

На правах рукописи

Борота Александр Александрович

**РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА**

3.1.9 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Донецк – 2022

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Научные консультанты:	доктор медицинских наук, профессор Гюльмамедов Фарман Ибрагимович
	доктор медицинских наук, профессор Золотухин Станислав Эдуардович
Официальные оппоненты:	Заведующий кафедрой хирургических болезней №3 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор Хитарьян Александр Георгиевич; Заведующий кафедрой хирургии факультета фундаментальной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», доктор медицинских наук Ищенко Роман Викторович; Заведующий колопроктологическим отделением ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского», доктор медицинских наук Половинкин Вадим Владимирович
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Защита состоится «10» марта 2023 года в 11.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.012.04 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283045, г. Донецк, Ленинский пр-т, 47, зал заседаний. Тел. факс: +38(062)3414402.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16 (<http://dnmu.ru/>).

Автореферат разослан «___» _____ 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 01.012.04

О.С. Антонюк

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Язвенный колит и его осложнения – одна из самых актуальных проблем в современной колопроктологии, с очевидной тенденцией увеличения случаев выявляемости (Шелыгин Ю.А. с соавт., 2015; Халиф И.Л. с соавт., 2018; Ikeya K. et al., 2016). В структуре заболеваний органов пищеварения по уровню распространенности язвенный колит значительно уступает другим болезням кишечника, но по тяжести течения, частоте осложнений, приводящих к инвалидизации, занимает одно из первых мест в мире (Игнатенко Г.А. с соавт., 2018; Максимова Е.В. с соавт., 2016; Ривкин В.Л. с соавт., 2013; Циммерман Я.С. с соавт., 2013). По данным ВОЗ, заболеваемость ЯК составляет 50-80 человек на 100.000 населения (Жуков Б.Н. с соавт., 2011; Ивашкин В.Т. с соавт., 2017; Абдулганиева Д.И. с соавт., 2018; Dignass A. et al., 2012), распространенность при этом достигает 505 наблюдений на 100 000 населения (Cosnes J. et al., 2011). Экономическая и социальная значимость проблемы обусловлена тем, что ЯК в основном страдают люди трудоспособного возраста (Белоусова Е.А. с соавт., 2018; Hindryckx P. et al., 2016; Ikeya K. et al., 2016).

В настоящее время показана роль кишечной микрофлоры в патогенезе заболевания и развитии осложнений, хотя некоторые авторы не считают это абсолютно доказанным (Карпухин О.Ю. с соавт., 2017; Совалкин В.И. с соавт., 2017; Шелыгин Ю.А. с соавт., 2015; Моложавая О.С. с соавт., 2016; Ishikawa D. et al., 2017). Ряд авторов отводят ведущую роль в патогенезе заболевания изменениям иммунологической реактивности, дисбиотическим сдвигам, воспалительным и аллергическим реакциям, генетическим факторам, нервно-психическим нарушениям. Не останавливаясь подробно на таких, не редко противоречивых данных о причинах возникновения ЯК, отметим лишь, что сегодня, как и полтора столетия назад ЯК считается аутоиммунным поражением толстой кишки невыясненной этиологии. С середины XX века и до настоящего времени отмечается достаточно быстрый рост заболеваемости, причем преимущественно жителей наиболее развитых стран. Дополнительным неблагоприятным фактором является вероятность злокачественной трансформации воспалительного процесса. Риск малигнизации при ЯК резко возрастает при длительности заболевания свыше 10 лет, особенно, если заболевание началось в возрасте моложе 18 лет.

Острые формы ЯК сегодня наблюдаются редко, что можно объяснить улучшением диагностики и повышением эффективности лечения. При этом необходимо подчеркнуть, что увеличение числа хронических форм с непрерывным течением процесса в кишечнике чревато внекишечными проявлениями и осложнениями (Kirsner J.B., 1999). Появляясь на различных стадиях течения, внекишечные проявления и осложнения часто выходят на первый план в клинической картине, приводят к неадекватному лечению и определяют негативный прогноз. Не лишним в этих случаях следует упомянуть,

что причиной неэффективности в таких случаях может являться гормональная зависимость и резистентность, которая наблюдается в процессе лечения у 35% пациентов.

При относительно легких формах ЯК (как правило, с дистальным и левосторонним поражением толстой кишки) под воздействием современного консервативного лечения удается получать удовлетворительные результаты.

В то же время тяжелые формы болезни весьма устойчивы к консервативной терапии и в большинстве случаев приводят либо к тяжелым осложнениям, требующим экстренного хирургического вмешательства, либо к вынужденной плановой операции в связи с развитием «колитической карциномы». В аспекте традиционной консервативной терапии тяжелых форм ЯК следует упомянуть дискуссии о возможности назначения антибиотиков. По данным литературы, нет единого мнения о назначении антибактериальных препаратов больным с тяжелой формой ЯК. Некоторые авторы не включают их в схемы лечения заболевания, т.к. не накоплено достаточно данных о целесообразности их применения (Халиф И.Л., 2015; Белоус С.С. с соавт., 2015; Першко А.М. с соавт., 2018). Ряд авторов рекомендуют их при тяжелом течении ЯК с выраженной токсемией, наличием микроабсцессов в стенке толстой кишки, угрозе развития осложнений (Белоусова Е.А. с соавт., 2010; Шелыгин Ю.А. с соавт., 2015). Попытки консервативно купировать эти осложнения и добиться ремиссии заболевания в таких случаях, по данным литературы, оказываются не эффективными у 30% больных, что приводит к неизбежности оперативного вмешательства (Шелыгин Ю.А. с соавт., 2012; Oresland T. et al., 2015; Edwards F.C. et al., 1963; Feuerstein J.D. et al., 2014). Кроме этого, частые и длительные обострения, сопутствующие тяжелой форме ЯК при консервативном лечении, сопровождаются выраженной интоксикацией и кровопотерей, ведут к истощению больного, глубоким метаболическим нарушениям, анемии, гормональной зависимости в связи с неизбежным переходом на стероидную терапию со всеми ее негативными последствиями. В итоге тяжелый ЯК приводит либо к инвалидности, либо к гибели больного от возникающих грозных осложнений. В связи с таким итогом у данных пациентов с тяжелым течением заболевания хирургический метод лечения можно считать приоритетным.

Радикальной операцией при тяжелом язвенном колите является панпроктоколэктомия, при которой излечение достигается ценой наложения постоянной илеостомы. Учитывая калечащий характер данного хирургического вмешательства, показания к нему в прошлом ставились достаточно осторожно. Отечественные хирурги, как и большинство зарубежных авторов, и при экстренной, и при плановой операции чаще всего выполняют субтотальную колэктомию с временным наложением илео- и сигмостомы. Большой риск развития несостоятельности швов илеоректоанастомоза, связанный с выраженным деструктивно-воспалительным процессом в прямой кишке, вынуждает хирургов выполнять операцию в 2 этапа (с последующим восстановительным вмешательством). Хотя и при восстановительной операции все равно приходится анастомозировать подвздошную кишку с пораженной

колитом культей сигмовидной или прямой кишки. Следует отметить, что и при такой хирургической тактике непосредственные результаты не удовлетворяют хирургов (Журавлёв А.В. с соавт.; 2021, Стойко Ю.М. с соавт., 2019; Hindryckx P. et al., 2016; Seifarth C. et al., 2017). Летальность даже в специализированных колопроктологических отделениях достигает 12-50% (Ткачев А.В. с соавт., 2012; Грошилин В.С. с соавт., 2018; Chen J.H. et al., 2016). Риск развития пери- и послеоперационных осложнений у пациентов с тяжелой формой язвенного колита очень высок (Алиев С.А. с соавт., 2021; Тимербулатов М.В. с соавт., 2013; Полетова А.В. с соавт., 2018; Lee-Kong S. et al., 2016). При этом, частота их возникновения при плановых вмешательствах, достигает 10%, а при экстренных операциях увеличивается в 6-8 раз (Шелыгин Ю.А. с соавт., 2015; Каторкин С.Е. с соавт., 2020).

Учитывая такие малоутешительные результаты хирургического лечения, не говоря о возникающей инвалидизации пациентов, ряд хирургов считают операцией выбора при лечении ЯК тотальную колэктомию с одномоментной илеоректостомией путем формирования илеоанального анастомоза с J-образным резервуаром из подвздошной кишки. При благоприятном исходе эта операция устраняет необходимость выполнять повторное вмешательство, ускоряет наступление выздоровления без периода, когда больной вынужден иметь функционирующую илеостому. Эта, на первый взгляд, перспективная тактика, в целом привела к существенному расширению показаний к хирургическому лечению ЯК. Вместе с тем, такая операция часто сопровождается осложнениями и нежелательными последствиями (несостоятельность анастомоза – 10-20% случаев, воспаление в области резервуара – до 30%, недержание кала, расстройство половой функции и функции тазовых органов – до 30% наблюдений). Следует отметить, что в данном исполнении одномоментной операции все равно не решается проблема пораженной язвенным колитом культы прямой кишки, рецидивирование и прогрессирование которого, зачастую, приводит к необходимости экстирпации остающейся культы прямой кишки вместе со сформированным тонкокишечным резервуаром и, в конечном итоге, формированию илеостомы. Все это характеризует данную первично-восстановительную тактику недостаточно оправданной, определяет необходимость разработки новых способов реконструктивно-восстановительных операций и хирургических приемов, тактики пред- и послеоперационного ведения больных.

Достижение максимально быстрой и стойкой клинической ремиссии у пациентов с тяжелой формой ЯК за счет оптимизации тактики консервативного лечения, определение оптимальных сроков хирургического этапа вмешательства, уменьшение количества интра- и послеоперационных осложнений и увеличение вероятности выполнения первичных и отсроченных реконструктивно-восстановительных операций с достижением полной ремиссии в отдаленном периоде и представляет собой актуальную проблему.

Значительный вклад в изучение проблемы диагностики и лечения ЯК внесли Аминев А.М., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Жуков Б.Н., Исаев В.Р.,

Тимербулатов В.М., Белоусова Е.А., Царьков П.В., Халиф И.Л. и др. В настоящее время из-за роста воспалительных заболеваний кишечника современные отечественные и зарубежные исследователи в своих публикациях указывают на необходимость дальнейшей разработки вопросов диагностики и лечения больных с тяжелой формой ЯК в связи с неудовлетворенностью результатами терапии (Шелыгин Ю.А. с соавт., 2015; Аvezов С.А. с соавт, 2022; Paramsothy S. et al., 2017; Wei Y. et al., 2016). Согласно действующим «Клиническим рекомендациям гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита», у пациентов с тяжелым течением ЯК используется эмпирический подход как к необходимости оперативного вмешательства, так и в выборе оперативного пособия. Это позволяет утверждать, что тактика хирургического лечения осложненных форм ЯК практически не разработана. Остаются не изученными отдаленные результаты как двухэтапного, так и одномоментного хирургического лечения ЯК, крайне мало данных о функциональном состоянии илеоректоанастомоза.

Решение этих вопросов позволит обосновать необходимость целенаправленной разработки способов консервативного и оперативного лечения больных с тяжелыми и осложненными формами ЯК, расширить показания к реконструктивно-пластическим операциям и, тем самым, улучшить результаты их лечения.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных тяжёлыми и осложненными формами язвенного колита за счет комплексного усовершенствования схем консервативной терапии, периоперационного ведения и разработки новых способов реконструктивно-пластических операций, позволяющих улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты и качество жизни.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие **задачи:**

1. Изучить варианты и эффективность лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита по данным современной зарубежной и отечественной медицинской литературы.
2. Проанализировать результаты предшествующего лечения в клинике пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.
3. На основании анализа результатов предшествующего лечения усовершенствовать применение гормональной терапии и периоперационное ведение в комплексе лечения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.
4. Уточнить и дополнить показания к хирургическому этапу лечения и определить вид оптимального хирургического вмешательства у пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.
5. Разработать способы колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, позволяющие исключить проявления резидуального язвенного колита в культе прямой кишки и снизить частоту несостоятельности швов илеопouchректального анастомоза.

6. Определить диагностическую ценность различных инструментальных методов обследования в послеоперационном наблюдении и исследовать качество жизни пациентов, оперированных в реконструктивно-пластическом объёме по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.
7. Изучить эффективность разработанных способов хирургического лечения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита путём сравнительного анализа непосредственных, отдалённых и функциональных результатов в основной группе и группе сравнения.

Научная новизна исследования. На основании системного подхода изучены и оптимизированы схемы гормональной терапии и периоперационное ведение пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.

Дополнены уточнённые показания к хирургическому лечению пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.

Впервые разработана и применена высокочастотная электротермическая мукозэктомия культи прямой кишки при выполнении колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, как эффективный способ, который позволяет исключить проявления резидуального язвенного колита в культе прямой кишки, что доказано при динамическом патогистологическом и иммуногистохимическом исследованиях.

Впервые разработан и применен способ формирования илеопouchректального анастомоза с наложением кисетного шва на культю прямой кишки при выполнении колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки и протективной илеостомии, который позволяет исключить несостоятельность швов анастомоза.

Дана оценка диагностической значимости различных инструментальных методов обследования в послеоперационном наблюдении за пациентами, которые перенесли реконструктивно-пластические операции по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Исследовано качества жизни пациентов, оперированных в реконструктивно-пластическом объёме по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Теоретическая и практическая значимость работы. На основании выявленных причин неудовлетворительных результатов предшествующего лечения в клинике определены роль и место глюкокортикостероидной терапии в комплексе лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Уточнены и дополнены показания к своевременному хирургическому лечению пациентов с язвенным колитом, которые приводят к повышению возможности выполнения вмешательств в реконструктивно-пластическом объёме.

Определен оптимальный вариант реконструктивно-пластического вмешательства при язвенном колите — колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, который позволяет пациентам восстановить естественный пассаж

кишечного содержимого, что существенно улучшает качество жизни, социальную адаптацию и эстетический эффект в сравнении с вариантами постоянной илеостомии.

Оптимизировано периоперационное ведение пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита, что позволяет снизить риски ближайших и отдалённых осложнений.

Разработанный новый способ колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, что исключает риск возникновения колитита, как проявлений резидуального язвенного колита, в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде, и это доказано путём патогистологического и иммуногистохимического исследований. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

Разработанный новый вариант формирования илеоректального анастомоза путём наложения кисетного шва на культию прямой кишки при колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией позволяет исключить риск несостоятельности швов анастомоза. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

Показано, что непосредственные, отдалённые и функциональные результаты у пациентов при выполнении одноэтапной реконструктивно-пластической операции не отличались от таковых при выполнении операции в несколько этапов.

Показана возможность выполнения лапароскопически-ассистированного этапа колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией при тяжёлых и осложнённых формах язвенного колита, результаты лечения которого не отличаются от традиционного хирургического пособия.

Новые способы реконструктивно-пластических оперативных вмешательств характеризуются низким процентом интра- и послеоперационных осложнений и летальности, удовлетворительным уровнем медико-социальной реабилитации, удовлетворительным качеством жизни, что позволяет расширить показания к оперативному лечению язвенного колита.

Проведенные эндоскопические, рентгенологические, магнитно-резонансные, гистологические и иммуногистохимические инструментальные обследования морфофункционального состояния культи прямой кишки, зоны J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза после колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки показывают отсутствие проявлений

резидуального язвенного колита в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы диссертационной работы внедрены в практическую деятельность ДОКТМО МЗ ДНР г. Донецка, проктологического отделения ГБУ ЦГКБ № 16 г. Донецка МЗ ДНР, хирургического отделения ИНВХ имени В.К. Гусака МЗ ДНР г. Донецка, проктологического отделения №1 РОЦ имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР г. Донецка и проктологического отделения ГУ «ЛРКБ» МЗ ЛНР г. Луганска.

Полученные теоретические и практические данные используются в учебном процессе кафедры общей хирургии №1 Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького».

На основании полученных результатов исследования в клиническую практику внедрены 2 способа хирургического лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Объект исследования: тяжёлые и осложнённые формы язвенного колита.

Предмет исследования: непосредственные, отдаленные и функциональные результаты и качество жизни пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Методология и методы исследования. Методология диссертационного исследования построена на изучении и обобщении отечественных и зарубежных литературных данных по диагностике и лечению язвенного колита у пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами заболевания, оценке степени разработанности и актуальности темы. В соответствии с поставленной целью и задачами был разработан план выполнения всех этапов диссертационной работы; выбраны объекты исследования, подобран комплекс современных методов исследования. При проведении исследования были использованы клинические (опрос, физикальное обследование больных), инструментальные (эндоскопические, рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), лабораторные (общие клинические и биохимические показатели крови и мочи, коагулограмма), патоморфологические и иммуногистохимические (биопсийный и послеоперационный материал), статистические методы. Математическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Office Excel 2010, статистического пакета IBM SPSS Statistics 24 PS IMAGO 4.0

Положения, выносимые на защиту. Своевременно назначенная глюкокортикостероидная терапия в комплексе лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита позволяет снизить риск необходимости ургентного хирургического вмешательства и повышает вероятность выполнения операции в реконструктивно-пластическом объёме.

Оптимизированное периоперационное ведение пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита позволяет снизить риски ближайших и отдалённых послеоперационных осложнений.

Разработанный и запатентованный способ высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки при колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией позволяет исключить проявления резидуального язвенного колита, что подтверждено на основании морфологического и иммуногистохимического исследования в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Разработанный и запатентованный способ формирования илеопouchректального анастомоза с наложением кисетного шва на культи прямой кишки при колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией позволяет исключить риск несостоятельности швов анастомоза.

Внедрённые способы колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, модифицированного илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией характеризуются низким процентом послеоперационных интра- и послеоперационных осложнений и летальности, существенно улучшают качество жизни, социальную адаптацию и повышают эстетический эффект в сравнении с вариантами постоянной илеостомии.

Результаты лечения при использовании лапароскопически-ассистированного хирургического пособия при тяжёлых и осложнённых формах язвенного колита не отличаются от традиционного способа хирургического вмешательства.

Результаты лечения при использовании одно- и двухэтапных вариантов реконструктивно-пластических вмешательств при тяжёлых и осложнённых формах язвенного колита не отличаются.

Степень достоверности и апробация результатов. Достаточное количество клинических наблюдений в работе, применение современных методов исследований, проведенных на сертифицированном оборудовании и воспроизводимых в различных условиях, использование адекватных методов статистики и лицензионных статистических компьютерных программ определяют достоверность полученных результатов.

Комиссией по проверке состояния первичной документации диссертационной работы установлено, что имеющиеся результаты соответствуют определенным разделам диссертации, объективно подтверждают достоверность исследования. Выводы вытекают из полученных результатов и соответствуют фактическому материалу. В работе использованы современные методы исследований. Проверено наличие рабочих таблиц, графиков, достоверность проведенной статистической обработки материала. Проверка первичной документации свидетельствует о полной достоверности всех материалов, на изучении и обработке которых написана диссертация. Изложенные в диссертации материалы получены в результате исследования и обработки достоверных фактов.

При сверке обобщенных данных с фактическими материалами обнаружено их полное соответствие (получен соответствующий акт).

Основные положения и результаты диссертационной работы опубликованы и обговорены на следующих конференциях, форумах, школах и съездах: VIII Российская школа колоректальной хирургии (Москва, 2014); ECTA in Moscow, 2015; XII съезд хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015); Всероссийский Съезд колопроктологов (Астрахань, 2016); I Международная научно-практическая конференция “Программная инженерия: методы и технологии разработки информационно-вычислительных систем” (Донецк, 2016); Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 2017); X Российская школа колоректальной хирургии (Москва, 2017); научно-практическая конференция «Инновационные технологии в медицине неотложных состояний» (Донецк, 2017); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» (Воронеж, 2017); Международный медицинский форум Донбасса «Наука побеждать болезнь» (Донецк, 2017); Общероссийский хирургический форум с международным участием (Москва, 2018); XI международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии» (Москва, 2018); IASGO World Congress (Москва, 2018); XII международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии» (Москва, 2019); XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology (Баку, 2019); VI съезд хирургов Юга России (Ростов-на-Дону, 2019); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Российский колопроктологический форум» (Самара, 2019); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Российский колопроктологический форум» (Москва, 2020); XIV Съезд хирургов России (Москва, 2022); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Съезд колопроктологов России» (Москва, 2022).

Публикации. Результаты диссертационного исследования опубликованы в 45 научных работах, из них 15 статей в специализированных научных изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 1 статья в специализированном научном издании, 3 декларационных патента, 1 рационализаторское предложение, 25 публикаций в материалах и тезисах конгрессов, съездов, конференций.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на русском языке на 303 страницах машинописного текста, состоит из введения, основного текста диссертации, состоящего из обзора литературы и 6 глав собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, содержит 33 таблицы, 53 рисунка. Список использованной литературы содержит 301 научную публикацию, из них 129 изложены кириллицей, 172 - латиницей.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В исследование включены данные из медицинских карт стационарного больного (форма 003/у) 680 пациентов, которым было проведено лечение по поводу тяжелых и осложнённых форм ЯК в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО» на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 2002 по 2021 годы. Пациенты были разделены на группу сравнения и основную группу.

В группу сравнения вошли 384 пациента с диагнозом ЯК, которым было проведено лечение в клинике за 10-летний период с 2002 по 2011 годы.

У всех пациентов диагноз ЯК был установлен на догоспитальном этапе или уже в процессе стационарного лечения, но на дооперационном этапе. В 285 ($74,2 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=70-79) случаях диагноз был установлен на основании клинической картины и совокупности инструментальных данных с наличием морфологической верификации, полученной после проведения биопсии слизистой визуально пораженных участков толстой кишки при ректоскопии или колоноскопии, а в остальных 99 ($25,8 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=21-30) случаях – по совокупности клинических и инструментальных данных при невозможности получить морфологическую верификацию, что вполне соответствует мировым данным.

Госпитализации в стационар проктологического отделения ДОКТМО подлежали пациенты со среднетяжелой и тяжелой, а также с осложнёнными формами язвенного колита.

По гендерному признаку пациенты распределены следующим образом. Из 384 пролеченных пациентов 199 ($51,8 \pm 2,5\%$; 95% ДИ=47-57) были мужского пола, и 185 ($48,2 \pm 2,5\%$; 95% ДИ=43-53) – женского пола, т.е. разделение пациентов практически равномерное.

Возраст пролеченных пациентов с язвенным колитом варьировал от 18 до 76 лет. Средний возраст пролеченных пациентов в группе сравнения составил 42,2 года. Средний возраст пролеченных пациентов женского пола составил 43,4 года, и оказался несколько выше, чем средний возраст пролеченных пациентов мужского пола, который составил 41,8 года.

В соответствии с существовавшими на тот промежуток времени рекомендациями и взглядами на тактику лечения ЯК принцип назначения медикаментозных средств основывался на применении базисных (основных) и дополнительных (вспомогательных) препаратов. При ЯК к базисным средствам

лечения относили аminosалицилаты. К дополнительным средствам лечения относили иммуномодуляторы, спазмолитики, антидиарейные препараты и другие средства, способствующие созданию «покоя» кишки с восстановлением её нормальной функции.

Аminosалицилаты назначали по таким схемам: внутрь сульфасалазин или месалазин 2-4 г/сутки и ректально сульфасалазин или месалазин 1-2 г/сутки.

При неэффективности препаратов группы 5-АСК применяли ректальное введение кортикостероидов – преднизолон 20-30 мг/сутки или гидрокортизон 125-250 мг/сутки в виде клизм. Системное введение ГКС применяли эпизодически, стандартизировать и учесть эти сведения не представляется возможным.

В тот период времени стандартом также считали использование иммунодепрессантов у пациентов с тяжёлыми формами или в случаях отсутствия эффекта от базисной терапии. Начинали с препарата азатиоприн. Суточная доза азатиоприна составляла 2-2,5 мг/кг массы тела (не более 150 мг), начало терапевтического эффекта следовало ожидать через 12 недель, длительность лечения не менее 12 месяцев. При отсутствии эффекта или при невозможности назначения азатиоприна назначали метотрексат. Доза метотрексата составляла 25-30 мг в неделю (кумулятивная доза 3000 – 4000 мг), начало терапевтического эффекта следовало ожидать через 3 – 4 недели, длительность активной фазы – 12 – 16 недель, длительность поддерживающей фазы – 12 – 16 месяцев (доза – 7,5 мг в неделю).

Также при тяжелой прогрессирующей форме ЯК назначали циклоспорин. Доза его составляет 4 мг/кг/сут. внутривенно в течение 5 – 7 дней. В последующем возможным считали его назначение внутрь. Показаниями к оперативному лечению служили преимущественно осложнённые формы язвенного колита с наличием острых специфических для этой патологии осложнений на момент принятия тактического решения о необходимости операции, а также ухудшение общего состояния пациента на фоне проводимого лечения вследствие прогрессии болезни. Также абсолютным показанием для хирургического лечения считали развитие рака толстой кишки на фоне наличия ЯК, однако, эти пациенты не были включены в наше исследование.

В основную группу вошли 296 пациентов с диагнозом ЯК, которым было проведено лечение в клинике за 10-летний период с 2012 по 2021 годы.

У всех пациентов диагноз ЯК был установлен на догоспитальном этапе или уже в процессе стационарного лечения, но на дооперационном этапе. В 228 (77,0±2,4%; 95% ДИ=72-82) случаях диагноз был установлен на основании клинической картины и совокупности инструментальных данных с наличием морфологической верификации, полученной после проведения биопсии слизистой визуально пораженных участков толстой кишки при ректоскопии или колоноскопии, а в остальных 68 (23,0±2,4%; 95% ДИ=18-28) случаях – по совокупности клинических и инструментальных данных при невозможности получить морфологическую верификацию, что вполне соответствует мировым данным.

Госпитализации в стационар проктологического отделения ДОКТМО подлежали пациенты со среднетяжелой и тяжелой атакой ЯК, а также с осложнёнными формами.

Из 296 пролеченных пациентов 159 ($53,7 \pm 2,9\%$; 95% ДИ=48-59) были мужского пола и 137 ($46,3 \pm 2,9\%$; 95% ДИ=41-52) – женского пола, т.е. распределение пациентов практически равномерное.

Возраст пролеченных пациентов с ЯК варьировал от 18 до 72 лет. Средний возраст пролеченных пациентов в основной группе составил 39,1 года. Средний возраст пролеченных пациентов женского пола составил 40,1 года и оказался несколько выше, чем средний возраст пролеченных пациентов мужского пола, который составил 38,4 года.

В лечении применяли препараты группы 5-АСК в топических и пероральных формах, гормональную терапию, а также большое внимание уделяли симптоматической терапии.

Что касается препаратов группы 5-АСК, при среднетяжелой или тяжелой первой атаке или рецидиве необходимым считали назначение перорального сульфасалазина или месалазина 2-4 г/сут. в комбинации с сульфосалазином или месалазином ректально 1-2 г/сут. (в зависимости от эндоскопической активности). Терапевтический ответ оценивали через 2 недели. При положительном ответе терапию продолжали до 6-8 недель. При достижении ремиссии проводили поддерживающую терапию препаратами сульфосалазина или месалазина 1-2 г/сут. внутрь и сульфосалазином или месалазином ректально по 500 мг/сут. либо 2 грамма 2 раза в неделю (терапия «выходного дня»).

Возможности применения биологической терапии в условиях регионарной модели здравоохранения при нарушении логистических цепочек были крайне ограничены, носили спорадический характер, и в нашем исследовании не были учтены.

Основным отличием консервативного лечения пациентов основной группы стало систематизированное системное применение препаратов ряда ГКС.

Применение ГКС при тяжёлой атаке ЯК считали целесообразным внутривенно в дозе, эквивалентной преднизолону 1-2 мг/кг массы тела в/в в течение 7 дней.

Ответ оценивали в промежутке от 3 до 7 дней. Если в течение 3 дней отмечали стабилизацию общего состояния пациента, то терапию ГКС продолжали до 7 дней. Если же состояние больного по прошествии 3 дней ухудшалось, то считали необходимым ставить вопрос о колонэктомии. Если через 7 дней отмечалось клиническое улучшение, то терапию ГКС считали возможным продолжать до заметного стабильного улучшения, после чего переходили на пероральный прием препаратов, медленно снижая дозу по 5 мг каждые 5-7 дней.

Показания к хирургическому лечению пациентов основной группы были расширены относительно пациентов группы сравнения. Тактическое решение о необходимости хирургического лечения принималось в следующих случаях:

- развитие осложнений, специфических для ЯК;

- ухудшение общего состояния пациента на фоне проводимого лечения вследствие прогрессии ЯК;
- развитие гормонрезистентной формы ЯК;
- гистологическое подтверждение средней или тяжёлой степени дисплазии слизистой толстокишечной стенки на фоне наличия ЯК.

Гормональной резистентностью считали отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных ГКС в дозе, эквивалентной 2 мг/кг массы тела преднизолона в сутки, в течение 7 дней и более при условии сохранения проявлений диареи и температурной реакции. Патогистологическое заключение о наличии дисплазии получали при мультифокальной биопсии из наиболее визуально поражённого ЯК участка слизистой оболочки толстой кишки (не менее 3 зон) при проведении ректороманоскопии или колоноскопии. Таким образом, основным отличием тактики определения контингента для хирургического лечения у пациентов основной группы стало выставление плановых показаний и, соответственно, проведение самой операции на более компенсированном общем фоне.

Результаты исследований и их обсуждение. Таким образом, оценивая результаты лечения пациентов группы сравнения, в 317 (82,6±1,9%; 95% ДИ=79-86) из 384 случаев пациентам проведена консервативная терапия, которая принесла удовлетворительный эффект и позволила избежать необходимости хирургического вмешательства.

В 67 (17,4±1,9%; 95% ДИ=14-21) из 384 случаев пациентам было проведено оперативное лечение. Пациентов мужского пола было оперировано 38 (56,7±6,1%; 95% ДИ=45-69) человек, женского пола – 29 (43,3±6,1%; 95% ДИ=45-69) человек.

На момент госпитализации для оперативного лечения возраст пациентов был от 18 до 76 лет. Средний возраст оперированных пациентов составил 44,3 года. Причем, у оперированных пациентов мужского пола средний возраст составил 44,9 года и был несколько выше, чем средний возраст у оперированных пациентов женского пола, который составил 43,6 года.

Длительность заболевания ЯК у оперированных пациентов группы сравнения составила от 1 года до 38 лет. Средняя продолжительность болезни на момент операции составила 6,6 года. По данному признаку оказалось, что средняя продолжительность болезни оперированных пациентов мужского пола составила 6,9 года и была выше, чем у оперированных пациентов женского пола, которая составила 6,1 года.

В 31 (46,3±6,1%; 95% ДИ=34-58) случае пациенты были госпитализированы в клинику в плановом порядке, в 36 (53,7±6,1%; 95% ДИ=42-66) случаях – в ургентном порядке.

По данным предшествующей колоноскопии, из 67 оперированных у 57 (85,1±4,4%; 95% ДИ=77-94) пациентов было выявлено тотальное поражение толстой кишки, у 10 (14,9±4,4%; 95% ДИ=6-23) пациентов – сегментарное

поражение (правые отделы – 3, поперечная ободочная – 2, левые отделы – 3, прямая кишка – 2).

У 59 ($88,1 \pm 4,0\%$; 95% ДИ=80-96) из 67 оперированных пациентов на момент поступления была выявлена сопутствующая соматическая патология.

Кардиальный спектр: ишемическая болезнь сердца – у 35 пациентов с наличием ХСН от 1 до 3 степени, в 20 случаях – в сочетании с гипертонической болезнью 2-3 стадии, а в 6 случаях – в сочетании с нарушениями ритма.

Сахарный диабет 2-го тип был выявлен у 10 пациентов, преимущественно в стадии субкомпенсации (в 8 случаях). Желчекаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит вне фазы обострения – у 6 пациентов. Мочекаменная болезнь без блока почек – у 6 пациентов. Аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом – у 2 пациентов.

Из 67 случаев у пациентов в предоперационных анализах были выявлены следующие клинически значимые отклонения:

Лейкоцитоз наблюдался в 29 случаях, лейкопения в 2 случаях. В 20 случаях анемия: легкая – в 12 случаях, умеренная – в 6 случаях, тяжелая – в 2 случаях. Гипопротеинемия с гипоальбуминемией – в 19 случаях. Повышение азотистых шлаков (мочевины и креатинина) уровня ХПН1 – в 6 случаях, уровня ХПН2 – в 2 случаях. Повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ) – в 6 случаях. Протеинурия – в 6 случаях. Микрогематурия – в 4 случаях.

Наиболее тяжёлый контингент больных ЯК составляют случаи кишечных осложнений заболевания, которые могут носить молниеносный и фатальный характер. Кишечное кровотечение, токсическая дилатация и перфорация толстой кишки развиваются как вследствие неэффективности проводимой консервативной терапии, так и из-за ряда других, в том числе и ятрогенных, факторов: несвоевременное установление диагноза, неадекватность проводимой консервативной терапии, выполнение инвазивных методов обследования толстой кишки при тяжелом обострении ЯК и другие. К системным осложнениям стоит отнести синдром полиорганной недостаточности в его многочисленных вариантах проявления как следствие длительного аутоиммунного воспалительного процесса высокой активности. Так, на момент поступления у 53 ($79,1 \pm 5,0\%$; 95% ДИ=69-89) из 67 впоследствии оперированных пациентов были зарегистрированы кишечные и системные осложнения.

В 14 ($20,9 \pm 5,0\%$; 95% ДИ=11-31) из 53 случаев была отмечена токсическая дилатация. Токсическую дилатацию ободочной кишки определяли при расширении диаметра одного или нескольких ее отделов от 8-9 см и более. У пациентов с этим осложнением к клинической картине тяжелого ЯК присоединялись такие признаки, как вздутие живота, появление перкуторного тимпанита в проекции ободочной кишки. Тревожным симптомом служило одномоментное урежение суточной частоты дефекации более чем в 2 раза.

В 9 ($13,4 \pm 4,2\%$; 95% ДИ=5-22) из 53 случаев у пациентов развилось толстокишечное кровотечение. Критерием постановки такого диагноза считали частоту дефекаций 12 и более в сутки с макроскопически выраженной примесью крови.

Перфорация толстой кишки представляет наиболее тяжелую группу больных с осложнениями ЖК. Это состояние было диагностировано в 17 (32,1±6,4%; 95% ДИ=20-45) из 53 случаев. Причем в 9 (13,4±4,2%; 95% ДИ=5-22) случаях произошло формирование параколического инфильтрата, как следствие микроперфорации или прикрытой перфорации толстой кишки, а в 8 (11,9±4,0%; 95% ДИ=4-20) случаях – перитонит как следствие неприкрытой единичной или множественной перфорации толстокишечной стенки. Типичная картина острой перфорации полого органа у больных отсутствовала. Клиническими признаками служили нарастание симптомов интоксикации, вздутие живота у 6 человек, появление перитонеальных симптомов у 5 больных. Абсолютным признаком перфорации служило наличие свободного газа в брюшной полости, которое было обнаружено при рентгенологическом исследовании лишь у 5 больных.

В 13 (19,4±4,8%; 95% ДИ=10-29) случаях показанием к операции служил синдром полиорганной недостаточности как следствие длительного аутоиммунного воспалительного процесса высокой активности.

Структура осложнений, которые послужили поводом для проведения оперативного вмешательства, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Виды осложнений при поступлении у пациентов группы сравнения, n=53 (абс./P±m, %)

Вид осложнения	Количество пациентов абс./%
Токсическая дилатация толстой кишки	14 (26,4±6,1%)
Толстокишечное кровотечение	9 (17,0±5,2%)
Перфорация толстой кишки	17 (32,1±6,4%)
Синдром полиорганной недостаточности	13 (24,5±5,9%)

Из 53 первично осложнённых случаев у 22 (41,5±6,8%; 95% ДИ=28-55) пациентов осложнения были зарегистрированы при первичном обращении без предшествующего специфического лечения, а у 31 (58,5±6,8%; 95% ДИ=45-72) пациента осложнения развились на фоне проводимой консервативной терапии. Причём в 12 (38,7±8,7%; 95% ДИ=22-56) из 31 случая – на фоне проводимой терапии в хирургическом или гастроэнтерологическом стационаре, а в 19 (61,3±8,7%; 95% ДИ=44-78) из 31 случая – на фоне амбулаторной терапии под контролем гастроэнтеролога и/или проктолога. В остальных 14 (20,9±5,0%; 95% ДИ=11-31) из 67 случаев пациенты были оперированы по поводу неэффективности проводимого консервативного лечения и прогрессии болезни с ухудшением общего состояния. В предоперационном периоде всем пациентам проводилась инфузионная подготовка, направленная на коррекцию нарушений гомеостаза, длительность которой составляла от нескольких часов до нескольких

суток. В связи со специфическим для данной патологии проявлением, а именно длительной диареей, особое внимание уделяли регидратации с коррекцией существующих электролитных нарушений. При наличии умеренной или тяжелой анемии проводили коррекцию компонентами крови. Учитывая хроническое рецидивирующее течение самого патологического процесса, до момента операции пациенты были госпитализированы от 1 до 8 раз. Среднее количество госпитализаций составило 3,2 раза. В 8 ($11,9 \pm 4,0\%$; 95% ДИ=4-19) случаях из 67 пациенты были оперированы в первую госпитализацию по поводу острой формы язвенного колита. Задачей оперативного вмешательства было удаление технически максимально возможного объема пораженной патологическим процессом толстой кишки – были применены как колонэктомии (от субтотальной до колонпроктэктомии), так и сегментарные резекции. Что касается сегментарных резекций, то следует отметить, что такая тактика операций вполне согласовывалась с существовавшими на тот момент хирургическими тенденциями.

Наиболее широкое распространение имела операция – субтотальная колонэктомия с формированием отдельных илео- и сигмостомы. Такая операция позволила удалить значительный объем пораженной кишки за относительно короткий промежуток времени и оставить шанс на перспективную реконструкцию. Причём, именно сигмостома на втором, реконструктивном, этапе позволяет технически более просто выделить и обработать культю сигмовидной и прямой кишки под последующую резекцию с формированием межкишечного анастомоза, чем вариант операции типа Гартмана с погружением и укрытием культи прямой кишки – в последующем значительно большее количество операционного времени уходит на её выделение из спаечного процесса в брюшине таза с более высоким риском повреждения стенки. Субтотальная колонэктомия с формированием отдельных илео- и сигмостомы была выполнена в 51 ($76,1 \pm 5,2\%$; 95% ДИ=66-86) из 67 случаев. Сегментарные резекции толстой кишки были выполнены у 10 ($14,9 \pm 4,4\%$; 95% ДИ=6-23) из 67 пациентов с исходно диагностированным сегментарным поражением. У 4 из 10 пациентов были выполнены одноэтапные операции с сохранением естественного пассажа кишечного содержимого: правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом – в 2 случаях, левосторонняя гемиколэктомия – в 1 случае, брюшно-наданальная резекция прямой кишки – в 1 случае. Такие операции были выполнены у пациентов при условии отсутствия кишечных осложнений, показанием к операции служило прогрессивное ухудшение общего состояния на фоне проводимой терапии. У 6 из 10 пациентов пассаж кишечного содержимого не был восстановлен: левосторонняя гемиколэктомия с формированием отдельной трансверзо- и сигмостомы – в 2 случаях, правосторонняя гемиколэктомия по типу операции Лахей – в 1 случае, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием отдельной асцендо- и сигмостомы – в 1 случае и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и резекцией левой половины ободочной кишки – в 1 случае, субтотальная резекция ободочной и прямой кишки с формированием асцендостомы, ушиванием культи прямой кишки по типу

операции Гартмана – в 1 случае. У 4 ($6,0 \pm 2,9\%$; 95% ДИ=0-12) из 67 пациентов удалось сохранить естественный пассаж калового содержимого в одноэтапной операции путем колонэктомии (в 2 случаях) либо субтотальной колонэктомии (в 2 случаях) с формированием илеоректального или илеосигмоанастомоза бок-в-бок в один этап. Такие операции были выполнены у пациентов при условии отсутствия кишечных осложнений, показанием к операции служило прогрессивное ухудшение общего состояния на фоне проводимой терапии. Колонпроктэктомия (тотальное удаление ободочной и прямой кишки) с формированием концевой илеостомы в один этап была произведена у 2 ($3,0 \pm 2,1\%$; 95% ДИ=0-7) из 67 пациентов. В обоих случаях поводом для выполнения такой операции без оставления шанса на перспективное восстановление пассажа кишечного содержимого послужил перитонит вследствие множественных перфораций сигмовидной и прямой кишки. Таким образом одноэтапное сохранение естественного пассажа кишечного содержимого было достигнуто в 8 ($11,9 \pm 4,0\%$; 95% ДИ=4-20) из 67 случаев. Восстановление естественного кишечного пассажа вторым этапом после первичной обструктивной операции удалось выполнить у 12 ($17,9 \pm 4,7\%$; 95% ДИ=9-27) из 67 оперированных пациентов. У 10 ($19,6 \pm 5,6\%$; 95% ДИ=9-2) из 51 ранее оперированных в объёме субтотальной колэктомии с формированием раздельной илео- и сигмостомы пациентов восстановление пассажа выполняли вторым этапом. В 9 из 10 случаев после клинически значимого снижения активности резидуального язвенного колита в оставленных дистальных отделах (сигмовидная и прямая кишка) вторым этапом выполняли резекцию сигмовидной и прямой кишки с формированием илеоректального анастомоза бок-в-бок. В 1 случае из 10 была выполнена сигмопроктэктомия, низведение тонкой кишки за анальный канал, формирование тонкокишечного резервуара. Среднее время между этапами составило 6,2 месяца. В 2 случаях из 6 ранее оперированных в объёме сегментарных обструктивных резекций восстановление пассажа выполняли вторым этапом: формирование илеоколоанастомоза после правосторонней гемиколэктомии по типу операции Лахей – в 1 случае, низведение восходящей кишки за анальный канал после субтотальной резекции ободочной и прямой кишки с формированием асцендостомы, ушиванием культи прямой кишки по типу операции Гартмана – в 1 случае. Восстановительный этап у 41 ($80,4 \pm 5,6\%$; 95% ДИ=69-91) из 51 пациента, ранее оперированных в объёме субтотальной колэктомии с формированием раздельной илео- и сигмостомы, по различным причинам выполнен не был. Помимо того, в связи с отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии в послеоперационном периоде и сохраняющимися явлениями резидуального колита в отводящей кишке, в 4 случаях ($9,8 \pm 4,6\%$; 95% ДИ=1-19) из 41 в последующем была выполнена сигмопроктэктомия с сохранением терминальной илеостомы. Причём, в 3 случаях из 6 сигмопроктэктомия была выполнена в раннем послеоперационном периоде по поводу неконтролируемого кишечного кровотечения из культи прямой и сигмовидной кишки как следствие прогрессии болезни, а в 1 случае – по поводу рецидивирующего кишечного кровотечения в отдалённом послеоперационном периоде. Таким образом, в

группе сравнения из 67 оперированных пациентов в 20 ($29,9 \pm 5,6\%$; 95% ДИ=19-41) случаях удалось восстановить естественный пассаж кишечного содержимого. У 14 пациентов ($20,9 \pm 5,0\%$; 95% ДИ=11-31) такой эффект был достигнут после субтотальной или тотальной колэктомии и у 6 пациентов ($9,0 \pm 3,5\%$; 95% ДИ=2-16) – после сегментарных резекций толстой кишки. В 8 случаях ($11,9 \pm 4,0\%$; 95% ДИ=4-20) эти операции были выполнены в 1 этап, и в 12 случаях ($17,9 \pm 4,7\%$; 95% ДИ=9-27) – в 2 этапа.

В 47 ($70,1 \pm 5,6\%$; 95% ДИ=59-81) из 67 случаев естественный пассаж кишечного содержимого не был восстановлен – пациенты были адаптированы к присутствию илео- или колостомы на постоянной основе. Среднее время основной операции составило 150 минут. Нормализация гомеостаза в послеоперационном периоде у больных тяжелыми и осложнёнными формами ЯК потребовала проведения интенсивной терапии не менее 5-7 дней. В ближайшем послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение, в динамике учитывающее ежедневные изменения клинических, лабораторных показателей систем гомеостаза. Специфическое лечение в амбулаторных условиях продолжали не менее 2-3 месяцев в случае сохранения части толстой кишки с проявлениями остаточного (резидуального) язвенного колита. Полученные результаты патогистологического исследования удалённого препарата во всех 100% случаев у 67 оперированных пациентов подтвердили диагноз «язвенный колит» с высокой активностью. У 23 ($34,3 \pm 5,8\%$; 95% ДИ=23-46) из 67 пациентов в раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы ближайшие осложнения: спаечная кишечная непроходимость – в 5 случаях ($7,5 \pm 3,2\%$; 95% ДИ=1-14), перитонит – в 9 случаях ($13,4 \pm 4,2\%$; 95% ДИ=5-22), кровотечение из культи прямой и сигмовидной кишки – в 3 случаях ($4,5 \pm 2,5\%$; 95% ДИ=0-9), СПОН – в 4 случаях ($6,0 \pm 2,9\%$; 95% ДИ=0-12), ТЭЛА – в 2 случаях ($3,0 \pm 2,1\%$; 95% ДИ=0-75). Во всех 5 случаях спаечная кишечная непроходимость потребовала релапаротомии, висцеролиза. Во всех 9 случаях развившиеся явления перитонита потребовали релапаротомии, в 4 случаях единичной, в 5 случаях – множественной. А в 2 случаях прогрессирующие явления перитонита стали фатальными. Кровотечение из культи прямой и сигмовидной кишок потребовало во всех 3 случаях экстирпации оставленного дистального отрезка толстой кишки – сигмопроктэктомии. И в 1 случае кровотечение завершилось фатально. Прогрессирующие проявления синдрома полиорганной недостаточности во всех 4 случаях привели к летальному исходу – все эти пациенты поступали в тяжелом состоянии с исходными проявлениями СПОН. Тромботические осложнения (тромбоз ветвей легочной артерии) были зарегистрированы у 2 пациентов на 5-е и 7-е сутки после оперативного вмешательства. Оба случая привели к летальному исходу (таблица 2).

Таблица 2. Виды ближайших послеоперационных осложнений и летальность пациентов группы сравнения, n=67 (абс./P $\pm$ m, %)

Характер послеоперационных осложнений	Количество абс./%	Летальность абс./%
---------------------------------------	----------------------	-----------------------

Спаечная кишечная непроходимость	5 (7,5±3,2%)	-
Перитонит	9 (13,4±4,2%)	2 (3,0±2,1%)
Кровотечение из культи прямой и сигмовидной кишки	3 (4,5±2,5%)	1 (1,49±1,5%)
Синдром полиорганной недостаточности	4 (6,0±2,9%)	4 (6,0±2,9%)
Тромбоэмболия легочной артерии	2 (3,0±2,1%)	2 (3,0±2,1%)
ВСЕГО	23 (34,3±5,8%)	9 (13,4±4,2%)

У 10 (14,9±4,4%; 95% ДИ=6-23) из 67 пациентов были зафиксированы отдалённые осложнения, которые привели к необходимости повторных хирургических вмешательств: спаечная кишечная непроходимость – в 6 случаях, рак в культе прямой и сигмовидной кишки – в 2 случаях, стеноз стомы – в 1 случае, кровотечение из культи прямой и сигмовидной кишки – в 1 случае.

Спаечная кишечная непроходимость развилась у 6 пациентов в сроке от 9 месяцев до 6 лет, всем пациентам была выполнена лапаротомия, висцеролиз. В 1 случае через 18 месяцев после субтотальной колэктомии с отдельной илеосигмостомией вовремя висцеролиза была травмирована тонкая кишка, что привело к её резекции и формированию тонкокишечного анастомоза бок-в-бок.

Рак в культе прямой кишки был зарегистрирован у 2 пациентов – в 1 случае нижнеампулярном отделе через 5 лет, а во 2-м случае в среднеампулярном отделе прямой кишки через 4 года после субтотальной колэктомии с формированием отдельной илео- и сигмостомы. Пациентам была выполнена экстирпация культи прямой и сигмовидной кишок с сохранением концевой илеостомы.

Стеноз трансверзостомы спустя 2 года после левосторонней гемиколэктомии с формированием отдельной трансверзо- и сигмостомы потребовал переформирования трансверзостомы.

По поводу рецидивирующего кровотечения из культи прямой и сигмовидной кишки спустя 11 месяцев после субтотальной колэктомии с формированием отдельной илео- и сигмостомы была выполнена проктэтомия (таблица 3).

Таблица 3. Виды отдалённых послеоперационных осложнений и летальность пациентов группы сравнения, n=67 (абс./P±m, %)

Характер ближайших послеоперационных осложнений	Количество абс./%
Спаечная кишечная непроходимость	6 (9,0±3,5%)
Рак культи прямой и сигмовидной кишок	2 (3,0±2,1%)
Кровотечение из культи прямой и сигмовидной кишки	1 (1,5±1,5%)
Стеноз стомы	1 (1,5±1,5%)

ВСЕГО	10 (14,9±4,4%)

Количество умерших в раннем послеоперационном периоде составило 9 (13,4±4,2%; 95% ДИ=5-22) из 67 оперированных человек. У всех умерших пациентов на момент поступления общее состояние было расценено, как тяжелое. Во всех 9 случаях была выполнена операция – субтотальная колэктомия с формированием отдельной илео- и сигмостомы. Причинами послеоперационной летальности стали: синдром полиорганной недостаточности – в 4 случаях, перитонит – в 2 случаях, тромботические осложнения (тромбоэмболия легочной артерии) – в 2 случаях, кровотечение из культи прямой и сигмовидной кишки – в 1 случае.

Таким образом, в группе сравнения число случаев с восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого составило 29,9±5,6% (95% ДИ=19-41). Частота ближайших послеоперационных осложнений составила 34,3±5,8% (95% ДИ=23-46), а отдаленных – 14,9±4,4% (95% ДИ=6-23). Уровень летальности при хирургическом лечении составил 13,4±4,2% (95% ДИ=5-22). Вследствие неудовлетворительных результатов разработана новая тактика лечения этой категории пациентов.

При модификации лечебной тактики пациентам основной группы были взяты за основу протоколы лечения ЯК основных международных и российских профильных медицинских сообществ. Говоря о консервативной терапии, оптимизирована схема лечения гормональными препаратами и базисной терапией. Также оптимизированы ведение периоперационного периода и разработаны новые способы хирургического вмешательства.

В 222 (75,0±2,5%; 95% ДИ=70-80) из 296 случаев пациентам проведена консервативная терапия, которая принесла удовлетворительный эффект и позволила избежать необходимости хирургического вмешательства.

В 74 (25,0±2,5%; 95% ДИ=20-30) из 296 случаев пациентам исследуемой группы было проведено оперативное лечение.

Пациентов мужского пола было оперировано 32 (43,2±5,8%; 95% ДИ=32-55) человека, женского – 42 (56,8±5,8%; 95% ДИ=45-68) человека, т.е. распределение пациентов практически равномерное.

На момент госпитализации для оперативного лечения возраст пациентов был от 18 до 72 лет. Средний возраст оперированных пациентов основной группы составил 41,3 года. Причем, у оперированных пациентов мужского пола средний возраст составил 42,1 года, и был несколько выше, чем средний возраст у оперированных пациентов женского пола, который составил 40,6 года.

Длительность заболевания ЯК у оперированных пациентов исследуемой группы была от 1 месяца (молниеносная форма) до 40 лет. Средняя продолжительность болезни на момент операции составила 5,8 года.

В 59 (79,7±4,7%; 95% ДИ=71-89) случаях пациенты были госпитализированы в плановом порядке, в 15 (20,3±4,7%; 95% ДИ=11-29) случаях – в ургентном порядке.

По данным предшествующей колоноскопии, из 74 оперированных у 65 (87,8±3,8%; 95% ДИ=80-95) пациентов выявлено тотальное поражение толстой кишки, у 9 (12,2±3,8%; 95% ДИ=5-20) пациентов – сегментарное поражение (правые отделы – 2, левые отделы – 4, субтотальное – 3).

У 57 (77,0±4,9%; 95% ДИ=67-87) из 74 пациентов на момент поступления была выявлена сопутствующая соматическая патология.

Кардиальный спектр: ишемическая болезнь сердца у 30 пациентов с наличием ХСН от 1 до 3 степени, в 15 случаях – в сочетании с гипертонической болезнью 2-3 стадии, а в 3 случаях – в сочетании с нарушениями ритма. Сахарный диабет 2-го типа был выявлен у 11 пациентов, преимущественно в стадии субкомпенсации (в 9 случаях). Желчекаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит вне фазы обострения – у 5 пациентов. Мочекаменная болезнь без блока почек – у 4 пациентов. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – в 4 случаях. Аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом – у 2 пациентов. Подагрический артрит – в 1 случае.

У пациентов основной группы в предоперационных анализах были выявлены следующие отклонения:

Лейкоцитоз наблюдался в 27 случаях, лейкопения в 3 случаях. В 18 случаях анемия: легкая – в 10 случаях, умеренная – в 5 случаях, тяжелая – в 3 случаях. Гипопротеинемия с гипоальбуминемией – в 16 случаях. Повышение азотистых шлаков (мочевины и креатинина) уровня ХПН1 – в 7 случаях, уровня ХПН2 – в 3 случаях. Повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ) – в 5 случаях. Протеинурия – в 5 случаях. Микрогематурия – в 2 случаях.

На момент поступления у 48 (64,9±5,5%; 95% ДИ=54-76) из 74 в последствии оперированных пациентов были зарегистрированы следующие осложнения (таблица 4): в 2 (4,2±2,9%; 95% ДИ=0-10) случаях токсическая дилатация толстой кишки, в 15 (31,3±6,7%; 95% ДИ=18-44) случаях формирование параколического инфильтрата и/или абсцесса, как следствие микроперфорации или прикрытой перфорации толстой кишки, в 23 (47,9±7,2%; 95% ДИ=34-62) случаях толстокишечное кровотечение, в 8 (16,7±5,4%; 95% ДИ=6-27) случаях синдром полиорганной недостаточности как следствие длительного аутоиммунного воспалительного процесса высокой активности.

Таблица 4. Виды осложнений при поступлении у пациентов группы сравнения, n=48 (абс./P±m, %)

Вид осложнения	Количество пациентов абс./%
Токсическая дилатация толстой кишки	2 (4,2±2,9%)
Толстокишечное кровотечение	23 (47,9±7,2%)

Перфорация толстой кишки	15 (31,3±6,7%)
Синдром полиорганной недостаточности	8 (16,7±5,4%)

Из 48 первично осложнённых случаев у 19 (39,6±7,1%; 95% ДИ=26-53) пациентов осложнения были зарегистрированы при первичном обращении без предшествующего специфического лечения, а у 29 (60,4±70,1%; 95% ДИ=47-74) пациентов осложнения развились на фоне проводимой консервативной терапии. Причём в 11 из 29 случаев (37,9±9,0%; 95% ДИ=20-56) – на фоне проводимой терапии в хирургическом или гастроэнтерологическом стационаре, а в 18 случаях (62,1±9,0%; 95% ДИ=44-80) – на фоне амбулаторной терапии под контролем гастроэнтеролога и/или проктолога.

В 11 (14,9±4,1%; 95% ДИ=7-23) из 74 случаев были выявлены при гистологическом исследовании биоптата и подтверждены при гистологическом исследовании удалённого препарата диспластические изменения слизистой оболочки толстой кишки. В 5 из 11 случаев подтверждена дисплазия умеренной степени, в 6 из 11 случаев – дисплазия выраженной степени.

В 8 (10,8±3,6%; 95% ДИ=4-18) случаях из 74 пациенты были оперированы по поводу развития гормонрезистентной формы ЯК на фоне проводимой консервативной терапии.

А в 7 (9,5±3,4%; 95% ДИ=3-16) из 74 случаев пациенты были оперированы по поводу ухудшения общего состояния на фоне проводимого лечения вследствие прогрессии ЯК

Таким образом, у 74 пациентов основной группы показаниями для проведения операции служили:

- развитие осложнений, специфических для ЯК – 48 (64,9±5,5%; 95% ДИ=54-76);
- ухудшение общего состояния пациента на фоне проводимого лечения вследствие прогрессии ЯК – 7 (9,5±3,4%; 95% ДИ=3-16);
- развитие гормонрезистентной формы ЯК – 8 (10,8±3,6%; 95% ДИ=4-18);
- гистологическое подтверждение средней или тяжёлой степени дисплазии слизистой толстокишечной стенки – 11 (14,9±4,1%; 95% ДИ=7-23).

Учитывая хроническое рецидивирующее течение самого патологического процесса, до момента операции пациенты были госпитализированы от 1 до 5 раз. Среднее количество госпитализаций составило 2,1 раза.

В 11 (14,9±4,1%; 95% ДИ=7-23) случаях из 74 пациенты были оперированы в первую госпитализацию по поводу острой формы ЯК.

Задачей оперативного вмешательства было как удаление технически максимально возможного объёма поражённой патологическим процессом толстой кишки, так и одномоментное либо перспективное сохранение естественного пассажа кишечного содержимого, как важнейшего аспекта последующего качества жизни.

Операцией выбора у этой группы пациентов считали колонпроктэктомию с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией. Такой вариант реконструктивно-пластического вмешательства технически мог быть выполнен в один этап либо мог быть разделен на два этапа: субтотальная колонэктомия с формированием раздельной илео- и сигмостомы с последующей сигмопроктэктомией, формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией после стабилизации общего состояния пациента и клинически значимого снижения активности резидуального язвенного колита в оставленных дистальных отделах (сигмовидная и прямая кишка). Основной задачей двухэтапной операции у этих пациентов было избежать несостоятельности илеопouchректального анастомоза из-за выраженного воспалительного процесса в пораженной ЯК культе прямой кишки. Продолжение консервативной терапии, направленной на снижение степени выраженности резидуального ЯК в культе сигмовидной и прямой кишки после удаления основного объема пораженного органа позволяет стабилизировать общее состояние пациента и значительно снизить риск несостоятельности илеопouchректального анастомоза на 2-м этапе операции. А оставление культи сигмовидной и прямой кишки, фиксированной на коже передней брюшной стенки в виде колостомы, позволяет технически более удобно обработать культю прямой кишки на 2-м этапе операции при подготовке к формированию илеопouchректального анастомоза, чем оперативные вмешательства по типу Гартмана, которые предусматривают заглушение культи прямой кишки в малом тазу.

В 57 (77,0±4,9%; 95% ДИ=67-87) из 74 случаев пациентам было выполнено реконструктивно-пластическое вмешательство, а именно колонпроктэктомию с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией.

А в 17 (23,0±4,9%; 95% ДИ=13-33) из 74 случаев были выполнены другие варианты оперативных вмешательств.

В 11 из 17 случаев была выполнена субтотальная колонэктомия с формированием раздельной илео-и сигмостомы. В последующем 5 из этих 11 случаев в связи с прогрессивным ухудшением основного процесса была выполнена сигмопроктэктомия с формированием концевой илеостомы.

В 4 из 17 случаев в связи с наличием параколического абсцесса и выраженных воспалительных изменений в полости таза с деструкцией прямой кишки была выполнена тотальная колонпроктэктомия с формированием концевой одноствольной илеостомы.

В 2 из 17 случаев у пациентов с субтотальным поражением (правые и проксимальные левые отделы ободочной кишки) была выполнена субтотальная колонэктомия с формированием илеоректоанастомоза бок-в-бок. В процессе послеоперационного наблюдения у этих пациентов не наблюдались признаки рецидива и прогрессии болезни.

Колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией в 37 ($64,9 \pm 6,3\%$; 95% ДИ=53-77) из 57 случаев была выполнена в 1 этап, а в 20 ($35,1 \pm 6,3\%$; 95% ДИ=23-47) из 57 случаев – в 2 этапа, а именно субтотальная колонэктомия с формированием раздельной илео- и сигмостомы с последующей сигмопроктэктомией, формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией после стабилизации общего состояния пациента и клинически значимого снижения активности резидуального язвенного колита в оставленных дистальных отделах.

В 26 ($45,6 \pm 6,6\%$; 95% ДИ=33-59) из 57 случаев реконструктивно-пластическое вмешательство у пациентов было выполнено в традиционном объёме – типичная колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией. Причём в 14 ($53,8 \pm 9,8\%$; 95% ДИ=35-73) из 26 случаев операция была выполнена в 1 этап, а в 12 ($46,2 \pm 9,8\%$; 95% ДИ=27-65) из 26 случаев – в 2 этапа (вначале субтотальная колонэктомия с формированием раздельной илео-и сигмостомы, а в последующем сигмопроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией).

А в 30 ($52,6 \pm 6,6\%$; 95% ДИ=40-66) из 57 случаев традиционное реконструктивно-пластическое вмешательство было дополнено разработанной в клинике методикой мукозэктомии культи прямой кишки – то есть, была выполнена колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией. В 20 ($66,7 \pm 8,6\%$; 95% ДИ=50-84) из 30 случаев такое хирургическое вмешательство было выполнено в 1 этап. В 7 из 30 случаев – в 2 этапа (вначале субтотальная колонэктомия с формированием раздельной илео- и сигмостомы с последующей сигмопроктэктомией, формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией). А в 3 ($10,0 \pm 5,5\%$; 95% ДИ=0-21) из 30 случаев электротермическая мукозэктомия культи прямой кишки была выполнена в отдалённом послеоперационном периоде после выполнения одноэтапной традиционной колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией в связи с рецидивирующими проявлениями кулитита, как резидуального язвенного колита.

В 7 из 20 случаев одноэтапной колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией была выполнена лапароскопически-ассистированная колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией, а в 13 из 20 случаев – традиционный «открытый» вариант операции.

У 19 из 30 случаев пациентам было выполнено формирование модифицированного илеоректального анастомоза с наложением кисетного шва на верхушку культи прямой кишки. Случаев несостоятельности анастомоза зарегистрировано не было.

У 1 ($3,7 \pm 3,6\%$; 95% ДИ=0-11) из 27 случаев была выполнена субтотальная колонэктомия с формированием раздельной илео- и сигмостомы с последующей сигмопротэктомией, формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchанального анастомоза и демуккозацией прямой кишки с низведением J-образного илеального резервуара на промежность как попытка удаления слизистой прямой кишки.

Таким образом, у 59 ($79,7 \pm 4,7\%$; 95% ДИ=71-89) из 74 оперированных пациентов удалось восстановить естественный пассаж кишечного содержимого. У 57 ($96,6 \pm 2,4\%$; 95% ДИ=92-100) из 59 пациентов такой эффект был достигнут путём колонпротэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, а у 2 ($3,4 \pm 2,4\%$; 95% ДИ=0-8) из 59 пациентов – после субтотальной колонэктомии с формированием илеоректоанастомоза бок-в-бок.

У 15 ($20,3 \pm 4,7\%$; 95% ДИ=11-29) из 74 случаев естественный пассаж кишечного содержимого не был восстановлен и у пациентов присутствовали илео- и/или колостомы на постоянной основе.

Среднее время основной операции составило 160 минут.

Полученные результаты патогистологического исследования удалённого препарата во всех 100% случаев у 74 оперированных пациентов подтвердили диагноз язвенный колит с высокой активностью. К ранним послеоперационным осложнениям мы отнесли те патологические состояния, которые случились с пациентами за время госпитализации по поводу основной операции либо в срок до закрытия протективной илеостомы. Осложнения, произошедшие после выписки из стационара в случае основной не реконструктивно-восстановительной операции или после закрытия протективной илеостомы в случае выполнения колонпротэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, отнесли к категории отдалённых.

У 9 ($12,2 \pm 3,8\%$; 95% ДИ=5-20) из 74 пациентов в раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы осложнения. В 2 случаях зарегистрировано формирование илеопouchвагинального свища у пациенток, которые перенесли традиционную колонпротэктомию с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, что привело к пролонгации закрытия протективной илеостомы до 6 месяцев, в 1 случае – после самостоятельного закрытия свища, еще в 1 случае – было выполнено разобщение свища с раздельным ушиванием дефекта стенки влагалища и стенки культи прямой кишки. В 2 случаях (на 3-е и 4-е сутки после основной операции) пациенты были оперированы по поводу разлитого перитонита, вызванного перфорацией тощей кишки – в обоих случаях мы считаем это осложнение спровоцированным остаточным параколическим воспалительным

инфильтратом в зоне корня брыжейки тощей кишки у пациентов с осложнённым ЯК.

В 1 случае был выявлен абсцесс малого таза у пациента, который перенес традиционный вариант колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, в срок 2 недели после колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, что, вероятно, было следствием несостоятельности швов илеопouchректального анастомоза – абсцесс был дренирован со стороны промежности, пролонгация до закрытия протективной илеостомы составила 6 месяцев.

В 4 случаях у пациентов на фоне прогрессии основного процесса при исходно тяжелом общем состоянии развились явления СПОН, которые привели к летальному исходу (таблица 5).

Таблица 5. Виды ближайших послеоперационных осложнений и летальность пациентов основной группы, n=74 (абс./P±m, %)

Характер послеоперационных осложнений	Количество абс./%	Летальность абс./%
Илеопouchвагинальный свищ	2 (2,7±1,9%)	-
Перитонит	2 (2,7±1,9%)	-
Абсцесс малого таза	1 (1,4±1,3%)	-
Синдром полиорганной недостаточности	4 (5,4±2,6%)	4 (5,4±2,6%)
ВСЕГО	9 (12,2±3,8%)	4 (5,4±2,6%)

У 8 (10,8±3,6%; 95% ДИ=4-18) из 74 пациентов были зафиксированы отдалённые осложнения, которые привели к необходимости повторных хирургических вмешательств: спаечная кишечная непроходимость – в 3 случаях в сроки от 2 месяцев до 2 лет, стеноз стомы – в 1 случае, эвагинация стомы на фоне наличия параколомической грыжи – в 1 случае. В 3 случаях после колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза после закрытия протективной илеостомы у пациентов, перенесших стандартный вариант операции без высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки, были зафиксированы рецидивирующие проявления культирита, расцененного как резидуальный язвенный колит, что посчитали необходимостью для выполнения мукозэктомии культи прямой кишки в сроки 6-18 месяцев после основной операции. Стоит отметить, что у пациента, который перенес колонпроктэктомию с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchанального анастомоза и демукозацию

прямой кишки с низведением резервуара на промежность, в связи с прогрессирующими явлениями резервуарита и формированием рецидивирующих тонкокишечных свищей, была выполнена экстирпация всей ранее сформированной резервуарной конструкции с формированием концевой илеостомы в сроке 21 месяц (таблица 6).

Таблица 6. Виды отдалённых послеоперационных осложнений пациентов основной группы, n=74 (абс./P±m, %)

Характер послеоперационных осложнений	Количество абс./%
Спаечная кишечная непроходимость	3 (4,1±2,3%)
Культит	3 (4,1±2,3%)
Эвагинация стомы	1 (1,4±1,3%)
Стеноз стомы	1 (1,4±1,3%)
ВСЕГО	8 (10,8±3,6%)

Количество умерших в раннем послеоперационном периоде составило 4 (5,4±2,6%; 95% ДИ=0-11) из 74 человек. У всех умерших пациентов на момент поступления общее состояние было расценено как тяжелое. В 3 случаях была выполнена операция – субтотальная колонэктомия с формированием отдельной илео- и сигмостомы. В 1 случае была выполнена тотальная колонпроктэктомия с формированием одностольной концевой илеостомы. Причиной послеоперационной летальности во всех 4 случаях стал синдром нарастающей полиорганной недостаточности на фоне прогрессии основного заболевания.

С целью анализа результатов применения ГКС в комплексе лечения тяжёлых и осложнённых форм ЯК все 296 пациентов основной группы были разделены на 2 основные группы: группа А – пациенты с диагнозом ЯК, находившиеся под регулярным диспансерным наблюдением проктолога и/или гастроэнтеролога, получавшие стандартную терапию ЯК (5-АСК и ГКС топически или системно в соответствии с рекомендациями), которые были госпитализированы в плановом порядке по поводу прогрессии заболевания и развития осложнений – 281 (94,9%) человек; группа В – пациенты с диагнозом ЯК, которые ранее не находились на диспансерном наблюдении, либо находились нерегулярно, и были госпитализированы в клинику в ургентном порядке по поводу возникновения острых осложнений хирургического характера – 15 человек (5,1%).

При анализе организации и тактики лечения 281 пациента группы А выявлено, что 233 (82,9%) пациента на дооперационном этапе в комплексе лечения ЯК получали системные ГКС (метилпреднизолон) по рекомендуемым схемам – подгруппа А1; а 48 (17,1%) ГКС не получали, либо получали эпизодически – подгруппа А2.

Из 15 пациентов группы В системные ГКС (метилпреднизолон) на дооперационном этапе в комплексе лечения ЯК получали 5 (33,3%) человек – подгруппа В1; а 10 (66,7%) пациентов ГКС не получали, либо получали эпизодически – подгруппа В2. После госпитализации в хирургический стационар всем 48 пациентам подгруппы А2 и 10 пациентам подгруппы В2 (всего – 58 человек) проводилась терапия дексаметазоном в сроки до 72 часов для уменьшения активности аутоиммунного воспаления в толстокишечной стенке. Наш опыт показывает, что имеет смысл использование именно дексаметазона, как наиболее доступного и обладающего наибольшей противовоспалительной активностью препарата в тех случаях, когда имеет место выраженная активность основного процесса, и требуется достичь максимально быстрого эффекта в плане предоперационной подготовки. Средняя суточная дозировка составляла 12 мг дексаметазона, что соответствовало 84 мг в пересчете на преднизолон.

В подгруппе А1 из пролеченных 233 человек 36 (15,4%) пациентам было выполнено хирургическое вмешательство (подгруппа А1.1), а у 197 (84,6%) пациентов достигнута бесстероидная ремиссия заболевания (подгруппа А1.2). В подгруппе А2 из пролеченных 48 человек оперированы 23 (47,9%) пациента (подгруппа А 2.1), у 25 (52,1%) пациентов достигнута бесстероидная ремиссия (подгруппа А 2.2). Статистическая обработка результатов показала достоверную разницу между результатами исходов лечения: $A1.1 < A2.1$ ($p < 0,001$); $A1.2 > A2.2$ ($p < 0,05$).

В группе В всем 15 (100%) пролеченным пациентам было проведено хирургическое лечение.

Таким образом, всего было оперировано 74 (25%) из 296 пациентов с тяжелыми и осложненными формами ЯК. В 41 (55,4%) из этих 74 случаев (группы А1.1 и В1) пациенты получали системные ГКС (метилпреднизолон) на догоспитальном этапе и терапию дексаметазоном в комплексе предоперационной подготовки, а у 33 (44,6%) из этих 74 случаев (группы А2.1 и В2) системная ГКС на догоспитальном этапе проведена не была, и пациентам проводилась терапия дексаметазоном только в комплексе предоперационной подготовки. Мы провели сравнительный анализ зависимости исхода хирургического лечения (а именно, возможности выполнения реконструктивно-пластической операции) от вида ГКС терапии.

Всего в 74 случаях у оперированных пациентов с тяжелыми и осложненными формами ЯК удалось выполнить 57 ($77,0 \pm 4,9\%$; 95% ДИ=67-87) реконструктивно-пластических вмешательств (колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией), а в остальных 17 (23%) случаях – другие виды, преимущественно обструктивные операции (таблица 7). Статистический анализ с использованием четырехпольных таблиц сопряженности объемов и результатов лечения пациентов с ЯК, которым потребовалось хирургическое вмешательство (А1.1, А2.1, В1, В2), выявил относительно сильную связь (Хи-квадрат=12.735 при $p < 0,001$) между приемом ГКС по рекомендуемым схемам и возможностью выполнения реконструктивно-пластических вмешательств

(A1.1+B1). При этом в группе А летальный исход зафиксирован в 1 случае в подгруппе A2.1, а в группе В зафиксировано 3 летальных исхода: 1 в подгруппе B1 и 2 в подгруппе B2. Статистическая разница недостоверна, вероятно, из-за малой выборки.

Таблица 7. Результаты хирургического лечения пациентов основной группы

Распределение операций в группах Тип операции	Группа A1.1+B1 (n=41)	Группа A2.1+B2 (n=33)
Реконструктивно-пластические операции	38	19
Обструктивные операции	3	14
Летальный исход	1	3

В структуре выполненных 57 реконструктивно-пластических вмешательств у 37 (64,9%) случаях они были выполнены в 1 этап (колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией), а в 20 (35,1%) случаях – в 2 этапа (субтотальная колэктомия с формированием отдельных илео- и сигмостомы и последующая сигмопроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией) (таблица 8).

Таблица 8. Варианты выполненных операций у пациентов основной группы

Группы Тип операции	Группа A1.1 (n=36)	Группа A2.1 (n=23)	Группа B1 (n=5)	Группа B2 (n=10)	Всего операций (n=74)
Реконструктивно-пластические операции (общее количество)	35	19	3	0	57
Реконструктивно-пластические операции в 1 этап	31	6	0	0	37
Реконструктивно-пластические операции в 2 этапа	4	13	3	0	20
Обструктивные операции	1	4	2	10	17

Мы провели сравнительный анализ количества реконструктивных операций в целом и выполненных в один этап. Полученные данные неоспоримо свидетельствуют о том, что шанс выполнения одноэтапных реконструктивно-

пластических операций достоверно выше (Хи-квадрат=18.544 при $p<0,001$) в группах пациентов, получавших ГКС, что существенно улучшает качество жизни.

Таким образом, сравнивая результаты и исходы лечения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами ЯК, достоверно подтверждается важность диспансерного наблюдения, необходимость соблюдения лечебных рекомендаций и своевременного подключения ГКС терапии, что позволяет оптимально выявить момент неэффективности консервативной терапии и своевременно применить хирургические методы лечения.

ГКС терапия в комплексе лечения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами ЯК оказывает значимое положительное влияние на всех пациентов, оперированных как в плановом порядке, так и по ургентным показаниям.

Применение ГКС терапии позволяет пациентам с тяжёлыми и осложнёнными формами ЯК достичь более высокого качества жизни за счет возможности проведения реконструктивно-пластических операций, особенно выполненных в один этап.

Можно предположить, что ГКС терапия позволяет снизить показатель послеоперационной летальности у пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами ЯК, однако данный вывод требует дополнительной оценки на большей статистической выборке.

В плане послеоперационного динамического наблюдения за состоянием сформированной резервуарной кишечной конструкции у 57 оперированных в реконструктивно-пластическом объёме пациентов использовали видеофиброколоноскопию с биопсией, поучграфию, СКТ, МРТ и пришли к следующему заключению:

Эндоскопическое исследование (предпочтительна видеоректоромрезервароскопия) позволяет визуально оценить состояние слизистой культи прямой кишки и илеального резервуара, произвести прицельную биопсию, однако, не дает данных о подлежащих слоях.

Морфологическое исследование позволяет оценить истинное состояние слизистой оболочки прямой кишки и резервуара, достоверно подтвердить наличие воспалительных либо опухолевых осложнений.

Почугграфия позволяет оценить объем и форму сформированного резервуара, а также доказать состоятельность илеопочкректального анастомоза перед плановым закрытием протективной илеостомы, однако, не дает сведений о культе прямой кишки.

СКТ с предварительным *per os* контрастированием и ретроградным контрастированием резервуара позволяет комплексно оценить состояние стенки прямой кишки, резервуара и окружающих органов, однако, не позволяет выполнить послойную визуализацию целевых органов, несет определенную лучевую нагрузку. Виртуальная КТ-резервуарография позволяет визуализировать контур и рельеф сформированной резервуарной конструкции абсолютно неинвазивно.

МРТ (предпочтителен T2 режим с жироподавлением) позволяет произвести адекватную послойную визуализацию стенки культи прямой кишки и резервуара,

а также дает полное представление о состоянии окружающих органов. Лучевая нагрузка отсутствует. Однако, в мировой литературе сведения о роли данного метода в послеоперационном наблюдении при ЯК крайне скудные.

Таким образом, в комплексе динамического послеоперационного наблюдения за пациентами, перенесшими реконструктивно-восстановительные вмешательства по поводу язвенного колита, каждый метод исследования имеет свои достоинства и недостатки, равно как и свои показания.

По данным гистологического и иммуногистохимических исследований биоптатов стенки культи прямой кишки после высокочастотной электротермической мукозэктомии выявлены следующие изменения.

Сразу после проведения высокочастотной электротермической мукозэктомии в стенке культи прямой кишки наблюдается массивная альтерация слизистой оболочки с её отторжением, мышечный слой практически интактный.

Через 6 недель в стенке культи прямой кишки сохраняется фибринозное экссудативное воспаление.

Через 12 недель мышечный слой культи прямой кишки интактный, слизистая оболочка отсутствует.

Через 1-1,5 года кишечные крипты толстокишечного типа появляются вне пласта многослойного плоского эпителия среди созревающей грануляционной ткани. Во вновь сформированных толстокишечных криптах нет признаков язвенного колита: они отличаются обильной продукцией муцина, как нейтрального PAS-положительного, так и кислого с альтианофилией при pH 2,5.

Через 2 года и более после проведенного оперативного вмешательства при контрольных осмотрах пациентов нами получено 2 основных типа биоптатов. Первый – эпителий представлен многослойным плоским, неравномерной толщины, местами истончен, местами с наличием в субэпителиальных отделах единичных железистых крипт.

При иммуногистохимическом окрашивании многослойный плоский эпителий давал четкую позитивную диффузную цитоплазматическую реакцию с маркером простого эпителия цитокератинами 5/6. При окрашивании с общим лейкоцитарным антигеном CD45 (LCA) в толще эпителиального пласта и в субэпителиальной строме определяются единичные лимфоциты.

Вторую большую группу биоптатов объединяло наличие кишечного типа эпителия. Железы распределены неравномерно, строма с выраженным отеком, скудной лимфоцитарной инфильтрацией. При этом при окрашивании с маркером толстокишечного эпителия CDX-2 нами не выявлено положительной реакции. Имеет место очаговое положительное окрашивание слабой интенсивности в единичных клетках железистых крипт.

Такая особенность с нашей точки зрения обусловлена отсутствием законченной метаплазии тонкокишечного эпителия в толстокишечный. Таким образом, в слизистой оболочке культи прямой кишки в сроки 2 и более года после выполнения колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопOUCHректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки, ни в одном случае не

зарегистрированы проявления резидуального ЯК при динамическом иммуногистохимическом исследовании биоптатов стенки культи прямой кишки. Следует отметить, что изменения состояния стенки культи прямой кишки по прошествию 2 лет приобретали стойкий характер, и картина не менялась при последующих исследованиях в сроки наблюдения до 5 лет.

Таким образом, предложенный способ реконструктивно-пластического хирургического лечения ЯК, который заключается в колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией, исключает риск возникновения культи как проявлений резидуального ЯК как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде за счет полноценного удаления слизистой культи прямой кишки, что подтверждено при морфологическом и иммуногистохимическом исследовании как в ранние, так и поздние сроки послеоперационного наблюдения.

С целью изучения качества жизни 57 пациентов, которые были оперированы в клинике в реконструктивно-пластическом объеме, проходили анкетирование по разработанной в клинике программе в динамике. В работе использовали международный специализированный опросник по определению качества жизни больных воспалительными заболеваниями кишки IBDQ. Опросник состоит из 32 вопросов, дает общую оценку и включает в себя 4 раздела, касающихся кишечных, системных, социальных и эмоциональных проявлений.

Итоговая оценка – от 32 до 224 баллов. Диапазон баллов, использованный при ответе на каждый вопрос, от 1 до 7. Наивысший результат соответствует лучшим показателям КЖ. Максимальные значения для кишечных симптомов – 70 баллов, для системных и социальных проявлений – 35, наивысший результат для эмоционального статуса – 84.

Опрос проводили: 1 – до основной операции, 2 – перед плановым закрытием протективной илеостомы после проведения одноэтапной или проведения 2-го этапа реконструктивно-пластической операции; 3 – в раннем послеоперационном периоде после закрытия протективной илеостомы, при первых признаках восстановления естественного пассажа кишечного содержимого; 4 – через 1 месяц после закрытия протективной илеостомы; 5 – через 6 месяцев после закрытия илеостомы; 6 – через 1 год после закрытия илеостомы и затем ежегодно до 5 лет.

При проведении статистического анализа результатов динамических данных IBDQ у пациентов, которые перенесли одно- и двухэтапные реконструктивно-пластические вмешательства в клинике, выявлены следующие данные. После проведения одноэтапной или проведения 2-го этапа реконструктивно-пластической операции при наличии протективной илеостомы у пациентов выявлена тенденция к снижению показателей как по общим баллам, так и по системным, социальным, эмоциональным и кишечным проявлениям, однако разница не является статистически достоверной.

В ранние сроки восстановления естественного пассажа кишечного содержимого (сразу после закрытия протективной илеостомы) содержимого разница в социальной и кишечной сфере не является достоверной, а значения эмоциональной и системной сфер достоверно повышаются.

Уже через 1 месяц после закрытия протективной илеостомы достоверно повышаются все показатели: системные, социальные, эмоциональные и кишечные проявления.

В сроке 1 год после проведенного реконструктивно-пластического хирургического вмешательства отмечено снижение показателей по всем проявлениям, но они все равно остаются статистически значимо выше дооперационных. Мы не нашли логических причин этого события и предлагаем обратить внимание на этот феномен в последующих исследованиях.

Все показатели достигают максимальных, статистически значимых, уровней к 2 годам после проведенной реконструктивно-пластической операции и остаются до 5 лет наблюдения приблизительно на одном, высоком, уровне (рисунок 1).

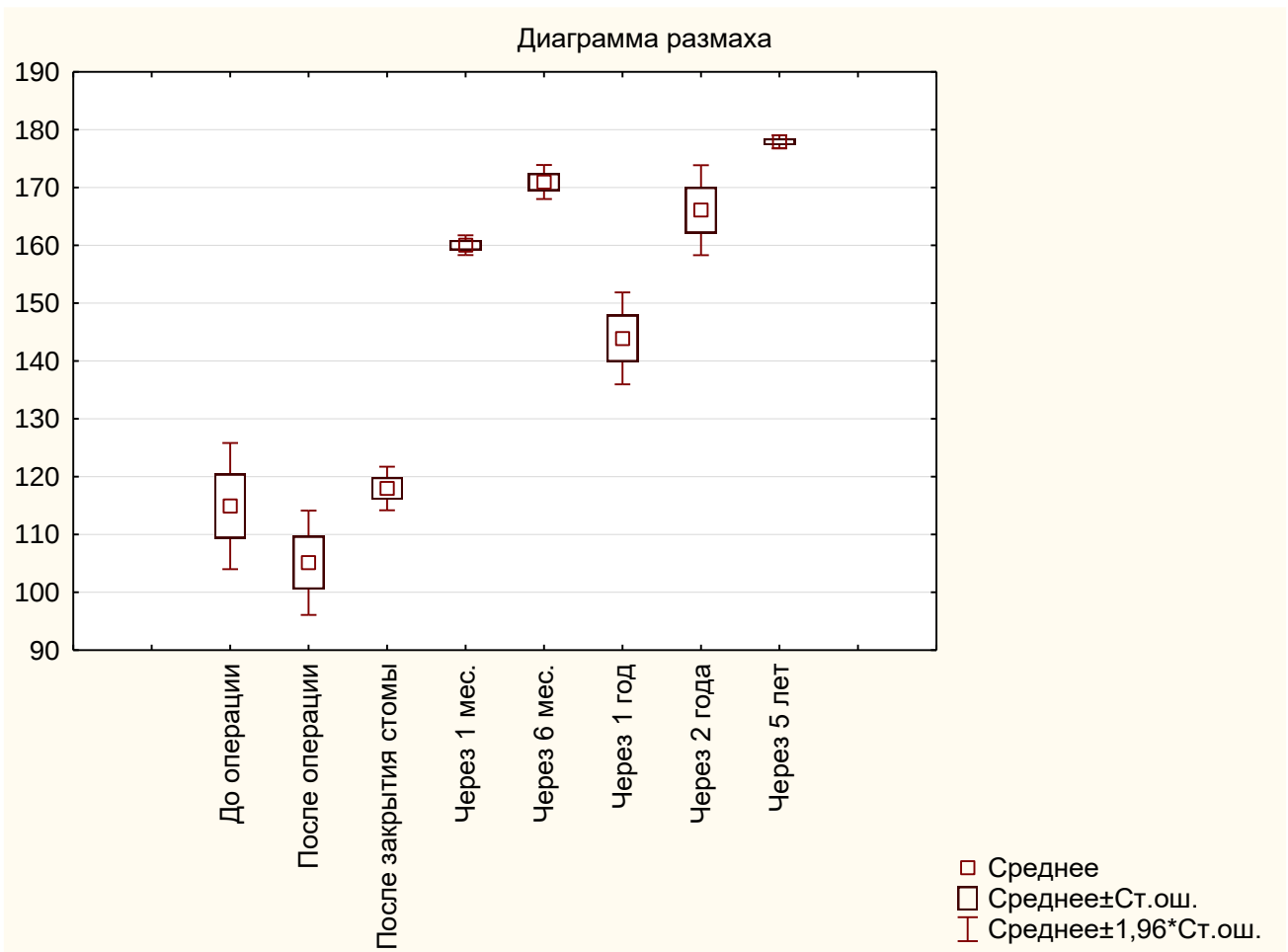


Рисунок 1. Среднее значение общего результата по данным анализа IBDQ у пациентов, оперированных в реконструктивно-пластическом объеме по поводу тяжёлых и осложнённых форм ЯК

Следует отметить, что именно в сроки от 2 лет морфологические изменения состояния стенки культи прямой кишки по прошествии приобретали стойкий характер, и картина не менялась при последующих исследованиях в сроки наблюдения до 5 лет – возможно, данный фактор можно связать со стойким повышением показателей качества жизни.

Таким образом, своевременно назначенная глюкокортикостероидная терапия, оптимизированное периоперационное ведение пациентов при выполнении колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, модифицированного илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки, протективной илеостомией позволяет улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты и качество жизни пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.

ВЫВОДЫ

В диссертационной работе проведено теоретическое обобщение и решение актуальной научной задачи – повышение эффективности лечения больных тяжёлыми и осложненными формами язвенного колита за счет комплексного усовершенствования схем консервативной терапии, периоперационного ведения и разработки новых способов реконструктивно-пластических операций, позволяющих улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты и качество жизни.

1. При изучении вариантов лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита по данным современной зарубежной и отечественной медицинской литературы выявлено, что несмотря на значительные успехи и повышение эффективности консервативной терапии, не существует единой тактики лечения и однозначной позиции по поводу сроков и этапности хирургического вмешательства. Определяется чёткая тенденция к росту удельного веса реконструктивно-пластических вмешательств, однако проблема резидуального язвенного колита является крайне актуальной.

2. При изучении тактики и результатов предшествующего лечения в клинике пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита выявлено, что показания к хирургическому лечению выставлялись преимущественно по ургентным показаниям. Число случаев с восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого составило $29,9 \pm 5,6\%$ (95% ДИ=19-41). Частота ближайших послеоперационных осложнений составила $34,3 \pm 5,8\%$ (95% ДИ=23-46), а отдалённых – $14,9 \pm 4,4\%$ (95% ДИ=6-23). Уровень летальности при хирургическом лечении составил $13,4 \pm 4,2\%$ (95% ДИ=5-22).

3. На основании выявленных неудовлетворительных результатов предшествующего лечения определено, что своевременно назначенная глюкокортикостероидная терапия в комплексе лечения тяжёлых и осложнённых

форм язвенного колита позволяет снизить риск необходимости urgentного хирургического вмешательства, что повышает вероятность выполнения операции в реконструктивно-пластическом объёме. Оптимизированное периоперационное ведение пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита позволяет снизить риски ближайших и отдалённых послеоперационных осложнений.

4. Уточнены и дополнены показания к хирургическому этапу лечения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами ЯК, которые позволяют значительно повысить шанс проведения хирургического вмешательства в реконструктивно-пластическом объёме – до $79,7 \pm 4,7\%$ (95% ДИ=71-89). Оптимальным видом хирургического вмешательства у данной категории пациентов является колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией в один или два этапа.

5. Разработанные способы высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки и способ формирования илеопouchректального анастомоза с наложением кисетного шва на культю прямой кишки позволяют исключить несостоятельность швов анастомоза и рецидивы язвенного колита в культе прямой кишки, что подтверждено на основании морфологического и иммуногистохимического исследований в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде. Эти способы характеризуются низким процентом ближайших – $12,2 \pm 3,8\%$ (95% ДИ=5-20) и отдалённых – $10,8 \pm 3,6\%$ (95% ДИ=4-18) послеоперационных осложнений и летальности – $5,4 \pm 2,6\%$ (95% ДИ=0-11), существенно улучшают качество жизни, социальную адаптацию и повышают эстетический эффект в сравнении с вариантами постоянной илеостомии. Функциональные результаты разработанных способов не отличаются от таковых при проведении стандартного оперативного вмешательства.

6. Проведенная оценка эффективности инструментальных методов обследования показала, что наряду с другими методами обследования, МРТ обладает высокой информативностью для определения состояния стенки прямой кишки и илеопouchректального анастомоза, однако не находит широкого применения в международной медицинской практике. Исследованное качество жизни пациентов доказывает эффективность предложенных методов хирургического лечения у оперированных в реконструктивно-пластическом объёме пациентов по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита (среднее значение общего результата IBDQ до операции – 114,83 и спустя 5 лет после операции – 177,5 ($p < 0,05$)).

7. На основании сравнительного анализа показано улучшение результатов лечения исследуемых групп пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита. Отмечено значительное статистически значимое ($\varphi=6,2$; $p < 0,001$) повышение удельного веса операций с восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого с $29,9 \pm 5,6\%$ (95% ДИ=19-41) до $79,7 \pm 4,7\%$ (95% ДИ=71-89). Показано статистически значимое ($\varphi=3,20$; $p=0,0001$) снижение количества ближайших послеоперационных осложнений с $34,3 \pm 5,8\%$

(95% ДИ=23-46) до $12,2 \pm 3,8\%$ (95% ДИ=5-20). Определяется статистически значимое ($\varphi=1,67$; $p=0,047$) снижение послеоперационной летальности с $13,4 \pm 4,2\%$ (95% ДИ=5-22) до $5,4 \pm 2,6\%$ (95% ДИ=0-11).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для лечения средних и тяжёлых форм язвенного колита целесообразно своевременное применение схем глюкокортикостероидной терапии.

2. При развитии гормонрезистентной формы или при гистологическом подтверждении дисплазии слизистой оболочки стенки кишки средней или тяжёлой степени у пациентов с тяжёлыми формами язвенного колита целесообразно переходить к хирургическому этапу лечения.

3. На этапе хирургического лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита предпочтение следует отдавать реконструктивно-пластическим видам операций. Оптимальное хирургическое вмешательство у данной категории пациентов – колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией.

4. Реконструктивно-пластические операции должны выполняться хирургами высокой квалификации, обладающими достаточным техническим опытом, при хорошем материальном оснащении и высоком уровне анестезиолого-реанимационной службы с адекватным ведением периоперационного периода.

5. В процессе колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией целесообразно выполнять высокочастотную электротермическую мукозэктомия культи прямой кишки и формировать илеоректальный анастомоз с наложением кисетного шва на культю прямой кишки.

6. В случае технической невозможности одномоментного восстановления естественного пассажа кишечного содержимого следует разделять реконструктивно-восстановительное оперативное вмешательство на несколько этапов с формированием отдельных илео- и сигмостомы на первом этапе.

7. В случае достаточного технического опыта и оснащения можно выполнять лапароскопически-ассистированный этап колонпроктэктомии при реконструктивно-пластических операциях по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

8. В комплекс динамического послеоперационного наблюдения за пациентами, которые перенесли операции по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита в реконструктивно-пластическом объёме, стоит включать МРТ прямой кишки.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы, опубликованные в рецензируемых изданиях:

1. Опыт хирургического лечения пациентов по поводу резистентных и осложнённых форм язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, Н. В. Момот, И. А. Плахотников, А. А. Борота // Клиническая хирургия. – 2014. – №7. – С. 26–29.

(Соискателем выполнен подбор информации, анализ результатов, литературное оформление статьи, подготовка статьи в печать).

2. Способ мукозэктомии культи прямой кишки в реконструктивной хирургии язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, Н. В. Момот, И. А. Плахотников, А. А. Борота // Клиническая хирургия. – 2014. – № 12. – С. 19–21. *(Соискателем выполнен подбор информации, анализ результатов, литературное оформление статьи, подготовлена статья в печать).*

3. Высокочастотная электротермическая мукозэктомия культи прямой кишки в хирургическом лечении язвенного колита: результаты морфологического исследования [Текст] / А. В. Борота, И. В. Василенко, А. А. Борота, Н. К. Базиян-Кухто // Колопроктология. – 2016. – № 3 (57). – С. 7–12. *(Соискателем выполнен подбор материалов, проведен анализ результатов, сформулированы выводы).*

4. Эстетические аспекты реконструктивно-пластической хирургии осложненных форм язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, А. А. Борота, А. П. Кухто, Д. В. Соболев, Н. К. Базиян-Кухто // Торсуевские чтения. – 2018. – № 4 (18). – С. 57–62. *(Соискателем выполнен подбор материала, анализ и сравнение результатов, формулировка выводов).*

5. Информационная система для анализа результатов хирургического лечения пациентов с язвенным колитом [Текст] / А. В. Борота, А. А. Борота, А. П. Кухто, Н. К. Базиян-Кухто, О. И. Фадеев, В. С. Бакаленко // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2017. – Т. 2, №1. – С. 17–23. *(Соискателем выполнен подбор материала, анализ, литературное оформление статьи).*

6. Терапия кардиологических пациентов с хирургической патологией толстой кишки в периоперационном периоде (обзор литературы) [Текст] / А. В. Борота, А. Э. Багрий, Е. В. Онищенко, А. А. Борота // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2018. – Т. 3, № 3. – С. 226–233. *(Соискателем выполнен подбор материалов, проведен анализ результатов, сформулированы выводы).*

7. Борота, А. А. Основные проблемы и перспективы хирургического лечения язвенного колита (обзор литературы) [Текст] / А. А. Борота // Колопроктология. – 2018. – № 4 (66). – С. 74–78.

8. Борота, А. А. Тромботические осложнения при воспалительных заболеваниях кишечника [Текст] / А. В. Борота, А. А. Борота, Е. В. Онищенко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 23–26. *(Соискателем выполнен подбор материалов, проведен анализ результатов, сформулированы выводы).*

9. Хирургическая тактика при осложнённых формах язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, И. Е. Седаков, Г. Е. Полунин, А. А. Борота, В. А. Гюльмамедов, Н. В. Косарь // Новообразование. – 2019. – Т. 11, № 4 (27). – С. 151–154. *(Соискателем выполнен подбор материала, анализ, литературное оформление статьи).*

10. Вариант формирования резервуарного илеоректального анастомоза при хирургическом лечении осложненных форм язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, Ф. И. Гюльмамедов, А. А. Борота, А. П. Кухто, Н. К. Базиян –Кухто //

Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2020. – Т. 5, № 2. – С. 12–20. *(Соискателем выполнен подбор информации, анализ результатов, литературное оформление статьи, подготовлена статья в печать).*

11. Борота, А. А. Определение показаний к реконструктивно-восстановительному хирургическому лечению осложненных форм язвенного колита (обзор литературы) [Текст] / А. А. Борота // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2021. – Т. 30, № 4. – С. 381–387.

12. Борота, А. В. Особенности применения глюкокортикостероидов в комплексе лечения язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, А. А. Борота, Е. В. Онищенко // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2022. – Т. 7, № 2. – С. 49–55. *(Соискателем выполнен подбор материала, анализ, литературное оформление статьи).*

13. Борота, А. В. Глюкокортикостероидная терапия в комплексе реконструктивно-пластической хирургии язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, А. А. Борота, Е. В. Онищенко // Новообразование. – 2022. – Т. 14, № 3 (38). – С. 123–127. *(Соискателем выполнен подбор информации, анализ результатов, литературное оформление статьи, подготовлена статья в печать).*

14. Морфологические изменения стенки культи прямой кишки в зоне выполнения мукозэктомии у пациентов, оперированных по поводу тяжелых и осложнённых форм язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, С. Э. Золотухин, А. А. Борота, Т. Л. Скочиляс, И. Г. Постолук // Новообразование. – 2022. – № 4. – С. 4–8. *(Соискателем выполнен подбор материала, анализ, литературное оформление статьи).*

15. Особенности периоперационного ведения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита [Текст] / А. В. Борота, С. Э. Золотухин, А. А. Борота, Е. В. Онищенко // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2022. – № 4. – С. 25–29. *(Соискателем выполнен подбор информации, анализ результатов, литературное оформление статьи, подготовлена статья в печать).*

Объекты интеллектуальной собственности:

16. Пат. 96190 Україна, МПК (2015.01) А61В 17/00 А61В 18/12 (2006.01). (54) Спосіб виконання мукозектомії [Текст] / Борота О. В., Полунін Г. Є., Борота О. О., Плахотніков І. О., Танасов І. А. Косар Н. В. : патентовласники Борота О. В., Полунін Г. Є. – № u 2014 06443 ; заявл. 10.06.2014 ; (46) Публікація 26.01.2015, Бюл. № 2

17. Пат. 110640 Україна, МПК (2016.01) А61В 17/00 А61В 18/12 (2006.01) Спосіб мукозектомії кукси прямої кишки при хірургічному лікуванні виразкового коліту [Текст] / Борота О. В., Борота О. О. : патентовласники Борота О. В., Борота О. О. – № u 2016 00526 ; заявл. 22.01.2016 ; Публікація 25.10.2016, Бюл. № 20

18. Пат. 135904 Україна, МПК (2019.01) А61В 17/00 Спосіб формування резервуарного ілеоректального анастомозу при хірургічному лікуванні виразкового коліту [Текст] / Борота О. В., Кухто О. П., Базіян-Кухто Н. К., Борота О. О. : патентовласники Борота О. В., Кухто О. П., Базіян-Кухто Н. К., Борота О. О. – № u 2019 01357 ; заявл. 11.02.2019 ; Публікація 25.07.2019, Бюл. № 14.

19. Рационализаторское предложение ДНР. Способ выполнения мукозэктомии культи прямой кишки в хирургическом лечении язвенного колита [Текст] / Борота А. А., Борота А. В., Плахотников И. А., Полунин Г. Е., Танасов И. А., Косарь Н. В., Базиан-Кухто Н. К., Алиев Р. Н., Федоришин А. А. – № 6168 ; заявл. 01.11.2016 ; опубл. 08.11.2016.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГКС – глюкокортикостероиды

ГС – группа сравнения

КЖ – качество жизни

СКТ – спиральная компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОГ – основная группа

ЯК – язвенный колит