

ОБЪЕМ И ГРАНИЦЫ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ СТРИКТУРИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

А.М. Старостин, А.В. Воробей, А.Ч. Шулейко, О.Г. Дыбов
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь

Введение. Осложненные формы абдоминального варианта болезни Крона проявляются формированием стриктур и/или свищей кишечника. Наиболее часто выполняемое хирургическое вмешательство – резекция кишки. Участок толстой кишки резецируют в локальном или стандартном (гемиколэктомия) объемах в пределах здоровых тканей. При резекции тонкой кишки международные рекомендации также указывают на необходимость удаления всей видимо воспаленной кишки. Однако при распространенном тонкокишечном поражении (более 100 см) такой объем резекции вызовет развитие осложнений и значимое нарушение всасывания питательных веществ с возможным развитием синдрома короткой кишки. Известно, что: удаление менее 40 см терминального отдела подвздошной кишки практически не влияет на качество жизни пациента, до 100 см – может вызывать диарею и анемию из-за нарушения всасывания солей желчных кислот и витамина В12, более 1 метра – приводит к усилению диареи вследствие стеатореи из-за нарушения всасывания жиров.

Цель. Определить объем и границы резекции тонкой кишки при стриктурирующей форме болезни Крона.

Материалы и методы. Изучены данные о 84 пациентах с тонко- и тонко-толстокишечным поражением при болезни Крона, обследованных и оперированных в Минской областной клинической больнице с 2002 по 2022 гг.

Результаты и обсуждение. В наших 84 наблюдениях при резекции участка тонкой кишки (с учетом правосторонних гемиколэктомий) его длина была от 10 до 40 см (24 [15; 30] см) у 64, от 50 до 90 см (59,5 [51; 90] см) у 14 пациентов (таблица 6.10). У шести пациентов длина удаленной тонкой кишки составила от 100 до 150 см (115 [100; 140] см): у троих выполнено удаление участка подвздошной кишки, у трех других – сочетанная резекция тощей и подвздошной кишок. У 83 пациентов после проведенных хирургических вмешательств, в т.ч. по поводу рецидивов БК, длина оставшейся после резекции тонкой кишки составила более двух метров. У одного пациента с ее длиной около двух метров развился синдром короткой кишки вследствие сохраненного трансмурального воспаления около половины оставшегося участка.

Стоит отметить, что при наличии стриктуры и/или свища практически всегда имеются воспалительные изменения стенки кишки дистальнее и проксимальнее их. Порой они достаточно распространенные, что не позволяет выполнить резекцию в пределах визуально здоровых тканей без возможности возникновения выраженных расстройств пищеварения, в том числе синдрома

короткой кишки. С другой стороны, воспалительные изменения могут регрессировать после резекции сегмента кишки с выраженным патологическим процессом и при более агрессивном послеоперационном консервативном лечении. В таких случаях выполняли резекцию участка кишки только с грубым поражением, анастомозируя края кишки с видимым воспалением. Такие пациенты имеют повышенный риск рецидива БК в зоне операции, поэтому после выписки из стационара они направлялись на консервативное лечение биологическими препаратами и цитостатиками к гастроэнтерологам.

Так как средняя длина тонкой кишки составляет от трех до семи метров, а синдром короткой кишки точно разовьется при сохранении ее менее двух метров, то резекция до одного метра тощей кишки не будет значимо сказываться на качестве жизни пациента. Стоит отметить, что при синдроме короткой кишки имеет значение не только длина сохраненной тонкой кишки, но и ее функциональная способность.

Исходя из научных данных и собственного опыта мы пришли к следующей тактике: 1) всегда резецировали терминальный отдел подвздошной кишки при его поражении, никогда не выполняли стриктуропластику на этом уровне и не накладывали илео-илеоанастомоз (только илеоцекоанастомоз «конец-в-бок») после резекции в данном отделе; 2) при поражении подвздошной кишки протяженностью 40-60 см выполняли ее резекцию в пределах здоровых тканей, более 60 см – резецировали только выраженно измененный участок; 3) при патологии тощей кишки длиной до 100 см выполняли ее резекцию в пределах здоровых тканей, более 100 см – удаляли только выраженно измененный сегмент или сочетали резекцию со стриктуропластикой.

Выводы. При болезни Крона резекцию надо выполнять в пределах видимых здоровых тканей при ограниченном поражении тонкой кишки (до 40 см), при распространенном (более 100 см, особенно подвздошной кишки) – удалять только участок грубого поражения со стриктурами/свищами.