

ГОСТРІ УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ КОЛОПРОКТОЛОГІЇ ТА ХІРУРГІЇ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії №1

Член-кор. НАМН України, проф. Захараш М.П., проф. Захараш Ю.М., проф. Кучер М.Д.

Вступ

Високі показники поширеності захворювання (114 -322 і більше на 100 тис. населення) та прогресуюче їх зростання у більшості країн світу, переважне ураження осіб дитячого та молодого і працездатного віку, невинне прогресування захворювання, необхідність пожиттєвого прийому базисної терапії, можливий ранній розвиток ускладнень (ГТДТК, перфорація, кровотеча та ін.), які обумовлюють необхідність виконання інвалідизуючих хірургічних втручань, переважно в ургентному порядку, та інші чинники обумовлюють актуальність проблеми виразкового коліту (ВК). Локалізація, поширеність запального імунного процесу, ефективність базисної і резервної терапії, наявність позакишкових проявів, інші чинники визначають особливості і тяжкість клінічного перебігу і прогноз ЗЗК (G.Adler 2009; Ю.А. Шелигін і співавт., 2015).

У відповідності до Європейського консенсусу «Золотим стандартом» у лікуванні хворих на ВК залишається консервативна терапія, яка включає використання базисної терапії (месалазини, системні або топічні глюкокортикостероїдні гормони), препаратів резерву, біологічної терапії. 18-25 % хворих на ВК підлягають хірургічному лікуванню, переважно з приводу гострих ускладнень захворювання (Harst R et al.:

1997; Yamamoto et al.: 2008 ; S.Khaitov, 2017.), серед яких - гостра токсична дилатація товстої кишки (ГТДТК), перфорація стінки товстої кишки, перитоніт, параколярні інфільтрати, абсцеси черевної порожнини, абсцеси та флегмони заочеревинного простору, профузна кишкова кровотеча та інше.

Основними факторами ризику розвитку гострих ускладнень ВК є дитячий та молодий вік хворих через «агресивний» перебіг захворювання, пізня діагностика і несвоєчасне призначення базисної консервативної терапії, фульмінантний (блискавичний) перебіг захворювання, виконання КС, іригографії в перші дні тяжкого загострення ВК, неадекватність або неефективність консервативної терапії, тривала гормональна терапія, перенесені на фоні загострення ЗЗК інфекційні захворювання та інше..

Одним із найбільш тяжких за клінічним перебігом і наслідками ускладнень ВК є ГТД ТК , яка розвивається у 5-12% хворих на ВК. Її клінічними проявами є: зникнення діареї на фоні різкого погіршення загального стану хворого, метеоризм, незначно або помірно виражений дефанс передньої черевної стінки, відсутність перистальтики кишечника, прогресуючий ендотоксикоз, анемія, гіпоальбумінемія, тощо. Діагноз ГТД ТК базується на: виявленні дилатації товстої кишки при виконанні оглядової рентгенографії, УЗД органів черевної порожнини; клінічній констатації раптового різкого погіршення загального стану хворого, прогресування токсикозу у хворих з тяжким клінічним перебігом ВК.

Матеріали і методи

Хворі з ГТДТК підлягають хірургічному лікуванню. Кращі результати мають хірургічні втручання, які виконуються в плановому порядку після ліквідації клінічних проявів ускладнення за рахунок консервативної

терапії. Термінові операції виконуються 30-50% хворим - при відсутності ефекту від адекватної консервативної терапії протягом 24 (максимум 72) години – "золотий час" токсичного мегаколону. Ургентні операції виконуються при розвитку перфорації стінки товстої кишки, перитоніті, профузній кровотечі. Операцією вибору при ГТД ТК являється колектомія, формування ілеостоми.

Перфорація стінки товстої кишки розвивається у 3-5 % хворих на ВК з тяжким клінічним перебігом, а також при ускладненні захворювання ГТД ТК (дані клініки – 4,2-6,5%). Перфорація може бути першим проявом ВК. Характерним є малосимптомний початок і поступовий розвиток клінічних проявів перфорації. Лише у 40% хворих відзначається типова клініка розлитого перитоніту внаслідок перфорації у вільну черевну порожнину. Більш ніж у 60% хворих відзначаються атипові клінічні варіанти перфорації: в заочеревинний простір, в суміжні органи, мікроперфорація, прикрита перфорація, що нерідко може залишитись поза увагою лікарів гастроентерологів, хірургів, терапевтів, лікарів загальної практики сімейної медицини і стати причиною несвоєчасної діагностики перфорації і, відповідно, виконання хірургічного втручання. Поява дефансу – основний клінічний критерій перфорації. Діагноз класичної перфорації підтверджується при виконанні оглядової рентгенографії або КТ чи МРТ черевної порожнини. Операцією вибору є колектомія, ілеостомія.

Запальні інфільтрати, абсцеси черевної порожнини та заочеревинного простору діагностуються у 2,3-3,1% хворих на ВК. Їх клінічний перебіг також відзначається відсутністю їх класичних ознак. Провідна роль в їх діагностиці належить УЗД, КТ, МРТ. Хірургічне лікування абсцесів,

локалізованих в черевній порожнині, запальних інфільтратів (при неефективності адекватної інтенсивної протизапальної терапії) передбачає виконання операції колектомії, ілеостомії. При діагностуванні абсцесів, флегмон, локалізованих в заочеревинному просторі, пріоритетним є використання пункційних методів лікування, їх дренивання, санація, або виконання лапаротомних хірургічних втручань. Незалежно від локалізації вказаних ускладнень хірургічні втручання виконуються на фоні адекватної інтенсивної антибактеріальної, дезінтоксикаційної, корегуючої симптоматичної терапії.

Профузна кишкова кровотеча, яка зустрічається у 1,5-3% хворих на ВК, являється показом до хірургічного лікування лише при відсутності ефекту від адекватної інтенсивної консервативної гемостатичної і замісної терапії. Гемостаз у пацієнтів зі стабільним станом, навіть при наявності досить вираженої ШКК, може бути здійснений за рахунок використання ендоскопічних методик та інвазивних ендоваскулярних процедур.

І хоча методом вибору хірургічного лікування хворих на гострі ускладнення ВК є колектомія, ілеостомія (виконання проктектомії є недопустимим через високу травматичність, що може стати причиною смерті хворих), вкрай тяжкий загальний стан хворих, травматичність операцій, які виконуються в ургентному порядку при розвитку гострих ускладнень ВК, обумовлюють високі показники післяопераційних ускладнень (31,2 – 44,7%) та летальності (20-23,7%).

Основним резервом у покращенні безпосередніх, віддалених, функціональних результатів і якості життя оперованих хворих на ВК є виконання хірургічних втручань до розвитку гострих ускладнень за

чітко аргументованими відносними показами (хронічна безперервно рецидивуюча форма ВК, стероїдозалежний та стероїдорезистентний ВК, наявність виражених незворотніх морфологічних змін, дисплазії слизової оболонки, значна затримка росту та розвитку дітей та підлітків, наявність виражених позакишкових проявів (первинний склерозуючий холангіт).

У відповідності до Європейського Консенсусу доказової медицини при плановому хірургічному лікуванні хворих на ВК операцією вибору є колектомія, наднизька передня резекція прямої кишки, демукозація кукси прямої кишки і формування резервуарного ілеоанального/ректального, пріоритетніше J – pouch анастомозу (протипокази - недостатність анального сфінктера, наявність малігнізації).

Результати та обговорення

В проктологічному Центрі в 2000– 2019р.р. знаходилось на лікуванні 726 хворих на ВК. Хірургічні втручання виконано - 133 (19,1%) хворим, у тому числі з використанням лапароскопічних технологій - 56(39,3%). Інтраопераційні ускладнення виникли у 8,95% хворих, післяопераційні - у 22,5%. Післяопераційна летальність склала при лапаратомних операціях - 4,5%, лапароскопічних - 0. Частка реконструктивно-відновних операцій сягнула 72,4%, хороших і цілком задовільних функціональних результатів хірургічних втручань зросла з 48,1% до 83,4%.

Висновки

1. Консервативна терапія залишається “золотим стандартом” у лікуванні хворих на ВК. Запровадження сучасної біологічної антицитокінової терапії – основний резерв покращення його результатів, запобігання необхідності виконання хірургічних втручань.

2. Однією з головних причин прогресування ВК і розвитку його ускладнень є неадекватність базисної терапії - в період загострення захворювання та відмова від проведення підтримуючої - в період ремісії.
3. Хворі на тяжкі і ускладнені форми ВК повинні бути госпіталізовані лише в спеціалізовані проктологічні відділення і Центри.
4. При розвитку гострих ускладнень ВК операцією вибору є колектомія, ілеостомія.
5. Хірургічне лікування хворих на ВК за аргументованими відносними показами - основний резерв покращення безпосередніх, віддалених, функціональних його результатів і якості життя оперованих хворих на ВК.