

Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація хірургів України

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 1 (869) січень 2015

Щомісячний науково–практичний журнал  
(спеціалізоване видання для лікарів)  
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений  
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,  
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»  
Міжнародної Академії

Рейтингових технологій та соціології  
«Золота Фортуна»

Редактор  
Г. В. Остроумова  
Коректор  
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз  
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.

Затверджений постановою президії ВАК України  
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:  
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,  
редакція журналу «Клінічна хірургія».  
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>  
e-mail: [info@hirurgiya.com.ua](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[jcs@fm.com.ua](mailto:jcs@fm.com.ua)

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 26.01.15. Формат 60 × 90/8.  
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 9  
Обл. вид. арк. 8,82. Тираж 1 000.  
Замов. 12.

Видавець  
ТОВ «Ліга-Інформ»  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс (- 044) 408.18.11.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ  
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»  
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,  
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в  
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе  
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2015  
© Ліга – Інформ, 2015

ISSN 0023–2130



# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 1 (869) січень 2015

Головний редактор  
О. Ю. Усенко

Заступники  
головного редактора  
С. А. Андреещев  
М. Ю. Ничитайло

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський  
С. О. Возіанов  
В. Г. Гетьман  
О. І. Дронов  
М. Ф. Дрюк  
Я. П. Заруцький  
М. П. Захараш  
Г. В. Книшов  
Г. П. Козинець  
В. М. Копчак  
О. Г. Котенко  
В. В. Лазоришинець  
О. С. Ларін  
С. Є. Подпрятков  
Ю. В. Поляченко  
А. П. Радзіховський  
А. В. Скумс  
П. Д. Фомін  
Я. П. Фелештинський  
В. І. Цимбалюк  
С. О. Шалімов  
П. О. Шкарбан

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрущенко  
Я. С. Березницький  
В. В. Бойко  
М. М. Велігоцький  
В. В. Ганжий  
Б. С. Запорожченко  
І. В. Іоффе  
П. Г. Кондратенко  
І. А. Криворучко  
В. І. Лупальцов  
О. С. Никоненко  
В. В. Петрушенко  
В. І. Русин  
В. М. Старосек  
А. І. Суходоля  
С. Д. Шаповал  
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



9 770 023 213 008 1 >

# ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616.34–002–089.12

## СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

**А. И. Пойда, В. М. Мельник, Н. Д. Кучер, В. А. Жельман, М. И. Криворук**

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, г. Киев,  
Киевская городская клиническая больница № 18

## MODERN SURGICAL TACTICS IN CROHN'S DISEASE

**A. I. Poyda, V. M. Mehlnyk, N. D. Kucher, V. A. Zhehlman, M. I. Kryvoruk**

**Б**лезнь Крона (БК) — одно из наиболее тяжелых заболеваний пищеварительного канала (ПК), для которого характерны трансмуральные воспалительно—деструктивные изменения (гранулематозное воспаление), внекишечные проявления с поражением печени, суставов, кожи, глаз, других органов и систем [1, 2].

Первичная заболеваемость БК, в том числе в Украине, составляет 2 — 4 на 100 000 населения в год, специалисты отмечают тенденцию к ее дальнейшему увеличению [1]. Частота выявления заболевания составляет 30 — 50 на 100 000 населения [1].

Типичная локализация БК — терминальный отдел подвздошной кишки. Однако в последние годы изолированное поражение тонкой кишки отмечают сравнительно редко — у 25 — 41% пациентов [1], из них у 90% — терминального отдела подвздошной кишки [1]. У 43 — 52% пациентов выявляют сочетание терминального илеита и колита [1, 3]. Изолированное поражение толстой кишки диагностируют у 19 — 26% больных [2]. Несмотря на то, что поражение прямой кишки наблюдают довольно редко, у 9 — 14% пациентов поражение аноректальной области (анальные трещины, свищи, абсцессы и т. д.) выявляют значительно чаще — у 30 — 40% больных [1]. Изменения в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, характерные для БК, выявляют у 1,4 — 19,5% больных [2].

### Реферат

Разработана хирургическая тактика при болезни Крона (БК) на основании анализа современных сведений о патогенезе, особенностях клинического течения, возможностях диагностики, опыте лечения заболевания. Тактика предусматривает своевременную диагностику заболевания, прогнозирование возникновения рецидива, послеоперационных осложнений, оптимизацию показаний, выбор способа хирургического лечения. Применение разработанной хирургической тактики при БК у 121 пациента позволило улучшить объективную оценку тяжести заболевания, прогнозировать осложнения, оптимизировать показания к хирургическому лечению, выбор способа условно радикального, восстановительного, реконструктивно-восстановительного этапов оперативного вмешательства, уменьшить частоту рецидивов заболевания, послеоперационных осложнений, послеоперационной летальности.

**Ключевые слова:** болезнь Крона; хирургическая тактика; рецидив заболевания; послеоперационные осложнения.

### Abstract

Surgical tactics of Crohn's disease (CD) treatment was elaborated on base of modern information analysis, concerning pathogenesis, peculiarities of clinical course, possibilities of diagnosis, experience in the disease treatment. The tactics provides a timely diagnosis of the disease, prognostication for the recurrence occurrence and postoperative complications, the indications and the method of surgery optimization. Application of the elaborated surgical tactics in CD in 121 patients have permitted to improve the objective estimation of the disease severity, to prognosticate complications, to optimize surgical indications, as well as a choice of the method of a conditionally-radical, restorational, reconstructive-restorational stages of operative intervention, to reduce the disease recurrences rate, postoperative complications, postoperative lethality.

**Key words:** Crohn's disease; surgical tactics; recurrence of disease; postoperative complications.

Медицинское и социальное значение проблемы БК обусловлено прогрессирующим течением заболевания, выявлением преимущественно (более чем у 80%) у пациентов молодого и зрелого возраста, угрозой возникновения тяжелых, угрожающих жизни осложнений, отсутствием средств этиотропной терапии, нередкими побочными реакциями, резистентностью к стандартным лекарственным средствам, необходимостью выполнения хи-

рургических вмешательств, которые часто сопровождаются инвалидизацией и ухудшением качества жизни пациентов.

В последние годы произошли существенные изменения в лечебной тактике БК. В соответствии с положениями 2—го Европейского консенсуса, приоритетным методом лечения БК в настоящее время считают консервативную терапию [2]. Применение эффективных противовоспалительных лекарственных

средств нового поколения — аминосалицилатов, производных 5-АСК (салофальк, пентаса и др.), системных кортикостероидов (преднизолон, дексаметазон и др.), топических стероидов (будесонид), иммуномодуляторов (азатиоприн, метотрексат и др.), препаратов антицитокинового ряда (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол) позволило значительно улучшить результаты консервативного лечения, увеличить продолжительность периода ремиссии, уменьшить активность воспалительного процесса, ограничить показания к выполнению хирургических вмешательств. Вместе с тем, хирургический метод лечения БК и ее осложнений в настоящее время вынужденно используют у 70 — 90% пациентов в связи с прогрессирующим течением заболевания, возникновением тяжелых острых и хронических осложнений [3]. Диапазон хирургических вмешательств — от вскрытия гнойника до обширной резекции кишечника. У 44 — 71% больных операции выполняют в первые 10 лет после установления диагноза [3].

Хирургический метод лечения БК не является радикальным, поскольку заболевание после операции может возникнуть в других отделах ПК. Поэтому целью хирургического лечения является устранение осложнений и улучшение качества жизни пациентов. Непрерывность течения заболевания, высокий риск возникновения тяжелых рецидивов вынуждают проводить длительную медикаментозную терапию после операции во избежание повторных операций. Повторная резекция кишки при БК чревата возникновением синдрома короткого кишечника, постколэктомического синдрома, глубоких нарушений пищеварения. Пожизненное диспансерное наблюдение, проведение противорецидивной терапии обеспечивают уменьшение частоты тяжелых рецидивов до 24 — 28%, соответственно, частоты выполнения повторной резекции кишечника [3].

По результатам контрольной колоноскопии, на фоне противорецидивного лечения в течение 1 года

после первой операции частота возникновения рецидива составляет 72%, в последующем — увеличивается до 88% [1]. В связи с этим, необходимость выполнения повторных вмешательств в сроки наблюдения до 5 лет возникает у 20 — 25% больных [3], 10 лет — у 35 — 40% [3]. В целом, в связи с возникновением и агрессивным течением рецидивов необходимость выполнения повторных операций возникает в течение каждых последующих 10 лет [1]. Рецидив заболевания выявляют преимущественно в области анастомоза и приводящем участке подвздошной кишки. Возникновение рецидива не связывают с недостаточной радикальностью предыдущей резекции [3]. Даже с учетом относительной радикальности хирургический метод лечения считают высокоэффективным, поскольку он позволяет устранить возникшие осложнения и способствует улучшению качества жизни больных.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на динамизм в развитии учения о БК, многие вопросы этиологии, патогенеза, морфологии, диагностики, консервативного и хирургического лечения недостаточно изучены. Для обоснования выбора консервативной терапии, показаний, эффективных методов хирургического лечения важно использовать современные знания об особенностях патогенеза заболевания [4], последовательность и этапность течения которого в обобщенном виде можно представить так (*схема*).

Представленные современные положения патогенеза свидетельствуют, что БК — многофакторное заболевание с генетической предрасположенностью к повышенной проницаемости стенки кишки для бактериальных антигенов с последующим формированием воспалительного процесса (вплоть до необратимых морфологических изменений), во всех оболочках стенки ПК. Указанные данные чрезвычайно важны для разработки хирургической тактики при БК.

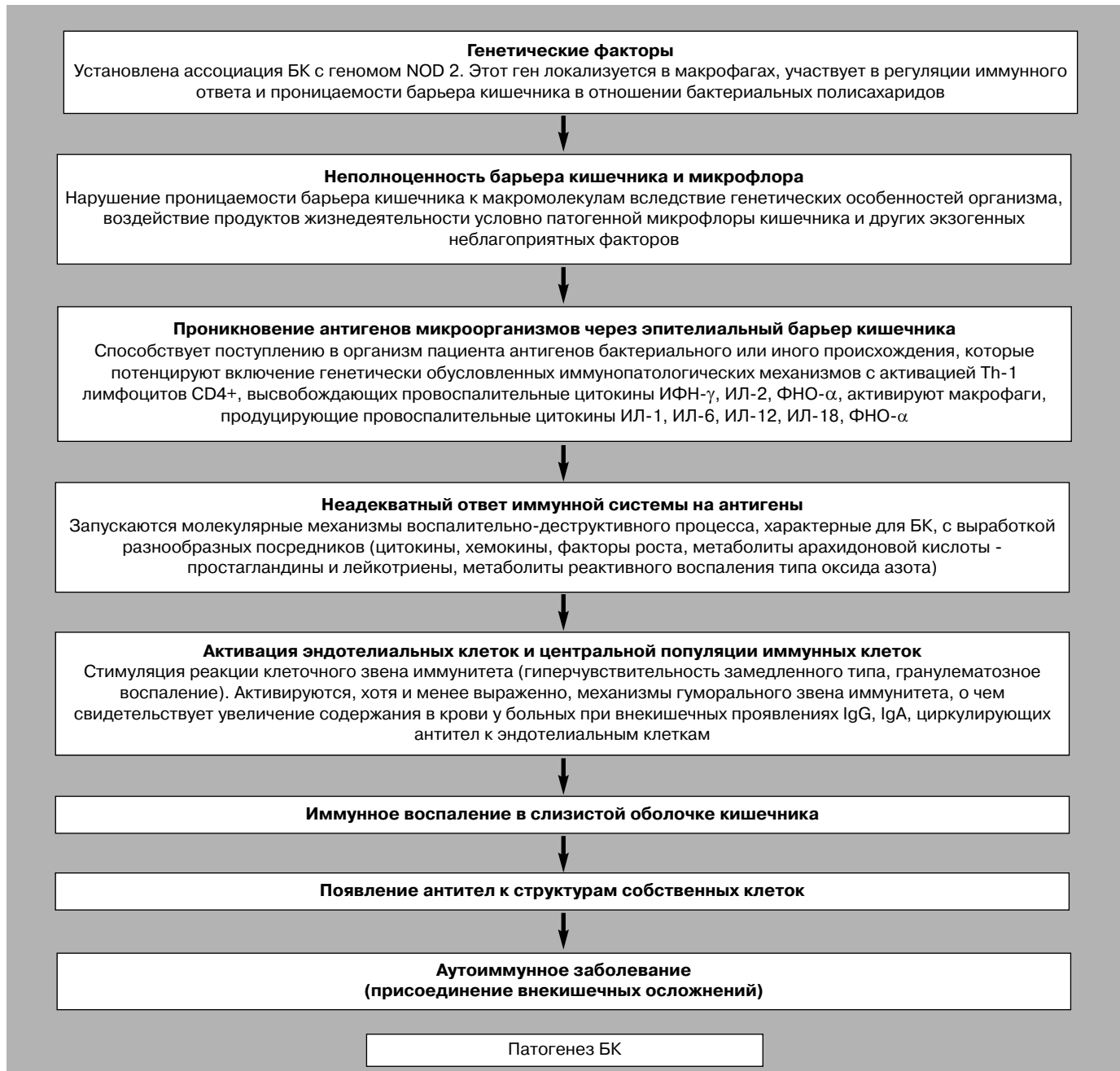
Авторы разработали хирургическую тактику при БК на основании анализа современных представлений о патогенезе, особенностях клинического течения, возможностях диагностики и опыта лечения пациентов. Тактика предусматривает следующие положения.

1. Диагностика заболевания.
2. Обоснование показаний к хирургическому лечению.
3. Выбор метода и объема хирургического вмешательства.
4. Выполнение радикальной или только паллиативной операции.
5. Обоснование целесообразности и выбора метода восстановительного или реконструктивно-восстановительного этапа операции.
6. Прогнозирование и предупреждение послеоперационных осложнений.
7. Адекватное ведение раннего послеоперационного периода.
8. Диспансерное наблюдение в позднем послеоперационном периоде, противорецидивное лечение.
9. Оценка ближайших и отдаленных результатов.

Учитывая сегментарность поражения ПК, условность радикализма хирургических вмешательств в отношении заболевания и достаточный радикализм только в отношении возникших осложнений, считаем, что диагностика БК должна быть объективной, отражать информацию об особенностях заболевания, его распространенности, тяжести течения, наличии и характере осложнений.

При диагностике БК используем следующие методы.

1. Общеклинические
  - анализ жалоб и данных анамнеза заболевания;
  - анализ результатов объективных методов исследования.
2. Лабораторные методы исследования (крови, мочи, кала).
3. Специальные методы исследования толстой кишки:
  - проктологический осмотр (осмотр области промежности, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала или аноскопа, ректороманоскопия);



— колоноилеоскопия, в том числе с большим увеличением, а также эндоскопия;

— ирригоскопия в фазах наполнения и опорожнения.

4. Эзофагогастродуоденоскопия, в том числе с большим увеличением, а также эндоскопия.

5. Капсульная эндоскопия тонкой кишки.

6. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

7. КТ или МРТ, гидро—МРТ кишечника по показаниям.

8. Морфологические методы исследования:

— анализ биопсийного материала, в том числе полученного с помощью фотодинамической диагностики, а также хромоколоноско— и (или) хромогастроскопии.

Применение указанного алгоритма обязательных методов исследования позволило диагностировать БК, проводить дифференциальную диагностику, обосновать выбор оптимальной тактики лечения, в том числе показания и объем хирургического вмешательства.

В дифференциальной диагностике использовали такие особенности БК.

1. Возможность поражения любого отдела или нескольких отделов ПК одновременно.

2. Трансмуральное, как правило, циркулярное поражение стенки ПК разной протяженности, выраженный мезентериальный лимфаденит.

3. Наличие специфических эпителиоидных (саркоидных) гранул, преимущественно в подслизистой основе, а также в лимфатических узлах брыжейки.

4. Дискретное (сегментарное) поражение стенки ПК с чередующимися неизменными или малоизмененными участками — "прыжки кенгуру".

5. Рецидивирующее течение заболевания.

6. Наличие характерных осложнений: воспалительных инфильтратов, внутренних межкишечных, тонкокишечно—пузырных, толстокишечно—пузырных, наружных трубчатых свищей [3].

Из представленных методов исследования наиболее информативным, позволяющим визуально оценить состояние слизистой оболочки, а также провести биопсию, считается эндоскопический. На основании обобщения опыта оценки результатов эндоскопических исследований, их систематизации создана классификация степени выраженности поражения слизистой оболочки ПК при БК с учетом эндоскопических критериев.

Поражение I степени (умеренно выраженное) — гиперемия и отек слизистой оболочки стенки кишки.

Поражение II степени (средней) — афтоидные (щелевидные) язвы, фиссуральные "змееподобные" язвы на фоне неизменной слизистой оболочки при отсутствии измененный сосудистого рисунка.

Поражение III степени (выраженное)

— множественные пересекающиеся продольные и поперечные язвы—трещины (щелевидные, фиссуральные) с выбуханием между ними слизистой оболочки (вследствие отека подслизистой основы) — эффект "бульжной мостовой"; наличие очагов неадекватной регенераторной активности слизистой оболочки в виде воспалительных псевдополипов.

Качество морфологических исследований значительно выше после прицельной биопсии, предусматривающей своеобразную "маркировку" участков измененной слизистой оболочки с помощью фотосенсibilизатора (фотодинамическая диагностика), красителя (хромоколоно— или хромогастроскопия) либо большого увеличения и эндоско-

пирископии. Важным считали не только констатацию наличия воспалительного процесса, характерного для БК, но и выраженность дисплазии, что позволяло прогнозировать течение заболевания, эффективность консервативной терапии, угрозу возникновения осложнений, в том числе рака толстой кишки. Наличие дисплазии, особенно выраженной, свидетельствовало о необратимости морфологических изменений и было относительным показанием к проведению хирургического лечения.

Для оценки тяжести заболевания, прогнозирования его течения, выбора лечебной тактики, в том числе сроков и объема хирургического вмешательства, разработаны критерии необратимости изменений в стенке ПК при БК.

1. Выраженные изменения слизистой оболочки (III степени) по данным эндоскопического исследования или эндосонографии.

2. Дисплазия слизистой оболочки, особенно выраженная.

3. Утолщение, уплотнение, деформация стенки ПК, фиброз всех оболочек по данным эндосонографии и гидро—МРТ.

4. Множественные, определяемые эндоскопически, белесоватые рубцы слизистой оболочки протяженностью от 4 — 5 до 30 — 40 мм, деформирующие просвет органа, наличие псевдодивертикулов.

5. Наличие множественных очагов рубцовой стриктуры с деформацией стенки ПК.

Определение своевременных и обоснованных показаний к хирургическому лечению пациентов по поводу БК представляет ответственную и сложную задачу, от правильности решения которой в значительной степени зависит его результат. В связи с этим, важно прогнозирование острых и хронических осложнений БК на основании оценки выявленных по данным обследования пациента факторов риска их возникновения, особенно при неэффективности или невозможности дальнейшего проведения консервативной терапии.

Критерии прогнозирования ост-

рых и хронических осложнений БК.

1. Необратимые изменения стенки ПК.

2. Тотальное поражение толстой кишки как признак агрессивного течения заболевания.

3. Поражение илеоцекального клапана, в котором течение заболевания наиболее агрессивно.

4. Упорно рецидивирующее течение с частыми обострениями.

5. Непрерывное течение заболевания на протяжении 1,5 года и больше.

6. Резистентность к консервативной терапии.

7. Выраженные побочные реакции на препараты, используемые для консервативной терапии.

8. Невозможность проведения консервативной терапии из—за непереносимости препаратов, недостаточного финансового обеспечения лечения.

9. Гормонозависимая и гормонорезистентная формы заболевания.

10. Дисплазия слизистой оболочки высокой степени.

Прогнозирование высокого риска возникновения тяжелых острых и хронических осложнений позволяет обосновать показания к выполнению хирургического вмешательства до их появления. Такой подход представляет резерв для увеличения частоты выполнения плановых хирургических вмешательств, первичных восстановительных или реконструктивно—восстановительных операций, улучшения результатов хирургического лечения в связи с уменьшением частоты возникновения послеоперационных осложнений, летального исхода. Поэтому принятое сегодня положение о том, что показанием к хирургическому лечению должно быть наличие только тяжелых осложнений БК, вероятно, требует научного и практического переосмысления.

Мы считаем, что решающую роль при определении показаний к проведению хирургического лечения играют такие критерии:

- выраженность клинических симптомов;
- наличие осложнений;
- предшествовавшие операции;

— объем операции и ее предполагаемые последствия;

— благоприятный прогноз течения заболевания после операции и неблагоприятный — в случае ее невыполнения.

Нами систематизированы и использованы следующие абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению БК.

Абсолютные показания

Острые осложнения:

— перфорация стенки ПК;  
— профузное кровотечение в просвет ПК;

— перитонит при физически герметичной стенке ПК, в том числе абсцесс брюшной полости;

— забрюшинный абсцесс или флегмона;

— токсическая дилатация толстой кишки.

Хронические осложнения:

— воспалительные инфильтраты, резистентные к консервативной терапии, особенно с вовлечением в процесс мочевых путей (компрессия мочеточника);

— внутренние (межкишечные, кишечно—мочепузырные и кишечно—влагалищные) и наружные кишечные свищи;

— стриктура ПК, особенно с признаками хронической обтурационной непроходимости;

— рак органов ПК;

— тяжелое поражение в области промежности с разрушением сфинктера заднего прохода (рецидивирующий парапроктит, интрафинктерные, экстрасфинктерные свищи).

Особенности течения заболевания:

— острая (молниеносная) форма БК или аналогичная атака обострения при тотальном поражении толстой кишки, невозможность в течение 7 — 10 сут стабилизировать состояние пациента;

— тяжелые хронические рецидивирующие формы БК при тотальном поражении толстой кишки, отсутствию эффекта от комплексного (базисного) лечения в течение 3 — 4 нед.

Абсолютные показания к хирургическому лечению БК предусмат-

ривали выполнение экстренных, неотложных, отсроченных, а также плановых операций.

Выбор сроков выполнения хирургических вмешательств в значительной степени зависел от особенностей клинического течения заболевания. Так, при возникновении кишечного кровотечения или перфорации стенки кишки пациентов оперировали в экстренном порядке после интенсивной предоперационной подготовки, не позже чем через 2 ч от начала осложнения или госпитализации. При токсической дилатации толстой кишки пациентов оперировали по неотложным показаниям, не позже чем через 24 ч, после проведения интенсивной консервативной терапии, включающей антибактериальную, детоксикационную терапию, коррекцию метаболических нарушений. Достижение положительного эффекта лечения, стабилизация состояния пациентов при токсической дилатации были основанием для выполнения отсроченных операций не позже чем через 48 — 72 ч. По поводу хронических осложнений пациентов оперировали в отсроченном или плановом порядке, после соответствующей предоперационной подготовки.

Относительными показаниями к хирургическому лечению БК были состояния, свидетельствовавшие о бесперспективности или нецелесообразности дальнейшей консервативной терапии. К ним относили хронические осложнения с необратимыми трансмуральными воспалительными изменениями, разрушение всех оболочек стенки ПК, дисплазию слизистой оболочки, нарушение функции жизнеобеспечивающих органов и систем.

Относительными показаниями считали:

— хроническую рецидивирующую форму БК, тотальное поражение толстой кишки, резистентность к консервативной терапии, интермиттирующее течение, прогрессирующее заболевание;

— хроническую непрерывную форму БК (более 10 лет), тотальное поражение толстой кишки, резис-

тентность к консервативной терапии, инвалидизацию больных;

— стероидозависимую и стероидорезистентную БК;

— выраженные побочные реакции на препараты, используемые при консервативной терапии;

— выраженные изменения слизистой оболочки (множественные пересекающиеся поперечные и продольные язвы—трещины с выбуханием слизистой оболочки между язвами — "бульжная мостовая", очаги неадекватной регенераторной активности слизистой оболочки ПК в виде воспалительных псевдополипов);

— дисплазию слизистой оболочки высокой степени;

— задержку роста и развития детей, подростков на фоне хронического течения БК;

— внекишечные проявления (системные осложнения) БК.

Относительные показания рассматривали как важный аргумент в определении лечебной тактики, хирургические вмешательства по таким показаниям выполняли в плановом порядке до возникновения тяжелых осложнений. Это позволяло у большинства больных выполнить первичный восстановительный или реконструктивно—восстановительный этап операции, уменьшить продолжительность хирургической реабилитации, существенно улучшить результаты лечения.

Выделяем два вида оперативных вмешательств по поводу БК.

1. Условно радикальные

— резекция участка тонкой и/или толстой кишки, в том числе при наличии наружных и внутренних свищей;

— колэктомия, колэктомия с резекцией прямой кишки, колэктомия с экстирпацией прямой кишки.

2. Паллиативные

— формирование обходных анастомозов;

— наложение дивертивной илео— или колостомы;

— вскрытие и дренирование гнойников;

— стриктуропластика.

Условно радикальными считаем операции, предусматривающие уда-

ление пораженных участков ПК, а при выполнении реконструктивно—восстановительных операций — также участков, в которых риск возникновения рецидива наиболее вероятен.

Паллиативными считаем операции, предусматривающие устранение осложнений заболевания (непроходимость, абсцесс) при сохранении пораженных участков ПК.

Такой подход к выбору условно радикальных операций при БК позволяет уменьшить риск возникновения рецидива и осложнений, необходимость выполнения повторных операций. Выбор паллиативной операции в некоторых ситуациях позволяет создать благоприятные условия для выполнения в последующем условно радикальных операций.

Основными критериями выбора объема хирургического вмешательства считаем: локализацию, распространенность, выраженность изменений в стенке ПК, тяжесть течения заболевания, наличие и характер осложнений.

Важным стратегическим положением является необходимость избегать любой необоснованной избыточной резекции кишечника, поскольку в последующем, при возникновении новых рецидивов заболевания, после выполнения повторных операций возможно формирование синдрома короткого кишечника и мальабсорбции. В связи с этим, приоритетной при БК считаем экономную сегментарную резекцию, которую выполняли по поводу необратимых локальных изменений в стенке ПК.

Так, при поражении подвздошно—слепки кишечного сегмента хирургическое вмешательство включало его резекцию. Анастомоз накладывали конец в бок, использовали также методы моделирования илеоцекального отдела кишечника.

Сегментарную резекцию тонкой или толстой кишки выполняли с учетом протяженности поражения органа. При этом границы резекции выбирали в пределах макроскопически неизменной стенки кишки. Приоритетным после сегментарной

резекции тонкой или толстой кишки считали формирование анастомозов конец в конец как наиболее анатомически и функционально обоснованных.

Колэктомию, а также колэктомию с резекцией прямой кишки выполняли при наличии необратимых изменений стенки слепой, ободочной кишки, а также проксимальной части или всей ампулы прямой кишки.

Технические аспекты колэктомии и колэктомии с резекцией прямой кишки в значительной степени обусловлены сроками их выполнения, абсолютными или относительными показаниями. У большинства пациентов, оперированных по абсолютным показаниям, при наличии как острых, так и хронических осложнений, колэктомию и колэктомию с резекцией прямой кишки завершали формированием илеостомы и культи прямой кишки. Отказ от выполнения первичного восстановительного или реконструктивно—восстановительного этапа операции обусловлен тяжелым состоянием больного, а также чрезвычайно высоким риском возникновения послеоперационных осложнений. На втором этапе после колэктомии и колэктомии с резекцией прямой кишки обструктивного типа хирургическую тактику определяли преимущественно в зависимости от выраженности морфологических изменений культи прямой кишки.

Типичные варианты хирургической тактики в зависимости от состояния культи прямой кишки.

1. Экстирпация культи прямой кишки при прогрессировании в ней патологического процесса, тяжелом поражении области промежности (рецидивирующий парапроктит, транс— и экстрасфинктерные свищи, незаживающие трещины), высокий риск малигнизации.

2. Резекция культи прямой кишки, мукозэктомия до прямокишечно—заднепроходной линии, вторичная реконструктивно—восстановительная операция при незначительных и умеренно выраженных изменениях слизистой оболочки культи прямой кишки (I — II степе-

ни) в сроки наблюдения 1 — 2 года после обструктивной колэктомии.

3. Вторичная восстановительная операция с формированием илеоректального анастомоза конец в конец при отсутствии видимых изменений слизистой оболочки культи прямой кишки. При короткой культе прямой кишки (не более 5—7 см) использовали варианты реконструктивно—восстановительных операций путем формирования J—подобного тонкокишечного резервуара и резервуарно—ректального анастомоза. При длине культи прямой кишки 14 — 15 см моделировали аналог илеоцекального клапана путем формирования илеоректального анастомоза конец в бок с использованием разработанного в клинике способа как наиболее физиологически обоснованного.

Колэктомию и колэктомию с резекцией прямой кишки по относительным показаниям всегда выполняли в плановом порядке и завершали первичным восстановительным или реконструктивно—восстановительным этапом. При этом дистальный уровень резекции устанавливали с учетом границы поражения прямой кишки по данным эндоскопии. У некоторых пациентов для улучшения результатов хирургической реабилитации сохраняли дистальный отдел прямой кишки даже при умеренно выраженном проктите или поражении заднепроходной области (периаанальный дерматит). Консервативная терапия у таких пациентов, предусматривающая устранение этих осложнений, была эффективной, что позволяло выполнить первичный восстановительный или реконструктивно—восстановительный этап операции.

Вопрос о возможности и способе выполнения реконструктивно—восстановительного этапа операции, как первичной, так и повторной, после колэктомии с низкой или предельно низкой резекцией прямой кишки, формирования тонкокишечного резервуара, даже при отсутствии поражения заднепроходной области в настоящее время является спорным. Некоторые авторы рассматривают БК как относитель-

ное противопоказание к выполнению такой операции, поскольку риск поражения тонкой кишки в области резервуара, анастомоза, а также культи прямой кишки и заднепроходной области достаточно высок, что в последующем может потребовать удаления резервуара и экстирпации культи прямой кишки.

Подробное изучение патогенеза заболевания, особенностей его клинического течения позволило избирательно подойти к решению этого вопроса. В настоящее время считают допустимым формирование тонкокишечного резервуара у пациентов, подробно информированных о возможности возникновения рецидива в резервуаре и его последствиях. Такой подход, безусловно, правомерен, учитывая, что риск возникновения рецидива в сформированном резервуаре не превышает риск появления рецидива в участке подвздошной кишки перед стомой.

Для уменьшения риска возникновения рецидива в тонкокишечном резервуаре придерживались таких положений.

1. Отбирали пациентов, у которых риск возникновения рецидива в резервуаре считали минимальным. К их числу относили пациентов, у которых на протяжении всего периода заболевания (10 лет и больше) диагностировали поражение только толстой кишки.

2. Формирование тонкокишечного резервуара считали возможным при сочетанном поражении толстой и подвздошной кишки. При этом важным стратегическим и техническим аспектом, кроме колэктомии и предельно низкой передней резекции прямой кишки, считали резекцию терминального участка подвздошной кишки (12 — 15 см), в котором риск возникновения рецидива максимальный.

3. С учетом данных о патогенезе БК, согласно которым заболевание возникает вследствие проникновения инфекционных агентов через барьер слизистой оболочки в стенку кишки, считаем чрезвычайно важным для достижения радикализма выполнять мукоэктомию хирургического заднепроходного канала до

прямокишечно—заднепроходной линии.

4. Важным фактором предупреждения рецидива БК в тонкокишечном резервуаре считаем пересмотр общепринятого положения о целесообразности формирования классических вариантов J— или S— подобных анатомических емкостей путем рассечения и сшивания стенок тонкой кишки. При формировании таких резервуарных конструкций нарушается сосудистая и нервная трофика стенки резервуара, уменьшается ее двигательная активность, происходят патологическая задержка, распад и гниение его содержимого, снижается резистентность слизистой оболочки к инфекции и, как следствие, возникает рецидив заболевания.

5. Достаточно обоснованно в настоящее время выполнение реконструктивно—восстановительных операций, предусматривающих формирование тонкокишечного резервуара нового типа, без рассечения стенки тонкой кишки. Преимущество таких резервуарных конструкций, кроме технических аспектов их формирования, в том, что это конструкции функциональные, в них происходит не накопление, а физиологическая задержка продвижения содержимого, увеличивается длительность его контакта с поверхностью слизистой оболочки и, как следствие, улучшаются процессы кишечного пищеварения и всасывания.

Таким образом, к выбору метода реконструктивно—восстановительных операций по поводу БК следует подходить дифференцированно, с учетом особенностей клинического течения заболевания, использовать современные, более совершенные технические приемы их выполнения.

При тотальном поражении, необратимых изменениях слизистой оболочки и других оболочек стенки слепой, ободочной и прямой кишки, тяжелых перианальных осложнениях (разрушении мышечного каркаса сфинктерного аппарата транс— или экстрасфинктерными свищами с уратой его замыкательной функции)

необходимо выполнение колэктомии одновременно с экстирпацией прямой кишки. Несмотря на то, что после такой операции частота рецидивов заболевания минимальная, это наиболее травматичное, инвалидизирующее вмешательство, поскольку предусматривает формирование пожизненной илеостомы. В качестве метода хирургической реабилитации таких пациентов использовали резервуарную илеостому, разработанную с учетом указанных принципов формирования тонкокишечных резервуарных конструкций.

Неоднократное выполнение сегментарной резекции кишечника по поводу агрессивного течения заболевания неизбежно сопряжено с риском возникновения синдрома "короткого кишечника" и мальабсорбции. В целях предупреждения указанных синдромов сформирована концепция хирургического лечения БК — стриктуропластики. Метод при БК использовали ограниченно в связи с тем, что он является паллиативным не только по отношению к заболеванию, но и к осложнению, которое явилось показанием к его выполнению. Такую операцию выполняли по строгим показаниям у пациентов при повторном возникновении стриктуры, а также высоком риске резекции кишки. Фактором, ограничивающим выполнение стриктуропластики, является сложность исключения малигнизации вследствие выраженных изменений слизистой оболочки и других оболочек стенки кишки в области стриктуры. Поэтому стриктуропластику выполняли преимущественно при поражении тонкой кишки в связи с меньшим риском малигнизации по сравнению с таковым при стриктуре толстой кишки. Для исключения малигнизации у некоторых больных использовали эксцизионную биопсию с гистологическим исследованием материала во время хирургического вмешательства. Выбор способа стриктуропластики зависел от выраженности и протяженности стриктуры. При рубцовом сужении протяженностью до 3 см без перифокального



воспаления и видимого поражения стенки кишки проксимальнее и дистальнее этого участка стенку кишки в области стриктуры рассекали продольно и сшивали поперечно по типу пилоропластики по Гейнеке—Микуличу. При более протяженной стриктуре (4 — 6 см) осуществляли подковообразную стриктуропластику по типу пилоропластики по Финнею. Показаниями к наложению обходного анастомоза бок в бок были значительная протяженность стриктуры (более 7 см), наличие обширных инфильтратов, технические трудности их удаления.

Хирургическое вмешательство по поводу параанальных, параректальных абсцессов, свищей прямой кишки, прямокишечно—влагалищ-

ных свищей выполняли в зависимости от характера таких поражений. При абсцессе вскрывали и дренировали его полость. При этом первичный ход не вскрывали, заднепрямую пазуху не иссекали из-за невозможности достижения радикализма. При наличии простого интрасфинктерного свища, отсутствии в области промежности воспалительного инфильтрата использовали стандартные сфинктеросохраняющие методы.

При наличии сложных супрелеваторных, ректовагинальных свищей, с обильным гнойным отделяемым в область промежности ("мокнущая промежность"), разрушением сфинктерного аппарата прямой кишки выполняли экстирпацию

прямой кишки. Как правило, операцию выполняли в сочетании с удалением других анатомических отделов толстой кишки.

Временную дивертивную илеостому при БК как метод паллиативного лечения осложнений считаем возможным формировать у пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, как "метод выхода из положения", когда риск применения резекционных методов крайне высок. Такую операцию выполняли в целях прекращения транзита содержимого по толстой кишке, что в определенной степени способствовало уменьшению выраженности симптомов, улучшению состояния пациентов на фоне консервативной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. "http://surgeryzone.net/info/informaciya—po—koloproktologii/xirurgicheskoe—lechenie—bolezni—krona.html".
2. The second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis / G. van Asshe, A. Dignas, J. Panes [et al.] // JCC. — 2010. — N 4. — P. 7 — 27.
3. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит: пер. с нем. А. А. Шептулина / Г. Адлер. — М.: ГЭОТАР—Мед, 2001. — 500 с.
4. Линевский Ю. В. Новости медицины и фармации в Украине / Ю. В. Линевский, К. Ю. Линевская, К. А. Воронин. — 2010. — № 3. — С. 22 — 26.

