



УДК 616.348-616.089.12

М. Д. Кучер, М. І. Криворук, Ф. Г. Ткаченко,  
Н. В. Герасименко, О. В. Лишавський

## ЛАПАРОСКОПІЧНА ТОТАЛЬНА КОЛЕКТОМІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ І ХВОРОБУ КРОНА ТОВСТОЇ КИШКИ: УСПІХИ, ПОМИЛКИ, УСКЛАДНЕННЯ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

УДК 616.348-616.089.12

Н. Д. Кучер, М. И. Криворук, Ф. Г. Ткаченко, Н. В. Герасименко, А. В. Лышавский  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ  
КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ: УСПЕХИ, ОШИБКИ, ОСЛОЖНЕНИЯ

*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина*

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты 53 лапароскопических колэктомий у больных язвенным колитом и болезнью Крона толстой кишки. Первично реконструктивная лапароскопическая проктоколэктомия с экстракорпоральным формированием тонкокишечного резервуара, трансанальной мукозэктомией и наложением резервуарно-анального анастомоза — операция выбора в хирургическом лечении язвенного колита. Резервуарно-ректальный анастомоз показан при болезни Крона толстой кишки и требует тщательного отбора пациентов. При неотложных показаниях к операции и в случаях трудно дифференцированных форм колита вмешательство следует разделить на два этапа: первый — консервативная колэктомия, второй — реконструктивная операция.

**Ключевые слова:** лапароскопическая реконструктивная проктоколэктомия.

UDC 616.348-616.089.12

М. D. Kucher, M. I. Kryvoruk, F. G. Tkachenko, N. V. Gerasymenko, O. V. Lyshavskyi  
LAPAROSCOPIC TOTAL COLECTOMY FOR ULCERATIVE COLITIS AND CROHN DISEASE  
OF THE COLON: SUCCESSES, ERRORS, COMPLICATIONS

*O. O. Bohomolets' National Medical University, Kyiv, Ukraine*

**Background.** One- or two-staged restorative total colectomy is a surgery that has been established for ulcerative colitis (UC) and Crohn disease of the colon (CD). The possible benefits of the laparoscopic approach are still being discussed.

**The aim** of this study was to evaluate the postoperative quality of life, short- and long-term functional outcomes of 53 cases of laparoscopic-assisted proctocolectomy for UC and CD in purpose to improve further application of the laparoscopic approach.

Primary restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis was performed in 5 patients; ileal pouch-rectal anastomosis — in 8 patients; total proctocolectomy, end ileostomy (for CD with multiple perianal fistulas) in 3 patients; total colectomy, low anterior resection of the rectum, and terminal ileostomy — in 37 patients; second-stage restorative surgery — in 17 patients. All patients but one had a temporary diverting ileostomy.

Conversion to laparotomy took place in 3 (5.7%) cases. In one case of second-stage restorative surgery the urine bladder wall was wounded, and sutured-on laparoscopically. There was no postoperative mortality. Major morbidity comprised pelvic abscesses (4 patients); pouch-anal anastomosis leakage (1); postoperative ileus (3); ileal pouch fistula (1). Stool frequency was almost identical at six and 12 months after ileostomy closure (mean±sem: (6.1±1.9) and (5.7±2.1) day, respectively). The pouchitis took place in 2 CD patients. Pouch failure occurred in 1 patient due to severe pouchitis and anal incontinence.

**Conclusions.** Laparoscopic proctocolectomy with extracorporeal ileal pouch construction, transanal mucosectomy, and pouch-anal anastomosis seems to be surgery of choice for UC. Pouch-rectal anastomosing is feasible for CD in selected cases. The total laparoscopic proctocolectomy with intracorporeal ileal pouch construction ought to be the further step for clinical evaluation.

**Key words:** laparoscopic restorative proctocolectomy.

Останніми десятиліттями лапароскопічний спосіб виконання проктоколектомії набуває значного практичного застосування,

проте досі залишаються відкритими питання про ефективність і доцільність застосування цього способу оперування з метою

хірургічного лікування хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) і хворобу Крона (ХК) товстої кишки [1; 2].



**Мета** дослідження — окреслити перспективи застосування лапароскопічних технологій для виконання тотальної проктоколектомії та створення тонкокишкового резервуара у хворих на НБК і ХК на підставі аналізу безпосередніх і віддалених результатів лапароскопічних операцій у 53 пацієнтів.

Протягом 1999–2014 рр. у проктологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 18 виконано проктоколектомію лапароскопічним способом 53 хворим на дифузні запальні ураження товстої кишки. Серед них НБК виявлено у 32 пацієнтів, ХК — у 21. Середній вік пацієнтів — 34 роки (від 19 до 56). Первинну реконструктивну проктоколектомію з трансанальною мукозектомією і тонкокишковим резервуарно-анальним анастомозом виконали 5 хворим на НБК. Первинну реконструктивну колектомію, низьку передню резекцію прямої кишки з тонкокишковим резервуарно-ректальним анастомозом проведено 8 пацієнтам із ХК товстої кишки. Трьом пацієнтам із ХК, ураженнями анального каналу і промежини виконали проктоколектомію з первинною екстирпацією прямої кишки.

За невідкладними показаннями до хірургічного лікування виконали консервативну колектомію (тотальну колектомію з обструктивною передньою резекцією прямої кишки і термінальною ілеостомією) у 37 хворих. Пізніше, упродовж 4–26 міс. спостереження за цими хворими, у 17 пацієнтів виконали реконструктивну операцію як другий етап хірургічного лікування (у 14 пацієнтів — трансанальну мукозектомію, тонкокишковий резервуарно-анальний анастомоз, а у 3 пацієнтів — тонкокишковий резервуарно-ректальний анастомоз. У 2 хворих довелося виконати екстирпацію кукси прямої кишки (як другий етап хірургічного лікування) у зв'язку з прогресуванням запальних змін слизової оболонки кукси прямої кишки та руйнуванням анального сфинктера. Тонкокишкові ре-

зервуари формували екстракорпорально. Їх функціональну ємність розраховували за оригінальною методикою [2]. Тонкокишкові резервуари були двох типів: J-подібної форми (у 24 пацієнтів) і S-подібної форми (у 6 пацієнтів). Резервуарно-анальні анастомози накладали ручним швом трансанально. Резервуарно-ректальні анастомози виконували за допомогою циркулярного ендостеплера [3].

Реєстрували інтраопераційні, післяопераційні ускладнення, віддалені результати операції (частота рецидивів ХК, функціональні результати).

Інтраопераційні ускладнення, що призвели до переходу (конверсії) на лапаротомію, трапилися у 3 (5,7 %) хворих: у 2 хворих виникла невпинна кровотеча з гілок внутрішньої клубової вени, а в 1 хворого утворився дефект стінки прямої кишки після невдалого використання лінійного ендостеплера.

В 1 пацієнта під час мукозектомії травмовано внутрішній анальний сфинктер. У післяопераційному періоді розвинулась анальна інконтиненція, паралельно утворився пресакральний синус. Тонкокишковий резервуар було відключено відвідною ілеостомією.

Ще в 1 пацієнта після виконання консервативної колектомії над куксою прямої кишки утворився тазовий абсцес, який дренивали через куксу прямої кишки. Згодом сформувався пресакральний синус. Під час виконання другої, відновної, операції, а саме під час виділення кукси прямої кишки від фіброзних зрощень, у пресакральному просторі було поранено задню стінку сечового міхура, оскільки в результаті запального процесу сечовий міхур «приріс» до пресакральної фасції і заблокував вхід до тазового дна. Ускладнення було ліквідовано лапароскопічно (стінка сечового міхура була зашита під контролем цистоскопії). Після цього випадку щоразу перед другим, реконструктивним, етапом операції прово-

дили поглиблене дослідження тазових органів із застосуванням контрастної цистографії, комп'ютерної томографії. Під час лапароскопічного втручання проводили світлопровідні стенти у сечовивідні шляхи з метою їх трансілюмінації. У 3 пацієнтів, у яких після консервативної колектомії виник пресакральний синус над куксою прямої кишки, а також був фіксований до пресакральної фасції сечовий міхур, другий, реконструктивний, етап операції лапароскопічним способом пройшов без ускладнень.

В 1 хворого на НБК на другий день після первинної відновної проктоколектомії виникла недостатність резервуарно-ректального анастомозу. В ургентному порядку було сформовано відвідну ілеостому. Після цього ускладнення у всіх наступних випадках виконання тонкокишково (резервуарно)-анальних чи резервуарно-ректальних анастомозів формували тимчасову відвідну ілеостому планово. Така тактика виявилася слушною також для пацієнтів із ХК, у яких після виконання первинно відновної проктоколектомії з формуванням ілеоректального анастомозу у післяопераційному періоді виникав ранній рецидив хвороби у куксі прямої кишки.

Віддалені функціональні результати реконструктивних операцій простежені у 28 пацієнтів. У 2 (7,1 %) хворих виник рецидив запалення у куксі прямої кишки, ще у 2 хворих — запалення слизової оболонки тонкої кишки у резервуарі (*pouchitis*). Ці пацієнти постійно отримують курси протирецидивної терапії ХК. В 1 пацієнтки утворилася періанальна фістула кишкового резервуара. У 3 хворих після консервативної колектомії виникла непрохідність тонкої кишки.

Статистично достовірної різниці між функціональними результатами залежно від форми кишкового резервуара (S-чи J-подібної) або від способу анастомозування (резервуарно-анальні чи резервуарно-рек-



тальні) не виявлено. Тому останніми роками формували тонкокишкові резервуари простої, J-подібної, форми. Середня частота акту дефекації через 6 міс. після закриття тимчасової відвідної ілеостоми становила (6,1±1,9) рази на добу (у тому числі 1–2 рази уночі). Через 12 міс. після операції даний показник практично не змінився — 5,7±2,1. Переважна більшість (80,9 %) пацієнтів мали здатність затримувати акт дефекації протягом 15 хв після імперативного позиву спорожнити кишку, що відображає досить високу «резервуарність» неоректума і достатнє для утримання кишкового вмісту вольове зусилля анального сфінктера.

### Висновки

1. На даному етапі опрацювання проблеми хірургічного лікування хворих на НВК за операцію вибору вважаємо первинну реконструктивну проктоколектомію лапароскопічним способом з екстракорпоральним формуванням тонкокишкового резервуара, трансанальним виконанням мукозектомії, ручним накладанням резервуарно-анального анастомозу. Перспективним є впровадження у широку практику цілковито лапароскопічного способу формування тонкокишкового резервуара і трансанального видалення макро-

препарату (без мінілапаротомії).

2. При хворобі Крона товстої кишки можна отримати успішні віддалені результати від виконання тотальної колектомії лапароскопічним способом з формуванням первинно ілео (резервуарно)-ректальних анастомозів. Але при цьому завжди є ризик рецидиву хвороби, особливо поблизу кишкових анастомозів.

3. За умов, коли важко провести диференційний діагноз між НВК і ХК товстої кишки, а також при тяжкому ускладненому перебігу хвороби, доцільно розділити хірургічне лікування на два етапи: спочатку виконати тотальну колектомію з обструктивною низькою передньою резекцією прямої кишки і термінальною ілеостомією, а через 8–12 міс. потім визначити характер другого етапу операції. Залежно від особливостей морфологічних змін у куксі прямої кишки це може бути або трансанальна мукозектомія з формуванням тонкокишкового резервуарно-анального анастомозу, або накладання ілеоректального анастомозу, або ж екстирпація кукси прямої кишки доступом із промежни.

4. Чітке визначення топографії тазових органів, судин, нервів, особливо під час повторних операцій, лежить в основі профілактики інтраоперацій-

них ускладнень. Тому у подальших дослідженнях варто провести оцінку способів інтраопераційної цисто- й ендoureteroілюмінації з метою покращання якості лапароскопічної візуалізації сечовивідних шляхів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients* / V. W. Fazio, R. P. Kiran, F. H. Remzi [et al.] // *Ann Surg.* – 2013. – N 4. – P. 679–685.

2. Кучер М. Д. Лапароскопічна проктоколектомія у лікуванні 41 хворого на неспецифічний виразковий коліт та родинний аденоматозний поліпоз товстої кишки / М. Д. Кучер, М. І. Криворук // *Львівський медичний часопис. Acta Medica Leopoliensia.* – 2010. – № 4. – С. 91–94.

3. *Heald R. J. Stapled ileo-anal anastomosis: a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation* / R. J. Heald, D. R. Allen // *Br J Surg.* – 1986. – Vol. 73. – P. 571–572.

### REFERENCES

1. Fazio V.W., Kiran R.P., Remzi F.H. et al. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. *Ann Surg* 2013; 257 (4): 679-685.

2. Kucher M.D., Kryvoruk M.I. Laparoscopic proctocolectomy for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis in 41 patients. *Lvivskyi medychnyi chasopys. Acta Medica Leopoliensia* 2010; 16 (4): 91-94.

3. Heald R.J., Allen D.R. Stapled ileo-anal anastomosis: a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation. *Br J Surg* 1986; 73 (7): 571-572.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.345-006.6+616.348-089.8

Т. І. Тамм, О. П. Захарчук, В. В. Непомнящий, І. О. Дворнік

## ПРИЧИНИ УСКЛАДНЕНЬ І КОНВЕРСІЙ ПРИБА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ РЕЗЕКЦІЯХ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

УДК 616.345-006.6+616.348-089.8

Т. И. Тамм, А. П. Захарчук, В. В. Непомнящий, И. А. Дворник  
ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И КОНВЕРСИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ОБОДочНОЙ КИШКИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В статье проанализированы результаты лечения 48 больных раком ободочной кишки различной локализации, лечение которых осуществлялось с помощью лапароскопического метода. Установлено, что для выполнения лапароскопических методик необходимо провести ректаль-

