

На правах рукописи

**ГУСЕВ АЛЕКСАНДР ВИТАЛЬЕВИЧ**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У  
ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

**14.01.17-Хирургия**

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Москва 2015**

Работа выполнена в ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»  
Минздрава России (директор – проф., д.м.н. Ю.А.Шельгин)

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Ю.А.Шельгин

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

Э.П.Рудин

доктор медицинских наук, профессор

С.И.Емельянов

**Ведущая организация:**

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России**

Защита диссертации состоится «\_\_»\_\_\_\_\_2015 г. в «\_\_\_\_\_» на заседании диссертационного совета Д-208.021.01 при Государственном Научном Центре колопроктологии по адресу: 123423, г. Москва, ул. Саляма Адила, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» Минздрава России.

Автореферат разослан «\_\_»\_\_\_\_\_2015 г.

Ученый секретарь диссертационного ученого совета

Кандидат медицинских наук

**Костарев Иван Васильевич**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность проблемы.

Язвенный колит (ЯК) – это хроническое заболевание, вызывающее непрерывное негранулематозное воспаление слизистой оболочки толстой кишки на различном протяжении, характеризующееся рецидивирующим течением (Воробьев Г.И., 2008; Silverberg M.S., 2005).

По данным отечественных и зарубежных авторов, заболеваемость ЯК не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в развитых странах заболевает от 3 до 24,5 человек на 100 000 населения. При этом, в основном это молодые, работоспособные люди в возрасте от 20 до 30 лет, которые на фоне данного заболевания не могут продолжать активный образ жизни и быть полностью социально адаптированными. Среди этих больных необходимость в хирургическом лечении возникает у 30-40% (Воробьев Г.И., 2008; Жерлов Г.К., 2009; Fefferman D.S., 2005; Ghosh S., 2006; Lakatos P.L., 2006; Loftus Jr. E.V., 2004; Silverberg M.S., 2005).

В течение длительного времени, вплоть до середины XX века, стандартом хирургического лечения ЯК при неэффективности консервативной терапии являлось выполнение оперативного вмешательства в объеме колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием постоянной илеостомы (Georgina M., 2009).

Учитывая резкое ухудшение качества жизни после подобной операции, многими хирургами предпринимались попытки хирургической реабилитации. В последние 20 лет формирование тонкокишечного резервуара является одним из основных вариантов реабилитации пациентов, перенесших колпроктэктомию по поводу ЯК, так как данная методика позволяет избежать постоянной илеостомы, инвалидизации пациента. Кишечный резервуар является «накопителем» для тонкокишечного содержимого с низким внутриполостным давлением, достаточно большим объемом и медленными пропульсивными волнами. Все это в комплексе снижает не только частоту императивных позывов, но и количество дефекаций в сутки (McLaughlin S.D., 2009; Richards D.M., 2001).

Учитывая продолжающиеся споры и отсутствие четких критериев для формирования первичного и вторичного резервуара, очевидна актуальность проведения исследования, в котором осуществлен сравнительный анализ результатов хирургического лечения с формированием тонкокишечного резервуара у 123 пациентов, оперированных по поводу ЯК в ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» Минздрава России. Определенный интерес представляет проведенный сравнительный анализ функциональных результатов и уровня качества жизни у больных с первичным и отсроченным формированием резервуара. Помимо этого результаты сравнивались у больных с гнойно-септическими осложнениями, развившимися в области резервуарной конструкции, и у пациентов без подобных осложнений.

#### **Цель исследования.**

Улучшение результатов хирургического лечения и уровня качества жизни больных, оперированных по поводу язвенного колита.

#### **Задачи исследования.**

1. Выявить факторы риска, влияющие на определение показаний к отсроченному формированию тонкокишечного резервуара у больных ЯК.
2. Оценить функциональные результаты, а также уровень качества жизни у пациентов с ЯК после выполнения реконструктивно-пластических операций с формированием «первичных» и «вторичных» тазовых тонкокишечных резервуаров.
3. Изучить влияние гнойно-септических осложнений в зоне тонкокишечного резервуара на функциональные результаты операций.
4. Определить влияние гнойно-септических осложнений в зоне резервуарной конструкции на уровень качества жизни оперированных больных.

#### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Наличие у больного тяжелой формы ЯК, метаболических нарушений, прием глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов, при возникновении необходимости хирургического лечения, служит показанием к отсроченному формированию тонкокишечного резервуара.

2. Развитие у больных гнойно-септических осложнений в области внутритазовой тонкокишечной конструкции ухудшает функциональные результаты и качество жизни оперированных больных.

### **Практическая значимость результатов исследования.**

1. Многоэтапное хирургическое лечение больных ЯК с отсроченным формированием тонкокишечного резервуара, в случае тяжелого течения ЯК, ассоциированного с анемией, метаболическими нарушениями и применением ГКС, позволяет достоверно снизить уровень гнойно-септических осложнений, связанных с формированием резервуарной конструкции с 13,0% до 3,9%, что улучшает функциональные результаты, качество жизни и способствует быстрее социальной-трудовой реабилитации пациентов.

2. Проведение тибциальной стимуляции перед закрытием превентивной илеостомы улучшает функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК) у пациентов со сниженными показателями внутрианального давления после формирования тонкокишечного резервуара.

3. Проведение консервативной терапии при развившейся несостоятельности швов резервуара и наданального илеоректального анастомоза, позволяет в большинстве случаев добиться заживления дефекта, в последующем закрыть превентивную стому и, как следствие, улучшить качество жизни и функциональные результаты у данной группы больных.

### **Внедрение результатов исследования в практику.**

Основные положения диссертации используются в практической деятельности ФГБУ "ГНЦ Колопроктологии» Минздрава России. Результаты исследования используются в учебном процессе кафедры колопроктологии ГБОУ ДПО «Российской академии последиplomного образования» Минздрава России.

### **Апробация работы.**

Апробация диссертационной работы состоялась на совместной научной конференции с участием отдела общей колопроктологии с группой изучения семейного аденоматоза и онкологического отдела хирургии ободочной кишки ФГБУ "ГНЦ Колопроктологии» Минздрава России 18 декабря 2014 года.

### **Основные положения диссертации доложены на:**

1. IX конгрессе Европейской ассоциации колопроктологов (European Society of Colorproctology), Барселона (Испания), 24-26 сентября 2014 г.
2. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии», Смоленск, 23-24 октября 2014 г.

### **Публикации.**

По теме диссертации опубликовано 3 печатные работы, в том числе две в рецензируемых отечественных периодических изданиях, рекомендуемых для публикации результатов диссертационных исследований Высшей аттестационной комиссией.

### **Структура и объем диссертации.**

Диссертация изложена на русском языке, на 200 страницах машинописного текста Times New Roman № 14 (Microsoft Word), состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендации. Диссертация иллюстрирована 45 таблицами, 22 рисунками. Указатель литературы содержит ссылки на 196 источников, из которых 20 – отечественные публикации и 176 – зарубежные.

### **Содержание работы.**

Настоящее сравнительное проспективное исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 123 больных, оперированных в ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» Минздрава России, в период с 2007 по 2013 гг. по поводу язвенного колита, у которых вмешательство было завершено выполнением реконструктивно - пластического этапа – формирования тонкокишечного резервуара.

#### Критериями включения пациентов в исследование служило:

Наличие язвенного колита, требующего хирургического лечения с возможностью формирования как первичного, так и вторичного тонкокишечного резервуара.

#### Критерии исключения пациентов из исследования:

1. Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки на фоне язвенного колита.
2. Наличие свищей в перианальной области.

### 3. Недостаточность анального сфинктера.

Критериями для отказа от формирования тонкокишечного резервуара на первом этапе являлось тяжелое общее состояние больных, обусловленное агрессивным течением ЯК и выраженными метаболическими нарушениями (анемия, гипопротеинемия, гипоальбуминемия). Выбор в пользу многоэтапного лечения делали с учетом эмпирической оценки тяжести состояния, данных литературы, где ряд авторов указывает на негативное влияние гормональной терапии на результаты хирургического лечения с формированием резервуара у больных ЯК.

Тонкокишечный резервуар формировался первично – в один этап с удалением всей толстой кишки у 46 (37,4%) больных - группа первичных резервуаров (ПР) и отсрочено у 77 (62,6%) пациентов - группа вторичных резервуаров (ВР). У всех больных операция с формированием тонкокишечного резервуара завершалась наложением превентивной стомы.

При этом, на первом этапе хирургического лечения в группе пациентов ВР, преимущественно [n=69 (89,6%)], оперативное вмешательство выполнялось в объеме удаления ободочной кишки. Резекции различных отделов ободочной кишки у 8 (10,4%) человек были выполнены в других лечебных учреждениях.

Проведенный анализ групп по полу и возрасту не выявил достоверных различий и показал, что основная доля больных, оперированных по поводу ЯК, состояла из молодых, социально активных людей. На момент первичной операции средняя длительность анамнеза в группе ПР оказалась достоверно, практически в 2 раза больше, чем в группе ВР – 84,3 и 43,8 мес., соответственно ( $p=0,001$ ). При этом анализ средних клинических и биохимических показателей крови на момент первичной операции установил, что в группе ВР выраженность анемии была больше, чем в группе ПР -  $103,8 \pm 26,3$  и  $117,1 \pm 22,1$  г/л, соответственно ( $p=0,033$ ). Среднее число лейкоцитов также было выше в группе ВР, чем в группе ПР - 11,1 и  $8,8 \times 10^9$ /л, соответственно ( $p=0,016$ ). Показатели общего белка и альбумина были ниже в группе ВР, чем в группе ПР ( $p=0,002$ ,  $p=0,018$ ) (табл. 1).

Таблица 1. Показатели крови на момент первичной операции в группах.

Показатели	ПР (n=46)	ВР (n=77)	p*
Средний уровень гемоглобина, г/л	117,1 (61-155)	103,8 (51-149)	0,033
Средний уровень лейкоцитов, $\times 10^9/\text{л}$	8,8 (1,8-18,4)	11,1 (5-26,8)	0,016
Средний уровень общего белка, г/л	69,9 (59,7-83,0)	63,3 (32,0-88,8)	0,002
Средний уровень альбумина, г/л	40,7 (14,7-47,1)	34,4 (13,0-53,7)	0,018
Средний уровень С реактивного белка, мг/л	18,5 (от 1,1 до 123,9)	9,4 (от 2,0 до 16,3)	0,569

\* Mann - Whitney U-test

Анализ тяжести заболевания с учетом критериев Truelove и Witts показал, что в группе ВР было достоверно больше пациентов с тяжелой формой ЯК, чем в группе ПР – 68,8% и 52,1%, соответственно ( $p=0,049$ ) (табл. 2).

Таблица 2 Степень тяжести ЯК на момент первичной операции с учетом критериев Truelove и Witts.

Тяжесть ЯК	ПР (n=46)	ВР (n=77)	p*
Легкая	13 (28,3%)	14 (18,2%)	0,260
Умеренная	9 (19,6%)	10 (13,0%)	0,439
Тяжелая	24 (52,1%)	53 (68,8%)	0,049

\*  $\chi^2$  (хи - квадрат)

Удельный вес больных, получавших гормональную терапию к моменту первичной операции, в группе ВР был достоверно выше по сравнению с группой ПР – 71,4% и 47,8% пациентов, соответственно ( $p=0,012$ ). Терапию ГКС в дозе более 50 мг получало достоверно большее число больных группы ВР, чем группы ПР – 87,3%



и 63,6% (среди пациентов, получавших ГКС) ( $p < 0,001$ ). При анализе средних доз преднизолона, установлено, что они были выше в группе ВР, чем ПР – 88,6 и 50,6 мг/сут. ( $p = 0,066$ ) (табл. 3).

Таблица 3. Длительность приема и средняя дозировка преднизолона на момент первичной операции.

Параметр	ПР (n=22)	ВР (n=55)	p*
Средняя дозировка преднизолона (мг/сут.)	50,6 (20-100)	88,6 (20-360)	0,066
Длительность приема ГКС (мес.)	1,5 (1 - 4)	2,5 (1 - 13)	0,340

\* Mann - Whitney U-test

Следует подчеркнуть, что на догоспитальном этапе терапию ГКС в группе ПР получало 37 (80,4%) больных и группе ВР 60 (78,0%) пациентов. Однако с целью преодоления гормональной зависимости и резистентности 15 (32,6%) человек из группы ПР и 5 (6,6%) пациентов группы ВР были переведены на терапию препаратами 5-АСК и Ремикейд.

Таким образом в группе ПР и ВР наиболее частым показанием к оперативному лечению явилась неэффективность гормональной терапии - у 80,4% и 78,0% больных, соответственно ( $p = 0,463$ ). Рак толстой кишки служил показанием к операции несколько чаще в группе ПР, чем ВР – в 10,9% и 2,6% наблюдениях, соответственно ( $p = 0,06$ ). Развитие ворсинчатых опухолей было зарегистрировано только в группе ПР- 4 (8,7%).

Интервал времени от момента первичной операции до выполнения реконструктивно-пластического этапа с формированием тонкокишечного резервуара в группе ВР в среднем составил 7,4 месяца. На момент формирования резервуара уровень гемоглобина в группе ВР был достоверно выше, чем в группе ПР - 132,1 и 117,1 г/л, соответственно ( $p = 0,001$ ). Также достоверно выше был уровень общего белка – 74,2 и 69,9 г/л ( $p = 0,002$ ) и ниже уровень лейкоцитов – 6,7 и

8,8 x 10<sup>9</sup>/л, соответственно (p=0,032). Данные различия между группами объясняются тем, что ко второму плановому этапу хирургического лечения у пациентов группы ВР ликвидированы анемия, метаболические нарушения, отменена гормональная терапия за исключением 1 больного, получающего преднизолон по поводу ревматоидного артрита. Вместе с тем у больных группы ПР имелась пораженная воспалительным процессом толстая кишка и, соответственно, 22 пациента на момент первичного оперативного вмешательства получали терапию ГКС. В связи с этим при сравнительном анализе уровня биохимических и клинических показателей крови на момент формирования резервуара установлено, что в группе ПР число пациентов с гипоальбуминемией было достоверно больше, чем в группе ВР – 28,3% и 9,1%, соответственно (p=0,006).

В настоящий момент, из 123 пациентов, перенесших хирургическое лечение с формированием тонкокишечного резервуара, закрытие превентивной стомы выполнено у 101 (82,1%) больного: в группе ПР - у 31 (67,4%) из 46 пациентов, а в группе ВР - у 70 (90,9%) из 77 больных. Клинические и биохимические показатели крови на момент ликвидации превентивной илеостомы соответствовали норме и, существенно, в сравниваемых группах, не различались. Перед закрытием илеостомы всем больным выполнялась профилометрия. При этом у 90,3% пациентов в группе ПР и 90,0% больных в группе ВР показатели внутрианального давления соответствовали значениям физиологической нормы. У 10 (9,9%) из 101 больного перед ликвидацией илеостомы была выявлена недостаточность анального сфинктера. Анализ возможных причин недостаточности анального сфинктера (НАС) показал, что у 6 из 10 пациентов имелись предшествующие формированию резервуара операции на промежности и анальном канале. У 4 больных не удалось выявить причины недостаточности анального сфинктера. Всем 10 пациентам проводилась тиббиальная стимуляция, на фоне которой показатели внутрианального давления улучшились, что позволило ликвидировать им илеостому. Сравнительный анализ продолжительности первичной операции показал, что операции в группе ПР протекали в среднем дольше, чем в группе ВР- 269,6 и 234,4 мин. (p=0,03). Послеоперационный койко-день в группе ПР был меньше, чем в группе ВР - 16,6

дней и 21,9 день, соответственно ( $p=0,008$ ) из-за необходимости перевода 55 (71,4%) больных с парентеральной на пероральную форму приема ГКС с последующим снижением дозы. Различий между группами по объему интраоперационной кровопотери и частоте развития послеоперационных осложнений не выявлено. В то же время относительное число осложнений в группе ПР было больше, что скорее всего связано с большим объемом операции.

Анализ характера развившихся осложнений показал, что в группе ПР в основном преобладали осложнения, связанные с резервуаром - 7 из 8 больных с развившимися осложнениями. Консервативная терапия несостоятельности швов резервуара и наданального анастомоза в группе ПР оказалась успешна у 4 из 6 пациентов с подобным осложнением. У 2 из 6 больных сформировались неполные внутренние свищи. Анализируя возможные причины их развития следует подчеркнуть, что эти 2 пациента предоперационно получали преднизолон в дозе 60 и 90 мг/сут., как и все 6 больных с несостоятельностью швов.

При этом у больных с осложнениями существенно чаще чем у пациентов без осложнений отмечался уровень гемоглобина менее 100 г/л ( $p=0,012$ ) и уровень общего белка менее 60 г/л ( $p<0,05$ ) (табл. 4).

Таблица 4. Частота сниженного уровня клинических и биохимических показателей крови на момент первичной операции.

Показатели	Значение параметра	С осложнениями (n=16)	Без осложнений (n=107)	p*
Гемоглобин, г/л	$\leq 100$ г/л	7 (43,8%)	16 (14,9%)	0,012
	$> 100$ л	9 (56,2%)	91 (85,1%)	
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	$\geq 9 \times 10^9$ /л	7 (43,8%)	48 (44,9%)	0,576
	$<9 \times 10^9$ /л	9 (56,2%)	59 (55,1%)	
Общий белок, г/л	$\leq 60$ г/л	9 (56,2%)	9 (8,4%)	$<0,05$
	$> 60$ г/л	7 (43,8%)	98 (91,6%)	
Альбумин, г/л	$\leq 38$ г/л	6 (37,5%)	54 (50,5%)	0,242
	$>38$ г/л	10 (62,5%)	53 (49,5%)	

С реактивный белок, мг/л	> 5 мг/л	1 (6,3%)	8 (7,5%)	-
	≤ 5 мг/л	-	9 (8,4%)	

\*  $\chi^2$  (хи - квадрат)

Для определения влияния терапии ГКС на частоту развития послеоперационных осложнений нами проведен анализ, который показал, что осложнения развились у 11 (14,3%) из 77 больных, получавших терапию ГКС и у 5 (10,8%) из 46 пациентов ( $p=0,4$ ), не получавших ГКС. Вместе с тем крайне важно подчеркнуть, что несостоятельность швов в группе ПР развилась у 6 (27,3%) из 22 пациентов, у которых операция была выполнена на фоне приема глюкокортикостероидов в дозе более 50 мг/сут. Однако ни у одного из 24 пациентов не получающих преднизолон не отмечено несостоятельности швов ( $p=0,008$ ). При анализе пациентов, получавших ГКС в группе с несостоятельностью швов резервуара и резервуарного илеоректального анастомоза (РИРА), отмечается достоверно более низкий средний уровень общего белка 59,5 г/л в сравнении с уровнем белка 70,1 г/л у пациентов без осложнений ( $p=0,032$ ). При корреляционном анализе отмечается умеренная отрицательно-обратная связь между уровнем белка и несостоятельностью швов анастомоза и РИРА ( $r=-0,467$ ;  $p=0,03$ ). Влияние уровня гемоглобина, лейкоцитов, альбумина на частоту развития несостоятельности швов резервуара и РИРА у больных получающих преднизолон не выявлено.

Продолжительность оперативного вмешательства на этапе формирования тонкокишечного резервуара была несколько меньше в группе ВР, чем в группе ПР - 249,8 и 269,6 мин., соответственно ( $p=0,301$ ), что может быть связано с отсутствием необходимости удаления ободочной кишки в группе ВР. Объем кровопотери ( $p=0,66$ ) и послеоперационный койко-день ( $p=0,797$ ) в обеих группах достоверно не отличался. Осложнения в послеоперационном периоде на этапе формирования резервуара развились у 17,4% больных в группе ПР и 13,0% пациентов в группе ВР ( $p=0,33$ ). При этом несостоятельность швов резервуара и наданального илеоректального анастомоза в 3 раза чаще встречалась в группе ПР, чем в группе ВР - 13,0% и 3,9%, соответственно ( $p=0,065$ ). Необходимость в повторном

хирургическом вмешательстве, связанная с осложнениями возникла у 3 (3,9%) пациентов группы ВР. Стоит подчеркнуть, что развитие послеоперационных осложнений на этапе формирования резервуара практически в 2 раза увеличило послеоперационный койко-день по сравнению с пациентами без осложнений в группе ПР (с 14,4 до 28,3) и группе ВР (с 13,9 до 30,6), соответственно ( $p < 0,01$ ). При сравнении частоты осложнений в группах ВР и ПР за два этапа установлено, что суммарная частота осложнений в группах (23,4% и 17,4%) статистически достоверно не различалась ( $p = 0,23$ ).

За указанный период наблюдения, из 123 пациентов, перенесших хирургическое лечение с формированием тонкокишечного резервуара, у 101 (82,1%) больного выполнено оперативное вмешательство в объеме внутрибрюшного закрытия илеостомы. Число пациентов, у которых хирургическое лечение ЖК завершилось закрытием превентивной илеостомы достоверно больше в группе ВР, чем в группе ПР (у 90,9% и 67,4%, соответственно) ( $p = 0,001$ ).

Анализ суммарной продолжительности хирургического лечения показал, что она была достоверно больше в группе многоэтапного лечения по сравнению с группой первично сформированного резервуара - 31,5 и 9,0 мес., соответственно ( $p < 0,01$ ). При этом анализ непосредственных результатов закрытия превентивных стом не выявил достоверных различий между группами по продолжительности операции, объему кровопотери и послеоперационному койко-дню, а послеоперационные осложнения на этом этапе отсутствовали.

У 8 (6,5%) из 123 пациентов со сформированным тонкокишечным резервуаром развилась «неэффективность резервуара», частота развития которой в группах ПР и ВР достоверно не различалась (8,7% и 5,2%) ( $p = 0,42$ ). Под данным термином подразумевается невозможность закрытия превентивной стомы, необходимость удаления ранее сформированного тонкокишечного резервуара или повторное формирование стомы и отключение резервуара на срок более полугода (Leowardi С., 2010). Основной причиной неэффективности резервуара у наших больных (6 из 8 больных) стали гнойно-септические осложнения. В 1 наблюдении в группе ВР причиной отключения резервуара стал упорный, неподдающийся консервативной

терапии, резервуарит. Еще у одной больной с развившимся через 1,5 месяца после закрытия превентивной стомы сегментарным мезентериальным тромбозом причиной удаления резервуара явился некроз дистальных отделов тонкой кишки.

При оценке функциональных результатов и качества жизни через 12 месяцев после закрытия стомы изучалась частота дефекации, а также средняя балльная оценка функции анального держания по модифицированной шкале Векснера. Помимо этого были проанализированы характер и частота нарушения функции анального держания и его влияние на образ жизни у пациентов со сформированным резервуаром. Кроме того, на основании опросника качества жизни SF-36 проведена оценка его уровня. Результаты оценены у 31 и 70 пациентов групп ПР и ВР, соответственно, у которых были ликвидированы стомы.

Анализ такого параметра, как частота дефекации к 12 месяцам после закрытия илеостомы, как в группе ПР, так и ВР показал урежение частоты стула до 6,2 и 6,9 раз в сутки, соответственно ( $p=0,29$ ). Проведенная суммарная оценка функции анального держания, с использованием модифицированной шкалы Векснера (при максимально возможном значении 12 баллов), через 12 месяцев после закрытия превентивной стомы не выявила достоверных различий между группами ПР и ВР составив 1,33 и 1,32 балла, соответственно ( $p=0,886$ ). Полученные средние балльные значения в группах характеризовали функцию анального держания как хорошую. Так же не выявлено достоверных различий в показателях средней балльной оценки, касающейся изменений образа жизни в связи с наличием резервуара в группе ПР и ВР через 12 месяцев - 0,42 и 0,41 балла, соответственно ( $p=0,772$ ) (табл. 5).

Таблица 5. Средняя балльная оценка функции анального держания по модифицированной шкале Векснера в группах ПР и ВР через 3 и 12 месяцев после закрытия превентивной илеостомы.

Оцениваемый параметр	Через 3 месяца			Через 12 месяцев		
	ПР (n=31) (баллы)	ВР (n=70) (баллы)	p <sup>^</sup>	ПР (n=31) (баллы)	ВР (n=70) (баллы)	p <sup>^</sup>
Неудержание жидкого кала	0,65 (0-2)	0,64 (0-4)	0,766	0,53 (0-2)	0,51 (0-3)	0,777
Неудержание газов	0,76 (0-2)	0,78 (0-4)	0,989	0,38 (0-2)	0,4 (0-2)	0,957
Изменение образа жизни	0,57 (0-2)	0,52 (0-4)	0,682	0,42 (0-2)	0,41 (0-4)	0,772
Всего	1,98*	1,94**	0,463	1,33*	1,32**	0,886

\*p=0,02, \*\*p=0,07, ^Mann - Whitney U-test, \*\*\*Каждый ответ оценивался от 0 до 4 баллов: "0" баллов - нормальное держание, "12" баллов - полное отсутствие держания.

Подавляющее большинство пациентов в группах ПР и ВР к 12 месяцам после закрытия стомы отмечало хорошее удерживание жидкого кишечного содержимого, характеризующееся как полное держание у 38,7% и 52,8% пациентов, соответственно (p=0,252), либо неудерживание реже 1 раза в месяц – у 61,3% и 47,2% больных, соответственно (p=0,136). Число пациентов полностью удерживающих газы, через 1 год после ликвидации превентивной стомы, в группе ПР достигло 61,3%, а в группе ВР – 57,1% больных (p=0,252). Реже 1 раза в месяц, неудержание газов отмечали 38,7% и 42,9% больных, соответственно (p=0,433). При этом 42,0% больных группы ПР и у 61,4% - группы ВР отсутствовали какие-либо изменения в образе жизни, связанные с наличием резервуара (p=0,136). Вместе с тем, периодически, реже 1 раза в месяц, у 58,0% больных группы ПР и у 38,6%

пациентов группы ВР возникала необходимость в изменении привычного образа жизни.

Сравнительный анализ уровня качества жизни, при помощи опросника SF-36, не выявил достоверных различий в бальной оценке по всем шкалам между группами ПР и ВР (табл. 6).

Таблица 6. Бальная оценка уровня качества жизни (SF-36) больных группы ПР и ВР в сроки 3 и 12 месяцев после закрытия превентивной стомы.

Шкалы	Через 3 месяца			Через 12 месяцев		
	ПР (n=31) (баллы)	ВР (n=70) (баллы)	p*	ПР (n=31) (баллы)	ВР (n=70) (баллы)	p*
GH	59,4	44,5	0,656	58,0	61,8	0,761
PF	88,7	71,7	0,123	75,0	87,2	0,567
RP	56,2	58,2	0,096	66,7	59,0	0,424
RE	78,0	69,5	0,177	57,3	63,9	0,469
SF	50,1	54,5	0,999	50,1	42,2	0,052
BP	71,5	76,7	0,905	86,3	86,9	0,868
VT	61,6	68,0	0,674	60,3	65,4	0,712
MH	67,3	71,0	0,97	65,7	72,3	0,649
Средняя бальная оценка	66,6	64,3	0,695	64,9	67,3	0,721

\* Mann - Whitney U-test, \*\* Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100 баллов), тем лучше оценка по избранной шкале.

Таким образом, мы установили, что функциональные результаты и уровень качества жизни у больных обеих групп через 12 месяцев после закрытия превентивной стомы значимо не различались.

С целью определения степени влияния гнойно-септических осложнений со стороны резервуара на функциональные результаты и уровень качества жизни нами



проведен сравнительный анализ. В настоящее время превентивные стомы закрыты у 5 (3 пациента из группы ПР и 2 больных из группы ВР) из 9 больных с развившимися гнойно-септическими осложнениями в области резервуара.

Средняя частота дефекации через 12 месяцев после закрытия илеостомы в группе больных с осложнениями составила 7,8 раз в сутки, что было несколько больше, чем в группе без осложнений - 6,2 раз в сутки, соответственно ( $p = 0,333$ ).

Кроме частоты дефекации изучалась также функция анального держания с использованием модифицированной шкалы Векснера. При этом совокупная балльная оценка функции анального держания через 12 месяцев после закрытия превентивной стомы у пациентов с осложнениями в области резервуара составила 3,4 балла, что существенно хуже, чем у больных, у которых отсутствовали осложнения – 1,2 балла ( $p < 0,01$ ) (табл. 8). В равной мере через 12 месяцев после ликвидации превентивной илеостомы средняя балльная оценка в отношении неудержания газов была хуже у пациентов с осложнениями - 1,2 и 0,3 баллов, соответственно ( $p < 0,01$ ) (табл. 7). Также статистически значимо определялось отрицательное влияние возникших осложнений на изменение образа жизни пациентов - 1,2 и 0,4 баллов, соответственно ( $p = 0,01$ ) (табл. 7).

Таблица 7. Средняя балльная оценка функции анального держания по модифицированной шкале Векснера у больных с и без гнойно-септических осложнений в области резервуара через 3 и 12 месяцев после закрытия превентивной стомы.

Оцениваемый параметр	Через 3 месяца			Через 12 месяцев		
	С осложнениями (n=5) (баллы)	Без осложнений (n=96) (баллы)	$p^{\wedge}$	С осложнениями (n=5) (баллы)	Без осложнений (n=96) (баллы)	$p^{\wedge}$
Неудержание жидкого кала	1,8 (0-4)	0,6 (0-4)	< 0,01	1,0 (0-4)	0,5 (0-3)	0,08

Неудержание газов	2,0 (0-4)	0,7 (0-4)	< 0,01	1,2 (0-4)	0,3 (0-2)	< 0,01
Изменение образа жизни	1,2 (0-4)	0,5 (0-4)	0,04	1,2 (0-4)	0,4 (0-4)	0,01
Всего	5,0*	1,8**	< 0,01	3,4*	1,2**	< 0,01

\* $p=0,236$ , \*\* $p=0,04$ , ^Mann - Whitney U-test, \*\*\*Каждый ответ оценивался от 0 до 4 баллов: "0" баллов - нормальное держание, "12" баллов - полное отсутствие держания.

Крайне важно подчеркнуть, что через 12 месяцев в группе с осложнениями отсутствие проблем с удержанием жидкого кишечного содержимого отмечено только у 20% пациентов, в тоже время как в группе без осложнений данный показатель составил 50% ( $p=0,36$ ). Неудержание жидкого кала, случающееся реже 1 раза в месяц, отмечали 60% пациентов группы с осложнениями и 50,0% - группы без осложнений ( $p=0,509$ ). При этом 20% больных группы с осложнениями сталкивались с данной проблемой чаще 1 раза в месяц ( $p=0,049$ ). Полное отсутствие неудержания газов, через 12 месяцев после закрытия стомы, в группе без осложнений отмечено у 61,4% человек, в то время как в группе с осложнениями все больные отмечали периодическое их неудержание. Реже 1 раза в месяц неудержание газов отмечали 80% больных группы с осложнениями и 38,6% - без осложнений ( $p=0,09$ ). О неудерживании газов чаще 1 раза в неделю сообщил лишь один (20%) пациент из группы с осложнениями.

Далее был проведен анализ качества жизни больных с осложнениями и без (табл. 8). Так, через 3 месяца после ликвидации превентивной стомы у пациентов без осложнений достоверно выше была балльная оценка уровня качества жизни, касающаяся физического функционирования (PF) ( $p=0,043$ ), самообслуживания, передвижения и ролевого функционирования (RP) ( $p=0,041$ ) (работа, будничная деятельность), эмоциональной сферы (RE) ( $p=0,023$ ) и интенсивности боли (BP) ( $p=0,037$ ), которая в меньшей степени мешала заниматься повседневной деятельностью. К 12 месяцам после закрытия стомы проявилась достоверность

различий в бальной оценке, касающейся общего состояния здоровья (GH) ( $p=0,048$ ). Кроме того, через 12 месяцев у пациентов без гнойно-септических осложнений со стороны резервуара отмечено появление достоверно значимого возрастания показателей физического функционирования (PF) ( $p=0,025$ ), ролевого функционирования (RP) ( $p=0,013$ ), интенсивности боли (BP) ( $p=0,033$ ), психической сферы (MH) ( $p=0,048$ ) (табл. 8). В то же время статистический анализ средней бальной оценки с учетом всех шкал не выявил достоверных различий этого показателя через 12 месяцев после закрытия илеостомы у пациентов с осложнениями и без осложнений ( $p=0,122$ ) (табл. 8).

Таблица 8. Бальная оценка уровня качества жизни (SF-36) у больных с и без гнойно-септических осложнений в сроки 3 и 12 месяцев после закрытия превентивной стомы.

Шкалы	Через 3 месяца		p*	Через 12 месяцев		p*
	Больные с осложнениями резервуара (n=5) (баллы)	Больные без осложнений (n=96) (баллы)		Больные с осложнениям и резервуара (n=5) (баллы)	Больные без осложнений (n=96) (баллы)	
GH	56,8	57,8	0,145	59,4	71,4	0,048
PF	60,0	82,1	0,043	52,0	87,7	0,025
RP	30,0	45,8	0,041	49,0	59,6	0,013
RE	47,6	66,9	0,023	62,4	66,9	0,724
SF	56,8	50,1	0,333	55,0	44,4	0,746
BP	58,8	72,9	0,037	76,6	85,6	0,033
VT	60,6	60,6	0,534	63,2	65,8	0,574

МН	61,8	66,2	0,657	60,0	71,7	0,048
Средняя балльная оценка	54,1	62,8	0,142	59,7	69,1	0,122

\* Mann - Whitney U-test, \*\* Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100 баллов), тем лучше оценка по избранной шкале.

Резюмируя полученные результаты, хотелось бы подчеркнуть, что единственным предиктором хороших функциональных результатов, высокого уровня качества жизни является отсутствие осложнений в области внутритазового тонкокишечного резервуара после его формирования. Принимая во внимание тот факт, что частота осложнений подобного рода существенно возрастает у пациентов с тяжелой формой ЯК, получающих ГКС, у этой категории больных предпочтение необходимо отдавать многоэтапному лечению.

## ВЫВОДЫ

1. Осложнения в группе больных с первично сформированным резервуаром развивались в 3,9 раза чаще, чем в группе пациентов с вторично сформированным резервуаром – 15,2% и 3,9%, соответственно ( $p=0,04$ ). Причиной этих различий оказались такие факторы как уровень гемоглобина менее 100 г/л ( $p=0,012$ ), уровень общего белка менее 60 г/л ( $p<0,05$ ), прием больными ГКС препаратов в дозе более 50 мг в сутки ( $p=0,008$ ). Сочетание данных факторов с тяжелым течением ЯК является показанием к отсроченному формированию резервуара.

2. Многоэтапный подход при формировании резервуара не дискредитирует его функциональные результаты и уровень качества жизни пациентов. Так, через 12 месяцев после закрытия превентивной стомы, частота стула в группе ПР и ВР в среднем составила 6,2 и 6,9 раз в сутки, соответственно ( $p=0,29$ ), а балльная оценка степени выраженности анального недержания – 1,33 и 1,32 балла, соответственно

( $p=0,886$ ). Помимо этого отсутствовали статистически значимые различия в бальной оценке уровня качества жизни по всем восьми шкалам опросника QoL SF-36 (GH- $p=0,761$ ; PF- $p=0,567$ ; RP- $p=0,424$ ; RE- $p=0,469$ ; SF- $p=0,052$ ; BP- $p=0,868$ ; VT- $p=0,712$ ; MH- $p=0,649$ ).

3. Гнойно-воспалительные осложнения в зоне сформированного резервуара статистически значимо ухудшают функциональные результаты операций, что характеризуется возрастанием бальной оценки степени выраженности анального недержания к 12 месяцам после восстановления анальной дефекации с 1,2 до 3,4 баллов ( $p<0,01$ ).

4. Возникновение осложнений в зоне тонкокишечного резервуара приводит к ухудшению уровня качества жизни у данных больных. Так, через 12 месяцев после закрытия стомы у больных с и без осложнений выявлены достоверные различия в бальной оценке касающейся общего состояния здоровья (GH) 59,4 и 71,4 ( $p=0,048$ ), показателей физического функционирования (PF) 52,0 и 87,7 ( $p=0,025$ ), ролевого функционирования (RP) 49,0 и 59,6 ( $p=0,013$ ), интенсивности боли (BP) 76,6 и 85,6 ( $p=0,033$ ), а также в самооценке психического здоровья (MH) 60,0 и 71,7 ( $p=0,048$ ).

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. У пациентов с тяжелой формой ЯК, осложнённого анемией (менее 100 г/л), гипопротеинемией, а также получающих преднизолон в дозе более 50 мг в сутки, у которых показано хирургическое лечение, формирование тонкокишечного резервуара необходимо производить отсрочено.

2. У пациентов со сформированным тонкокишечным резервуаром и выявленной, по данным профилометрии недостаточностью анального сфинктера 1 и 2 степени, перед закрытием превентивной илеостомы целесообразно применение тиббиальной стимуляции.

3. Проведение местной консервативной терапии позволяет добиться у большинства пациентов с развившейся несостоятельностью швов резервуара ликвидации дефекта и в последующем выполнить закрытие превентивной стомы.

4. Формирование резервуара в отсроченном порядке должно производиться после отмены ГКС терапии, коррекции всех метаболических нарушений. Для купирования и дальнейшей профилактики рецидива воспалительного процесса в оставшихся отделах толстой кишки после колэктомии при многоэтапном лечении ЯК целесообразно выполнение ежедневных санаций водными растворами антисептиков, а также введение ГКС в микроклизмах и свечах. Помимо противовоспалительной терапии необходимо выполнять комплекс лечебной физкультуры, направленный на тренировку мышц запирающего аппарата прямой кишки.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Гусев А.В., Шелыгин Ю.А., Кашников В.Н., Сушков О.И. Тонкокишечные резервуары в реабилитации больных язвенным колитом (обзор литературы) // Колопроктология. – 2014. - №3(49), С.50-56.
2. Кашников В.Н., Ачкасов С.И., Болихов К.В., Сушков О.И., Назаров И.В., Гусев А.В. Результаты формирования первичных и вторичных тонкокишечных резервуаров при язвенном колите // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – №6. – С.73-77.
3. Vardanyan A.V., Kashnikov V.N., Achkasov S.I., Bolikhov K.V., Gusev.A.V. Does steroid therapy affect the complications after restorative proctocolectomy in patients with ulcerative colitis (UC)? // Colorectal Disease. – 2014. - №16 (3). - P.44.