

Старостин А.М., Воробей А.В., Дыбов О.Г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра хирургии Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии, УЗ «Минская областная клиническая больница», Республика Беларусь

Актуальность. Пенетрирующая (свищевая) форма болезни Крона встречается у трети пациентов с этим заболеванием и подразумевает возникновение интраабдоминальных свищей, воспалительной массы и (или) абсцесса. Пенетрация – вторая по частоте причина резекции кишки при болезни Крона после стриктур, в половине случаев существующих одновременно. Фистула(свищ) чаще располагается перианально, но неперианальное поражение выявляется также достаточно часто. Наличие болезни Крона с сопутствующим абдоминальным абсцессом обычно является следствием наличия неполного кишечного свища, не имеющего дренажа в просвет кишки или на поверхность кожи. Часть абсцессов при неэффективности антибиотикотерапии могут быть чрескожно дренированы для проведения операции в «холодном» периоде и минимизации возможности временного стомирования. Внутренние кишечные свищи часто асимптоматичны, если они не осложнены стриктурой или абсцессом, или поражают смежные сегменты кишки(илеоилеальные, илеоцекальные), и могут не потребовать оперативного лечения. Наружные кишечные свищи, а также внутренние кишечно-вагинальные свищи редко поддаются консервативной терапии, поэтому в большинстве случаев необходимо хирургическое вмешательство. Внутренние кишечно-мочепузырные свищи необходимо практически всегда оперировать из-за угрозу восходящего пиелонефрита.

Цель. Изучить особенности хирургического лечения пациентов с пенетрирующей формой болезни Крона путем анализа оперативных вмешательств при данной патологии.

Материалы и методы. Проведен анализ опыта хирургического лечения 15 пациентов с не перианальной пенетрирующей формой болезни Крона за период с 2010 по 2020 гг. в УЗ «МОКБ». Средний возраст пациентов на момент операции – 42 года (18-77). 3 пациента имели толстокишечное поражение, 4 – тонко-толстокишечное, 7 – терминального отдела подвздошной кишки (ТОПК), 1 – верхних отделов ЖКТ. Из этих пациентов 7 имели пенетрирующую форму, а 8 – смешанную стриктуро-пенетрирующую форму.

Результаты. У пациентов с толстокишечным поражением: у одного с наличием стриктуры поперечно-ободочной кишки и желудочно-ободочного свища выполнили субтотальную резекцию ободочной кишки с наложением асцендосигмоанастомоза с аппендэктомией, у двух других – в связи с инфильтрацией (воспалительной массой) стенки сигмовидной кишки произвели обструктивную резекцию сигмы. При тонко-толстокишечном поражении: пациент П. – в связи с поражением подвздошной и сигмовидной кишки в едином инфильтрате выполнили илеоцекальную резекцию с илеоцекоанастомозом конец-в-бок и резекцию сигмы с сигморектоанастомозом; пациентка К. – из-за наличия наружного тонкокишечного и внутренних тонко-сигмоидальных свищей произвели резекцию сигмы с анастомозом, илеоцекальную резекцию с илеоасцендоанастомозом (ИАА), а также резекцию участка тощей кишки с анастомозом в $\frac{3}{4}$ по Мельникову; У пациента М. обнаружен абсцесс брюшной полости с вовлечением илеоцекальной зоны и сигмы, осуществили илеоцекальную резекцию с ИАА и обструктивную резекцию сигмы с санацией брюшной полости; Пациентке Р. из-за наличия забрюшинного абсцесса вследствие внутреннего неполного кишечного свища и стриктуры илеосигмоанастомоза через 5 лет после субтотальной колэктомии выполнили резекцию анастомоза с концевой илеостомией. При поражении ТОПК 4 пациентам произвели илеоцекальную резекцию с ИАА (у троих пациентов обнаружены 2 наружных и 1 внутренний неполный с забрюшинным абсцессом илеоцекальных свища, у четвертого – внутренний илеоректальный), 3 – правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом (у двоих пациентов выявлены как наружные илеоцекальные свищи, так и внутреннее илеоцекальный и илеосигмоидальный, у третьего – неполный внутренний свищ с забрюшинным абсцессом). При наличии илеоректального свища операция дополнили передней резекцией прямой кишки с анастомозом и превентивной илеостомией, илеосигмоидального – резекцией свища с анастомозом в $\frac{3}{4}$. При поражении верхнего отдела ЖКТ у пациента со стриктурой и внутренним еюно-еюнальным свищом выполнили резекцию участка тощей кишки с анастомозом «конец-в-бок». Большинство анастомозов выполнено по методике «конец-в-конец» одно- или двухрядным швом. Операции дополнялись иссечением свищевых ходов, при наличии абсцессов – их дренированием после санации.

Выводы. Проблема ежегодного роста количества пациентов с осложненной болезнью Крона и частой необходимостью их оперативного лечения становится все более актуальной, требуя мультидисциплинарного подхода для минимизации резекционных вмешательств.

1. Учитывая особенности консервативного лечения, предоперационной подготовки, техники хирургической коррекции, ведения послеоперацион-

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

ного периода, пациентов с болезнью Крона для оперативного лечения необходимо направлять в специализированные хирургические центры, имеющие опыт симультанных резекций разных отделов пищеварительной трубки (каждая четвертая операция в нашей серии).