

УДК: 616.34-08

DOI: 10.37621/JNAMSU-2023-1-2-5

«Журнал НАМН України» | 2023 | т. 29 | № 1-2 | С. 55-72

СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКА

О. І. Пойда¹, В. М. Мельник¹, М. Д. Кучер¹, Т. Г. Кравченко¹, М. І. Криворук²

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бульвар Тараса Шевченка, 13, Київ 01601, Україна

²КНП «Київська міська клінічна лікарня № 18», бульвар Тараса Шевченка, 17, Київ 01601, Україна

Вступ. Збагачення знань в галузі етіології та патогенезу, удосконалення наявних і розробка нових методів і технологій, стратегії й тактики при запальних захворюваннях кишечника (ЗЗК) сприятимуть покращенню результатів їх діагностики та лікування.

Мета: покращити результати лікування пацієнтів на ЗЗК шляхом розробки та впровадження стратегії й тактики їх діагностики та лікування.

Матеріал і методи. Розроблена і впроваджена в практику сучасна стратегія і тактика діагностики та лікування ЗЗК. Вони передбачають удосконалення діагностики та диференціальної діагностики захворювань, обґрунтування і вибір оптимального персоналізованого методу лікування, залежно від особливостей клінічного перебігу, тяжкості стану пацієнта, наявного ризику виникнення ускладнень.

Результати. За період з 2013 до 2022 року в Українському колопроктологічному центрі на лікуванні з приводу ЗЗК перебувало 1340 пацієнтів, 732 (54,6 %) чоловіків та 608 (45,4 %) жінок. З приводу виразкового коліту – 812 (60,6 %), ХК – 528 (39,4 %). Консервативну терапію отримували 1107 (82,6 %) пацієнтів, хірургічне лікування – 233 (17,4 %). Післяопераційні ускладнення виникли у 37 (15,9 %), летальні наслідки – у 5 (2,1 %). В групі пацієнтів консервативного лікування отримано позитивний терапевтичний ефект, відзначені якісніші морфологічні зміни слизової оболонки кишкового каналу. У пацієнтів після хірургічного лікування спостерігали сприятливі функціональні результати та покращення якості життя.

Висновки. 1. Консервативне лікування передбачає використання сучасних вискоєфективних препаратів, які спроможні модифікувати перебіг ЗЗК і, таким чином, запобігти виникненню ускладнень. 2. Вибір хірургічної стратегії й тактики є обґрунтованим, за наявності високого ризику несприятливого перебігу ВК і ХК, а також розвитку ускладнень, що створюють загрозу для життя хворого. 3. Впровадження в клінічну практику відпрацьованої стратегії й тактики при ЗЗК дозволило збільшити до 82,6 % кількість пацієнтів, яким показана консервативна терапія, зменшити ризик виникнення рецидивів захворювань, кількість хірургічних втручань до 17,4 %, збільшити виконання хірургічних втручань за відносними показаннями до 62,5 % без наявних тяжких ускладнень захворювань, зменшити частоту післяопераційних ускладнень до 15,9 %, післяопераційну летальність до 2,1 %, покращити функціональні результати та якість життя оперованих пацієнтів.

Ключові слова: кишечник, запальні захворювання, діагностика, лікування.

Відомості про авторів

Пойда Олександр Іванович – д. м. н., проф., завідувач кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, *ORCID: 0000-0001-9443-6304*;

Мельник Володимир Михайлович – д. м. н., професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, *ORCID: 0000-0003-4788-546X*;

Кучер Микола Дмитрович – д. м. н., професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, *ORCID: 0000-0002-7289-3376*;

Кравченко Тетяна Георгіївна – к. м. н., доцент кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, *ORCID: 0000-0002-6926-9855*;

Криворук Мирослав Іванович – к. м. н., завідувач проктологічного відділення КНП «Київська міська клінічна лікарня № 18», *ORCID: 0000-0003-2976-6387*.

Для цитування: Пойда ОІ, Мельник ВМ, Кучер МД, Кравченко ТГ, Криворук МІ. Сучасна стратегія і тактика при запальних захворюваннях кишкового тракту. Журнал Національної академії медичних наук України. 2023;29(1-2);55-72. DOI: 10.37621/JNAMSU-2023-1-2-5.

Стаття надійшла до редакції 27.12.2022 року

Направлена на рецензування 02.02.2023 року

Прийнята до публікації 07.04.2023 року

MODERN TREATMENT MANAGEMENT STRATEGY FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Olexander I. Poida¹, Volodymyr M. Melnyk¹, Mykola D. Kucher¹, Tetiana G. Kravchenko¹, Myroslav I. Kryvoruk²

¹ *O. O. Bogomolets National Medical University, Taras Shevchenko Boulevard, 13, Kyiv 01601, Ukraine*

² *UNCE (Utility non-commercial enterprise) «Kyiv City Clinical Hospital №18», Taras Shevchenko Boulevard, 13, Kyiv 01601, Ukraine*

Introduction. Enrichment of knowledge in etiology and pathogenesis, improvement of existing and development of new methods and technologies, strategies and tactics for IBD will contribute to improving the results of their diagnosis and treatment.

The aims. To improve the treatment results of patients with IBD by developing and implementing modern treatment management strategies for their diagnosis and treatment.

Material and methods: The modern diagnostic and treatment management of IBD has been developed and put into practice. It provides for the improvement of diagnosis and differential diagnosis of diseases, justification and selection of the optimal personalized method of treatment, depending on the characteristics of the clinical course, the severity of the patient's condition, and the existing risk of complications.

Results. From 2013 to 2022, 1340 patients, 732 (54.6 %) men and 608 (45.4 %) women with IBD were treated at the Coloproctology Center of Ukraine. There were 812 (60.6 %) patients with ulcerative colitis and 528 (39.4 %) with CD. Conservative therapy received 1107 (82.6 %) patients, and surgical treatment – 233 (17.4 %). Postoperative complications occurred in 37 (15.9 %) patients, and deaths – were in 5 (2.1 %). All patients in the conservative treatment group had positive therapeutic dynamics, and improvement of morphological changes in the intestinal mucosa according to the control colonoscopy and biopsy. Positive functional results and life quality improvement were obtained in most patients after surgical treatment.

Conclusion. 1. Conservative treatment involves the use of modern and highly effective drugs that can modify the course of IBD and thus prevent complications. 2. The choice of surgical strategy and treatment tactics is reasonable in the presence of a high risk of adverse course of UC and CD, as well as the development of complications that pose a threat to the patient's life. 3. Implementation of the proven treatment management for inflammatory bowel disease allowed: to increase to 82.6 % the number of patients who are indicated conservative therapy and reduce the risk of recurrence of these diseases; to decrease the number of surgical interventions to 17.4 %, increase the performance of surgical interventions according to relative indications to 62.5 %, even before the occurrence of severe complications of diseases; reduce the incidence of postoperative complications to 15.9 %, postoperative mortality to 2.1 %, and improve functional outcomes and quality of life of operated patients.

Keywords: bowel, inflammatory diseases, diagnosis, treatment.

Information about authors

Olexander I. Poida – Dr Sci. (Medicine), Prof., Head of the Department of Surgery # 1, O. O. Bogomolets National Medical University, *ORCID: 0000-0001-9443-6304*;

Volodymyr M. Melnyk – Dr Sci. (Medicine), Professor of the Department of Surgery # 1, O. O. Bogomolets National Medical University, *ORCID: 0000-0003-4788-546X*;

Mykola D. Kucher – Dr Sci. (Medicine), Professor of the Department of Surgery # 1, O. O. Bogomolets National Medical University, *ORCID: 0000-0002-7289-3376*;

Tetiana G. Kravchenko – Cand. Sci. (Medicine), Docent of the Department of Surgery # 1, O. O. Bogomolets National Medical University, *ORCID: 0000-0002-6926-9855*;

Myroslav I. Kryvoruk – Cand. Sci. (Medicine), Head of the Proctology Department, UNCE «Kyiv City Clinical Hospital №18», *ORCID: 0000-0003-2976-6387*.

For citation: Poida OI, Melnyk VM, Kucher MD, Kravchenko TG, Kryvoruk MI. Modern treatment management strategy for inflammatory bowel diseases. Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. 2023;29(1-2);55-72. DOI: 10.37621/JNAMSU-2023-1-2-5.

The article was received 27.12.2022

For review, 02.02.2023

Accepted for publication 07.04.2023

Olexander I. Poida

ORCID: 0000-0001-9443-6304

poyda1409@gmail.com

ВСТУП

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК), а саме виразковий коліт (ВК) та хвороба Крона (ХК), є достатньо поширеними. Загальна кількість хворих, не зважаючи на значні покращення діагностики та лікування цих захворювань, не зменшується [1-3]. Це обумовлено наявними на сьогодні проблемами ЗЗК: молодим, працездатним віком більшості пацієнтів, недостатньою вивченістю етіології та патогенезу, вимушеним проведенням, досить часто упродовж всього життя, протизапального, симптоматичного, а не етіопатогенетичного консервативного лікування, значним обсягом хірургічних втручань, багатоетапною, достатньо тривалою фізичною, соціально-трудовою реабілітацією, психоемоційною адаптацією оперованих пацієнтів [4-6]. Тому значне покращення результатів лікування ЗЗК можливе лише за умов постійного збагачення наших знань щодо етіології та патогенезу цих захворювань, удосконалення наявних методів і технологій

діагностики, вибору, оцінки й аналізу методів лікування. Набутий світовою та вітчизняною медициною досвід діагностики та лікування ЗЗК обґрунтовано і переконливо свідчить про необхідність перегляду чинних положень і точок зору щодо стратегії й тактики їх лікування [7-9].

Щодо удосконалення стратегії й тактики при ЗЗК заслуговує на увагу досвід Українського центру колопроктології на базі проктологічного відділення КНП «Київська міська клінічна лікарня № 18», як провідного клінічного закладу лікування цих захворювань, який є базою кафедри хірургії №1 НМУ імені О.О. Богомольця. Вказаний центр заснований у 1986 році наказом МОЗ України, як «Український проктологічний центр», його статус з назвою «Українського центру колопроктології» підтверджено спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України та головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації від 14.09.2011 року N 591/79/362 – на сьогодні він існує вже 36 років. Центр створено на базі проктологічного відділення клінічної районної лікарні № 22 (нині КНП «Київська міська клінічна лікарня № 18») м. Києва, яке було відкрито у 1974 році, після реконструкції хірургічного корпусу. За роки існування проктологічного відділення та Центру захищено 9 докторських та 45 кандидатських дисертацій, отримано більше ніж 150 авторських свідоцтв та патентів України на винаходи, опубліковано понад 1000 наукових статей, видано 7 монографій.

З урахуванням вказаного наукового і практичного досвіду за роки надання високоспеціалізованої колопроктологічної допомоги формувалися і змінювалися клінічні положення і точки зору щодо діагностики та лікування хворих на ЗЗК. Перш за все це стосувалося об'єктивізації та оптимізації діагностики, оцінки й аналізу отриманих результатів досліджень, вибору методів лікування, прогнозування перебігу, в тому числі і ймовірності розвитку ускладнень, обґрунтування своєчасних показань та використання ефективних методів хірургічного лікування, особливостей післяопераційного моніторингу. Безумовно, в основі вказаних змін були прагнення покращити результати лікування, в першу чергу – консервативного, медикаментозною модифікацією перебігу захворювання, а в другу чергу – намагання зменшити післяопераційні ускладнення й летальність, покращити фізичну та соціально-трудова реабілітацію оперованих хворих.

Метою дослідження було покращити результати лікування пацієнтів на ЗЗК шляхом розробки та впровадження стратегії й тактики їх діагностики та лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Багаторічний досвід роботи дозволив співробітникам кафедри хірургії №1 та Центру сформулювати сучасну стратегію при ЗЗК. Вона полягає в наступному:

1. Діагностиці та диференціальній діагностиці цих захворювань.
2. Обґрунтуванні та виборі оптимального персоналізованого методу лікування у кожному конкретному випадку, зокрема:
 - тільки консервативного;
 - консервативного з оцінкою ефективності, за відсутності позитивного результату – хірургічного;
 - тільки хірургічного (з наступною протирецидивною терапією при ХК).

Як бачимо, сучасна стратегія лікування ВК та ХК обов'язково повинна починатися зі своєчасної комплексної діагностики та диференціальної діагностики захворювання, що є важливим елементом організації надання медичної допомоги цим хворим. Важливою є правильна оцінка результатів дослідження з урахуванням відсутності достатніх знань про етіологію та патогенез ЗЗК (як біологічної проблеми), а відповідно і розуміння недостатньої медикаментозної «керованості» їх перебігу.

Сучасна комплексна діагностика ВК та ХК повинна включати:

1. Загальноклінічні обстеження:
 - аналіз скарг і анамнезу захворювання;
 - аналіз результатів об'єктивних методів дослідження.

2. Лабораторні методи дослідження (крові, сечі, калу).
3. Спеціальні методи дослідження товстої кишки:
 - проктологічне обстеження (огляд перианальної ділянки, пальцьове дослідження прямої кишки, аноскопію, ректороманоскопію);
 - колоноскопію (ілеоколоноскопію) з ендосонографією (особливо при ХК);
 - рентгенологічне дослідження (іригоскопію, дослідження транзиту по травному каналу та ін.);
 - КТ, МРТ (КТ- або МРТ- ентеро-, колонографію);
4. Гастродуоденоскопію з ендосоноскопією.
5. Капсульну ендоскопію та ентероскопію.
6. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого таза;
7. Морфологічні методи дослідження - аналіз біопсійного матеріалу, отриманого під час ендоскопічних досліджень з уточненням ділянок його забору завдяки використанню фотодинамічної діагностики, хромоколоноскопії, вузькоспектральної та збільшувальної ендоскопії.

Слід звернути увагу, що перелічені методи дослідження повинні бути обов'язковими, якщо діагностика проводиться відповідально, тим більше, що її можливості останніми роками значно розширилися, що в більшості випадків дозволяє обґрунтовано встановити діагноз захворювання та обрати правильну стратегію і тактику лікування.

Дуже важливим, як представлено в стратегії, є проведення диференціальної діагностики ВК та ХК, оскільки відомо ряд захворювань, що мають подібні клінічні та морфологічні ознаки, але відрізняються за етіологією і патогенезом та, відповідно, зовсім іншими методами лікування.

Це наступні захворювання:

1. Інфекційний коліт (туберкульозний, ієрсиніозний, амєбіазний, цитомегаловірусний, клостридіальний, ВІЛ асоційований).
2. Неінфекційні коліти (ішемічний, променевий, дивертикулярний, диверсійний, індукований нестероїдними протизапальними препаратами, псевдомембранозний, колагенозний або лімфоцитарний).
3. Лімфома або рак товстої кишки.

Стосовно ілеїту при ХК, що займає в структурі інших захворювань травного каналу від 3,7 до 39,2 %, то його також необхідно диференціювати з багатьма захворюваннями, зокрема:

1. Інфекційними ілеїтами – найбільш частими у 40–60%, залежно від географічного регіону: ієрсиніозним, сальмонельозним, клостридіальним, антибіотикоасоційованим, туберкульозним, актиномікозним, цитомегаловірусним.
2. Неінфекційними: анізакідозом, гістоплазмозом, ілеїтом асоційованим зі спондилоартропатіями, ілеїтом при системних васкулітах, неоклюзивною мезентеріальною ішемією, пухлинами тонкої кишки, медикаментозно-індукованим ілеїтом, ендометріозом, реактивним (поворотним) ілеїтом при ВК.
3. Системними захворюваннями: еозинофільний гастроентерит, саркоїдоз, амілоїдоз.
4. Медикаментозно-індукованими ентеропатіями.

При обґрунтуванні вибору методу лікування ВК і ХК враховуємо наступні критерії: вік пацієнта, поширеність та активність запального процесу, глибину ураження стінки кишечника, тяжкість клінічного перебігу, особливості виникнення і розвитку захворювання, його тривалість, ефективність раніше проведеного консервативного лікування, переносимість, наявність позакишкових проявів, гострих або хронічних ускладнень, даних патоморфологічного дослідження.

На жаль, з урахуванням відсутності достатніх і необхідних знань щодо етіології та патогенезу ВК та ХК, можливості на сучасному етапі проводити відповідну етіопатогенетичну терапію через відсутність відповідних препаратів, неможливо забезпечити достатньо ефективну керуваність перебігом захворювання. Це часто призводить до

руйнування стінок кишечника, внаслідок порушення біологічної герметичності слизової оболонки, виникнення значних морфологічних змін як слизової, так і інших шарів стінки кишкового каналу, що свідчить про недостатню ефективність сучасної консервативної терапії.

Тому важливим при обґрунтуванні вибору методу лікування є введення поняття «незворотні зміни стінки тонкої й товстої кишки при ВК та ХК». Зазначені зміни слід встановлювати за даними ендоскопії, ендосоноскопії, іригоскопії, КТ, МРТ, патогістологічного дослідження. Вважаємо, що незворотні зміни характеризуються трансмуральними порушеннями (руйнуванням) структури шарів стінки кишечника. Зазначені порушення виникають внаслідок генетично обумовленої неповноцінності кишкового бар'єра й аутоімунного гострого або хронічного запалення, що супроводжується порушенням мікроциркуляції та, як наслідок, критичною ішемією з подальшим некрозом тканин, що в більшості випадків завершується розвитком гострих і хронічних ускладнень.

На підставі відомих на сьогоднішні дані про етіологію і патогенез, патофізіологічні та патоморфологічні процеси в тканинах стінки товстої кишки при ВК ми виділяємо наступні критерії незворотних змін:

- відсутність слизової на значних ділянках товстої кишки - наявність «виразкових озер (III ступінь активності процесу);
- наявність дисплазії тяжкого ступеня (Д-III) – інтраепітеліальної неоплазії;
- витончення стінки товстої кишки з рубцевою деформацією і порушенням структури її шарів;
- наявність ділянок стійкого розширення або звуження просвіту товстої кишки (формування стриктури або токсичної дилатації);
- ригідність стінки товстої кишки, відсутність гаустр, випрямлення всієї кишки, наявність дефектів наповнення, обумовлених наявними псевдополіпами.

Подібні критерії незворотних змін визначаємо при ХК:

- дисплазія слизової тяжкого ступеня (Д-III) – інтраепітеліальна неоплазія;
- виражене потовщення, ущільнення і деформація стінки кишкового каналу з наявним фіброзом всіх шарів (за даними ендосоноскопії, КТ і МРТ);
- множинні білясті рубці слизової (довжиною від 4-5 мм до 30-40 мм), що деформують просвіт органу, псевдодивертикули, що визначаються ендоскопічно.

Наявність вказаних критеріїв незворотних морфологічних змін стінки товстої й тонкої кишок безумовно і переконливо свідчать про тяжкість ураження, дозволяє прогнозувати особливості його перебігу, ймовірність (а інколи й неминучість) виникнення гострих та хронічних ускладнень.

Сьогодні для оптимізації лікування ЗЗК все більш актуальним стає прогнозування несприятливого перебігу та розвитку ускладнень. Нами обґрунтовані та відпрацьовані відповідні фактори ризику, за наявності яких є висока ймовірність несприятливого перебігу і виникнення ускладнень ВК та ХК.

До них відносимо:

- початок захворювання у пацієнтів молодого віку (до 30 років);
- незворотні зміни стінки травного каналу;
- активність процесу III ступеня при ВК, виражені зміни (III ступеня) слизової оболонки та інших шарів стінки кишки при ХК за даними ендоскопічного дослідження, у т.ч. ендосоноскопії;
- тотальне ураження товстої кишки, як ознака агресивного перебігу захворювання;
- ізольоване ураження ділянки ілео-цекального переходу при ХК, в якому захворювання протікає найбільш агресивно;
- ураження перианальної ділянки при ХК;
- рецидивуючий ремітуючий перебіг захворювань з постійними й частими загостреннями та зростанням тяжкості внаслідок скорочення кількості та тривалості періодів ремісій;

- безперервний перебіг захворювань (протягом 1,5 і більше років).
- резистентність до консервативної терапії;
- виражені побічні ефекти консервативної терапії;
- неможливість проведення консервативної терапії (непереносимість препаратів, неможливість фінансового забезпечення лікування);
- гормонозалежна або гормонорезистентна форми ВК та ХК.

Наявність вказаних факторів ризику високої ймовірності несприятливого перебігу та виникнення ускладнень створюють негативний вплив на подальше консервативне лікування. Вони є вагомою підставою до зміни лікувальної тактики та вказують на доцільність хірургічного лікування. Важливою для хворого і для лікаря є можливість виконання саме планового хірургічного втручання. Тому наявність вказаних чинників ризику варто трактувати, як агресивний і ускладнений перебіг ЗЗК і розглядати як відносні показання до хірургічного лікування.

Небезпечним хронічним ускладненням ВК та ХК є малігнізація. Вона створює онкологічну проблему, як додатковий негативний чинник на подальший перебіг захворювання. Відомо, що ЗЗК є передраковими станами. Оскільки рак при цих захворюваннях зустрічається у 7-35 % випадків і залежать, в основному, від терміну перебігу й агресивності запального процесу.

Враховуючи світовий і вітчизняний досвід, в тому числі досвід нашої кафедри й Центру, важливим є виділення і врахування при визначенні лікувальної тактики факторів ризику малігнізації при ВК та ХК:

- тривалість захворювання упродовж 8 років і більше;
- хронічний безперервний перебіг захворювання;
- хронічний рецидивуючий, ремітуючий перебіг;
- резистентність до консервативної терапії (в тому числі, гормонозалежні й гормонорезистентні форми);
- дисплазія тяжкого ступеня (інтраепітеліальна неоплазія);
- тотальне ураження товстої кишки;
- виражені зміни (III ступеня) слизової оболонки за даними ендоскопічного дослідження, а також ендосоноскопії;
- стриктура товстої кишки;
- первинносклерозуючий холангіт;
- дані імуногістохімічного дослідження: підвищення проліферативної активності епітеліоцитів, зниження рівня апоптозу при ВК,
- наявність низького рівня апоптозу при ХК.

Слід зауважити, що такий фактор ризику малігнізації, як первинносклерозуючий холангіт є позакишковим проявом ЗЗК, а також свідченням їх агресивного перебігу в загальнобіологічному розумінні - глибокого порушення клітинного і гуморального імунітету, що звичайно обумовлює виникнення і розвиток онкологічного процесу.

Для ВК особливості хірургічного лікування полягають в наступному:

- необхідність його використання у 15-25 % хворих;
- виконання значного обсягу втручань, що інвалідизують хворих;
- труднощах хірургічної реабілітації;
- необхідності створення нових анатоμο-функціональних конструкцій – тонкокишкових резервуарів та ілеоендоанальних анастомозів для покращення функції кишкового травлення та всмоктування, анального тримання, якості життя оперованих хворих.

При ХК до особливостей хірургічного лікування відносимо:

- хірургічний метод лікування протягом життя вимушено використовують у 70-90 % хворих у зв'язку з виникненням тяжких гострих і хронічних ускладнень, перебігом захворювання, що прогресує;

- ймовірність рецидиву захворювання протягом 5-20 років після раніше проведених хірургічних втручань становить 33-56 % (44-71 % - протягом перших 1,5-10 років);
- необхідність повторних операцій, після двох і більше раніше виконаних, приблизно така ж як і після первинної операції. В середньому хворі потребують повторної операції кожні 10 років.

В цілому до хірургічного лікування ЗЗК з урахуванням його особливостей слід відноситися, як до вимушеного «рятівного» заходу. Безумовно перехід від неефективного консервативного лікування до хірургічного, а також вибір лише хірургічного лікування повинен відбуватися за наявності обґрунтованих показань відповідно до положень відпрацьованої сучасної тактики лікування ЗЗК.

Сучасна тактика хірургічного лікування ВК, відпрацьована кафедрою хірургії №1 з урахуванням власного багаторічного досвіду та відомих світових досягнень, представлена наступним чином:

1. Виконання хірургічних втручань при високому ризику виникнення ускладнень, які створюють загрозу для життя хворого.
2. Виконання одномоментних радикальних хірургічних втручань з первинним реконструктивно-відновним етапом, при відсутніх протипоказаннях.

Як бачимо на сьогодні існують чіткі переконання стосовно доцільності визначення показань і проведення хірургічного лікування до розвитку ускладнень ВК. Як же сьогодні визначити високий ризик виникнення ускладнень і виконати хірургічне втручання до їх виникнення? Мабуть, прийшов час ввести поняття «агресивного перебігу ВК», що характеризується наявністю вище вказаних факторів ризику несприятливого перебігу і виникнення ускладнень, клінічного і морфологічного прогресування захворювання, незворотних морфологічних змін стінки кишкового каналу, низькою або відсутньою ефективністю консервативного лікування. Хірургічне лікування в умовах ускладнень, що вже виникли є критичною ситуацією і загрозою для життя хворого. В таких випадках мова йде лише про «рятівну» операцію, без заходів хірургічної реабілітації, яка передбачає видалення товстої кишки, або лише сегменту кишкового каналу залежно від діагнозу основного захворювання та особливостей ураження. Безумовно в таких умовах проведення радикальної операції одночасно з реконструктивно-відновною не обґрунтовано і неможливо, оскільки ризик виникнення небезпечних для життя пацієнта ускладнень є надзвичайно високим. Таким чином, успішна реалізація вказаної сучасної стратегії хірургічного лікування ВК можлива лише за умов своєчасного і правильного вибору лікувальної тактики.

Відповідно до обраної хірургічної стратегії використовуємо при ВК та ХК наступну хірургічну тактику:

1. Обґрунтування показань до хірургічного лікування.
2. Вибір методу та обсягу хірургічного втручання.
3. Виконання радикального етапу операції при ВК та умовно радикального або лише паліативного - при ХК.
4. Обґрунтування доцільності та вибір методу реконструктивно-відновного етапу операції.
5. Прогнозування і профілактика післяопераційних ускладнень.
6. Адекватне ведення післяопераційного періоду.
7. Оцінка найближчих та віддалених результатів хірургічного лікування.

Зазначена тактика на сучасному етапі розвитку хірургії є обов'язковою при виконанні оперативних втручань пацієнтам на ВК та ХК. Вона найбільш досконала оскільки в переважній більшості випадків забезпечує збереження життя хворого, належний рівень фізичної та психоемоційної реабілітації.

Як бачимо, хірургічна тактика при ЗЗК починається з визначення обґрунтованих показань до хірургічного лікування.

Ми виділяємо абсолютні й відносні показання:

А. Абсолютні показання:

1. Гострі ускладнення:

- перфорація стінки кишкового каналу;
- поширений перитоніт (при фізичній герметичності стінки кишкового каналу), а також абсцес черевної порожнини;
- заочеревинний абсцес або флегмона;
- токсична дилатація товстої кишки;
- профузна кишкова кровотеча.

2. Хронічні ускладнення:

- запальні інфільтрати при ХК, що не піддаються консервативній терапії, особливо із залученням в процес сечовивідних шляхів – компресія сечоводу;
- формування внутрішніх і зовнішніх нориць при ХК, особливо з залученням в процес сечовивідних шляхів або внутрішніх та зовнішніх статевих органів;
- стриктура з ознаками хронічної обтураційної непрохідності;
- рак товстої кишки;
- перианальні ураження з руйнуванням сфінктерів прямої кишки, рецидивними парапроктитами, екстрасфінктерними норицями.

3. Варіанти клінічного перебігу захворювань:

- гостра (блискавична) форма ВК або ХК при тотальному ураженні товстої кишки, коли протягом 7-10 діб не вдається стабілізувати стан пацієнта;
- тяжкі хронічні рецидивуючі ремітуючі форми з тотальним ураженням товстої кишки за відсутності ефекту від комплексного (базисного) лікування протягом 3-4 тижнів.

Б: Відносні показання:

1. Хронічна рецидивуюча форма ВК або ХК, тотальне ураження товстої кишки, резистентність до консервативної терапії, ремітуючий перебіг з подальшим прогресуванням захворювання.
2. Хронічна безперервна форма ВК або ХК (тривалість понад 10 років), тотальне ураження товстої кишки, резистентність до консервативної терапії, інвалідизація хворих.
3. Стероїдозалежна та стероїдорезистентна форми ЗЗК.
4. Значні побічні ефекти від препаратів, що використовуються при консервативній терапії.
5. Виражені зміни слизової оболонки (за даними ендоскопії): відсутність слизової оболонки на значних ділянках товстої кишки - «виразкові озера» при ВК, наявність множинних пересічних, поперечних і поздовжніх виразок-тріщин з вибуханням слизової між цими виразками «феномен бруківки» при ХК, а також вогнищ неадекватної регенераторної активності слизової у вигляді запальних псевдополіпів.
6. Дисплазія слизової оболонки тяжкого ступеня (Д III).
7. Затримка росту і розвитку підлітків на фоні хронічного перебігу захворювання.
8. Позакишкові прояви захворювань (системні ускладнення).

Широкий спектр абсолютних і відносних показань до хірургічного лікування ВК та ХК свідчить не про надмірну хірургічну активність, а про вимушену обгрунтовану необхідність врятувати життя і забезпечити фізичну та соціально-трудова реабілітацію пацієнта.

Важливим є своєчасне визначення показань до хірургічного лікування, оскільки це дає можливість виконати саме планове хірургічне втручання з проведенням відповідної адекватної передопераційної підготовки. У післяопераційному періоді показаний довічний моніторинг стану здоров'я пацієнта та проведення протирецидивного лікування при ХК за визначеними призначеннями.

Слід підкреслити, що при хірургічному лікуванні ВК виконуємо радикальні (стосовно захворювання) втручання. Перший варіант хірургічного лікування передбачає

колпроктектомію (колектомію з екстирпацією прямої кишки) та формування довічної ілеостомі. Зазначений обсяг хірургічного втручання виконуємо при тотальному ураженні товстої кишки з руйнуванням стінок анального каналу та сфінктерного апарату прямої кишки. Другий варіант передбачає виконання колектомії з резекцією прямої кишки, формування кукси прямої кишки та ілеостомії. Цей обсяг хірургічного втручання показаний при неможливому за станом хворого виконанні первинного реконструктивно-відновного етапу. Третій варіант - колектомія з наднизькою резекцією прямої кишки, мукозектомією хірургічного анального каналу, первинною реконструктивно-відновною операцією шляхом формування тазового тонкокишкового резервуара та резервуаро-ендоанального або ілеоендоанального анастомозу. Слід зауважити, що при ВК колектомію з наднизькою резекцією прямої кишки радикальну частину операції завершує мукозектомія - видалення слизової оболонки хірургічного анального каналу – вхідних воріт через які можливе проникнення мікроорганізмів у стінку товстої кишки що призведе, внаслідок цього, до виникнення рецидиву захворювання.

При мукозектомії за наявного I-II ступеня активності запального процесу в дистальних відділах прямої кишки обґрунтовано і показано видалення лише слизової оболонки без підслизової основи, що зменшує травматичність цього етапу операції та кількість ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень (кровотечі, недостатності швів, вторинної анальної інконтиненції), оскільки мукозектомія при збереженні підслизової основи виключає травмування внутрішнього сфінктера прямої кишки. Це також сприяє покращенню загоєння в ділянці ілеоендоанального анастомозу і забезпечує, таким чином, більш сприятливу функцію анального тримання.

При виконанні другого варіанту радикального етапу хірургічного лікування, що передбачає збереження кукси прямої кишки, надалі у випадку прогресування некерованого запального процесу кукси прямої кишки та руйнування сфінктерного апарату прямої кишки куксу видаляємо з промежинного доступу. При цьому кінцеву ілеостому залишаємо як довічну, оскільки виконання реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання стає неможливим. Цей варіант завершення радикального хірургічного лікування є небажаним. Його виконуємо вимушено при руйнації захворюванням сфінктерів прямої кишки. У випадках, коли запальний процес у залишеній куксі прямої кишки достатньо «керований», тоді можливо й обґрунтовано виконання вторинної реконструктивно-відновної операції, під час якої спочатку дозавершуємо радикальний етап шляхом виконання резекції кукси та мукозектомії. Реконструктивно-відновний етап полягає у формуванні тазового тонкокишкового резервуара та резервуарно-ендоанального або ілеоендоанального анастомозу. Важливо, що з урахуванням сучасних досягнень та досвіду вказані операції можуть бути виконані з використанням лапароскопічних технологій.

Сучасна стратегія хірургічного лікування ХК відпрацьована нами на підставі власного багаторічного досвіду, та досвіду набутого в кращих клініках світу, вона представлена наступним чином:

1. Виконання хірургічних втручань при прогнозованому високому ризику виникнення ускладнень, які створюють загрозу для життя хворого.
2. Виконання органозбережних хірургічних втручань (відмова від необґрунтованих обширних резекцій).

Як бачимо, хірургічна стратегія при ХК відрізняється від такої при ВК. Перший пункт цієї стратегії залишається певною мірою дискусійним – від визначення показань до хірургічного лікування лише за наявності встановлених ускладнень ХК до розширення цих показань при агресивному та прогресивному перебігу захворювання у випадках неефективного консервативного лікування. Досвід кафедри хірургії №1 та Центру свідчить про те, що і при ХК також достатньо обґрунтованим є поняття «агресивного перебігу захворювання». Його особливість полягає в наявності вище вказаних факторів ризику несприятливого перебігу захворювання і виникнення ускладнень, клінічного і

морфологічного прогресування, незворотних морфологічних змін стінки кишкового каналу, низькій або відсутній ефективності консервативного лікування.

Другий пункт хірургічної стратегії при ХК обумовлений визнаними в світовій практиці особливостями хірургічного лікування цього захворювання:

1. Хірургічні втручання при ХК не є радикальними щодо захворювання за невивченістю його етіології та патогенезу.
2. Радикальним може бути хірургічне лікування лише ускладнень ХК (видалення ділянки тонкої або товстої кишки разом з зовнішніми або внутрішніми норицями або ділянками стриктури, пухлини за онкологічними принципами).
3. Значна ймовірність рецидиву захворювання в межах 33-56 % протягом 5-20 років після раніше проведених хірургічних втручань.
4. Необхідність виконання повторних операцій, після двох і більше раніше виконаних, приблизно така ж як і після первинної операції. В середньому хворі потребують повторної операції упродовж кожних 10 років.
5. Довічне диспансерне спостереження і проведення протирецидивної терапії, дають можливість зменшити число тяжких рецидивів до 24-28 %. При цьому вдається попередити необхідність виконання повторних резекцій кишечника.

У зв'язку з наявною біологічною проблемою при ХК існує достатньо висока ймовірність, майже у 60 % хворих, виникнення рецидиву захворювання з агресивним перебігом і наступним виникненням показань до повторних хірургічних операцій. Саме тому абсолютно обгрунтоване дотримання органозбережного принципу хірургічного лікування ХК, зокрема, видалення лише змінених ділянок кишкового каналу, оскільки досить ймовірні повторні резекції й кількість їх надалі залишається невизначеною. Відомо, що видалення лише товстої кишки організм людини в переважній більшості випадків компенсує. Водночас обгрунтована відмова від виконання обширної резекції тонкої кишки із-за значного ризику розвитку синдрому «короткої тонкої кишки» і, як наслідок, синдрому мальабсорбції з подальшою декомпенсацією системи травлення, поліорганною недостатністю і несприятливим наслідком. Тому, до вибору обсягу хірургічних втручань при ХК слід відноситися стримано. Так, наприклад, при ураженні ХК термінальної ділянки тонкої кишки та баугінієвої заглибини (найчастіша локалізація захворювання) показане видалення ділянки ілео-цекального переходу, термінальної ділянки клубової та сліпої кишки, формування терміно-латерального ілеоасцендо-анастомозу. При цьому виконання правобічної геміколектомії буде недоцільним із-за необгрунтованого збільшення обсягу цього хірургічного втручання.

Однак, при тотальному ураженні товстої кишки при ХК, за наявності відповідних показань, виникає необхідність у виконанні колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу, яка на сьогодні є стандартом хірургічного лікування ВК та родинного аденоматозного поліпозу. Реконструктивно-відновний етап після зазначеного обсягу радикального хірургічного втручання передбачає формування тазового тонкокишкового резервуара та ілеоендоанального анастомозу, багатьма авторами ставиться під сумнів навіть за відсутності ураження дистальних відділів тонкої кишки. Це обумовлено високим ризиком рецидиву захворювання у сформованому резервуарі, виникненням перианальних уражень, внутрішніх міжкишкових та зовнішніх кишкових нориць, що не виключає надалі необхідність виконання екстирпації хірургічного анального каналу, видалення резервуара та формування довічної ілеостоми.

Для зменшення ризику рецидиву ХК, або його попередження, у зазначеній категорії пацієнтів дотримуємося наступної опрацьованої хірургічної тактики:

Виконуємо радикальний етап хірургічного втручання не лише в обсязі колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу до зубчастої лінії, а також у видаленні термінальної ділянки тонкої кишки, протяжністю 12-15 см, в якому рецидив захворювання є найбільш ймовірним. Мукозектомію вважаємо надзвичайно важливим чинником радикалізму з урахуванням сучасних уявлень про

патогенез ХК, відповідно до яких захворювання виникає після проникнення бактеріальних агентів в стінку кишки через бар'єр слизової оболонки, що втратив резистентність.

Використовуємо диференційований підхід до вибору реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання у випадку можливості його виконання. Згідно з вказаним положенням реконструктивно-відновний етап виконуємо лише пацієнтам з незначним ризиком виникнення рецидиву захворювання в тонкій кишці, зокрема в резервуарі. До числа таких пацієнтів відносимо тих, у кого протягом всього періоду захворювання наявним було ураження лише товстої кишки.

Створюємо класичний J-pouch тазовий тонкокишковий резервуар, а також тазовий тонкокишковий резервуар нового типу з використанням атравматичних серозо-м'язових швів, без розтинання і зшивання стінок тонкої кишки. При цьому сформований резервуар нового типу не є новою «анатомічною місткістю» для накопичення вмісту тонкої кишки, а місткістю функціональною, в якій відбувається фізіологічна затримка просування вмісту уповільненням транзиту не тільки в самому резервуарі, а також в проксимальних до резервуара ділянках тонкої (здухвинної) кишки. Це збільшує час контакту вмісту тонкої кишки з поверхнею слизової оболонки, що обумовлює покращення перебігу процесів кишкового травлення та всмоктування. Саме в цьому полягає перевага резервуарних конструкцій нового типу над відомими аналогами.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За період з 2013 до 2022 року в Колопроктологічному центрі України на лікуванні з приводу ЗЗК перебувало 1340 пацієнтів, з них 732 (54,6 %) чоловіків та 608 (45,4 %) жінок. Вік цих пацієнтів становив в межах 18-43 років. З приводу ВК перебувало – 812 (60,6 %), ХК – 528 (39,4 %). У 162 (20,0 %) пацієнтів з ВК діагностували виразковий проктосигмоїдит, у 283 (34,8 %) - лівобічний, у 211 (25,9 %) - субтотальний, у – 156 (19,3 %) - тотальний ВК. Серед ускладнень ВК поширений перитоніт виник – у 24 (2,9 %) пацієнтів, внаслідок перфорації товстої кишки – у 9 (1,3 %), прикритої перфорації – у 7 (0,9 %), без ознак перфорації внаслідок транслокації мікрофлори через зруйновану патологічним процесом стінку товстої кишки - у 8 (1,0 %). Токсичну дилатацію товстої кишки діагностували – у 12 (1,4 %) пацієнтів, профузну кишкову кровотечу - у 6 (0,7 %). Серед хронічних ускладнень рак товстої кишки на тлі ВК було встановлено – у 6 (0,7 %) пацієнтів, нориці прямої кишки – у 3 (0,4 %), дисплазію тяжкого ступеня Д-III – у 31 (3,8 %), гормонозалежні та гормонорезистентні форми захворювання – у 79 (9,7 %), затримку росту та розвитку підлітків – у 8 (0,9 %), позакишкові прояви – у 92 (11,3 %).

У пацієнтів на ХК сегментарний коліт діагностовано – у 137 (25,9 %), сегментарний ілеоколіт – у 94 (17,9 %), цекоілеїт - у 124 (23,4 %), тотальне ураження товстої кишки – у 97 (18,5 %), тотальне ураження товстої кишки з термінальним ілеїтом – у 76 (14,3 %). Діагностували наступні гострі та хронічні ускладнення ХК: поширений перитоніт – у 11(2,1 %), запальні параколічні інфільтрати, що не піддавалися консервативному лікуванню – у 12 (2,3 %), профузні кишкові кровотечі – у 7 (1,3 %), внутрішні кишкові нориці - у 28 (5,3 %), зовнішні кишкові нориці – у 16 (3,0 %), у 7 (1,3 %) - нориці прямої кишки з руйнацією сфінктерів прямої кишки, стриктуру – у 24 (4,5 %), рак товстої кишки - у 5 (0,9 %), гормонозалежні та гормонорезистентні форми захворювання - у 52 (9,8 %), затримку росту і розвитку підлітків – у 7 (1,3 %), позакишкові прояви – у 47 (8,9 %). Внутрішні й зовнішні кишкові нориці виникали виключно у пацієнтів з ХК, переважно при локалізації ураження в термінальній ділянці клубової кишки та тонкокишково-сліпокишкового переходу, найчастіше за наявності стриктури клубової кишки проксимальніше ділянки її локалізації. Внутрішні нориці утворювались між петлями клубової кишки, клубовою кишкою та сліпою, дванадцятипалою, сечовим міхуром. У більшості випадків стриктури клубової кишки були тубулярними, однак незначної протяжності, до 8-10 см. В ділянці стриктури, крім склеротичних змін та потовщення стінки клубової кишки, наявними були зміни з боку

слизової оболонки у вигляді глибоких переважно поздовжніх виразок з вибуханням між ними шарів слизово-підслизового футляра та псевдополіпи, розташовані по краях цих виразок. Стриктурна товстої кишки найчастіше виникала на тлі тотального або субтотального її ураження. Вона локалізувалася в анатомічних відділах лівої її половини, зазвичай була достатньо протяжною, вражала значні ділянки сигмоподібної, низхідної ободових кишок, частково поперечної ободової кишки. У 58 (10,9 %) пацієнтів діагностували 2 ускладнення ХК, у 27 (5,1 %) – 3 ускладнення і більше.

Супутні захворювання у пацієнтів з ЗЗК спостерігали лише у 217 (16,2 %, зокрема, цукровий діабет, ожиріння, есенціальну тромбоцитопенію, варикозну хворобу вен нижніх кінцівок, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, хронічний пієлонефрит. Незначну кількість пацієнтів з наявними супутніми захворюваннями пояснюємо переважно молодим їх віком.

Оскільки відповідно до сучасних уявлень про етіологію і патогенез ВК та ХК зазначені захворювання є генетично обумовленими з ознаками аутоімунного перебігу, то згідно з вказаною вище стратегією вибору методу лікування вкрай важливим є визначення і дотримання показань до консервативної терапії.

До таких показань обгрунтовано відносимо:

1. Ураження сегменту товстої кишки при ВК (наприклад: проктит, проктосигмоїдит, лівобічний коліт).
2. I-II ступінь активності запалення слизової (Mayo 1-2) при ВК, I-II ступінь вираженості змін стінки травного каналу при ХК (SES-CD 3-15).
3. Відсутність за результатами біопсії дисплазії тяжкого ступеня (Д III) слизової оболонки товстої кишки.
4. Рецидивуючий інтермітуючий перебіг ВК або ХК.
5. Ефективність консервативного лікування за результатами клінічних та ендоскопічних досліджень.
6. Відсутність гострих ускладнень ВК і ХК.
7. Відсутність хронічних ускладнень та позакишкових проявів при I-II ступені активності запалення слизової при ВК і I-II ступені вираженості змін стінки травного каналу при ХК.
8. Відсутність затримки росту і розвитку підлітків на фоні хронічного перебігу ВК і ХК.

Консервативну терапію, як самостійний метод лікування, відповідно до опрацьованої стратегії лікування ВК та ХК, з урахуванням визначених показань, проводили 1107 (82,6 %) пацієнтам, переважно з середнім та тяжким клінічним перебігом, при I-III ступенях активності запального процесу при ВК та I-III ступенях вираженості запальних змін при ХК, за відсутності гострих ускладнень (перитоніту, токсичної дилатації, профузної кровотечі) та наступних хронічних ускладнень, зокрема, раку, стриктури з ознаками непрохідності, внутрішніх та зовнішніх нориць, які належать до переліку абсолютних показань до хірургічного лікування. Як базисну терапію переважно призначали похідні месалазину. При ВК – салофальк, асакол, при легких формах ХК – пентасу з урахуванням дії цього препарату переважно в тонкій кишці. При ХК - кортикостероїди топічної дії – пероральний будесонід при ураженні термінальної ділянки клубової кишки та правої половини товстої кишки. При наявних ураженнях дистальних відділів товстої кишки переважно призначали ректальні форми будесоніду та месалазину у вигляді свічок та клізм. За наявності середнього ступеня тяжкості та тяжкої форми ЗЗК, особливо ХК та позакишкових проявів захворювань використовували кортикостероїди системної дії (преднізолон, дексаметазон) в середніх загальноприйнятих терапевтичних дозах. Пацієнтам з наявною гормонозалежністю та гормонорезистентністю призначали тіопурини (імуносупресивна терапія), зокрема азатіоприн. Обмежено призначали імунобіологічні препарати, через їх фінансової недоступності для більшості пацієнтів та/або протипоказань до використання.

Важливим заходом консервативної терапії було покращення стану загального імунітету шляхом призначення імуномодуляторів загальної дії (аміксіну, імуналу, ербісолу), препаратів детоксикаційної терапії, зокрема, ентеросорбентів (полісорбу, ентеросгелю).

Хірургічне лікування здійснювали 233 (17,4 %) пацієнтам з ЗЗК, з них з приводу ВК – 128 (15,7 %), ХК – у 105 (19,8 %). За абсолютними показаннями при гострих ускладненнях ВК оперували – 42 (32,8 %) пацієнти, при ХК – 30 (28,6 %), за наявного поширеного перитоніту на тлі тотального ураження товстої кишки – 35 (15,0 %), токсичної дилатації товстої кишки – 12 (5,1 %), профузної кишкової кровотечі – 13 (5,6 %) від числа оперованих. Слід зазначити, що у 7 пацієнтів вказані гострі ускладнення виникли вже після госпіталізації на тлі агресивного перебігу основного захворювання під час проведення базисної та корегувальної інтенсивної терапії, яка була неефективною упродовж 7-10 днів. Особливість перитоніту у цих пацієнтів полягала в тому, що він був обумовлений прикритою перфорацією товстої кишки, або транслокацією мікроорганізмів через зруйновану запальним процесом стінку кишки без ознак перфорації.

Крім пацієнтів з зазначеними гострими ускладненнями, що виникли під час консервативного лікування на фоні гострого, агресивного перебігу ЗЗК 17 (7,3 %) пацієнтів були оперовані з приводу тяжких хронічних рецидивуючих, переважно ремітуючих форм цих захворювань, оскільки проведення базисної терапії вказаним пацієнтам упродовж 3-4 тижнів позитивного результату не дало. У цих пацієнтів під час виконання операції та при дослідженні видаленого макропрепарату були підтверджені незворотні зміни стінки товстої кишки, зокрема, потовщення та деформацію стінки товстої кишки внаслідок склеротичних змін, звуження просвіту, відсутність слизової на значних ділянках товстої кишки у зв'язку з наявністю широких «виразкових озер», псевдополіпи в ділянці країв цих озер, осередки дисплазії тяжкого ступеня (Д III) за даними гістологічного дослідження. Крім зазначених морфологічних змін стінки товстої та тонкої кишок у 131 (9,7 %) пацієнтів спостерігали гормонозалежні та гормонорезистентні форми захворювань, у 139 (10,3 %) - позакишкові системні ураження шкіри, суглобів, очей, у 15 (1,1 %) - затримку росту та розвитку підлітків. Слід зазначити, що вказані гострі та хронічні ускладнення спостерігалися у пацієнтів на ВК, а також на ХК переважно при тотальному або субтотальному ураженні товстої кишки. Саме тому, у зв'язку з поширеністю ураження товстої кишки, тяжкістю стану цих пацієнтів, обумовленого тривалим агресивним перебігом основного захворювання, наявними гострими та хронічними ускладненнями, значним ризиком тяжких післяопераційних ускладнень цим пацієнтам виконували лікувальну колектомію з резекцією прямої кишки, формували куксу прямої кишки та ілеостому.

У пацієнтів, оперованих за абсолютними показаннями, з наявними хронічними ускладненнями: внутрішніми, зовнішніми кишковими норицями, стриктурою товстої або тонкої кишки, норицями прямої кишки з руйнуванням сфінктерів прямої кишки, раку товстої кишки при тотальному ураженні патологічним процесом товстої кишки вибір обсягу хірургічних втручань залежав від діагнозу основного захворювання, локалізації та поширеності ураження, наявних ускладнень. Відповідно до хірургічної стратегії й тактики при ХК виконували умовнорадикальні операції мінімального обсягу за можливості з видаленням всієї ділянки тонкої та товстої кишки уражених патологічним процесом. З урахуванням цих положень у 44 (41,9 %) пацієнтів з ХК, наявним цекоілеїтом, стриктурою клубової кишки та зовнішніми кишковими норицями виконували резекцію тонкокишково-сліпокишкового переходу з термінальною ділянкою тонкої кишки. При локалізації ХК в ділянці сліпокишково-клубовокишкового переходу, наявними внутрішніми тонко-тонкокишковими, тонкокишково-ободовими, тонкокишково-сечоміхуровими норицями крім резекції сліпокишково-клубовокишкового переходу виконували клиноподібну резекцію ділянок локалізації внутрішніх норицевих отворів, що відкривалися в просвіт інших порожнистих органів, з накладанням первинного шва: у 3 пацієнтів клиновидно видаляли норицевий отвір дванадцятипалої кишки, у 11 - ділянок тонкої кишки, розташованих

проксимальніше ураження, у 9 - різних анатомічних відділів ободової кишки, у 5 - задньої або задньобочкової стінок сечового міхура. Цим пацієнтам виконували первинне реконструктивно-відновне хірургічне втручання шляхом формування терміно-латерального ілеоасцедоанастомозу з моделюванням анатомічних структур тонкокишково-сліпокишкового переходу.

При тотальному ураженні товстої кишки, ускладненому норицями прямої кишки з руйнуванням її сфінктерів, у 7 пацієнтів з ХК та 3 пацієнтів з ВК, наявною раковою пухлиною в середньо-нижньому ампулярних відділах прямої кишки при ХК, діагностовану у 4 пацієнтів, виконували колектомію з екстирпацією прямої кишки, формували довічну ілеостому. У 5 пацієнтів з тотальним враженням товстої кишки та термінальним ілеїтом виконували колектомію з резекцією термінальної ділянки клубової кишки враженої патологічним процесом.

За відносними показаннями з приводу ЗЗК оперували 155 (66,5 %) пацієнтів, з приводу ВК – 83 (64,8 %) та 72 (68,6 %) – з приводу ХК. Безумовно, обґрунтування доцільності виконання оперативного втручання за відносними показаннями є надзвичайно відповідальним заходом хірургічної тактики. Перш за все необхідно було провести диференціальну діагностику між ВК та ХК, що створює значні труднощі при тотальному ураженні патологічним процесом товстої кишки, за відсутності сегментарних уражень та термінального ілеїту. В таких випадках важливого значення надавали МРТ тонкої та товстої кишок, колоноілеоскопії та біопсії. Діагноз ХК вважали встановленим за наявності ознак ураження тонкої кишки, особливо, термінального ілеїту та специфічних для ХК гранульом в тканинах біоптату. Достатньо переконливим показанням для виконання хірургічного втручання за відносними показаннями була наявність дисплазії III ступеня (інтраепітеліальної неоплазії). На підставі набутого Центром досвіду в галузі визначення хірургічної тактики за відносними показаннями хірургічні втручання виконували у випадку високого ризику виникнення ускладнень, що створюють загрозу для життя пацієнта. Такими випадками вважали наявність у одного пацієнта декількох відносних показань, зокрема, тотальне ураження товстої кишки, активність патологічного процесу III ступеня при ВК та III ступеня вираженості при ХК, відомі незворотні морфологічні зміни стінки товстої або тонкої кишки за наявності яких консервативне лікування визнавали безперспективним. Найчастіше у таких пацієнтів клінічний перебіг захворювання набував ознак хронічного рецидивуючого, (ремітуючого) характеру з погіршенням загального стану та гомонозалежних, гормонорезистентних форм.

Обсяг хірургічного втручання за відносними показаннями при тотальному ураженні товстої кишки полягав у виконанні колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу до рівня зубчастої лінії. Зазначену радикальну операцію завершували виконанням первинного реконструктивно-відновного етапу у вигляді формування тазового тонкокишкового резервуара та резервуарно-ендоанального або ілеоендоанального анастомозу. Створену таким чином резервуарно-анальну конструкцію відключали протектуючою (дивертивною) петлевою ілеостомою. Зазначену ілеостому «закривали» через 2-3 місяці, з місцевого доступу, після загоєння швів резервуара та анастомозу. Зазначену операцію було виконано у 104 (82,3 %) пацієнтів на ВК. Вона залишається стандартом хірургічного лікування при цьому захворюванні. Однак, останнім часом її також виконували у 23 (21,9 %) пацієнтів на ХК у випадках мінімального ризику виникнення рецидиву цього захворювання (при локалізації патологічного процесу лише в товстій кишці, за умови видалення термінальної ділянки клубової кишки, протяжністю 12-15 см, де ризик рецидиву захворювання був найбільш ймовірний, при формуванні тазового тонкокишкового резервуара з використанням атравматичних методів, за допомогою серозно-м'язових швів без порушення цілісності стінки тонкої кишки).

Вторинні реконструктивно-відновні операції було виконано у 41 (17,6 %) пацієнта після колектомії, резекції прямої кишки, формування кукси прямої кишки та ілеостоми. З них при

ВК - у 32 (25,0 %) пацієнтів, при ХК – у 9 (8,6 %). Під час виконання вторинного реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання дозавершували виконання радикального етапу шляхом резекції кукси прямої кишки та мукозектомії. Реконструктивно-відновний етап хірургічного втручання полягав у формуванні тазового тонкокишкового резервуара та резервуарно-ендоанального або ілеоендоанального анастомозу. Зазначену вторинну реконструктивно-відновну операцію також завершували формуванням протектуючої (дивертивної) петлевої ілеостоми. У 9 (3,8 %) пацієнтів через 1-2 роки після виконання колектомії та резекції прямої кишки, формування кукси прямої кишки та ілеостоми виконували екстирпацію кукси прямої кишки у зв'язку з її руйнацією патологічним процесом.

У всіх пацієнтів групи консервативного лікування було отримано позитивний терапевтичний ефект у вигляді покращення та стабілізації загального стану, зменшення активності, ступеня вираженості запального процесу, покращення морфологічних змін слизової оболонки товстої кишки шляхом оптимізації репаративних процесів за даними контрольної колоноскопії та біопсії. Надалі проліковані пацієнти проходили протирецидивне лікування під наглядом сімейного лікаря, проктолога або хірурга поліклініки. Отримання позитивного результату від консервативної терапії свідчить про достатню обґрунтованість показань до використання цього методу лікування та вибір препаратів відповідно до сучасних уявлень про особливості патогенезу ЗЗК.

Враховуючи те, що основні засоби консервативного лікування це препарати протизапальної терапії, які повинні зменшувати інтенсивність перебігу і ступінь вираженості запального процесу, який є захисною біологічною реакцією організму, стає зрозумілою і очевидною серйозна розбіжність, яка полягає в тому, що протизапальна терапія створює стримувальний вплив на перебіг захисної запальної реакції. Тому очевидно, що сучасна консервативна терапія повинна бути спрямована не на зупинку біологічної запальної реакції, а на її модифікацію (упорядкування!) відповідно до особливостей перебігу захворювання. Отже, методи модифікованого впливу на перебіг запального процесу сприятимуть досягненню позитивного клінічного і морфологічного ефекту консервативного лікування. Тому консервативне лікування повинно бути персоніфікованим (індивідуально підібраним) залежно від факторів ризику (вік, особливість клінічного і морфологічного перебігу захворювання, ефективність попереднього медикаментозного лікування, лікування глюкокортикоїдами, хірургічні втручання в анамнезі). На сьогодні відома «піраміда» послідовності лікування ЗЗК (препарати 5-АСК → кортикостероїди → імуносупресори → біологічна терапія → хірургічне лікування) вже не може бути використана.

Обов'язковими критеріями ефективності консервативного лікування на сьогодні є клінічна та ендоскопічна ремісія, нормалізація лабораторних маркерів запалення (С-реактивного протеїну та фекального кальпротектину). Бажаними критеріями є гістологічна ремісія слизової та трансмуральна ремісія при ХК. У випадку ремісії необхідним є строгий контроль за її підтриманням шляхом проведення протирецидивної терапії, моніторингу ефективності й безпечності.

Відповідно до стратегії змінилася і сучасна тактика медикаментозної терапії. Вона є більш агресивною і має працювати на випередження. Консервативне лікування повинно модифікувати перебіг захворювання - перевести його в фазу ремісії, запобігти виникненню ускладнень, мінімізувати ризик хірургічного втручання. Саме тому препаратом вибору першої лінії терапії може бути не традиційний месалазин, а саме той лікарський засіб, який спроможний забезпечити обов'язкові та бажані критерії ефективності лікування у конкретного пацієнта.

Неадекватне призначення медикаментозної терапії призводить до ризику прогресування захворювання, необхідності застосування системних кортикостероїдів, розвитку ускладнень, підвищує ризик виникнення гострого ускладнення необхідності виконання ургентного оперативного втручання, погіршує, в цілому, прогноз перебігу захворювання.

Біологічна терапія ЗЗК певно збільшує вірогідність ремісії, періоди ремісії є більш тривалими, ніж на фоні базової терапії. Біологічна терапія безумовно є прогресом в сучасній консервативній терапії ЗЗК, оскільки селективно впливає на окремі ланцюжки патогенезу цих захворювань. Вона дозволяє відтермінувати хірургічні втручання (особливо при ВК), зменшити кількість невідкладних операцій і збільшити кількість планових, що сприяє збереженню пацієнтами кращої якості їх життя.

Якщо неправильно обрані методи консервативного лікування на самому початку, то надалі слід очікувати ще меншої «керованості» перебігом захворювання. Навіть правильно підібране консервативне лікування, як відомо, може бути неефективним. Тоді, відповідно до представленої вище стратегії лікування, необхідно своєчасно припинити безперспективне консервативне лікування (не витрачати час, кошти та марні зусилля) і перейти до хірургічного лікування ще до виникнення тяжких ускладнень захворювання. Безумовно, хірургічне лікування це агресія, серйозні фізичні й психоемоційні випробування, але це не «провал» терапії, а один з методів лікування і реальний шанс «зупинити» захворювання, врятувати життя пацієнта та покращити його якість.

Вважаємо, що перспективами удосконалення консервативного лікування є:

1. Корекція загального і місцевого імунітету.
2. Відновлення або покращення біологічної герметичності слизової оболонки кишкового каналу шляхом розробки та використання ентеропротекторів.
3. Оптимізація (покращення) репаративних процесів в ділянці запалення при ВК і ХК.
4. Оптимізація складу (рівноваги) мікробіоти травного каналу (корекція дисбіозу).
5. Дослідження та корекція генетичних порушень при ВК і ХК.

Обираючи хірургічний метод лікування ми обов'язково повинні враховувати його сучасні особливості. Останні достатньо відпрацьовані і є обов'язковими до врахування.

Серед оперованих пацієнтів ускладнення в ранньому післяопераційному періоді виникли у 37 (15,9 %). Прогресуючий перитоніт внаслідок перфорації товстої кишки – у 9 (24,3 %), неспроможність кукси прямої кишки – у 7 (18,9 %) внаслідок пролонгації в ній основного захворювання, нагноєння післяопераційної рани – у 9 (24,3 %), пневмонія – у 8 (21,6 %), гострий тромбоз поверхневих вен нижніх кінцівок – у 4 (10,8 %). Зазначені ускладнення лікували відповідно до загальноприйнятих стандартів. Летальні наслідки виникли у 5 (2,1 %) пацієнтів внаслідок поліорганної недостатності на тлі перитоніту. В пізньому післяопераційному періоді у 2 пацієнтів виникли зовнішні тонкокишкові нориці внаслідок рецидиву ХК в петлях клубової кишки в ділянці сформованого тазового тонкокишкового резервуара. Консервативне лікування цих нориць було неефективним. Обом пацієнтам виконано резекцію ділянки тазового тонкокишкового резервуара, формування ілеостоми.

У більшості пацієнтів після виконання реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання отримані достатньо сприятливі функціональні результати, покращено якість життя внаслідок сприятливого перебігу процесів кишкового травлення та всмоктування, збереження функції анального тримання.

Таким чином, розробка сучасної стратегії діагностики та лікування ЗЗК, яка включає використання сучасних методів КТ та МРТ, удосконалених ендоскопічних методів, дослідження особливостей морфогенезу патологічних змін в стінках кишкового каналу, сучасних поглядів на патогенез цих захворювань, визначення та конкретизацію показань до консервативного і хірургічного лікування, використання сучасних препаратів залежно від діагнозу основного захворювання та особливостей його клінічного перебігу, виконання хірургічних втручань до розвитку тяжких ускладнень, що загрожують життю пацієнта, вибір оптимального обсягу радикальної, а також способу реконструктивно-відновної операції, післяопераційної фармакопрофілактики дозволяє покращити якість діагностики захворювань та їх ускладнень досягти тривалої ремісії, зменшити кількість рецидивів, післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності, покращити функціональні результати хірургічного лікування, якість життя оперованих пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Консервативне лікування передбачає використання сучасних високоефективних препаратів, які спроможні модифікувати перебіг захворювань і, таким чином, запобігти виникненню ускладнень.
2. Вибір хірургічної стратегії й тактики лікування є обґрунтованим, за наявності високого ризику несприятливого перебігу ВК та ХК, а також розвитку ускладнень, що створюють загрозу для життя хворого.
3. Впровадження в клінічну практику відпрацьованої стратегії й тактики при ЗЗК дозволило збільшити до 82,6 % кількість пацієнтів, яким показана консервативна терапія, зменшити ризик виникнення рецидивів цих захворювань, кількість хірургічних втручань до 17,4 %, збільшити виконання хірургічних втручань за відносними показаннями до 62,5 %, ще до виникнення тяжких ускладнень захворювань, зменшити частоту післяопераційних ускладнень до 15,9 %, післяопераційну летальність до 2,1 %, покращити функціональні результати та якість життя оперованих пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

1. *Feuerstein JD, Ho EY, Shmidt E, Singh H, Falck-Ytter Y, Sultan S, et al.* AGA Clinical Practice Guidelines on the Medical Management of Moderate to Severe Luminal and Perianal Fistulizing Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2021 Jun;160(7):2496-508. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.04.022.
2. *Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, Hendy PA, Smith PJ, Limdi JK, et al.* British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019 Dec;68(Suppl 3):s1-s106. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-318484.
3. *Singh S, Murad MH, Fumery M, Dulai PS, Sandborn WJ.* First- and Second-Line Pharmacotherapies for Patients With Moderate to Severely Active Ulcerative Colitis: An Updated Network Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Sep;18(10):2179-91.e6. DOI: 10.1016/j.cgh.2020.01.008.
4. *Fumery M, Singh S, Dulai PS, Gower-Rousseau C, Peyrin-Biroulet L, Sandborn WJ.* Natural History of Adult Ulcerative Colitis in Population-based Cohorts: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Mar;16(3):343-56.e3. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.06.016.
5. *Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D'Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, et al.* STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021 Apr;160(5):1570-83. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.
6. *Maaser C, Sturm A, Vavricka SR, Kucharzik T, Fiorino G, Annesse V, et al.* ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *J Crohns Colitis*. 2019 Feb 1;13(2):144-64. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjy113.
7. *Sturm A, Maaser C, Calabrese E, Annesse V, Fiorino G, Kucharzik T, et al.* ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects. *J Crohns Colitis*. 2019 Mar 26;13(3):273-84. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjy114.
8. *Adamina M, Bonovas S, Raine T, Spinelli A, Warusavitarne J, Armuzzi A, et al.* ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2020 Feb 10;14(2):155-68. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjz187.
9. *Torres J, Bonovas S, Doherty G, Kucharzik T, Gisbert JP, Raine T, et al.* ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2020 Jan 1;14(1):4-22. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjz180.