
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (обзор литературы)

Борота А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет
им. М.Горького», г. Донецк
(ректор – чл.-корр. НАМНУ, профессор Г.А.Игнатенко)

[Ключевые слова: язвенный колит, pouchitis, лапароскопия]

THE MAIN PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF ULCERATIVE COLITIS SURGICAL TREATMENT (review)

Borota A.A.

M.Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk

[Keywords: ulcerative colitis, pouchitis, laparoscopy]

*Адрес для переписки: Борота Александр Александрович, Донецкий национальный медицинский университет
им. М.Горького, e-mail: borota@ukr.net*

Колпроктэктомия с формированием резервуарно-илеоанального анастомоза (РИАА) по современным представлениям является операцией выбора при хроническом, медикаментознорезистентном язвенном колите (ЯК). При этом, она носит несколько компромиссный вариант в связи с необходимостью сохранения культи прямой кишки на уровне ниже-, а иногда и среднеампулярного отдела, с целью формирования степлерного анастомоза. В связи с этим фактором некоторые авторы считают целесообразным называть такой анастомоз резервуарным илеоректальным [1]. Именно слизистая оставленного участка культи прямой кишки несет в себе реальную угрозу резидуальной болезни.

Группа авторов из Флоренции (Италия) описывают наблюдение 333 пациентов за период с 1984 по 2011 г. с применением различных методик формирования РИАА. В 38 случаях РИАА был сформирован однорядным степлерным методом, в 235 – двухрядным степлерным (ТИА – 42 пациента, Endo-GIA – 131 пациент, Contour – 62 пациента) и в 60 – ручным швом. Статистически значимой разницы в структуре и количестве ранних и поздних послеоперационных осложнений в исследуемых группах выявлено не было. Двухрядный степлерный анастомоз характеризовался лучшими функциональными результатами, чем ручной (выше уровень контроля держания и ниже частота

дневных и ночных дефекаций). Дистанция между линией анастомоза и анальным каналом была значимо ниже в группе с двухрядным степлерным, чем в группах с ручным и однорядным степлерным анастомозами. У 31,6% пациентов в группе с ручным анастомозом против 14,4% пациентов в группе с двухрядным степлерным анастомозом были зарегистрированы явления проктита. Таким образом, был сделан вывод, что функциональные результаты степлерного РИАА лучше, чем ручного, и что в случае формирования двухрядного степлерного анастомоза Endo-GIA и Contour риск проктита снижается [16].

Проктит, как форма «остающегося» язвенного колита, является частым осложнением при формировании РИАА. Диагноз проктита устанавливается при совокупности наличия симптомов и эндоскопического подтверждения. В Пекине (Китай) 931 пациент был включен в исследование. Исследуемая группа составила 120 пациентов с проктитом. Контрольная группа состояла из 811 пациентов: 85 – нормальный резервуар, 155 – синдром раздраженного резервуара, 170 – острый резервуарит, 128 – хронический резервуарит, 185 – болезнь Крона резервуара, 88 – хирургические осложнения. Медиана наблюдения составила 6 лет после формирования РИАА. У 40 (33,3%) пациентов выявлен 5-ASA/стероид – чувствительный проктит, у 22 (18,3%) – 5-ASA/стероид – зависи-

мый, и у 58 (48,4%) – 5-ASA/стероид – рефрактерный. Дальнейшее обследование этих 58 пациентов выявило, что у 19 (32,8%) пациентов также была болезнь Крона тонкокишечного резервуара и у 14 (24,1%) – хирургические осложнения, включающие свищи и несостоятельность анастомоза. У 16 (13,3%) пациентов с проктитом за время динамического наблюдения развилась несостоятельность швов резервуара. Из всего вышеизложенного исследователи сделали вывод, что проктит может быть проявлением целого спектра болезней. В случае рефрактерного к медикаментозному лечению проктита целесообразно думать о болезни Крона, либо хирургической проблеме анальной транзитной зоны [17].

В 1999 году группа авторов из Оксфорда (Великобритания) исследовали явление воспаления в культе прямой кишки после степлерного РИАА. У 113 пациентов произвели 715 биопсий за период наблюдения в 2,5 года. У 13% пациентов обнаружили гистологически острое воспаление. 9% пациентов при этом имели симптомы в сочетании с гистологическим подтверждением. Не было выявлено связи с наличием воспаления в тонкокишечном резервуаре и высотой формирования резервуаро-ректального анастомоза относительно зубчатой линии. Исследователи рекомендуют ставить диагноз «проктит» на основании триады критериев: симптомы, эндоскопические данные и гистологическое подтверждение [15].

Термин «резервуарит» относится к неспецифическому воспалению сформированного резервуара после восстановительной колпроктэктомии и является более частым осложнением у пациентов с язвенным колитом, чем у пациентов с семейным аденоматозом – так описывают его авторы из Онтарио (Канада) в 2015 году. Симптомы резервуарита разнообразны, и могут включать в себя учащение стула, тенезмы, недержание и ночное подтекание кала, ректальное кровотечение, спастическую боль в животе и дискомфорт в области таза. Диагноз резервуарита базируется на наличии симптомов с эндоскопическими и гистологическими проявлениями. В общем, «резервуарит» – довольно широкое определение, включающее в себя совокупность болезней и состояний, которые могут случиться со сформированным тонкокишечным резервуаром. В зависимости от этиологии, можно разделить все резервуариты на 2 подгруппы: идиопатические и вторичные. У идиопатических резервуаритов причина не определена. Вторичные – ассоциированы со специфическими патогенетическими факторами. Вторичные резервуариты встречаются до 30% случаев и могут быть классифицированы как ишемические, инфекционные, коллагенозные,

аутоиммунно-ассоциированные, индуцированные нестероидными противовоспалительными препаратами и болезнь Крона. Идиопатические резервуариты также могут быть подразделены на типы в зависимости от клинического течения, ответа на антибактериальную терапию. Лечение поучита чаще зависит от его формы, но иногда требует хирургического вмешательства вплоть до удаления резервуарной конструкции [18].

Одно из наиболее масштабных исследований было проведено в Кливленде, штат Огайо (США). С 1984 по 2010 гг. были изучены результаты хирургического лечения 4053 пациентов, перенесших РИАА (3707 – первичный резервуар, 328 – вторичный). У 33,5% пациентов были зарегистрированы ранние послеоперационные осложнения. Летальность составила 0,1%. Поздние осложнения наблюдались у 29,1% пациентов. У 5,3% пациентов зарегистрированы проблемы со сформированным резервуаром. В 3,2% случаев потребовалось его удаление, в 1,2% – повторное формирование. Функциональные результаты по данным опросников качества жизни были расценены как отличные или хорошие у 95% пациентов. РИАА, по мнению авторов, является наилучшим вариантом [7].

Группа исследователей из Токио (Япония) наблюдали 119 случаев ЯК после восстановительных операций с 2000 по 2012 гг. В 9 из них не удалось закрыть стому в связи с абсцессом таза. Кумулятивный риск развития резервуарита в течение 5 лет после закрытия стомы составил 31%. Была выявлена значимая связь наличия резервуарита с показаниями к операции ($p=0,0126$) и с методом операции ($p=0,0214$). Кроме того, была выявлена связь между резервуаритом и проктитом – резервуарит чаще развивался на фоне существующего проктита ($p=0,0002$). Кроме того, резервуарит имел тенденцию к рецидивированию на фоне существующего проктита ($p=0,273$) [8].

С 1990 года описаны случаи резервуар-ассоциированных аденокарцином. Авторы из Неаполя (Италия) в 2014 году провели обзор 34 статей, в которых сообщалось о 49 пациентах после формирования РИАА с диагнозом аденокарцинома. У 14 (28,6%) и 33 (67,3%) пациентов была обнаружена аденокарцинома в области резервуара и аноректальной зоны, соответственно. У 2 пациентов локализация поражения не была уточнена. Кумулятивный риск послеоперационного возникновения аденокарциномы резервуаро-ректальной зоны, по данным обзора, составил 0,33% в течение 50 лет после установления диагноза, и 0,35% после РИАА. Указано, что мукозэктомия культи прямой кишки снижает риск рака аноректальной зоны в 8 раз [13].

В литературе процедура мукозэктомии культи прямой кишки упоминается все чаще с течением времени.

Вопрос целесообразности мукозэктомии был исследован в 2007 году в Оксфорде (Великобритания). На основании данных Medline, Embase, Ovid и Cochrane были исследованы функциональные результаты, частота проктита, полипоза, дисплазии и рака резервуара и анального канала. После мукозэктомии функциональные результаты были оценены как худшие вследствие частого ночного подтекания кала. Контроль болезни был достигнут в лучшей степени, хотя статистически значимой разницы выявлено не было. Таким образом, стандартный степлерный анастомоз был признан более целесообразным. Авторы советуют применять мукозэктомию исключительно в группе заведомо высокого риска [5].

В 2008 году в Чикаго (США) сравнили качество жизни пациентов с язвенным колитом, оперированных за период с 1987 по 2007 г., 66 из которых имели хронический проктит после степлерного РИАА, а 228 – перенесли ручное формирование РИАА с мукозэктомией. На основании полученных данных пришли к выводу, что даже на фоне персистирующего проктита, сохранение анальной транзитной зоны значительно улучшает качество жизни пациентов [14].

Авторы из города Цу (Япония) поставили задачу определить роль уровня мукозэктомии культи прямой кишки при колпроктэктомии с РИАА по поводу ЯК, включив в исследование 151 пациента. По данным на 2013 год, послеоперационный перианальный свищ сформировался у 10 пациентов, которым была выполнена мукозэктомия выше уровня зубчатой линии, и лишь у 2 – ниже. Был сделан вывод, что мукозэктомия культи прямой кишки ниже уровня зубчатой линии может снижать риск послеоперационных осложнений [3].

Необычный вариант лечения описали в 2012 году исследователи из Стамбула (Турция). Они сообщили о пациенте, который перенес стандартное оперативное вмешательство в объёме колпроктэктомии, формирования степлерного РИАА в 2 см выше зубчатой линии и петлевой илеостомии. Гистологически помимо ЯК обнаружили легкую дисплазию проксимального участка прямой кишки. В связи с этим во время ликвидации илеостомы была выполнена степлерная мукозэктомия 33-мм циркулярным аппаратом по типу геморроидопексии по Лонго. Осложнений за 5-месячный период наблюдения выявлено не было [6].

Вопрос общего состояния, наличия сопутствующей патологии при хирургическом лечении ЯК стоит довольно остро. Определенные предвходя-

щие факторы могут влиять на развитие послеоперационных осложнений. В Сент-Луисе (США) с 1990 по 2011 г. 178 пациентов перенесли операцию с РИАА. 75 пациентов имели ожирение, 103 – нет. Пациенты с ожирением имели больший процент осложнений (80% и 64%, соответственно), в первую очередь, резервуаро-ассоциированных (61% и 26%, соответственно). В частности, у пациентов с ожирением чаще встречались стриктуры анастомозов (27% и 6%, соответственно), воспалительные осложнения резервуара (17% и 4%, соответственно). При построении регрессионной модели пациенты с ожирением имели высокий риск резервуаро-ассоциированных осложнений (ОШ=2,86, $p=0,01$). Таким образом, ожирение явно приводит к высокому риску послеоперационных осложнений при РИАА [9].

Процесс колпроктэктомии и формирования резервуарной конструкции продолжает претерпевать некоторые нововведения, направленные на попытку улучшения функциональных результатов и снижения числа осложнений. Одним из путей является применение лапароскопических технологий. Группа ученых из Нидерландов в 2010 году опубликовала данные обзора 11 исследований по результатам поиска Cochrane IBD/FBD Group Specialized Trial Register, The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, ISI Web of Knowledge, и American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), в которые были включены 607 пациентов с РИАА, 253 (41%) из которых перенесли лапароскопический этап. В группе сравнения (открытый РИАА) не было существенной разницы по летальности и осложнениям. Также не было значимой разницы в параметрах послеоперационного восстановления. Время операции было более длительным в лапароскопической группе. Однако, в лапароскопической группе был значимо выше уровень косметического эффекта. Таким образом, лапароскопический вариант формирования РИАА является безопасной и вполне возможной процедурой [2].

Проблема бесплодия актуальна у данных пациентов в связи с возникновением послеоперационного спаечного процесса в тазу, вовлекающего фаллопиевы трубы. Исследователи из Франции в 2013 году сравнили частоту бесплодия у пациентов после лапароскопического и открытого варианта формирования РИАА. С 2000 по 2011 г. 63 пациентки в возрасте от 18 до 45 лет были оперированы лапароскопически. Частота бесплодия у них оказалась ниже, чем в группе открытой операции [4].

В Турине (Италия) с 2005 по 2015 г. наблюдали 78 пациентов, которым произвели открытую либо лапароскопическую колпроктэктомию с РИАА. 48 из них перенесли открытое вмешательство, 30 –

лапароскопическое. Медиана наблюдения составила 4 года. Общая частота осложнений составила 19% и 13%, соответственно. 9 (18,8%) и 5 (16,7%) пациентов имели зарегистрированный резервуарит, а 6 (12,5%) и 2 (6,7%) пациентов – проктит, в открытой и лапароскопической группах. Очень хорошая степень функционирования сформированной резервуарной конструкции была зарегистрирована у 18 (37,5%) пациентов в открытой и у 17 (56%) пациентов в лапароскопической группах. Таким образом, данные 2018 года продемонстрировали сравнимые результаты после лапароскопической и открытой колпроктэктомии, особенно, что касается функции резервуара [10].

Вопрос этапности хирургического лечения ЯК далеко неоднозначен, и решается индивидуально в зависимости от степени тяжести самого патологического процесса, общего состояния пациента, а также опыта и предпочтений хирурга. Группа исследователей из Италии в 2018 году представила данные о 160 пациентах за период с 2007 по 2016 гг., 50,6% из которых перенесли лапароскопическое 3-этапное вмешательство по поводу язвенного колита (колэктомия – проктэктомия с РИАА – закрытие стомы), а 49,4% – 2-этапное (колпроктэктомия с РИАА – закрытие стомы). Летальность составила 0,6%. Частота конверсии была 3,75%. Частота несостоятельности РИАА оказалась сравнима в обеих группах. Таким образом, авторы настаивают, что лапароскопический подход является безопасным, имеет низкий риск конверсии, и применим даже при многоэтапном алгоритме хирургического

лечения язвенного колита [12].

Сама технология лапароскопических вмешательств также довольно быстро прогрессирует. За период с 2000 по 2015 гг. в Клинике Майо (Рочестер, Миннесота, США) 81 ребенок в возрасте до 18 лет был прооперирован лапароскопически в объеме резервуарного илео-анального анастомоза. Причем, 19 из них произвели однопортовое лапароскопическое вмешательство. У данной группы пациентов среднее время операции было короче (308 против 355 минут), медиана длительности госпитализации также была короче (4 против 7 дней). Разницы в осложнениях в обеих группах отмечено не было. Таким образом, вмешательство из единого лапароскопического доступа показало себя как более безопасная процедура [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные обзора литературы, посвященного проблеме хирургического лечения язвенного колита, позволяют сделать следующие выводы:

1. Мукозэктомия культи прямой кишки позволяет исключить риск резидуального колита, восходящего резервуарита и опухолевого поражения слизистой оболочки прямой кишки.
2. Использование лапароскопических технологий в хирургическом лечении язвенного колита безопасно, что делает возможность их широкого практического применения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCE

1. Кашников, В.Н. Осложнения тонкокишечных резервуаров и их влияние на функциональные результаты и качество жизни больных, оперированных по поводу язвенного колита. / В.Н.Кашников, С.И.Ачкасов, О.И.Сушков и соавт. // Колопроктология. – № 3 (53). – 2015. – с. 84-91. [Kashnikov, V.N. Ileal pouch complications and impact of them on functional outcomes and quality of life in patients with ulcerative colitis (literature review) / V.N.Kashnikov, S.I.Achkasov, O.I.Suchkov et al. // Koloproctologia. – № 3 (53). – 2015. – p. 84-91. in Russian]
2. Ahmed, Ali U. Open versus laparoscopic (assisted) ileo pouch anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. / U.Ahmed Ali, F.Keus, J.T.Heikens et al. // Cochrane Database Syst Rev. – 2009 Jan. – № 21 (1). – p. CD006267.
3. Araki, T. Full mucosal proctectomy initiated below the dentate line may prevent the development of a perianal fistula after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. / T.Araki, Y.Okita, H.Fujikawa et al. // Dig Surg. – 2013. – № 30 (3). – p. 219-224.
4. Beyer-Berjot, L. A total laparoscopic approach reduces the infertility rate after ileal pouch-anal anastomosis: a 2-center study. / L.Beyer-Berjot, L.Maqqiori, D.Birnbaum et al. // Ann Surg. – 2013 Aug. – № 258 (2). – p. 275-82.
5. Chambers, W.M. Should ileal pouch-anal anastomosis include mucosectomy? / W.M.Chambers // Colorectal Dis. – 2007 Jun. – № 9 (5). – p. 384-392.
6. Ertem, M. Stapled mucosectomy: an alternative technique for the removal of retained rectal mucosa after ileal pouch-anal anastomosis. / M.Ertem, V.Ozben. // Gut Liver. – 2011 Dec. – № 5 (4). – p. 539-542.
7. Fazio, V.W. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. / V.W.Fazio, R.P.Kiran, F.H.Remzi et al. // Ann Surg. –

2013 Apr. – № 257 (4). – p. 679-685.

8. Hashimoto, T. Treatment strategy for preventing pouchitis as a postoperative complication of ulcerative colitis: the significance of the management of cuffitis. / T.Hashimoto, M.Itabashi, S.Oqawa et al. // Surg. Today. – 2014 Sep. – № 44 (9). – p. 1730-1734.

9. Klos, C.L. Obesity increases risk for pouch-related complications following restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis (IPAA). / C.L.Klos, B.Safar, N.Jamal et al. // J. Gastrointest. Surg. – 2014 Mar. – № 18 (3). – p. 573-579.

10. Mineccia, M. Laparoscopic vs open restorative proctocolectomy with IPAA for ulcerative colitis: Impact of surgical technique on creating a well functioning pouch. / M.Mineccia, F.Craverio, P.Massucco et al. // Int. J. Surg. – 2018 Jul. – 55. – p. 201-206.

11. Polites, S.F. Single-incision laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis in children--how does it compare to a laparoscopic-assisted approach? / S.F.Polites, A.E.Zarroug, C.R.Moir et al. // J Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. – 2015 Feb. – 25 (2). – p. 167-171.

12. Sampietro, G.M. Totally laparoscopic, multi-stage, restorative proctocolectomy for inflammatory bowel diseases. A prospective study on safety, efficacy and long-term results. / G.M.Sampietro, F.Colombo, A.Frontali et al. // Dig Liver Dis. – 2018 May 21. – pii. – p. S1590-8658(18)30753-9.

13. Selvaggi, F. Systematic review of cuff and pouch cancer in patients with ileal pelvic pouch for

ulcerative colitis. / F.Selvaqqi, G.Pellino, S.Canonico et al. // Inflamm Bowel Dis. – 2014 Jul. – № 20 (7). – p. 1296-1308.

14. Silvestri, M.T. Chronic inflammatory changes in the anal transition zone after stapled ileal pouch-anal anastomosis: is mucosectomy a superior alternative? / M.T.Silvestri, R.D.Hurst, M.A.Rubin et al. // Surgery. – 2008 Oct. – № 144 (4). – p. 533-537. – discussion – p. 537-539.

15. Thompson-Fawcett, M.W. «Cuffitis» and inflammatory changes in the columnar cuff, anal transitional zone, and ileal reservoir after stapled pouch-anal anastomosis. / M.W.Thompson-Fawcett, N.J.Mortensen, B.F.Warren et al. // Dis Colon Rectum. – 1999 Mar. – № 42 (3). – p. 348-355.

16. Tonelli, F. Outcome after ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis patients: experience during a 27-year period. / F.Tonelli, F.Giudici, C.Di Martino. // ANZ J. Surg. – 2016 Oct. – № 86 (10). – p. 768-772.

17. Wu, B. Clinical course of cuffitis in ulcerative colitis patients with restorative proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomoses. / B.Wu, L.Lian, Y.Li et al. // Inflamm Bowel Dis. – 2013 Feb. – 19 (2). – p. 404-410.

18. Zezos, P. Inflammatory pouch disease: The spectrum of pouchitis. / P.Zezos, F.Saibil. // World J. Gastroenterol. – 2015 Aug 7. – № 21 (29). – p. 8739-8752.