УДК: 61.617

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОБЗОР ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ

Хурсанов Ё.Э.[1], Джаббаров Ш.Р.[2]

YARALI KOLITNI JARROHLIK DAVOLASH: HOZIRGI TENDENTSIYALAR VA ADABIYOTLAR SHARHI

Xursanov Y.E.[1], Jabborov Sh.R.[2]

SURGICAL MANAGEMENT OF ULCERATIVE COLITIS: RECENT TRENDS AND EVIDENCE REVIEW

Khursanov Y.E.[1], Jabbarov Sh.R.[2]

[1]Самаркандский государственный медицинский университет, [2]Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Maqolada minimal invaziv kolorektal jarrohlik evolyutsiyasi va yarali kolitni jarrohlik yo'li bilan davolashning zamonaviy yondashuvlari keng tahlil qilingan. Yarali kolit jarrohligining hozirgi holati tahlil qilingan bo'lib, dori terapiyasining samaradorligiga qaramay, bemorlarning 50% gacha umr bo'yi jarrohlik amaliyotiga muhtoj ekanligi ta'kidlangan. Yarali kolit uchun rekonstruktiv jarrohlik uchun «oltin standart»ning yo'qligi, IPAA dan keyin funktsional buzilishlarning yuqori darajasi va anal defekatsiyani tiklash usullarining bahsli tabiati muhokama qilingan. Minimal invaziv jarrohlikning rivojlanishidagi hozirgi tendentsiyalar umumlashtirilgan: total laparoskopik IPAA, transanal texnikalar (TA-IPAA), robot yordamidagi usullar va texnik jihatdan qiyin vaziyatlarda qo'lda yordamdan foydalanish. Tadqiqot bemorlarni tanlash mezonlarini takomillashtirish, operatsiyadan oldingi va keyingi parvarishni optimallashtirish va onkologik va proktologik ablastika tamoyillariga rioya qilgan holda yangi texnologiyalarni integratsiya qilish zarur degan xulosaga keldi.

Kalit so'zlar: *yarali kolit, yallig'lanishli ichak kasalligi, yo'g'on ichak jarrohligi, minimal invaziv jarrohlik, laparoskopiya, qo'lda yordamchi jarrohlik, ileoanal rezervuar, transanal yondashuv, robot yordamida jarrohlik, hayot sifati.*

This article presents an extensive analysis of the evolution of minimally invasive colorectal surgery and modern approaches to the surgical treatment of ulcerative colitis. The current state of ulcerative colitis surgery is analyzed, emphasizing that, despite the effectiveness of drug therapy, up to 50% of patients require surgery during their lifetime. The lack of a "gold standard" for reconstructive surgery for ulcerative colitis, the high incidence of functional impairment after IPAA, and the controversial nature of methods for restoring anal defecation are discussed. Current trends in the development of minimally invasive surgery are summarized: total laparoscopic IPAA, transanal techniques (ta-IPAA), robotic-assisted methods, and the use of manual assistance in technically challenging situations. The study concludes that it is necessary to improve patient selection criteria, optimize pre- and postoperative care, and integrate new technologies while adhering to the principles of oncological and proctological ablastics.

Key words: *ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, colorectal surgery, minimally invasive surgery, laparoscopy, hand-assisted surgery, ileoanal reservoir, transanal approach, robotic-assisted surgery, quality of life.*

Лапароскопически-ассистируемая правосторонняя гемиколэктомия, впервые выполненная M. Jacobs и соавт. в июне 1990 г. [2,25,30,34,36], стала отправной точкой внедрения видеоэндоскопических технологий в колоректальную хирургию. В последующие двадцать лет метод получил широкое распространение во многих клиниках по всему миру [22-24]. Вместе с тем, активное использование лапароскопических вмешательств при лечении рака толстой кишки до настоящего времени ограничивается настороженным отношением части онкологов, связанным с сомнениями по поводу строгого соблюдения принципов абластики [1]. Дополнительными сдерживающими факторами являются отсутствие тактильной обратной связи и утрата трёхмерного восприятия операционного поля, что существенно осложняет выполнение вмешательств у пациентов с ожирением, после ранее перенесённых операций на органах брюшной полости, а также при местно-распространённых опухолях [5,8,16,31,33].

В ряде случаев применение лапароскопической техники сопровождается значительным увеличением продолжительности операций на толстой кишке и требует от хирурга длительного периода освоения специальных технических навыков. С целью преодоления указанных ограничений в начале 1990-х годов был предложен метод лапароскопических вмешательств с ручной ассистенцией (hand-assisted laparoscopic surgery – HALS), предусматривающий использование руки хирурга, введённой в брюшную полость, наряду с эндоскопическими инструментами [5,8,16,34,40]. Для оценки возможностей применения данной технологии у больных раком ободочной кишки был проанализирован собственный клинический опыт выполнения подобных операций [29].

Хирургическое лечение язвенного колита (ЯК) по-прежнему остаётся одним из наиболее сложных и драматичных разделов хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии. Рост распространённости воспалительных заболеваний толстой кишки в настоящее время опережает развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи данной категории пациентов. Эпидемиологические исследования указывают на выраженное увеличение распространённости язвенного колита, достигающее в индустриально развитых регионах 40-60% за каждое десятилетие [2,4,25,35,36].

При этом доля пациентов с ЯК, нуждающихся в хирургическом лечении, остаётся стабильно высокой и, по данным R.N. Keswani, R.D Cohen. (2022), в течение жизни составляет 10-30%, а по сведениям G. Ruff (2022), достигает 50%. Таким образом, увеличение заболеваемости язвенным колитом закономерно приводит к росту абсолютного числа больных, которым требуется оперативное вмешательство [3,4,21,25,35].

Формирование медикаментозной резистентности, характерной для неспецифических воспалительных заболеваний с аутоиммунным компонентом, у пациентов с язвенным колитом может иметь крайне неблагоприятные последствия. Неконтролируемый консервативной терапией воспалительный процесс способствует прогрессированию системной интоксикации и развитию кишечных осложнений заболевания, включая кровотечения (1,5-4%), токсическую дилатацию и перфорацию толстой кишки (5-6%).

Непредсказуемое течение язвенного колита, выраженность системных нарушений, неоднозначность показаний к хирургическому лечению, а также неизбежная операционная травма при обширных резекциях толстой кишки обусловливают сохранение высокой летальности, которая у больных, оперированных по поводу ЯК, колеблется от 8-12 до 50-60%.

Неудовлетворительные результаты лечения осложнённых форм язвенного колита объясняются, с одной стороны, развитием необратимых нарушений гомеостаза при тяжёлом течении заболевания (метаболические расстройства, кахексия, сепсис, коагулопатии), а с другой, – отсутствием чётких клинических «предвестников» осложнений, которые могли бы служить своевременным показанием к оперативному вмешательству до наступления терминальных состояний [5,8,16,31,33].

Следует отметить, что критерии резистентности к консервативной терапии до настоящего времени остаются предметом дискуссий. В связи с этим в клинической практике отсутствует общепринятая система оценки тяжести язвенного колита, позволяющая однозначно выделить группу пациентов с показаниями к хирургическому лечению [5,8,16,31,33].

Диффузный характер поражения толстой кишки при тяжёлых формах язвенного колита диктует необходимость выполнения обширных оперативных вмешательств, объём которых, по мнению большинства авторов, должен соответствовать как минимум субтотальной резекции ободочной кишки [5,8,16,31,33]. В то же время признаётся, что до настоящего времени не удалось достичь оптимального сочетания радикальности хирургического лечения с сохранением анальной дефекации, в связи с чем «золотой стандарт» хирургического лечения язвенного колита остаётся не определённым [2,30,34,36,40].

Улучшение результатов хирургического лечения, снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности во многом зависят от совершенствования техники выполнения оперативных вмешательств, рационального выбора их объёма, а также проведения интенсивной патогенетической и заместительной терапии в до- и послеоперационном периодах [4,6,17,19]. Существенный вклад в решение этих задач внесло внедрение миниинвазивных технологий операций на толстой кишке, включая лапароскопический доступ (Маскин С.С., 2019) и лапароскопию с ручной ассистенцией (Фролов С.А., 2020) [7,10,27,32,39].

Дополнительным направлением повышения эффективности лечения больных с тяжёлыми формами воспалительных заболеваний толстой кишки является оптимизация послеоперационного ведения, в том числе применение прогрессивных методов антибактериальной терапии, таких как эндолимфатическое введение антибиотиков при болезни Крона (Юсупов И.А., 2023) [9,18,26,37].

Восстановление анальной дефекации после резекции толстой кишки при язвенном колите возможно путём формирования илеоректального или илеоанального анастомоза. В первом случае отсутствует единое мнение относительно оптимальных границ резекции прямой кишки (Каншин Н.Н., 2020; Mortier P.E. et al., 2022), во втором реконструктивные вмешательства сопровождаются высоким уровнем функциональных послеоперационных осложнений, превышающим 35% (Shen B., Fazio V.W., 2022). В результате в настоящее время доля реконструктивных операций при хирургическом лечении язвенного колита в США не превышает 25%, тогда как у большинства пациентов колпроктэктомия завершается формированием постоянной илеостомы (Bash S.P., Mortensen N.J., 2021).

Совокупность перечисленных проблем подчёркивает необходимость дальнейшего совершенствования лечебной тактики при тяжёлых формах язвенного колита, включающей рациональное сочетание консервативных и хирургических методов лечения, разработку малоинвазивных диагностических подходов, оптимизацию ведения больных в до- и послеоперационном периодах, применение малотравматичных хирургических технологий, а также поиск прогностических факторов, определяющих необходимость операции и возможность выполнения реконструктивного этапа [15].

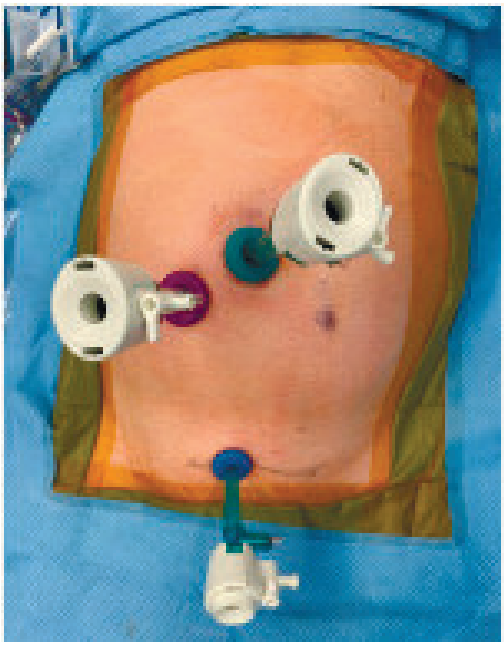


Рис. 1. Трехпортный доступ для лапароскопической тотальной абдоминальной колэктомии.

Вторая стадия поэтапного формирования илеоанального резервуара (Ileal pouch–anal anastomosis, IPAA) начиналась с мобилизации илеостомы, затем выполнялись абдоминальная инсуффляция и од-

нопортовая лапароскопия с использованием платформы GelPOINT® Mini Advanced Access Platform (Applied Medical Resources, Rancho Santa Margarita, CA, USA), установленной через область илеостомы. Подвздошный мезентерий мобилизован на протяжении двенадцатиперстной кишки, а длину мешка можно оценить внутри- и внекорпорально. Затем проктэктомия выполняется лапароскопически через ГелПОИНТ® Мини, при необходимости дополнительные троакары могут быть размещены в левом нижнем квадранте и пупке для визуализации и ретракции (рис. 1). Верхняя геморроидальная артерия делится близко к кишечнику для минимизации повреждения гипогастрального нерва, а расчленение проводится в плоскости общей мезоректальной резекции сзади и близко к прямой кишке латерально и спереди для минимизации повреждения вегетативных нервов и урогенитальных структур. Когда мобилизация прямой кишки достигает аноректального кольца, лапароскопический штапель устанавливается перпендикулярно прямой кишке, и соответствующий уровень пересечения подтверждается цифровым исследованием или гибкой сигмоидоскопией перед выстрелом штапеля. Это важный шаг, поскольку одним из основных ограничений лапароскопической IPAA, связанных с несостоятельностью мешочка, является чрезмерно длинная ректальная манжета [35].

Другим ограничением при данном этапе лапароскопической IPAA является необходимость проведения нескольких стапельных обжигов для достижения перпендикулярной ректальной перерезки из-за ограничений артикуляции стапеля в узком пространстве в костной малости. Ограничение степельных обжигов до двух или меньше крайне важно для минимизации осложнений утечки анастомоза [10]. В нашем опыте, если данный этап не может быть выполнен с использованием двух или менее линейных степлерных обжигов, выполнение разреза по Pfannenstiel может облегчить пересечение прямой кишки с применением TaTME stapler (Medtronic Inc., Dublin, Ireland) или Echelon CONTOUR™ Curved Cutter Stapler (Ethicon Inc., Raritan, NJ, USA).

В нашей практике формирование илеального резервуара выполняется экстракорпорально через область илеостомы, тогда как двухстадийный илеоанальный анастомоз может быть выполнен под лапароскопическим контролем (рис. 2).

Достижения в области естественных отверстий и трансанальных МИС в последнее десятилетие обусловили значительный интерес к трансанальной проктэктомии. Подобно трансанальной тотальной мезоректальной экзиции (таТМЭ) при раке прямой кишки, taIPAA для УК идеально подходит для пациентов с узкой и глубокой частью тела, где традиционные прямые лапароскопические инструменты могут быть труднодоступны и визуализируемы. Потенциальные преимущества трансанального подхода при УК включают прямой линейный доступ к нижней прямой кишке, последовательное пересечение прямой кишки на аноректальном соединении, оставляя ограниченную ректальную манжету, и отсутствие нескольких стапельных обжигов с одностапельным анастомозом [13,14].

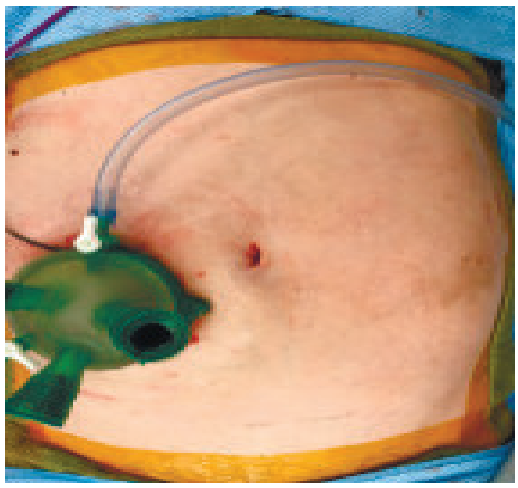


Рис. 2. Одноэтапное формирование илеоанального резервуара (IPAA) может быть выполнено через будущий участок илеостомии. IPAA, подвздошно-анальный анастомоз.

Исследования, сравнивающие taIPAA и трансабдоминальный IPAA, показали безопасность taIPAA с краткосрочными [12,27] и долгосрочными [7,11] результатами, сравнимыми с таковыми при трансабдоминальном доступе. Однако в нашем эксперименте taIPAA имеет более высокую частоту утечки анастомоза по сравнению с трансабдоминальным IPAA (11% против 2%; П=0,03), хотя это может быть связано с очень низкой частотой утечки при традиционном трансабдоминальном IPAA [32,38], поскольку частота утечки taIPAA отражает показатели других опубликованных литературных источников. Наше мнение заключается в том, что трансанальный IPAA относится к инструментальной базе для подходов к IPAA и может быть особенно полезен у пациентов с особенно узкой и трудной тазовой полостью или у пациентов с раком прямой кишки в условиях УК [20,28].

С ясными преимуществами в краткосрочных хирургических результатах, включая уменьшение боли, более короткое пребывание в больнице, более быстрое возвращение функции кишечника, улучшенный космез, а также некоторые потенциальные долгосрочные преимущества в функции кишечника, женской фертильности и мужской сексуальной функции, очевидно. Даже в экстренной ситуации с молниеносным колитом лапароскопия безопасна и предпочтительнее средней лапаротомии, за исключением нестабильного пациента. По мере продвижения в области малоинвазивной колоректальной хирургии, необходимо продолжать внедрять инновации, особенно в тех случаях, которые несут наибольшую заболеваемость и требуют наибольших технических навыков. Также подчеркивается необходимость улучшения подготовки как по отечественным программам, так и в глобальных центрах УС. В хирургии IPAA экспертиза и предпочтения хирурга могут диктовать минимально инвазивный

подход от лапароскопической, гибридной, трансанальной и роботизированной хирургии, поскольку исследования показывают схожие результаты в различных модификациях.

Основные принципы качественной хирургии кишечной пазухи всегда должны соблюдаться независимо от малоинвазивного подхода, включая оценку доступа к кишечной пазухе до начала проктэктомии, рассечение вблизи прямой кишки для предотвращения травмы нерва, минимизацию длины манжеты менее 2 см, избегание множественных дистальных стригущих операций прямой кишки, манёвры для достижения доступа к кишечной пазухе с минимальным натяжением и конструирование надежного анастомоза. Соблюдение этих принципов во время малоинвазивной IPAA имеет первостепенное значение, поскольку построение плохо функционирующего мешка может в конечном итоге подорвать качество жизни пациента, привести к несостоятельности мешка и постоянной илеостомии.

Учитывая относительно молодой возраст пациентов, подвергающихся ileal pouch-anal anastomosis (IPAA), сохранение фертильности, сексуальной функции и достижение удовлетворительного косметического результата имеют принципиальное значение при выборе хирургической тактики, остаются основными факторами качества их жизни, удовлетворенности и общего благополучия, и следует уделить внимание методам и приемам для оптимизации этих результатов. Поскольку инновации продолжают продвигать МИС вперед, хирурги должны уделять первостепенное внимание безопасной хирургии мешочка, осваивая подход и продолжая внедрять инновации для улучшения долгосрочных результатов и качества жизни пациентов, перенесших операцию по поводу УК.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОБЗОР ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ

Хурсанов Ё.Э., Джаббаров Ш.Р.

Представлен расширенный анализ эволюции миниинвазивной колоректальной хирургии и современных подходов к хирургическому лечению язвенного колита. Анализируется современное состояние хирургии язвенного колита, подчеркивается, что, несмотря на эффективность медикаментозной терапии, в течение жизни в операции нуждаются до 50% пациентов. Рассматриваются проблемы отсутствия «золотого стандарта» реконструктивной хирургии язвенного колита, высокая частота функциональных нарушений после IPAA и дискуссионность методов восстановления анальной дефекации. Обобщены современные тренды развития малоинвазивной хирургии: тотальная лапароскопическая IPAA, трансанальные техники (ta-IPAA), робот-ассистированные методы, а также использование ручной ассистенции при технически сложных ситуациях. Делается вывод о необходимости совершенствования критериев отбора пациентов, оптимизации до- и послеоперационного ведения, а также интеграции новых технологий с соблюдением принципов онкологической и проктологической абластики.

Ключевые слова: *язвенный колит, воспалительные заболевания кишечника, колоректальная хирургия, миниинвазивная хирургия, лапароскопия, ручная ассистенция, илеоанальный резервуар, трансанальный доступ, робот-ассистированная хирургия, качество жизни.*

Сведения об авторах

Хурсанов Ёкубжон Эркин угли, PhD, доц. каф. хирургических болезней №2 СГМУ. Тел: +998902128988, e-mail: yokubjon1994@mail.ru, https://orcid.org/0000-0001-8825-5507

Джаббаров Шерзод Рахимбердиевич, врач-хирург Самаркандского филиала РНЦЭМП. Тел: +998902128620, e-mail: Djabbarov79@mail.ru, https://orcid.org/0000-0001-8825-8756