

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-1-73-81>



Критерии качественной колоноскопии у пациентов, перенесших операции на толстой кишке (клинические наблюдения)

Коржева И.Ю.^{1,2}, Краснова К.В.¹, Ликотов А.А.^{2,3}

¹ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ (2-й Боткинский пр-д, д. 5, г. Москва, 125284, Россия)

²ФГБОУ РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, г. Москва, 125993, Россия)

³ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адилы, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ: разработать единый алгоритм подготовки к исследованию, выделить основные критерии качественной колоноскопии и правила оформления протокола у пациентов, перенесших операции на толстой кишке. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** был проведен анализ литературных данных и собственного опыта эндоскопического осмотра пациентов с оперированной толстой кишкой.

РЕЗУЛЬТАТЫ: разработан единый алгоритм подготовки к колоноскопии пациентов, перенесших различные операции на толстой кишке, правила осмотра и критерии оформления протокола исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: учитывая большое количество пациентов, перенесших оперативное вмешательство на толстой кишке, необходимо повышать осведомленность врачей хирургического и онкологического профилей о правилах и особенностях подготовки к колоноскопии. Целесообразно использовать единую методику эндоскопического осмотра таких пациентов, использование единой терминологии и правил оформления эндоскопического протокола.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: оперированная толстая кишка, анастомоз, колоноскопия, эндоскопический осмотр через стому, протокол эндоскопического осмотра, резервуарит, диверсионный колит, резервуароскопия

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Коржева И.Ю., Краснова К.В., Ликотов А.А. Критерии качественной колоноскопии у пациентов, перенесших операции на толстой кишке (клинические наблюдения). *Колопроктология*. 2025; т. 24, № 1, с. 73–81. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-1-73-81>

Criteria of qualitative colonoscopy in patients after colorectal surgery (case reports)

Irina Yu. Korzheva^{1,2}, Ksenia V. Krasnova¹, Aleksey A. Likutov³

¹S.P. Botkin Medical Clinical Center of the Department of Health Care of Moscow (2nd Botkinsky passage, 5, Moscow, 125284, Russia)

²Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

³Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Barrikadnaya st., 2/1, bld. 1, Moscow, 125993, Russia)

ABSTRACT

AIM: to develop a unified algorithm of bowel cleansing for the colonoscopy, to distinguish the main criteria of qualitative colonoscopy and the rules of protocol in patients after colorectal surgery.

PATIENTS AND METHODS: we analyzed the available literature data and our own experience of endoscopic examination of patients with operated colon.

RESULTS: a unified algorithm of patient preparation for colonoscopy, examination rules and criteria for execution of the examination protocol for patients with different types of surgical interventions on the colon were developed.

CONCLUSION: it is necessary to raise awareness of surgeons and oncologists about the rules and peculiarities of preparation for colonoscopy in patients after colorectal surgery. It is necessary to use a unified methodology of endoscopic examination of such patients, and to use a single technique of endoscopic examination.

KEYWORDS: operated colon, anastomosis, colonoscopy, endoscopy, endoscopic examination through stoma, endoscopic examination protocol, pouchitis, diversion, reservoirscopy

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Korzheva I.Yu., Krasnova K.V., Likutov A.A. Criteria of qualitative colonoscopy in patients after colorectal surgery (case reports). *Koloproktologia*. 2025;24(1):73–81. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-1-73-81>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Краснова Ксения Владимировна, ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, 2-й Боткинский пр-д, д. 5, Москва, 125284, Россия; e-mail: ksenia.id97@gmail.com; Коржева Ирина Юрьевна, e-mail: korg-2@yandex.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Krasnova K.V., S.P. Botkin State Clinical Hospital of the Department of Health Care of the Russian Federation, 2nd Botkinsky passage, 5, Moscow, 125284, Russia; e-mail: ksenia.id97@gmail.com; Irina Yu. Korzheva, e-mail: korg-2@yandex.ru

Дата поступления — 16.10.2024

Received — 16.10.2024

После доработки — 18.12.2024

Revised — 18.12.2024

Принято к публикации — 06.02.2024

Accepted for publication — 06.02.2024

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечается устойчивый рост количества хирургических операций на органах брюшной полости, в том числе и на толстой кишке. Оперативные вмешательства проводятся как по поводу онкологических заболеваний, так и из-за осложнений воспалительных заболеваний (язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулярная болезнь и др.). Согласно статистике только за 2022 г., 19136 пациентов подверглись радикальному лечению по поводу ЗНО ободочной кишки и 11417 пациентов перенесли операции по поводу ЗНО прямой кишки [1]. Число пациентов, перенесших операции на толстой кишке, растет с каждым годом, как и потребность в периодическом выполнении колоноскопии в разные послеоперационные сроки.

Однако на данный момент в России нет единой тактики подготовки данной группы пациентов к колоноскопии и критериев описания оперированной толстой кишки в протоколах эндоскопического исследования, что иногда приводит к недопониманию между врачами смежных специальностей. Данная проблема является особенно актуальной, учитывая отсутствие упоминаний о данной теме в отечественной литературе.

ОБСУЖДЕНИЕ

Известно, что уже давно разработаны и популяризированы критерии качественной колоноскопии, отраженные в руководствах ESGE, однако единых признанных эндоскопическим обществом критериев качества относительно исследований у пациентов с оперированной толстой кишкой на данный момент не опубликовано.

Некоторые авторы выделяют следующие параметры: полнота осмотра (осмотр слепой кишки или анастомоза), адекватная подготовка кишечника и осмотр врачами эндоскопистами с индексом выявляемости аденом (ADR) > 25% [2,3,4].

Основной причиной невозможности полноценного и детального осмотра оперированной толстой кишки является неадекватная подготовка. Большинство

исследователей связывают плохую подготовку толстой кишки со снижением перистальтики после операции, особенно в группе пациентов, перенесших химиотерапию [2,5]. Также к группе риска относят пациентов с диабетом и сопутствующими неврологическими заболеваниями — в основном деменцией, инсультом и болезнью Паркинсона; а также пациентов, получающих опиоиды и трициклические антидепрессанты. Среди факторов, улучшающих качество подготовки толстой кишки у оперированных пациентов, выделяют — большой объем жидкости, потребляемой накануне исследования, а также перерыв менее 8 часов между окончанием подготовки и колоноскопией [6].

Важным и актуальным вопросом до сих пор является частота выполнения контрольных колоноскопий после различных резекционных вмешательств, что в первую очередь касается наблюдения онкологических пациентов.

Согласно отечественным клиническим рекомендациям по лечению рака ободочной и прямой кишки, после оперативного вмешательства с выполненной предоперационной тотальной колоноскопией, контрольное исследование должно проводиться через 1 год. Если тотальная колоноскопия не была выполнена на дооперационном этапе, ее необходимо провести в течение 3–6 месяцев после операции. При выявлении полипов толстой кишки предпочтительно выполнять их удаление до плановой операции, а при невозможности полипэктомии рекомендовано их удаление в течение 6 месяцев после операции [7].

Согласно рекомендациям Американского общества по изучению рака, при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки акцент делается на качестве исходного обследования, оцениваемого по индексу ADR, так как он напрямую связан с риском развития интервального КРР [3,4].

Для проведения качественной колоноскопии необходимо понимать все особенности анатомии оперированной толстой кишки. Многообразие оперативных вмешательств на толстой кишке можно разделить на 4 основных типа, в зависимости от которых подготовка пациента и осмотр будут значительно отличаться.

Таблица 1. Типы операций при резекционных вмешательствах, завершающихся формированием анастомоза
Table 1. Types of operations in resection interventions ending with anastomosis formation

Название операции	Вид анастомоза	Возможный тип анастомоза
Илеоцекальная резекция	Илеоасцендоанастомоз	«бок-в-бок» или «конец-в-бок»
Правосторонняя гемиколэктомия	Илеотрансверзоанастомоз	«бок-в-бок», «конец-в-бок», «конец-в-конец»
Резекция п-ободочной кишки	Трансверзотрансверзоанастомоз	«конец-в-конец» или «бок-в-бок»
Левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ) и ее варианты	Возможны различные варианты анастомозов, после ЛГКЭ — трансверзосигмоанастомоз	
Различные варианты резекции сигмовидной кишки (сигмоидэктомия, проксимальная/дистальная резекция)	Возможны различные варианты анастомозов	
Различные варианты резекции прямой кишки	Сигморектальный анастомоз/сигмоанальный анастомоз	«конец-в-конец», «конец-в-бок»
Субтотальная резекция ободочной кишки	Асцендоректоанастомоз/илеосигмоанастомоз	«конец-в-конец»
Колэктомия	Илеоректоанастомоз	«конец-в-конец»
Колпроктэктомия	Формируется резервуарно-анальный анастомоз	«бок-в-конец»

1 тип. Резекционные вмешательства, завершающиеся формированием анастомоза без превентивной стомы.

Подготовка к колоноскопии у этой группы пациентов проводится по стандартной методике, включающей в себя диету и прием пероральных слабительных препаратов. Исключением являются пациенты после колэктомии/колпроктэктомии — подготовка ограничивается очистительными клизмами непосредственно перед колоноскопией, так как объем оперативного вмешательства не требует активного лаважа оставшихся отделов кишечника.

Виды оперативных вмешательств. Несмотря на большое количество операций (Табл. 1), каждая заканчивается формированием межкишечного анастомоза. Возможны варианты анастомоза «конец-в-конец» (Рис. 1), «бок-в-бок» (Рис. 2), «конец-в-бок» и «бок-в-конец» (Рис. 3). При этом первым в названии упоминается проксимальный отдел анастомоза, вторым дистальный.

Особенности эндоскопического осмотра. Колоноскопия у этих пациентов проводится по общепринятой методике с осмотром всех оставшихся отделов толстой кишки и зоны анастомоза. При наличии анастомоза «бок-в-бок», «конец-в-бок» и «бок-в-конец» необходимо проводить полноценный осмотр культи/культей кишки. Стоит обратить внимание, что в современной хирургии при резекции прямой кишки, как правило, формируется анастомоз «конец-в-конец», однако при эндоскопическом осмотре рядом с зоной анастомоза врач может заметить дивертикулородное углубление, так называемое «ушко», которое образуется при формировании анастомоза за счет разницы в диаметре прямой и низведенной кишки. Необходимо отличать «ушко» при анастомозе «конец-в-конец» и культю при анастомозе «конец-в-бок» для правильного формирования эндоскопического заключения.

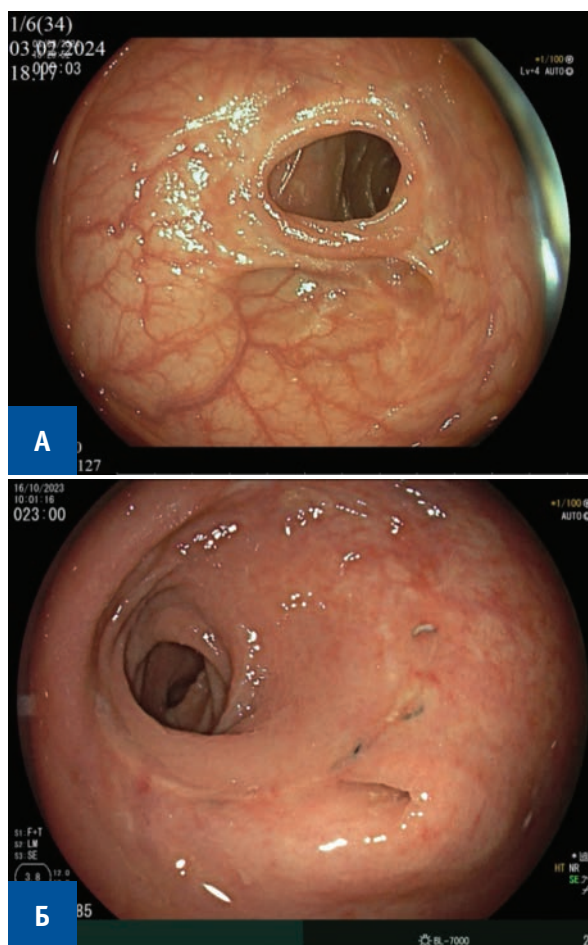


Рисунок 1. Эндоскопическая картина анастомоза «конец-в-конец». А. Состояние после правосторонней гемиколэктомии, формирование илеотрансверзоанастомоза «конец-в-конец». Б. Состояние после резекции прямой кишки, аппаратный анастомоз по типу «конец-в-конец» со сформированным рядом «ушком»

Figure 1. Endoscopic view of end-to-end anastomosis. А. Status after a right hemicolectomy, end-to-end ileotransversoanastomosis. Б. Condition after rectal resection, end-to-end anastomosis with a row of 'ears' formed

Клинический случай №1

Пациент К., 53 года. В апреле 2023 года в связи с анемией средней степени тяжести выполнена колоноскопия, при которой выявлен рак восходящей ободочной кишки, по результатам гистологического исследования — высокодифференцированная аденокарцинома. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с D3-лимфаденэктомией, формированием аппаратного илеотрансверзоанастомоза «бок-в-бок». Через 6 месяцев после оперативного вмешательства отметил появление крови с калом, в связи с чем выполнена колоноскопия.

При колоноскопии — эндоскоп проведен до илеотрансверзоанастомоза по типу «бок-в-бок», кольцо анастомоза свободное, широкое. Слизистая в зоне анастомоза очагово ярко гиперемирована в участках с шовным материалом. Аппарат проведен поочередно в петли тонкой кишки — в слепую заканчивающуюся петлю определяется шовный материал, приводящая петля осмотрена на 10 см. Осмотрена культя ободочной кишки — без особенностей (Рис. 2Б).

2 тип. Резекционные вмешательства, завершающиеся формированием кишечных стом

Подготовка к колоноскопии пациентов со стомой требует внимания со стороны лечащего врача, так как может значительно отличаться в зависимости от проведенной операции.

Пациенты с концевой колостомой после обструктивной резекции или с временной петлевой стомой. Подготовка пациентов с таким типом оперативного вмешательства требуется проводить в два этапа. Подготовка проксимальных отделов производится по принятой методике с использованием слабительных препаратов (лаваж осуществляется перорально), подготовка дистальных/отключенных отделов выполняется при помощи серии клизм накануне исследования. Исключением являются пациенты после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, так как объем оперативного вмешательства подразумевает удаление прямой кишки и анального канала. Подготовка проводится по стандартной методике перорально, так как осмотр производится исключительно через стому.

Виды оперативных вмешательств. Данная группа вмешательств отличается большим разнообразием и требует разного подхода не только при подготовке к исследованию, но и в выборе разной методики осмотра. Основные типы операций и особенности их осмотра представлены в таблице 2.

Особенности эндоскопического осмотра

Осмотр через стому рекомендуется проводить после удаления калоприемника для детального

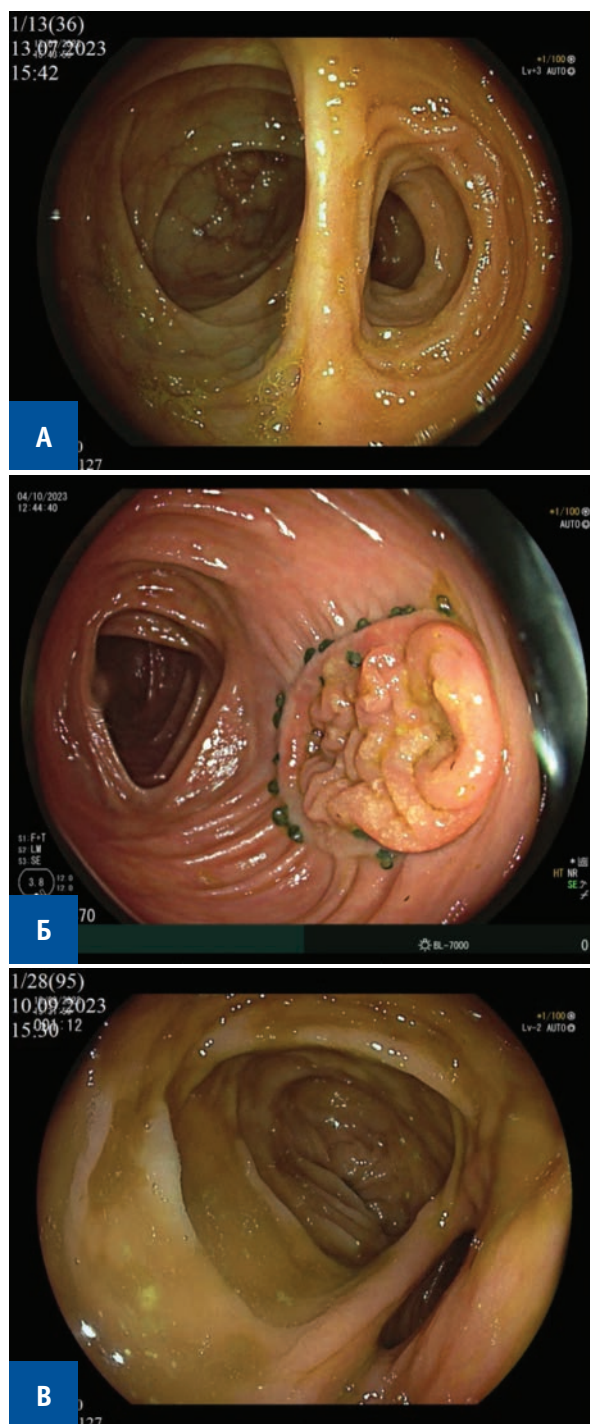


Рисунок 2. Эндоскопическая картина анастомоза «бок-в-бок». А,Б. Состояние после правосторонней гемиколэктомии, илеотрансверзоанастомоз по типу «бок-в-бок». В. Состояние после субтотальной колэктомии, илеосигмоидный анастомоз «бок-в-бок»

Figure 2. Endoscopic view of the side-to-side anastomosis. A,B. Condition after right hemicolectomy, "side-to-side" ileotransverso-anastomosis. B. Condition after subtotal colectomy, «side-to-side» ileosigmoid anastomosis

Таблица 2. Типы операций и вид эндоскопического осмотра при резекционных вмешательствах, заканчивающихся формированием кишечных стом**Table 2.** Types of surgery and type of endoscopic examination in resection interventions ending in the formation of intestinal stomas

Название операции	Стомическое отверстие	Виды эндоскопического осмотра
Операция Гартмана	Резекция ободочной кишки с формированием концевой колостомы и ушиванием культи кишки	Производится осмотр ободочной кишки через стому, а культи — через анальный канал
Брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки	Одноствольная сигмостома	Осмотр этой категории пациентов проводится только через стому
Резекция кишки по типу операции Микулича	Наличие двух стом	Осмотр как через стомы (приводящей и отводящей петли), а также через анальный канал

осмотра стомы и пальцевого исследования кишки для оценки ее проходимости в пределах передней брюшной стенки. При наличии двуствольной стомы

осмотр начинается с приводящей петли по стандартной методике проведения колоноскопии до купола слепой кишки, затем отводящей петли до зоны анастомоза или культи. Детальный осмотр отключенной кишки через анус проводится с акцентом на зону культи после операций, выполненных по поводу рака.

При осмотре отключенных отделов важным ограничивающим фактором является диверсионный колит. Согласно статистике распространенность диверсионного колита (ДК) варьирует от 70% у пациентов безотягощенного анамнеза до 91% — у больных, оперированных по поводу ВЗК. Связи между диверсионным колитом, возрастом, полом, типом стомы или способом выполненного оперативного вмешательства нет. Патогенез диверсионного колита мало изучен. Выделяют несколько основных звеньев — бактериальный дисбаланс (с повышением количества нитратредуцирующих бактерий) и снижение количества короткоцепочечных жирных кислот (что приводит к относительной ишемии слизистой оболочки отключенных отделов толстой кишки).

Макроскопические изменения в отключенной толстой кишке могут носить как непрерывный, так и сегментарный характер. Диверсионный колит представлен отеком, зернистостью, петехиальными кровоизлияниями, контактной кровоточивостью слизистой оболочки, смазанностью сосудистого рисунка и напоминает эндоскопическую картину язвенного колита с умеренной степенью активности [8,9].

Клинический случай №2

Пациенту Л, 65 лет, в феврале 2023 года в связи с осложненным течением дивертикулярной болезни (перфорация дивертикула, каловый перитонит) выполнена операция Гартмана. Пациент отмечает выделение слизи из ануса.

При эндоскопическом осмотре культи прямой кишки слизистая оболочка отечна, сосудистый рисунок смазан, при раздувании просвета отмечается появление множественных геморрагий, при контакте с эндоскопом отмечается ранимость слизистой (Рис. 4).

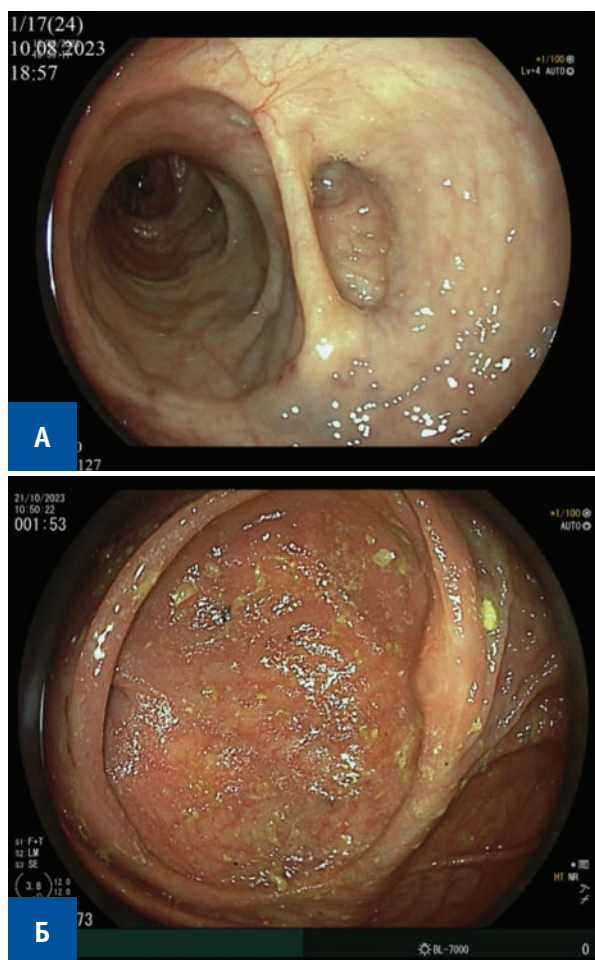


Рисунок 3. Эндоскопическая картина анастомоза «конец-в-бок». А. Состояние после левосторонней гемиколэктомии с анастомозом «конец-в-бок». Б. Состояние после илеоцекальной резекции, илеоасцендоанастомоз «конец-в-бок»

Figure 3. Endoscopic view of end-to-side anastomosis. А. Condition after left hemicolectomy with end-to-side anastomosis. Б. Condition after ileocecal resection, ileoascendoanastomosis "end-to-side"

Таблица 3. Типы операций и вид эндоскопического осмотра при резекционных вмешательствах, заканчивающихся формированием анастомоза и кишечной стомы**Table 3.** Endoscopic examination after colonic resection with anastomosis and diverting stoma

Название операции	Стома	Виды эндоскопического осмотра
Низкая передняя/брюшно-анальная резекция прямой кишки	Превентивная коло/илеостома	Колостома — осмотр через стому (приводящей и отводящей петли) и через анальное отверстие. Илеостома — осмотр через стому выполняется только по показаниям, осмотр толстой кишки по классической методике.
Колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара	Превентивная петлевая илеостома	Илеостома — осмотр через стому выполняется только по показаниям, резервуароскопия через анус.

3 тип. Резекционные вмешательства, завершающиеся формированием анастомоза и отключающей кишечной стомы

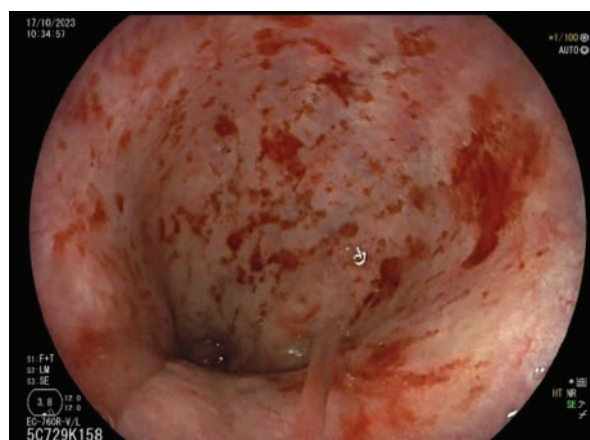
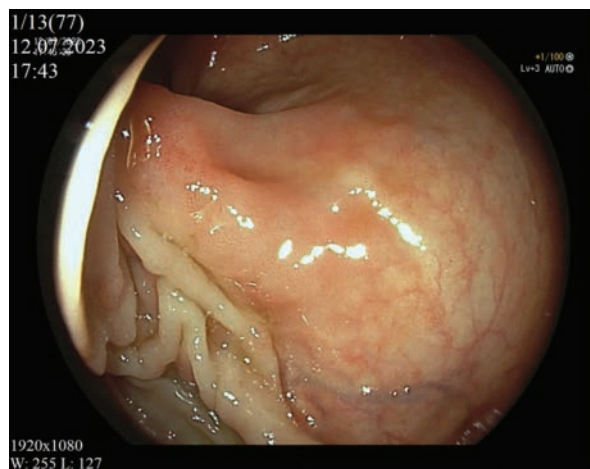
При подготовке и эндоскопическом осмотре данных пациентов необходимо учитывать особенности двух ранее описанных типов операций. Отдельно стоит рассмотреть подготовку пациентов с илеостомой. Показания к плановой диагностической колоноскопии у данной группы пациентов ограничены, учитывая сложность адекватной подготовки отключенной толстой кишки. При наличии показаний к исследованию подготовка дистальных/отключенных отделов выполняется при помощи серии клизм накануне исследования, в некоторых случаях необходимо проведение сифонных клизм, что требует госпитализации в стационар. Виды операций и правила осмотра представлены в таблице 3.

Отдельно стоит рассмотреть особенности проведения резервуароскопии после колпроктэктомии и формирования тонкокишечного резервуара. На данный момент чаще встречаются резервуары J-образной формы, однако выделяют также S- или W-образные формы. Важно понимать, что через 12–18 месяцев после закрытия превентивной илеостомы начинаются морфологические изменения эпителия тонкокишечного резервуара, что характеризуются уплощением и сокращением числа ворсинок, приводящими к их атрофии, так называемая «толстокишечная метаплазия» (Рис. 5).

Данная операция проводится при семейном аденоматозе (СА) и язвенном колите (ЯК), поэтому основная цель исследования — исключение аденоматозных и злокачественных новообразований, а также воспалительных изменений в зоне резервуара и анастомоза. Фактически риск возникновения аденомы при СА в резервуаре со временем увеличивается: 7–16% — через 5 лет, 35–42% — через 10 лет, до 75% — через 15 лет [10]. В большинстве случаев диагностируются небольшие (< 5 мм) аденомы с дисплазией низкой степени, однако в некоторых случаях может выявляться аденокарцинома резервуара или оставшейся части прямой кишки.

В некоторых случаях в резервуаре может развиваться воспаление — резервуарит, в т.ч. осложненный

формированием абсцесса, свищей или стеноза анастомоза. Резервуарит возникает, преимущественно, у пациентов, оперированных по поводу ЯК; и в 5% случаев у пациентов с СА [11]. Его частота увеличивается с продолжительностью наблюдения; исследователи сообщают о частоте 48–56% в течение 10 лет и 70–83% — в течение 20 лет при различных видах ВЗК (ЯК, неопределенный колит и БК) [12].

**Рисунок 4.** Диверсионный колит отключенного отдела кишки**Figure 4.** Diversion colitis**Рисунок 5.** Изменения слизистой оболочки тонкокишечного резервуара — «толстокишечная метаплазия»**Figure 5.** Changes of the mucosa of the ileal reservoir — “colonic metaplasia”

Дифференциальный диагноз при подозрении на резервуарит проводится с синдромом раздраженного резервуара (СРР), ишемическими поражениями, БК и другими редкими причинами дисфункции резервуара, такими как коллагенозный, цитомегаловирусный и антибиотико-ассоциированный резервуарит [13]. Диагноз подтверждается данными эндоскопии и биопсии. Sandborn W.J. и соавт. разработали шкалу индекса активности болезни (PDAI — “Pouchitis Disease Activity Index” — индекс активности резервуарита), сочетающую клинические, эндоскопические и гистологические данные (Табл. 4). Среди эндоскопических критериев оценивают наличие отека, зернистости и рыхлости слизистой, потерю сосудистого рисунка, экссудата и изъязвлений. Общая оценка ≥ 7 указывает на резервуарит [14].

Клинический случай № 3

Пациентка О., 54 лет, обратилась в клинику для контрольного осмотра перед закрытием двустольной трансверзостомы, жалоб нет. 6 месяцев назад обратилась в районную поликлинику с жалобами на выделение алой крови после акта дефекации, во время колоноскопии выявлено экзофитное образование верхнеампулярного отдела прямой кишки, по результатам гистологического исследования — аденокарцинома. После обследования установлен диагноз — рак верхнеампулярного отдела прямой кишки cT3N0M0 II ст., выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием коло-ректального анастомоза и двустольной трансверзостомы в связи с положительным «bubble» тестом.

При осмотре через стому приводящей и отводящей петли слизистая без особенностей.

При осмотре через анус эндоскопическая картина анастомоза по типу «конец-в-конец», слизистая в зоне анастомоза без особенностей, определяется металлический шовный материал, рядом — сформированное во время операции «ушко» (Рис. 1Б).

4 тип. Формирование петлевой стомы в качестве первого этапа лечения

Чаще всего используется, например, при развитии острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии. Подготовка пациента и эндоскопический осмотр производятся, согласно ранее описанным методикам, как через стому, так и через анальное отверстие.

Клинический случай № 4

Пациент Р., 70 лет. Ранее оперирован в районной больнице по поводу острой кишечной непроходимости с выведением двустольной сигмостомы. Поступил в клинику для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Таблица 4. Индекс активности резервуарита
Table 4. PDAI — Pouchitis Disease Activity Index [14]

Критерий	Оценка
1. Клиническая картина	
Частота стула:	
Обычная частота стула после операции	0
На 1–2 раза в день выше послеоперационной нормы	1
На 3 и более раза в день выше послеоперационной нормы	2
Позывы к дефекации или спазмы в животе:	
отсутствие	0
периодически	1
регулярные	2
Ректальное кровотечение:	
Отсутствует или встречается редко	0
Присутствуют ежедневно	1
Лихорадка: (температура $> 37,8$ °C)	
Отсутствует	0
Наличие	1
Максимально: 6	
2. Эндоскопическое воспаление	
Отек	1
Зернистость	1
Рыхлость	1
Потеря сосудистого рисунка	1
Слизистый экссудат	1
Изъязвление	1
Максимально: 6	
3. Данные гистологического исследования	
Острое воспаление — инфильтрация полиморфоядерными лейкоцитами	
Отсутствие	0
Легкая	1
Средней тяжести и крипт абсцесс	2
Тяжелая и крипт абсцесс	3
Изъязвление в среднем на поле малой мощности	
$< 25\%$	1
$25–50\%$	2
$> 50\%$	3
Максимально: 6	

Проведен осмотр через стому (Рис. 6) и через анальный канал.

При осмотре через приводящую петлю сигмостомы аппарат проведен до купола слепой кишки, осмотренные отделы без особенностей.

При эндоскопическом осмотре через стому в отводящей петле и при осмотре через анальный канал определяется крупное экзофитное образование, полностью обтурирующее просвет н/3 сигмовидной кишки. При осмотре в узкоспектральном режиме определяется разрушенный ямочный и нерегулярный сосудистый рисунок (NICE3 тип). Выполнена биопсия, при гистологическом исследовании — умереннонеодифференцированная аденокарцинома.

Таблица 5. Основные критерии оформления эндоскопического протокола у пациентов с оперированной толстой кишкой
Table 5. Basic criteria for proper endoscopic protocol in patients with operated colon

Критерии	Эндоскопическое описание
Описание вида операции согласно мед. документации	Указать название операции в заключении
Особенности осмотра	– через анус, – через стому (при двустольной стоме раздельное описание петель), – через анус + стому
Отобразить полноту осмотра	– полный (написать объем осмотра — до какого отдела/анастомоза) – неполный (указать осмотренные и неосмотренные отделы, причину невозможности осмотра)
Описание зоны анастомоза	– вид и тип анастомоза – диаметр просвета, его проходимость колоноскопом; – особенности слизистой этой зоны — наличие отека, гиперемии, дефектов слизистой, наличие грануляционной ткани; наличие шовного материала и реактивные изменения слизистой вокруг него; – исключить наличие рецидива в зоне анастомоза, культи кишки (после выполнения онкологических вмешательств); – при несостоятельности анастомоза описать дефект и его характеристики (форму, размеры, отделяемое)
Осмотр стомы	– тип стомы (одно-, двухствольная), – анатомический вариант стомы (илео- /колостома), – особенности стомы (проходимость на основании предварительного пальцевого исследования, формирующих тканей, др.). – при наличии описать признаки стеноза, выпадения стомы, наличие парастомальной грыжи
Патологические изменения и неоплазии толстой кишки во всех доступных для осмотра отделах	– Эпителиальные неоплазии (описать согласно основным рекомендуемым классификациям), – наличие признаков диверсионного колита, – признаки ВЗК в сохраненных отделах толстой кишки (при операция по поводу БК использовать классификацию Rutgeerts)

На данный момент в России не существует общепризнанных правил оформления протокола колоноскопии у пациентов с оперированной толстой кишкой. Мы предлагаем ввести основные критерии, необходимые для указания в протоколе исследования для общего понимания между врачами смежных специальностей (Табл. 5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, учитывая большое количество пациентов с оперированной толстой кишкой, необходимо

повышать осведомленность врачей хирургического и онкологического профилей о правилах и особенностях подготовки к колоноскопии. Целесообразно использовать единую методику эндоскопического осмотра таких пациентов, использование единой терминологии и правил оформления эндоскопического протокола.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Написание текста: Краснова К.В.
Редактирование: Коржева И.Ю., Ликотов А.А.

AUTHORS CONTRIBUTION

Writing: Ksenia V. Krasnova
Editing: Irina Y. Korzheva, Alexey A. Likotov

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Ирина Юрьевна Коржева — д.м.н., профессор, руководитель Эндоскопического Центра Боткинской больницы, заведующая эндоскопическим отделением; врач-эндоскопист, заведующая кафедрой эндоскопии; ORCID 0000-0002-5984-5660
Краснова Ксения Владимировна — врач-эндоскопист; ORCID 0009-0009-1383-2424
Ликотов Алексей Александрович — к.м.н., руководитель отделения эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России; ORCID 0000-0001-5848-4050

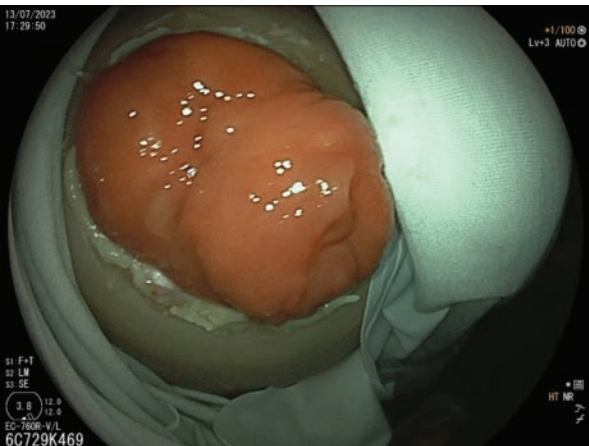


Рисунок 6. Общий вид двустольной колостомы
Figure 6. General view of a double-barreled colostomy

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Irina Y. Korzheva — 0000-0002-5984-5660

Ksenia V. Krasnova — 0009-0009-1383-2424

Alexey A. Likutov — 0000-0001-5848-4050

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2023; 239 с.
- Lee D, Chun HK. Bowel Preparation for Surveillance Colonoscopy After Colorectal Resection: A New Perspective. *Ann Coloproctol*. 2019 Jun;35(3):129–136. doi: [10.3393/ac.2018.11.08](https://doi.org/10.3393/ac.2018.11.08) Epub 2019 Jun 30. PMID: 31288501; PMCID: PMC6625776.
- Rex DK, Kahi CJ, Levin B, et al. American Cancer Society; US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2006 May;130(6):1865–71. doi: [10.1053/j.gastro.2006.03.013](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.03.013) PMID: 16697749.
- Kahi CJ, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colonoscopy surveillance after colorectal cancer resection: recommendations of the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2016; 83(Issue 3):489–498.e10, ISSN 0016-5107. doi: [10.1016/j.gie.2016.01.020](https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.01.020)
- Pontone S, Leonetti G, Lamazza A, et al. A Retrospective Case-Control Study Evaluating the Bowel Preparation Quality during Surveillance Colonoscopy after Colonic Resection. *ISRN Gastroenterol*. 2014 Mar 6;2014:681978. doi: [10.1155/2014/681978](https://doi.org/10.1155/2014/681978) PMID: 24729880; PMCID: PMC3963188.
- Gorelik Y, Hag E, Hananya T, et al. Volume of fluid consumption during preparation for colonoscopy is possibly the single most important determinant of bowel preparation adequacy. *Ann Gastroenterol*. 2021 Sep-Oct;34(5):705–712. doi: [10.20524/aog.2021.0642](https://doi.org/10.20524/aog.2021.0642) Epub 2021 Jun 14. PMID: 34475742; PMCID: PMC8375653.
- Федянин М.Ю., Гладков О.А., Гордеев С.С., и соавт. Практические

рекомендации по лекарственному лечению рака ободочной кишки, ректосигмоидного соединения и прямой кишки. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2022;12:401–454.

- Kabir SI, Kabir SA, Richards R, et al. Pathophysiology, clinical presentation and management of diversion colitis: a review of current literature. *Int J Surg*. 2014. Oct; 12 (10): 1088–1092. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25150021. doi: [10.1016/j.ijsu.2014.08.350](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.08.350)
- Tominaga K, Kamimura K, Takahashi K, et al. Diversion colitis and pouchitis: a mini review. *World J Gastroenterol*. 2018;24(16):1734–47. doi: [10.3748/wjg.v24.i16.1734](https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i16.1734)
- Menahem B, Alves A, Regimbeau JM, et al. Colorectal family polyadenomatous diseases. What management in 2020? *J Visc Surg*. 2020 Apr;157(2):127–135. doi: [10.1016/j.jviscsurg.2019.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2019.12.003) Epub 2020 Feb 26. PMID: 32113818.
- Beliard A, Prudhomme M. Ileal reservoir with ileo-anal anastomosis: long-term complications. *J Visc Surg*. 2010 Jun;147(3):e137–44. doi: [10.1016/j.jviscsurg.2010.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2010.07.001) Epub 2010 Sep 15. PMID: 20832385.
- Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, et al. Results at up to 20 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Br J Surg*. 2007 Mar;94(3):333–40. doi: [10.1002/bjs.5464](https://doi.org/10.1002/bjs.5464) PMID: 17225210.
- Клинические рекомендации. Язвенный колит. Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России». 2020.
- Sandborn WJ, et al. Pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis: a Pouchitis Disease Activity Index. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier. 1994;69(5):409–415.

REFERENCES

- Kaprin A.D., Starinsky V.V., Shakhzadova A.O. The state of oncological care for the population of Russia in 2022. Moscow: P.A. Herzen Moscow State Medical Research Institute — branch of the Federal State Budgetary Institution “NMIC of Radiology” of the Ministry of Health of Russia. 2023; 239 p. (in Russ.).
- Lee D, Chun HK. Bowel Preparation for Surveillance Colonoscopy After Colorectal Resection: A New Perspective. *Ann Coloproctol*. 2019 Jun;35(3):129–136. doi: [10.3393/ac.2018.11.08](https://doi.org/10.3393/ac.2018.11.08) Epub 2019 Jun 30. PMID: 31288501; PMCID: PMC6625776.
- Rex DK, Kahi CJ, Levin B, et al. American Cancer Society; US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2006 May;130(6):1865–71. doi: [10.1053/j.gastro.2006.03.013](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.03.013) PMID: 16697749.
- Kahi CJ, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colonoscopy surveillance after colorectal cancer resection: recommendations of the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2016; 83(Issue 3):489–498.e10, ISSN 0016-5107. doi: [10.1016/j.gie.2016.01.020](https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.01.020)
- Pontone S, Leonetti G, Lamazza A, et al. A Retrospective Case-Control Study Evaluating the Bowel Preparation Quality during Surveillance Colonoscopy after Colonic Resection. *ISRN Gastroenterol*. 2014 Mar 6;2014:681978. doi: [10.1155/2014/681978](https://doi.org/10.1155/2014/681978) PMID: 24729880; PMCID: PMC3963188.
- Gorelik Y, Hag E, Hananya T, et al. Volume of fluid consumption during preparation for colonoscopy is possibly the single most important determinant of bowel preparation adequacy. *Ann Gastroenterol*. 2021 Sep-Oct;34(5):705–712. doi: [10.20524/aog.2021.0642](https://doi.org/10.20524/aog.2021.0642) Epub 2021 Jun 14. PMID: 34475742; PMCID: PMC8375653.

- Fedyanin M.Yu., Gladkov O.A., Gordeev S.S., et al. Practical recommendations for the drug treatment of cancer of the colon, rectosigmoid junction and rectum. Malignant tumors: Practical recommendations of RUSSCO #3s2, 2022;12:401–454. (in Russ.).
- Kabir SI, Kabir SA, Richards R, et al. Pathophysiology, clinical presentation and management of diversion colitis: a review of current literature. *Int J Surg*. 2014. Oct; 12 (10): 1088–1092. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25150021. doi: [10.1016/j.ijsu.2014.08.350](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.08.350)
- Tominaga K, Kamimura K, Takahashi K, et al. Diversion colitis and pouchitis: a mini review. *World J Gastroenterol*. 2018;24(16):1734–47. doi: [10.3748/wjg.v24.i16.1734](https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i16.1734)
- Menahem B, Alves A, Regimbeau JM, et al. Colorectal family polyadenomatous diseases. What management in 2020? *J Visc Surg*. 2020 Apr;157(2):127–135. doi: [10.1016/j.jviscsurg.2019.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2019.12.003) Epub 2020 Feb 26. PMID: 32113818.
- Beliard A, Prudhomme M. Ileal reservoir with ileo-anal anastomosis: long-term complications. *J Visc Surg*. 2010 Jun;147(3):e137–44. doi: [10.1016/j.jviscsurg.2010.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2010.07.001) Epub 2010 Sep 15. PMID: 20832385.
- Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, et al. Results at up to 20 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Br J Surg*. 2007 Mar;94(3):333–40. doi: [10.1002/bjs.5464](https://doi.org/10.1002/bjs.5464) PMID: 17225210.
- Clinical guidelines. Ulcerative colitis. Russian Gastroenterological Association. All-Russian public organization “Association of Coloproctologists of Russia”. 2020. (in Russ.).
- Sandborn WJ, et al. Pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis: a Pouchitis Disease Activity Index. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier. 1994;69(5):409–415.