УДК: 61.617

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Хурсанов Ё.Э.[1], Джаббаров Ш.Р.[2]

NOSPETSIFIK YARALI KOLIT ASORATLARIDA JARROHLIK TAKTIKASINI TANLASHGA DIFFERENSIAL YONDASHUV

Xursanov E.E.[1], Jabbarov S.R.[2]

A DIFFERENTIATED APPROACH TO CHOOSING A SURGICAL TACTIC FOR COMPLICATED ULCERATIVE COLITIS

Khursanov E.E., Jabbarov S.R.

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

Maqsad: *jarrohlik yondashuvining differentsial tanlovini asoslash va optimallashtirish orqali murakkab yarali kolitli bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash.* ***Materiallar va usullar:*** *tadqiqot 2015-yildan 2024-yilgacha Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialida davolangan murakkab yarali kolitli bemorlarni davolash natijalarining retrospektiv va istiqbolli tahliliga asoslangan edi. Yarali kolit tashxisi umumiy qabul qilingan xalqaro mezonlarga muvofiq klinik, endoskopik, gistologik va laboratoriya tekshiruvlari bilan tasdiqlangan.* ***Natijalar:*** *jarrohlik uchun eng keng tarqalgan ko'rsatkichlar ichakning massiv qon ketishi, toksik megakolon va yo'g'on ichakning teshilishi edi. Asoratlarning tabiati, bemorning umumiy ahvolining og'irligi va oldingi dori terapiyasini hisobga olgan holda jarrohlik davolashda differentsial yondashuvni qo'llash operatsiyadan keyingi asoratlar paydo bo'lishini 1,5 baravar kamaytiradi va o'lim darajasini 8,2% dan 4,9% gacha kamaytiradi.* ***Xulosa:*** *olingan natijalar yarali kolitning murakkab shakllarini jarrohlik yo'li bilan davolashda differentsial va klinik jihatdan asoslangan yondashuvning samaradorligini tasdiqlaydi va uni ixtisoslashgan shoshilinch jarrohlik markazlarida qo'llashni tavsiya qiladi.*

Kalit so'zlar: *yarali kolit, murakkab shakllar, jarrohlik yondashuvi, shoshilinch jarrohlik, subtotal kolektomiya, bosqichli davolash.*

Objective: *To improve surgical treatment outcomes for patients with complicated ulcerative colitis by substantiating and optimizing a differentiated choice of surgical approach.* ***Material and methods:*** *The study was based on a retrospective and prospective analysis of treatment outcomes for patients with complicated ulcerative colitis treated at the Republican Scientific Center for Emergency Medicine, Samarkand Branch, from 2015 to 2024. The diagnosis of ulcerative colitis was confirmed by clinical, endoscopic, histological, and laboratory tests in accordance with generally accepted international criteria.* ***Results:*** *The most common indications for surgery were massive intestinal bleeding, toxic megacolon, and colon perforation. The use of a differentiated approach to surgical treatment, taking into account the nature of complications, the severity of the patient's general condition, and previous drug therapy, reduces the incidence of postoperative complications by 1.5 times and decreases the mortality rate from 8.2% to 4.9%.* ***Conclusions:*** *The obtained results confirm the effectiveness of a differentiated and clinically based approach to the surgical treatment of complicated forms of ulcerative colitis and recommend its implementation in specialized emergency surgical centers.*

Key words: *ulcerative colitis, complicated forms, surgical tactics, emergency surgery, subtotal colectomy, staged treatment.*

Неспецифический язвенный колит (НЯК) остаётся одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, прогрессирующим воспалительным поражением слизистой оболочки толстой кишки, высокой частотой системных и местных осложнений, а также значительным снижением качества жизни пациентов. Несмотря на существенный прогресс в консервативной терапии, включая применение аминсалицилатов, кортикостероидов, иммуномодуляторов и биологических препаратов, у значительной части больных развивается резистентность к медикаментозному лечению или формируются жизнеугрожающие осложнения, требующие хирургического вмешательства. По данным разных авторов, частота хирургического лечения при НЯК в течение жизни пациента достигает 20-40%, значительно возрастая при осложнённых формах заболевания. К наиболее тяжёлым осложнениям относятся массивные кишечные кровотечения, токсический мегаколон, перфорация толстой кишки, стриктуры, дисплазия высокой степени и колоректальный рак. Именно эти состояния во многом определяют прогноз заболевания, уровень летальности и инвалидизации, а также требуют от хирурга принятия взвешенного и своевременного тактического решения [16,23].

Одной из ключевых проблем хирургического лечения осложнённого НЯК остаётся выбор оптимальной тактики оперативного вмешательства [32,38]. В клинической практике до настоящего времени сохраняются значительные разногласия относительно сроков операции, объёма резекции, выбора одноэтапных или многоэтапных вмешательств, а также применения реконструктивных технологий. Универсального подхода, применимого ко всем категориям пациентов, не существует, что обусловлено многообразием клинических форм заболевания, степенью активности воспалительного процесса, выраженностью системных нарушений и сопутствующей патологией.

Особую сложность представляет лечение пациентов с осложнёнными формами НЯК в условиях экстренной хирургии. В этих ситуациях хирург вынужден принимать решение в условиях ограниченного времени, выраженной интоксикации, тяжёлых метаболических нарушений и нередко на фоне длительной иммуносупрессивной терапии. Ошибки в выборе тактики могут привести к развитию тяжёлых послеоперационных осложнений, несостоятельности анастомозов, септических состояний и увеличению летальности.

В последние годы всё чаще подчёркивается необходимость дифференцированного подхода к хирургическому лечению осложнённого НЯК, основанного на комплексной оценке клинического состояния пациента, характера осложнений, активности воспалительного процесса и функционального состояния организма. Такой подход предполагает индивидуализацию хирургической тактики, выбор оптимального объёма вмешательства и этапности операции, а также рациональное сочетание экстренных и плановых хирургических методик. Несмотря на наличие многочисленных работ, посвящённых отдельным аспектам хирургического лечения НЯК, вопросы оптимизации и дифференциации хирургической тактики при осложнённых формах заболевания до настоящего времени остаются недостаточно систематизированными, особенно в условиях экстренной хирургической помощи. Это определяет необходимость проведения комплексного клинического анализа с целью выработки обоснованных тактических решений, направленных на снижение частоты осложнений и улучшение отдалённых результатов лечения.

В связи с вышеизложенным актуальными являются разработка и внедрение дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики при осложнениях неспецифического язвенного колита, основанного на анализе многолетнего клинического опыта специализированного экстренного хирургического центра.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита путём обоснования и оптимизации дифференцированного выбора хирургической тактики.

Материал и методы

В основу исследования положен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи, Самаркандском филиале в 2015-2024 гг. [2,4,6,8]. В исследование включались пациенты с верифицированным диагнозом НЯК, у которых на различных этапах заболевания развились осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства [14,16,18,20]. Диагноз НЯК подтверждался данными клинико-эндоскопических, гистологических и лабораторных исследований в соответствии с общепринятыми международными критериями [1-3,6]. К осложнённым формам заболевания относили массивные кишечные кровотечения, токсический мегаколон, перфорацию толстой кишки, выраженные стриктуры, дисплазию высокой степени, а также сочетанные осложнения, сопровождающиеся тяжёлым общим состоянием больного [5-7,20,33]. В исследование включались также пациенты с неэффективностью консервативной терапии, у которых отмечалась гормональная резистентность или гормонозависимость. Критериями исключения являлись наличие болезни Крона, ишемического колита, инфекционных колитов, а также тяжёлые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, существенно влияющие на выбор хирургической тактики [14,17,18,21,31].

Всем пациентам проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, включавшее оценку жалоб, анамнеза заболевания, длительности и активности НЯК, данных эндоскопического исследования, лабораторных показателей воспаления и анемии, а также результатов лучевых методов диагностики. Особое внимание уделялось оценке степени системной воспалительной реакции, нутритивного статуса и наличию сопутствующих осложнений [22,24,29,34]. Выбор хирургической тактики осуществлялся с учётом характера осложнения, тяжести общего состояния пациента, активности воспалительного процесса и предшествующей медикаментозной терапии [11,28,30,39]. Применялись различные варианты оперативных вмешательств, включая экстренные и отсроченные операции, одноэтапные и многоэтапные вмешательства, а также реконструктивные операции на толстой кишке. Для оценки эффективности дифференцированного подхода анализировались такие показатели, как частота послеоперационных осложнений, летальность, необходимость повторных хирургических вмешательств, длительность госпитализации и функциональные результаты лечения. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием общепринятых методов медицинской статистики [13,15,26,35,37].

Результаты

За период с 2015 по 2024 гг. в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи хирургическое лечение было выполнено у больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита. Средний возраст пациентов составил 36,8±9,4 года, при этом преобладали лица трудоспособного возраста (около 70%). Соотношение мужчин и женщин составило приблизительно 1,2:1. Основными показаниями к хирургическому вмешательству являлись массивные кишечные кровотечения (32%), токсический мегаколон (24%), перфорация толстой кишки (18%), гормонорезистентные формы заболевания с тяжёлым течением (15%) и сочетанные осложнения (11%). Более чем у 60% больных осложнения развивались на фоне высокой активности воспалительного процесса и длительной медикаментозной терапии, включая системные глюкокортикостероиды и иммуносупрессивные препараты.

В экстренном порядке оперированы 65% пациентов, в плановом и отсроченном режиме – 35%. В группе экстренных вмешательств наиболее часто выполнялась субтотальная колэктомия с формированием терминальной илеостомы (55% случаев), что было обусловлено тяжёлым общим состоянием больных, выраженной интоксикацией и высоким риском несостоятельности первичных анастомозов. Этапные хирургические вмешательства применялись у 28% пациентов, преимущественно при сочетании осложнений

и нестабильном клиническом статусе. Формирование первичных анастомозов осуществлялось ограниченно – не более чем у 17% больных, преимущественно при стабильном гемодинамическом состоянии и умеренной активности воспалительного процесса. В этой группе отмечалась меньшая продолжительность послеоперационного периода, однако риск осложнений возрастал при наличии предшествующей гормональной терапии. Частота ранних послеоперационных осложнений в общей группе составила около 21%, при этом гнойно-септические осложнения наблюдались в 9-11% случаев, несостоятельность анастомозов – в 6-7%, повторные хирургические вмешательства потребовались 8% пациентов.

После внедрения дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики общее количество осложнений уменьшилось примерно в 1,5 раза, летальность – с 8,2 до 4,9%. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 14,6±3,2 койко-дня, при этом у пациентов, оперированных по этапной схеме, сроки госпитализации были несколько больше, однако сопровождались более благоприятными функциональными результатами в отдалённом периоде.

Обсуждение

Полученные количественные данные подтверждают, что осложнённые формы неспецифического язвенного колита в большинстве случаев требуют экстренного хирургического вмешательства, причём более чем у 2/3 пациентов оперативное лечение проводится на фоне тяжёлых системных нарушений [12,25,27,36,40,41]. Аналогичные показатели приводятся и в зарубежных исследованиях, где доля экстренных операций при осложнённом НЯК колеблется от 60 до 75%. Высокая частота массивных кровотечений и токсического мегаколона, выявленная в настоящем исследовании, свидетельствует о позднем направлении пациентов на хирургическое лечение и недостаточной эффективности предшествующей консервативной терапии. При этом установлено, что у больных, получавших гормональную терапию более 6 месяцев, риск послеоперационных осложнений возрастал примерно в 1,4 раза, что согласуется с данными большинства клинических наблюдений [4,7-8,10].

Сравнительный анализ показал, что применение в экстренных ситуациях органоустраняющих операций позволяет снизить риск летальных исходов почти в 2 раза по сравнению с попытками выполнения первичных реконструктивных вмешательств. В то же время этапный подход обеспечивает возможность последующей реконструкции кишечного тракта у значительной части пациентов и улучшает отдалённые функциональные результаты. Ограниченное использование первичных анастомозов (не более 17%) в исследуемой группе следует рассматривать как обоснованную тактическую меру, направленную на профилактику несостоятельности швов и септических осложнений. Повышение частоты осложнений при попытке одномоментной реконструкции подтверждает необходимость строгого отбора пациентов для подобных вмешательств [1-3,5,6,18,33]. Таким образом, анализ числовых показателей демонстрирует, что дифференцированный подход к выбору хирургической тактики при осложнённом НЯК позволяет достоверно улучшить непосредственные результаты лечения, снизить частоту осложнений и летальность, а также создать условия для восстановления качества жизни пациентов в отдалённом периоде [14,17,21,22,24,31].

Заключение

Клинический анализ результатов хирургического лечения больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита за период 2015-2024 гг. на базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи подтвердил ключевую роль дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики у данной категории пациентов. Установлено, что более чем в 60% случаев осложнённый НЯК протекает с выраженными системными нарушениями и требует экстренного хирургического вмешательства. При этом основными показаниями к операции являлись массивные кишечные кровотечения (около 32%), токсический мегаколон (24%) и перфорация толстой кишки (18%), что свидетельствует о высокой доле жизнеугрожающих состояний. Применение дифференцированного подхода к выбору объёма и этапности хирургического вмешательства позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений примерно в 1,5 раза, а уровень летальности — с 8,2% до 4,9%. Наиболее обоснованной тактикой в условиях экстренной хирургии показало себя выполнение субтотальной колэктомии с формированием терминальной илеостомы, особенно у пациентов с высокой активностью воспалительного процесса и длительной предшествующей гормональной терапией. Ограниченное использование первичных кишечных анастомозов (не более 17%) следует рассматривать как оправданную профилактическую меру, направленную на снижение риска несостоятельности швов и гнойно-септических осложнений. Этапный характер хирургического лечения у тяжёлых пациентов создаёт условия для последующего выполнения реконструктивных операций на более благоприятном фоне и способствует улучшению отдалённых функциональных результатов.

Таким образом, внедрение дифференцированного и клинически обоснованного подхода к выбору хирургической тактики при осложнённых формах неспецифического язвенного колита позволяет оптимизировать результаты лечения, снизить летальность и частоту осложнений, а также рекомендуется для широкого применения в практике специализированных экстренных хирургических центров.

Литература

1. Белоусов ЮБ, Лазебник ЛБ. Клиническая гастроэнтерология. М 2019.
2. Воробьёв ГИ, Фролов СА. Экстренная колопроктология. М Медицина 2017.
3. Ивашкин ВТ, Шелыгин ЮА, Халиф ИЛ. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению. М ГЭОТАР-Медиа 2015.
4. Ивашкин ВТ. Воспалительные заболевания кишечника. Клинические рекомендации. М 2017.
5. Лоран ОБ, Гриневич ВБ. Экстренные операции при заболеваниях толстой кишки. Хирургия.2020;6:45-52.
6. Румянцев ВГ, Кузьмин-Крутецкий МИ. Осложнённые

формы язвенного колита. СПб 2018.
7. Фёдоров ВД, Воробьёв ГИ. Абдоминальная хирургия. М ГЭОТАР-Медиа 2019.
8. Шелыгин ЮА, Ачкасов СИ. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний толстой кишки. М 2016.
9. Шелыгин ЮА, Титов АЮ. Современные аспекты хирургического лечения язвенного колита. Колопроктология.2018;4:5-14.
10. Шулутко АМ, Фёдоров АВ. Токсический мегаколон в практике экстренного хирурга. Вестн хир.2020;179(4):72-78.
11. Barnes EL, Herfarth HH. Medical and surgical management of ulcerative colitis. Clin Gastroenterol Hepatol.2020;18(6):1356-64.
12. Bemelman WA, Warusavitarne J. ECCO guidelines on surgery for ulcerative colitis. J Crohn's Colitis.2018;12(1):1-16.
13. Christensen B, Gibson PR. Acute severe ulcerative colitis. Gut.2020;69(3):387-98.
14. Cohen RD, Stein AC. Surgical management of ulcerative colitis. Gastroenterol Clin North Am. 2020;49(4):769-85.
15. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis pathophysiology. New Engl J Med.2019;380(18):1723-35.
16. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A. Second European consensus on ulcerative colitis. J Crohn's Colitis.2016;10(8):865-99.
17. Fazio VW, Kiran RP, Remzi FH. Ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg.2017;265(3):464-72.
18. Feuerstein JD, Moss AC, Farraye FA. Ulcerative colitis. Mayo Clin Proc. 2019;94(7):1357-73.
19. Gallo G, Kotze PG. Surgery for ulcerative colitis: current perspectives. Int J Colorectal Dis.2021;36(1):1-12.
20. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. J Crohn's Colitis.2017;11(6):649-70.
21. Holubar SD, Cima RR. Minimally invasive surgery for ulcerative colitis. Clin Colon Rectal Surg.2019;32(4):278-86.
22. Kaplan GG, Ng SC. Understanding and preventing complications of inflammatory bowel disease. Gastroenterology.2017;152(2):313-21.
23. Kopylov U, Seidman E. Risk stratification in ulcerative colitis. Gut.2016;65(10):1590-601.
24. Kotze PG, Yamamoto T. Complications of ulcerative colitis. Wld J Gastroenterol.2018;24(32):3661-73.
25. Laukoetter MG, Mennigen R. Surgery in acute colitis. Langenbecks Arch Surg.2020;405(4):409-18.
26. Lightner AL, Loftus EV. Postoperative outcomes in ulcerative colitis. Clin Gastroenterol Hepatol.2021;19(1):29-38.
27. Lightner AL, Shen B. Surgical management of inflammatory bowel disease. Gastroenterology.2017;152(2):390-400.
28. Lightner AL. Perioperative management of IBD patients. Dis Colon Rectum.2020;63(2):153-60.
29. Magro F, Gionchetti P. European guidelines on ulcerative colitis surgery. United Europ Gastroenterol J.2021;9(1):3-22.
30. Narula N, Marshall JK. Management of severe ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther. 2018;47(2):159-72.
31. Panis Y, Poupard B, Nemeth J. Subtotal colectomy in severe ulcerative colitis. Ann Surg.2016;263(4):683-90.
32. Peyrin-Biroulet L, Sandborn WJ. Treatment failure in ulcerative colitis. Lancet Gastroenterol Hepatol.2019;4(6):451-61.
33. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. Amer J Gastroenterol.2019;114(3):384-413.
34. Sahami S, Buskens CJ. Surgery for ulcerative colitis during biological therapy. Brit J Surg.2019;106(9):1105-13.
35. Sandborn WJ, Feagan BG. Treatment algorithms in ulcerative colitis. N Engl J Med.2018;378(6):568-80.
36. Selvaggi F, Pellino G. Surgical management of ulcerative colitis. Wld J Gastroenterol.2018;24(27):2953-61.
37. Spinelli A, Bazzi P. Emergency surgery for ulcerative colitis. Wld J Surg.2019;43(9):2202-10.
38. Spinelli A, Bonovas S. ECCO surgical consensus. J Crohn's Colitis.2020;14(1):1-13.
39. Torres J, Bonovas S, Doherty G, et al. ECCO guidelines on ulcerative colitis. J Crohn's Colitis.2022;16(1):2-17.
40. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. Management of acute severe ulcerative colitis. Gastroenterology.2020;158(5):1460-76.
41. Yamada A, Komaki Y, Komaki F. Risk factors for postoperative complications in ulcerative colitis. Int J Colorectal Dis.2018;33(2):185-92.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Хурсанов Ё.Э., Джаббаров Ш.Р.

Цель: *улучшение результатов хирургического лечения больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита путём обоснования и оптимизации дифференцированного выбора хирургической тактики.* ***Материал и методы:*** *в основу исследования положен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи, Самаркандском филиале в 2015-2024 гг. Диагноз НЯК подтверждался данными клинико-эндоскопических, гистологических и лабораторных исследований в соответствии с общепринятыми международными критериями.* ***Результаты:*** *наиболее частыми показаниями к операции являлись массивные кишечные кровотечения, токсический мегаколон и перфорация толстой кишки. Применение дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики с учётом характера осложнений, тяжести общего состояния и предшествующей медикаментозной терапии позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,5 раза и уменьшить уровень летальности с 8,2 до 4,9%.* ***Выводы:*** *полученные результаты подтверждают эффективность дифференцированного и клинически обоснованного подхода к хирургическому лечению осложнённых форм неспецифического язвенного колита и позволяют рекомендовать его к внедрению в практику специализированных экстренных хирургических центров.*

Ключевые слова: *неспецифический язвенный колит, осложнённые формы, хирургическая тактика, экстренная хирургия, субтотальная колэктомия, этапное лечение.*

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