – 7 раз в сутки устанавливается через несколько месяцев после подздошно-резервуарно-анальной реконструкции. Только 45% пациентов сообщают о полном дневном держании [68]. Часть пациентов страдает от подтекания слизи, кала и вынуждены носить прокладки. Ночное недержание, пожалуй, еще несколько выше.

После формирования резервуара имеется лучшее качество жизни [95] по сравнению с илеостомированными пациентами в аспекте сексуальной жизни и спорта. Но, также, имеются и работы, не выявившие значимой разницы в социальной, семейной и профессиональной жизни между контингентами с колпроктэктомией и постоянной стомой и с резервуарной реконструкцией [89]. Какое вмешательство действительно является «наилучшим» определяет технический опыт висцерального хирурга, хранящего правильный глазомер. Именно здесь имеет значение, что технически возможное не всегда является наилучшим.

Выводы для практики

Хирургическое лечение хронических воспалительных заболеваний кишечника ограничивается, как техническими возможностями, так и пожеланиями пациента относительно последствий операции для его семенной, профессиональной и социальной жизни. Оптимальный результат может быть достигнут в результате сотрудничества между гастроэнтерологом и висцеральными хирургами. Таким образом, точный учет вероятности рецидива, частоты осложнений и функциональных результатов определяет при болезни Крона объем вмешательства

Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418

при резекции участка кишки. При аноректальных манифестациях с образованием свищей и абсцессов, показания к операции зависят от симптоматики и опасности инфекции, при этом на первом плане должны быть вопросы сохранения держания. Хотя, полное излечение при язвенном колите достигается тотальным удалением толстой кишки, тем не менее, с пациентом можно обсуждать возможные функциональные результаты после илеоректальных анастомозов, резервуаров и илеостомии и их возможные осложнения.

Литература

Литературу к этой статье вы можете найти в Интернете по адресу: http://link.springer.de/link/service/journals/00108/refs/2043011/r20431412.pdf

Список литературы может быть, также, затребован в издательстве «Springer-Verlag».