

АНАЛИЗ ОПЫТА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

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

БелМАПО, кафедра хирургии

УЗ «Минская областная клиническая больница»

Введение. Болезнь Крона (БК), как и язвенный колит, относится к воспалительным заболеваниям кишечника. Научные исследования показали, что до 80% пациентов с БК имеют воспалительную форму (В1) заболевания по Монреальской классификации, а от 5 до 28% - стриктурирующую форму (В2). Пенетрирующая форма (В3) также в 50% случаях сочетается с наличием стриктуры (В2-3). В итоге, более 50% пациентов с БК в течение первых 10 лет после постановки диагноза имеют осложненное течение заболевания. Выявлены два типа стриктур при болезни Крона: *de novo* и анастомотические. Самыми распространенными местами стриктур *de novo* являются терминальный отдел подвздошной кишки и слепая кишка. Послеоперационный рецидив БК в области анастомоза обычно возникает после илеоцекальной резекции кишечника. Приблизительно у четверти оперированных пациентов с болезнью Крона повторное оперативное вмешательство происходит в течение 5 лет после первой операции.

Цель. Изучить особенности хирургического лечения пациентов со стриктурами кишечника при болезни Крона путем анализа оперативных вмешательств при данной патологии.

Методы исследования. Оценены способы хирургической коррекции 21 пациента со стриктурами кишечника при болезни Крона, за период с сентября 2016 г. по март 2020 г., которые прооперированы на базе УЗ «МОКБ» (из них 14 – за последний год). Для статистического учета информации разработана анкета – опросник. Средний возраст пациентов на момент операции – 36,5 лет (19-72). 3 пациента имели толстокишечное поражение, 2 – тонко-толстокишечное, 13 – стриктуры терминального отдела подвздошной кишки (ТОПК), 3 – верхний отдел ЖКТ. Из этих пациентов 14 имели стриктурирующую форму В2, а 7 – смешанную стриктуро-пенетрирующую форму В2-3.

Результаты и обсуждения. Все три пациента с толстокишечным поражением имели стриктуры нижнеампулярного отдела прямой кишки: у первого выполнено разрушение стриктуры, у второго – разрушение стриктуры со вскрытием парапроктита, у третьего – резекция прямой кишки с низведением сигмы за анус. У двоих пациентов с тонко-толстокишечным поражением выявлены двойные стриктуры (ТОПК и сигмовидной кишки): обоим выполнена илеоцекальная резекция с илеоасцендоанастомозом (ИАА) «конец-в-конец», одному из которых дополнительно выполнена резекция сигмы с анастомозом, а второму – обструктивная резекция сигмы. При стриктурах ТОПК 3 пациентам выполнена резекция ТОПК с илеоцекоанастомозом «конец-в-бок» (из них у двух с аппендэктомией, у третьего – аппендэктомия в анамнезе), 1 пациентке – резекция ТОПК с ИАА «конец-в-бок» с аппендэктомией, 8 – илеоцекальная резекция с ИАА «конец-в-конец» при вовлечении слепой кишки (из них 1 – лапароскопически-ассистированная), 1 – правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом. При поражении верхнего отдела ЖКТ выполнено следующее: у пациента, 28 лет, со стриктурой двенадцатиперстной кишки – баллонная дилатация; у двух пациентов, 65 лет и 72 года, - резекции тощей кишки с еюно-еюноанастомозом «конец-в-бок». При наличии смешанной стриктуро-пенетрирующей формы В2-3 операции дополняли иссечением свища (у 1 пациента дополнительно резецирован участок сигмы, у 1 пациентки – выполнена краевая резекция свища подвздошной кишки с выведением ее в виде петлевой илеостомы). Реоперации вследствие анастомотических стриктур выполнены у 2 пациентов: у одного – илеоцекальная резекция с ИАА «конец-в-конец» через 10 лет после резекции подвздошной кишки с илеоцекоанастомозом «конец-в-бок», у второго - резекция ИАА «конец-в-конец» через 9 лет после илеоцекальной резекции с реИАА «конец-в-конец». Умер 1 пациент вследствие массивного венозного мезотромбоза в раннем послеоперационном периоде.

Выводы.

1. Исходя из ежегодного роста количества пациентов с болезнью Крона и частой необходимостью их оперативного лечения, особенно при наличии стриктур кишечника, проблема становится все более актуальной.

2. В связи с особенностями консервативного лечения, предоперационной подготовки, техники хирургической коррекции, ведения послеоперационного

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

периода пациентов с болезнью Крона для оперативного лечения необходимо направлять в специализированные хирургические центры.

3.