ZU_2013_Hirurg_3_fuLL.qxd 13.11.2013 14:19 Page 16

А.И. Пойда, д.м.н., профессор, **В.М. Мельник**, д.м.н., кафедра хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Хирургическое лечение болезни Крона

Болезнь Крона (БК) – гранулематозная болезнь – является одним из наиболее тяжелых заболеваний пищевого канала (ПК), для которого характерны трансмуральные воспалительно-деструктивные изменения (гранулематозное воспаление) в его стенке и нередкие внекишечные проявления с вовлечением в процесс других органов (печени, суставов, кожи, глаз и др.).

А.И. Пойда

В.М. Мельник

В последнее время в экономически развитых странах отмечается увеличение числа случаев БК. Первичная заболеваемость БК, в том числе в Украине, составляет 2-4 человека на 100 тыс. населения в год. В последние годы этот показатель возрастает, в связи с чем распространенность заболевания составляет 30-50 случаев на 100 тыс. населения и проявляет тенденцию к дальнейшему увеличению.

Как известно, БК наиболее часто поражает кишечник, поэтому ее относят к воспалительным заболеваниям кишечника. В то же время, кроме этой нозологической единицы, сюда входят и другие поражения кишечника неизвестной этиологии: язвенный колит, недифференцированный колит, микроскопический лимфоцитарный колит, коллагенозный колит, глубокий кистозный колит. Типичная локализация поражения при БК – терминальный илеит, однако в последние годы изолированное поражение тонкой кишки встречается редко – у 25-41% пациентов. Среди лиц с БК, у которых отмечается поражение тонкой кишки, терминальный отрезок подвздошной кишки вовлечен в процесс приблизительно в 90% случаев. Наиболее часто (у 43-52% больных) встречается сочетанное поражение тонкой (терминальный илеит) и толстой кишки. Изолированное поражение толстой кишки диагностируют только у 19-26% пациентов с БК. При этом, несмотря на то что прямая кишка вовлекается в воспалительный процесс лишь у 9-14% больных, аноректальные поражения (анальные трещины, свищи, абсцессы и т.д.) встречаются гораздо чаще – в 30-40% случаев. Частота поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки) варьирует в более широких пределах – от 1,4 до 19,5%.

На сегодня выделены следующие **отличительные особенности поражения стенки ПК при БК**:

1. Возможность поражения любого отдела ПК (или нескольких отделов одновременно).
2. Трансмуральное поражение стенки ПК, как правило, циркулярное и по длине, выраженный мезентериальный лимфаденит.
3. Гистологически у 30-60% больных устанавливают наличие специфических эпителиоидных (саркоидных) гранулем в стенке ПК, преимущественно в подслизистом слое, а также в воспаленных лимфатических узлах брыжейки. Наличие указанных гранулем – достоверный гистологический критерий БК.
4. Дискретное (сегментарное) поражение стенки ПК с чередующимися измененными, неизмененными или малоизмененными участками (так называемые прыжки кенгуру).
5. Рецидивирующее (реже непрерывное) течение заболевания.
6. Наличие характерных осложнений – воспалительных инфильтратов, внутренних межкишечных, пузырно-толстокишечных или пузырно-тонкокишечных, а также наружных трубчатых свищей.

Прогрессирующий характер заболевания, угроза развития тяжелых, нередко угрожающих жизни осложнений, отсутствие средств этиотропной терапии, нередкие побочные эффекты традиционно применяемых лекарственных средств или резистентность к ним, преимущественно молодой и средний возраст больных (лица трудоспособного возраста составляют до 81%), необходимость выполнения резекций тонкой и толстой кишки, которые могут привести к инвалидизации и ухудшению качества жизни пациентов определяют медицинскую и социальную значимость БК.

Несмотря на современный динамизм в развитии учения об этиопатогенезе, морфологии, диагностике, консервативном и хирургическом лечении, этиология БК по-прежнему остается невыясненной. По современным представлениям, БК – многофакторное заболевание с генетической предрасположенностью, подтверждением чему является установленная ассоциация БК с геномом NOD2. Указанный ген локализуется в макрофагах и принимает участие в регуляции иммунного ответа и проницаемости кишечного барьера в отношении бактериальных полисахаридов. Сочетание генетической предрасположенности и неблагоприятных факторов обусловливает развитие иммунного воспаления в стенке кишки и изменения воспалительно-дегенеративного характера во всех органах и системах.

В течение последних 20 лет произошли существенные изменения в лечебной тактике БК. Приоритетным методом лечения данного заболевания в настоящее время является консервативная терапия (в соответствии со II Европейским консенсусом по диагностике и лечению БК, 2010), что обусловлено динамичным развитием и успехами фармакологии, фармакотерапии, нередко значительным объемом и инвалидизирующим характером используемых оперативных вмешательств, довольно частыми неудовлетворительными функциональными результатами, достаточно высокой вероятностью рецидива заболевания после выполненных хирургических вмешательств. Применение эффективных противовоспалительных препаратов нового поколения – аминосалицилатов производных 5-АСК, системных кортикостероидов (преднизолон, дексаметазон и др.), топических стероидов (будесонид), иммуносупрессантов (азатиоприн, метотрексат и др.), препаратов антицитокинового ряда (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаб пегол) позволило значительно улучшить результаты консервативного лечения, увеличить период ремиссии заболевания, уменьшить активность воспалительного процесса, количество больных, которым показано хирургическое лечение. Вместе с тем хирургический метод лечения БК и ее осложнений в настоящее время в течение жизни вынужденно используют у 70-90% больных в связи с возникновением тяжелых острых и хронических осложнений, прогрессирующим течением заболевания.

Современная хирургическая тактика при БК предусматривает:

1. Диагностику заболевания.
2. Обоснование показаний к хирургическому лечению.
3. Выбор метода и объема хирургического лечения.
4. Выполнение радикальной или только паллиативной операции.
5. Обоснование целесообразности и выбор метода восстановительного или реконструктивно-восстановительного этапа операции.
6. Прогнозирование и профилактику послеоперационных осложнений.
7. Адекватное ведение послеоперационного периода.
8. Динамическое послеоперационное наблюдение, противорецидивное лечение.
9. Оценку ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения.

Совершенно очевидно и обосновано, что любое лечение, а особенно хирургическое (как агрессивный метод), должно начинаться с верификации диагноза. Учитывая неспецифический характер, сложность дифференциальной, в том числе морфологической диагностики, нередко обширность хирургического вмешательства при БК, использование других методов хирургического лечения при неспецифических воспалительных заболеваниях толстой кишки, в отличие от БК, преимущественно молодой возраст больных, для которых важно не только спасение жизни и ликвидация заболевания, но и последующее качество жизни после перенесенной операции, точность диагностики БК представляет собой медицинскую и социальную проблему огромной значимости. Поэтому диагностика БК должна быть проведена тщательно, всесторонне, с максимальным получением информации об особенностях заболевания, его распространенности, тяжести, наличии и характере осложнений.

Диагностика БК включает:

1. Общеклинические обследования:
– анализ жалоб и анамнеза заболевания;
– анализ результатов объективных методов исследования.
2. Лабораторные методы обследования (крови, мочи, кала).
3. Специальные методы исследования толстой кишки:
– проктологический осмотр (осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала или аноскопа, ректороманоскопия);
– колоноилеоскопия, в том числе с большим увеличением, а также эндосонографией;
– ирригоскопия (в двух фазах).
4. Эзофагогастродуоденоскопия, в том числе с большим увеличением, а также эндосонографией.
5. Капсульное исследование (эндоскопия) тонкой кишки.
6. Ультразвуковое исследование органов живота.
7. КТ или МРТ (в том числе с гидроконтрастированием – гидро-МРТ кишечника – по показаниям.
8. Морфологические методы исследования – анализ биопсийного материала, в том числе полученного с помощью фотодинамической диагностики, а также хромоколоноилео- и (или) хромогастроскопии.
9. Определение специфического серологического маркера для диагностики БК – ASCA (антител к Saccharomyces cerevisiae), характерно увеличение его уровня у 69-83% больных с БК.

Следует обратить внимание, что указанный обязательный алгоритм обследования позволяет провести диагностику, дифференциальную диагностику БК, выбор оптимальной тактики лечения, в том числе показания к хирургическому лечению, объем оперативного вмешательства. Из числа представленных методов исследования, наиболее информативным, позволяющим объективизировать, произвести визуальную оценку состояния слизистой, выполнить биопсию, является эндоскопический метод. Накопленный опыт оценки результатов эндоскопических исследований, их систематизация при БК позволили разработать классификацию степеней выраженности заболевания на основании эндоскопических критериев.

Степени выраженности поражения слизистой ПК при БК (эндоскопические критерии)

I степень (умеренная) – гиперемия и отек слизистой.

II степень (средняя) – афтоидные (щелевидные) язвы, фиссуральные «змеевидные» язвы на фоне неизмененной слизистой оболочки с нормальным сосудистым рисунком.

III степень (выраженная) – множественные пересекающиеся продольные и поперечные язвы-трещины (щелевидные, фиссуральные) с выбуханием между трещинами слизистой оболочки (за счет отека подслизистого слоя) – эффект «булыжной мостовой», наличие очагов неадекватной регенераторной активности слизистой оболочки в виде воспалительных псевдополипов.

Морфологическое исследование целесообразно проводить после прицельной биопсии, которая нередко возможна только при использовании методов своеобразной «маркировки» участков

ZU_2013_Hirurg_3_fuLL.qxd 13.11.2013 14:19 Page 17

измененной слизистой, с помощью фотосенсибилизатора (фотодинамическая диагностика), красителя (хромоколоно- или хромогастроскопия) либо большого увеличения. Важно определить не только воспалительный процесс, характерный для БК, но и наличие, особенно степень выраженности, дисплазии. Последнее позволяет прогнозировать дальнейшее развитие заболевания, эффективность проводимого консервативного лечения, возникновение такого осложнения, как рак толстой кишки. Факт наличия дисплазии, особенно выраженной степени, говорит о необратимости морфологических изменений и является относительным показанием к хирургическому лечению.

В целом необратимые изменения в стенке ПК при БК являются существенным и принципиальным критерием выбора лечебной тактики. При их наличии – целесообразно и обосновано хирургическое лечение.

На сегодняшний день можно выделить следующие **критерии необратимых изменений в стенке ПК при БК**:

1. Выраженные (III степени) изменения слизистой оболочки (по данным эндоскопического исследования, в том числе эндосонографии).
2. Выраженное утолщение, уплотнение и деформация стенки ПК с фиброзом всех слоев (по данным эндосонографии и гидро-МРТ).
3. Множественные, определяемые эндоскопически, белесоватые рубцы слизистой (длиной от 4-5 до 30-40 мм), деформирующие просвет органа, вплоть до формирования псевдодивертикулов ПК.
4. Наличие множества рубцовых стриктур с деформацией стенки ПК.
5. Дисплазия слизистой высокой степени.

Определение своевременных и обоснованных показаний к хирургическому лечению БК – ответственная задача врача, от правильности решения которой зависит дальнейшая судьба, а нередко и жизнь больного. Конечно, методологически было бы правильнее оперировать пациента с БК до развития острых и хронических осложнений, тогда шансов на спасение его жизни и эффективную реабилитацию значительно больше. Такой подход объясняется очевидным усугублением тяжести состояния больного, обусловленным не только самим заболеванием, но и возникшими грозными хирургическими осложнениями, приводящими к существенному нарушению функции, а порой – к декомпенсации жизнеобеспечивающих органов и систем организма. Однако следует подчеркнуть, что, к сожалению, любое хирургическое вмешательство при БК не является радикальным по отношению к указанному заболеванию (ввиду неизученности его этиопатогенеза). В связи с этим хирургическое лечение БК в большинстве случаев является паллиативным или симптоматическим. Вероятность рецидива заболевания (его продолжения с соответствующими проявлениями и осложнениями) в течение 5-20 лет после ранее проведенных хирургических вмешательств составляет 33-56% (по результатам проведенного в Швеции наиболее полного популяционного когортного исследования, которое включило 1936 пациентов). Принято считать, что радикальным может быть хирургическое лечение только самих осложнений БК (например, удаление стенозированного участка тонкой или толстой кишки, ликвидация наружных и внутренних свищей). Тем не менее определение показаний к хирургическому лечению БК при прогнозируемом высоком риске развития острых и хронических осложнений в условиях неэффективности либо невозможности проведения дальнейшего консервативного лечения, по нашему мнению, является обоснованным и актуальным.

К **числу критериев прогнозирования острых и хронических осложнений БК** относим следующие:

1. Необратимые изменения стенки ПК.
2. Тотальное поражение толстой кишки, как признак агрессивного течения заболевания.
3. Поражение илеоцекального отдела, в котором заболевание протекает наиболее агрессивно.
4. Упорно-рецидивирующее течение болезни (частые обострения).
5. Непрерывное течение заболевания (на протяжении 1,5 и более лет).
6. Резистентность к консервативной терапии.
7. Выраженные побочные эффекты от препаратов, используемых для консервативной терапии.
8. Невозможность проведения консервативной терапии (непереносимость препаратов, невозможность финансового обеспечения лечения).
9. Гормонозависимая и гормонорезистентная БК.
10. Дисплазия слизистой высокой степени.

Выполнение хирургических вмешательств до развития тяжелых осложнений представляет резерв для снижения частоты послеоперационных осложнений, летальности, возможности выполнения первичных восстановительных, реконструктивно-восстановительных операций, улучшения функциональных результатов. Поэтому принятое на сегодня положение о том, что показанием к хирургическому лечению должно быть только наличие осложнений БК, вероятно, требует научного и практического переосмысления.

Решающую роль в определении показаний к хирургическому лечению играют следующие критерии:

– выраженность клинических симптомов;
– риск возникновения прогнозируемых осложнений;
– наличие осложнений;
– предшествующие операции;
– объем предстоящей операции и предполагаемые ее последствия;
– прогноз течения заболевания после операции и в случае ее невыполнения.

На сегодня выделены абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению БК. К **абсолютным показаниям** относят:

1. Острые осложнения:
– перфорация стенки ПК;
– профузное кровотечение в просвет ПК;
– перитонит (при физической герметичности стенки ПК), в том числе абсцесс брюшной полости;
– забрюшинный абсцесс или флегмона;
– токсическая дилатация толстой кишки.
2. Хронические осложнения:
– воспалительные инфильтраты, не поддающиеся консервативной терапии, особенно с вовлечением в процесс мочевых путей (компрессия мочеточника);
– формирование внутренних и наружных свищей, особенно с вовлечением в процесс мочевых путей или наружных половых органов (кишечно-пузырные и кишечно-влагалищные свищи);
– стриктура ПК с признаками хронической обтурационной непроходимости;
– рак ПК;
– тяжелые перианальные поражения с разрушением мышечного каркаса сфинктера, рецидивирующими парапроктитами, экстрасфинктерными свищами.
3. Острая форма БК, тотальное поражение толстой кишки (или таким же обострением), когда на протяжении 7-10 сут не удается достигнуть стабилизации состояния.
4. Тяжелые хронические рецидивирующие формы БК с тотальным поражением толстой кишки при отсутствии эффекта от комплексного (базисного) лечения на протяжении 3-4 нед.

Как видим, указанные абсолютные показания к хирургическому лечению БК обусловливают обязательное проведение оперативного вмешательства в экстренном, неотложном либо отсроченном порядке, что, безусловно, существенно влияет на особенности операции, ведение послеоперационного периода и результаты лечения.

К **относительным показаниям** относят:

– Хроническую рецидивирующую форму БК, тотальное поражение толстой кишки, резистентность к консервативной терапии, интермиттирующее течение с прогрессированием заболевания.
– Хроническую непрерывную форму БК (более 10 лет), тотальное поражение толстой кишки, резистентность к консервативной терапии, инвалидизацию больных.
– Стероидозависимую и стероидорезистентную БК («хроническая активная болезнь» у 30-50% больных БК).
– Наличие выраженных побочных эффектов от препаратов, используемых при консервативном лечении.
– Наличие необратимых изменений в стенке ПК (например, выраженные изменения слизистой оболочки, наличие дисплазии слизистой оболочки высокой степени и др.).
– Риск возникновения прогнозируемых острых и хронических осложнений.
– Задержку роста и развития детей и подростков на фоне хронического течения БК.
– Наличие внекишечных проявлений (системных осложнений) БК.

Хирургические операции при БК по относительным показаниям выполняют в плановом порядке. Указанные показания обоснованы необратимыми хроническими трансмуральными воспалительными изменениями в ПК с разрушением всех слоев стенки полого органа, возникновением дисплазии слизистой (предраковое состояние), нарушением системы «защиты» организма и функции жизнеобеспечивающих органов. Учитывая неспецифический характер заболевания, невозможность проведения полноценной этиопатогенетической терапии, наличие относительных показаний к хирургическому лечению должно быть важным аргументом в определении лечебной тактики. Выполнение хирургических вмешательств по относительным показаниям как раз и является тем реальным резервом, который позволяет провести хирургическое лечение своевременно, в плановом порядке, до развития осложнений, в том числе с первичным реконструктивно-восстановительным этапом, и тем самым улучшить результаты лечения этого тяжелого заболевания.

Как уже было отмечено, хирургическое лечение БК в отличие, например, от язвенного колита не носит радикальный характер, так как гранулематозное воспаление может развиваться в любом отделе ПК. Целями хирургического лечения при БК являются борьба с осложнениями и улучшение качества жизни пациентов, когда этого невозможно достичь медикаментозными средствами. Вместе с тем, как уже было отмечено, до 70-90% пациентов с БК в течение жизни подвергаются тому или иному оперативному вмешательству (44-71% – в течение первых 1,5-10 лет после установления диагноза) – от вскрытия парапроктита до обширных резекций кишечника. Непрерывное течение заболевания, риск возникновения тяжелых рецидивов вынуждают проводить длительную послеоперационную медикаментозную терапию во избежание необходимости повторных операций. Повторные резекции кишки при БК несут опасность развития синдрома короткого кишечника, постколэктомического синдрома, глубоких нарушений процессов пищеварения. Пожизненное диспансерное наблюдение, проведение противорецидивной терапии дают возможность сократить число тяжелых рецидивов заболевания до 24-28%, при этом удается избежать повторных резекций тонкой и толстой кишки.

С учетом изложенного целесообразно выделить **два вида оперативных вмешательств при хирургическом лечении осложнений БК**:

Радикальные:
– резекция участка тонкой и (или) толстой кишки;
– колэктомия или колопроктэктомия;
– ликвидация наружных и внутренних свищей.

Паллиативные:
– обходные анастомозы;
– дивертивная илео- или колостома;
– вскрытие и дренирование гнойников;
– стриктуропластика.

Необходимость выполнения повторных операций после двух и более ранее выполненных приблизительно такая же, как и после первичной операции. В течение первого года после хирургического вмешательства при выполнении колоноскопии у 72% пациентов обнаруживается рецидив заболевания, частота которого в дальнейшем увеличивается до 88%. Как правило, в последующем заболевание преимущественно поражает область анастомоза. При этом имеет место антеградное распространение патологического процесса со стороны подвздошной кишки. Следует подчеркнуть, что новый эпизод заболевания возникает самостоятельно и не связан с неадекватно проведенной резекцией. Несмотря на то что частота возникновения рецидива достаточно велика и в среднем больные нуждаются в повторной операции каждые 10 лет, хирургическое лечение считается высокоэффективным подходом к устранению симптоматики заболевания и повышению качества жизни пациентов, когда медикаментозная терапия не оказывает желаемого эффекта.

На современном этапе стратегически хирургическое лечение БК (ее осложнений) направлено на выполнение минимально необходимой резекции пораженного участка кишечника с восстановлением функции ПК. Данный подход обоснован с учетом концепции, согласно которой БК – заболевание, вызывающее обширное поражение ПК, что исключает возможность его радикального излечения. Наличие же микроскопических признаков заболевания в крае

Продолжение на стр. 18.

ZU_2013_Hirurg_3_fuLL.qxd 13.11.2013 14:19 Page 18

А.И. Пойда, д.м.н., профессор, **В.М. Мельник**, д.м.н.,
кафедра хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Хирургическое лечение болезни Крона

Продолжение. Начало на стр. 16.

резецированного макропрепарата обычно не оказывает влияния на рецидив заболевания. Более того, результатами некоторых исследований было установлено, что эндоскопически выявленные асимптомные тонкокишечные поражения, которые остаются после выполнения подвздошно-толстокишечной резекции, не имеют корреляционной зависимости с клинически проявляющимися рецидивами заболевания. Несмотря на то что термин «рецидив заболевания» используется достаточно широко, более обоснованно, по нашему мнению, использовать термин «обострение», который обозначает новую атаку уже существующего, латентно протекающего заболевания.

Следует отметить, что при БК важно избегать любых необоснованных избыточных резекций кишечника, так как в будущем при возможных новых рецидивах заболевания пациенту может понадобиться повторная операция при наличии синдрома короткой кишки. В связи с чем при БК наиболее часто выполняют сегментарные резекции ПК.

Показаниями к сегментарной резекции ПК могут служить необратимые локальные изменения в стенке ПК (слизистой оболочки и других слоев) сочетающиеся с:

– резистентностью к консервативной терапии или невозможностью ее проведения;

– высокой степенью риска прогнозируемых острых и хронических осложнений;

– наличием острых или хронических осложнений.

Однако необоснованное использование консервативной и выжидательной тактики лечения нередко приводит к недооценке показаний к операции и упущению сроков для выполнения своевременного хирургического вмешательства. Если при консервативной тактике лечения невозможно достичь ремиссии заболевания либо отмечаются серьезные побочные эффекты, то в большинстве случаев для пациента лучшей стратегией является хирургическое лечение. В связи с этим целесообразно и обосновано отдавать предпочтение выполнению операций по относительным показаниям в более ранние сроки.

Выбор объема хирургического вмешательства зависит от локализации процесса, степени его выраженности, степени тяжести состояния пациента, наличия и характера осложнений. Так, при поражении подвздошно-слепокишечного сегмента хирургическое лечение БК включает выполнение ограниченной подвздошно-слепокишечной резекции. При этом границы резекции должны проходить в пределах макроскопически неизмененной кишки. Анастомоз следует накладывать по типу «конец-в-бок», обосновано «моделирование» удаленного илеоцекального отдела кишечника.

Если показаниями для хирургического лечения при поражении тонкой кишки в основном являются различного рода осложнения, оперативное лечение при поражении толстой кишки применяется в случае длительного, не контролируемого медикаментозными методами течения заболевания. По данным литературы, сегментарные поражения толстой кишки при БК выявляют в среднем у 40% больных, поражение левых отделов толстой кишки – у 26%, тотальное поражение – у 31%, поражение перианальной области – в 29-37% случаев. После 10 лет наблюдения с момента установления диагноза необходимость в обширном хирургическом вмешательстве, особенно при тотальном поражении толстой кишки, возникает у 50-70% пациентов, в 25% случаев вынужденно формируют илеостому. Из пациентов, страдающих тяжелым колитом, 60% поддаются медикаментозной терапии, из числа которых у 60% удается поддерживать ремиссию. Следовательно, примерно у 40% пациентов с тяжелым течением БК потребовалась колэктомия в течение 1-2 лет с момента начала заболевания.

По данным ведущих колопроктологических центров, колэктомия, выполненная по экстренным показаниям, составляет около 8% из всех выполняемых при БК колэктомий. В большинстве случаев колэктомию выполняют в сочетании с резекцией прямой кишки в связи с ее поражением.

Показаниями к колэктомии, колэктомии с резекцией прямой кишки считаем гранулематозный колит, тотальное поражение слепой, ободочной и проксимального отдела прямой кишки, необратимые изменения слизистой оболочки и других слоев стенки толстой кишки, сочетающийся с:

– резистентностью к консервативной терапии или невозможностью ее проведения;

– высокой степенью риска прогнозируемых острых и хронических осложнений;

– наличием острых и хронических осложнений.

При поражении БК толстой кишки токсическая дилатация возникает в 4-6% случаев, при поражении тонкой и толстой кишки – только в 1% случаев. Летальность при ней достигает 10%. Ее наличие является абсолютным показанием для выполнения «лечебной» колэктомии и илеостомии. Тяжелое кровотечение и перфорация возникают при поражении толстой кишки примерно с одинаковой частотой у 1% больных. В таких ситуациях хирургическое вмешательство целесообразно ограничить выполнением тотальной колэктомии, формированием культи прямой кишки (даже при наличии абсолютных показаний к ее удалению), наложением илеостомы. Экстирпацию культи прямой кишки рекомендуется отложить до того момента, когда состояние пациента будет относительно удовлетворительным, в редких случаях ее приходится выполнять досрочно из-за развития тяжелого кровотечения. После неотложной колэктомии в 60% случаев требуется в последующем выполнение экстирпации прямой кишки в связи с поражением аноректальной области. Сохранение больной прямой кишки также нежелательно в связи с риском малигнизации в культе прямой кишки. В некоторых случаях возможно наложение дивертивной (петлевой) илеостомы при тяжелом течении колита. Это позволяет добиться клинического улучшения у 87% пациентов, и примерно у половины из них в последующем стому удается закрыть. Но только у 20% больных после закрытия илеостомы обострение заболевания при динамическом наблюдении не отмечается.

Сегментарное поражение толстой кишки встречается менее чем у 10% пациентов с БК, а сегментарная резекция толстой кишки показана 4-10% нуждающимся в оперативном лечении. Типичное показание к сегментарной резекции толстой кишки – наличие локальной стриктуры. Частота рецидивов стриктуры сходна с таковой при сегментарном поражении тонкой кишки.

У 25% пациентов, которым показана колэктомия в связи с БК, отсутствуют клинически и эндоскопически видимые изменения прямой кишки с нормальной функцией сфинктерного аппарата. Таким больным показано выполнение первичной восстановительной операции, заключающейся в формировании илеоректального анастомоза, предпочтительно терминолатерального, как более благоприятного в функциональном отношении. Это позволяет получить вполне удовлетворительные функциональные результаты, избежать формирования илеостомы. Обычно дистальный уровень резекции определяется областью поражения, выявленной при эндоскопии. Очень важно максимально сохранить прямую кишку, так как при этом не нарушается накопительная функция. Если объем оставшегося участка прямой кишки не превышает 150 мл, функциональный результат не всегда удовлетворительный. Если существуют сомнения по поводу наличия ректальных или перианальных поражений или если больной на момент операции находится в тяжелом состоянии целесообразно выполнить резекцию обструктивного типа, а решение о возможности выполнения восстановительной операции следует принимать на втором этапе хирургического лечения. Клиническое излечение наступает после колэктомии у 43-60% больных при 10-летнем наблюдении, что особенно важно в подростковом и молодом возрасте. Недостаточность илеоректального анастомоза возникает примерно в 5% случаев. У большинства пациентов частота стула после указанной операции составляет 4-6 раз в сутки, удовлетворительные функциональные результаты с достаточным контролем за функцией прямой кишки в течение 10 лет наблюдаются почти у 60% больных. При наличии перианальных осложнений (рецидивирующие парапроктиты, транс- и экстрасфинктерные свищи, незаживающие трещины) показана экстирпация прямой кишки.

Колэктомия, резекция (либо сохранение) прямой кишки и илеостомия могут также использоваться в случаях, когда пациент не может быть подвергнут одномоментной колпроктэктомии (колэктомия + экстирпация прямой кишки + пожизненная илеостома) из-за высокого операционного риска. В популяционных исследованиях было выявлено, что около 7% пациентов с БК перенесли колэктомию с илеостомией и около половины из них в дальнейшем были подвергнуты экстирпации прямой кишки в связи с аноректальными поражениями. Если прямая кишка сохранена, необходимо проводить постоянный мониторинг ее состояния по онкологическим соображениям.

Одномоментная колпроктэктомия – операция, которая является золотым стандартом для лечения колоректального и перианального поражения при БК. При использовании данной методики отмечается наименьшая частота рецидивов заболевания в связи с тотальным удалением толстой кишки. Рецидивы в тонкой кишке после колпроктэктомии возникают в 15-25% случаев в течение 10 лет. Повторные операции требуются в 20% случаев.

Более сложным является вопрос о возможности и способе выполнения реконструктивно-восстановительной операции (первичной или вторичной) после выполнения колэктомии и предельно низкой резекции прямой кишки, когда нет анальных и перианальных поражений и обосновано сохранение хирургического анального канала, а иногда и 1,5-2 см нижнеампулярного отдела прямой кишки. В этой ситуации, когда удалена слепая, ободочная кишка и ампула прямой кишки, единственным методом реабилитации больного, по сути – альтернативой пожизненной илеостоме, является проведение реконструктивно-восстановительной операции путем формирования тонкокишечного подвздошно-тазового резервуара и илеоанального анастомоза, что является операцией выбора для многих пациентов с язвенным колитом.

Однако БК является относительным противопоказанием для этой операции, так как существует риск поражения тонкой кишки или перианальной области, что в дальнейшем становится причиной удаления подвздошно-тазового резервуара. Однако в последнее время подход к этому вопросу стал более либеральным. Считается допустимым, хотя и спорным, предлагать формирование подвздошно-тазового резервуара хорошо информированным пациентам (о возможном рецидиве заболевания в сформированном резервуаре и необходимости выполнения в связи с этим повторной операции) при условии, что БК локализуется исключительно в толстой кишке и требует выполнения колэктомии с резекцией прямой кишки. Риск развития резервуарного илеита и необходимость его последующего удаления составляет в пределах 10-45%, что значительно больше, чем при язвенном колите. Тем не менее частота повторных операций в связи с поражением БК других участков кишечника (как и резервуара) составляет 50% в течение 10 лет, что косвенно указывает на целесообразность его формирования. Парижской группой проводилось 10-летнее наблюдение за больными с сформированным подвздошно-тазовым резервуаром. Осложнения, связанные с БК, развились в указанном резервуаре в 35% случаев, и только у 10% из них потребовалось его удаление.

Как видим, вопрос о целесообразности хирургической реабилитации больных после колэктомии и предельно низкой резекции прямой кишки вызывает определенные противоречия. С одной стороны, реабилитация таких больных чрезвычайно важна и обоснована (большинство из них – лица молодого, трудоспособного возраста), тем более что имеются для этого анатомо-функциональные условия (сохранение анатомии и функции сфинктерного аппарата прямой кишки), с другой стороны –

ZU_2013_Hirurg_3_fuLL.qxd 13.11.2013 14:19 Page 19

в связи с особенностями БК имеет место вероятность рецидива (продолжения) заболевания в резервуаре. Выходом из положения считаем необходимость переосмысления указанных противоречий и более углубленное изучение данной проблемы, которая включает разработку более совершенных методов хирургической реабилитации данной категории больных. С учетом вышеуказанных данных о современном представлении о патогенезе БК, особенностях ее клинического течения, согласно с которыми изолированное поражение толстой кишки наблюдается у 19-26% пациентов, сочетанное поражение толстой кишки и тонкой в виде терминального илеита (у 43-52%), следует признать целесообразным выполнение колэктомии, предельно низкой передней резекции прямой кишки, а также резекции терминального отдела подвздошной кишки как достаточно радикальной операции с учетом минимального риска рецидива в оставшихся отделах ПК. В таком случае обоснованным является выполнение реконструктивно-восстановительных операций, предусматривающих формирование тонкокишечных резервуаров, особенно нового типа (без рассечения стенки тонкой кишки) – не анатомических, а функциональных. Из представленных данных следует, что к выполнению реконструктивно-восстановительных операций при БК следует подходить дифференцированно, прежде всего с учетом особенностей клинического течения заболевания, а также при условии применения современных, более совершенных вышеуказанных операций. Что касается анастомоза – более обоснованным является выполнение мукозэктомии (удаление слизистой оболочки) – хирургического анального канала до зубчатой линии (как входных ворот для бактериальных антигенов, проникающих через неполноценный кишечный эпителиальный барьер) без удаления подслизистой основы (!) с последующим формированием илеоэндоанального соустья. Вопрос, конечно, спорный, однако необходимость поиска путей его решения очевидна и актуальна.

Следует также отметить, что риск развития рака, прежде всего толстой кишки, в течение 22 лет после первой атаки распространенной БК составляет 8%, что примерно соответствует риску малигнизации при язвенном колите. Однако с учетом более агрессивного течения БК, возможно, истинная частота малигнизации при ней все же выше. Дальнейшие исследования показали, что практически во всех случаях Кронассоциированная карцинома имела прилежащие участки дисплазии и только примерно в половине случаев – отдаленные участки дисплазии. Отдаленные результаты и эффективность скрининговых исследований для БК и язвенного колита не изучены. Особое внимание следует уделять случаям возникновения стриктур, которые необходимо вести как злокачественные новообразования, пока на основании результатов гистологического исследования не будет доказано обратное. Окончательный диагноз иногда выставляют только после выполнения резекции, последующего макроскопического и патогистологического исследования препарата.

Изолированное поражение тонкой кишки в большинстве случаев встречается в терминальном отделе подвздошной кишки, который можно успешно подвергнуть экономной резекции. При более распространенном воспалительном процессе у 30-50% больных возможно формирование стриктуры в других отделах тонкой кишки, что может приводить к развитию хронической обтурационной непроходимости. В таком случае пациенты нуждаются в проведении множественных резекций. При этом значительно возрастает риск развития синдрома резецированного кишечника (синдром «короткой тонкой кишки», синдром мальабсорбции). Из-за стремления сохранить максимальную длину кишечника сформировалась новая концепция стриктуропластики. В настоящее время указанная техника используется достаточно широко, когда это представляется возможным.

Показаниями к стриктуропластике являются: наличие рубцового сужения ПК протяженностью до 3-4 см без перифокального воспаления и наличие поражения (стойкая ремиссия) стенки проксимальнее и дистальнее стриктуры.

При наличии протяженной стриктуры с активным воспалительным процессом предпочтительнее выполнить резекцию пораженного сегмента при условии, что остающейся длины тонкой кишки достаточно. Как правило, у половины больных используют сочетание стриктуропластики и сегментарной резекции.

Стриктуропластику выполняют приблизительно по тем же принципам, что и пилоропластику. В большинстве случаев пациенту в течение жизни выполняют 3-4 стриктуропластики, но в некоторых ситуациях количество стриктуропластик может увеличиваться до 10-15.

Результаты применения стриктуропластики показывают, что данная методика является безопасной и эффективной. Частота развития послеоперационных септических осложнений после ее выполнения составляет 4-5%, тогда как уменьшение степени выраженности симптомов заболевания отмечается у 98-99% больных. Кровотечение из места пластики развивается в 5-9% случаев, но, как правило, оно успешно останавливается при использовании обычных консервативных мероприятий. Повторную стриктуропластику выполняют после предыдущей через 40 мес у 13-20% больных, через 54 мес – у 44%, через 107 мес – у 44%. После стриктуропластики и ограниченной резекции кишечника потребность в повторных вмешательствах остается приблизительно одинаковой. При рецидиве заболевания стриктуропластику приходится выполнять в том же сегменте кишки только у 2-4% пациентов. В большинстве же случаев стриктуры развиваются в других отделах ПК.

Альтернативой повторной хирургической стриктуропластики является эндоскопическая дилатация с помощью баллонного катетера. В ближайшем послеоперационном периоде положительный результат отмечают в 60-80%, в отдаленные сроки наблюдения – в 40-60% случаев. Риск перфорации составляет 2-11%.

У 30-70% больных БК возникают поражения анального канала разной степени выраженности, от незначительных поверхностных очагов кожи перианальной области до тяжелых гнойно-деструктивных изменений тканей промежности ягодичных областей, области верхней трети бедер. Однако только в 3-5% из них требуется хирургическая помощь. У незначительного количества пациентов поражения перианальной области, например свищи, являются первичным проявлением заболевания. В течение 10 лет у половины из них развивается поражение других отделов кишечника. Активность перианальных поражений не зависит от активности заболевания в проксимальных отделах кишечника.

Прогноз в целом благоприятный. Только 5-10% пациентов с перианальным процессом в течение 10 лет от начала заболевания подвергаются экстирпации прямой кишки. Однако, если к процессу присоединяется поражение прямой кишки, необходимость в экстирпации прямой кишки возникает в 2 раза чаще. Трещины и свищи могут протекать бессимптомно, в течение 10 лет около половины из них излечиваются самостоятельно, еще 20-30% удается излечить хирургическим путем.

Трещины анального канала чаще всего располагаются сзади по срединной линии, треть случаев составляют глубокие трещины с выраженными клиническими проявлениями, а две трети – бессимптомные. В 50-70% случаев излечение трещин достигается консервативными методами с использованием медикаментозной терапии. Разработаны новые методики, согласно которым выполняют местные инъекции нитроглицерина, дилтиазема и ботулотоксина. Необходимо приложить все усилия для сохранения внутреннего анального сфинктера. Однако если все другие методы оказываются неэффективными, а симптоматика носит выраженный характер, для лечения трещины применяют сфинктеротомию. Данную операцию не следует выполнять при наличии активного проктита. Лечение трещин позволяет предотвратить в будущем возникновение свищей и абсцессов, которые развиваются на их основе.

Абсцесс (острый парапроктит) может формироваться из глубоких язвенных дефектов или из разрушенных анальных желез. Первый признак абсцедирования – нарастающая перианальная боль. Установить диагноз позволяет тщательное обследование с применением методов анестезии. Хирургическая тактика – вскрытие и дренирование полости абсцесса. На данной стадии не рекомендуется вскрывать первичный ход. В сложных случаях, когда причина боли остается неясной, возможно использование МРТ.

Степень выраженности поражения «анальными свищами» может варьировать от единичных свищей до «мокнущей промежности». Если свищ неосложненный, а в перианальной области нет активного воспаления, лечение следует проводить с использованием любой сфинктерсохраняющей методики. Выделение свищевого хода и предварительное дренирование лигатурой с последующей лоскутной пластикой дает хороший результат в 50-70% случаев в течение 2-3 лет наблюдения. Рассечение дает лучшие результаты при поверхностно расположенных ходах. Для сложных свищей или при наличии активного воспаления главная задача – обеспечить адекватное дренирование полости, для чего через свищевой ход пропускают лигатуру из синтетического материала. Этот метод дает хорошие функциональные результаты.

Супралеваторные (экстрасфинктерные) свищи представляют собой сложную проблему. Главная задача лечения – адекватное дренирование и поиск внутреннего отверстия свищевого хода. Часто методом выбора в таких случаях может стать экстирпация прямой кишки. Свищи, сформировавшиеся из глубоких язв, плохо поддаются лечению и в долгосрочной перспективе почти всегда приводят к необходимости выполнения экстирпации прямой кишки.

Ректовагинальные свищи (основные симптомы – отхождение газов и кала через влагалище) выявляют почти у 10% женщин, обследованных по поводу БК в специализированных проктологических центрах. В одном из исследований 37% пациенток с ректовагинальными свищами были подвергнуты экстирпации прямой кишки, причем только треть из них – собственно из-за наличия свища. Первый этап лечения направлен на уточнение расположения свищевого хода и дренирование его с помощью лигатуры. Если свищ открывается не в преддверие влагалища, для его исследования лучше всего применить вагинографию. Чувствительность этого метода составляет 79% в сравнении с 60% при КТ и только 34% при использовании бариевой клизмы. Некоторую специфическую информацию о ректовагинальном свище можно получить с помощью МРТ. При удовлетворительном состоянии окружающих тканей обоснованы попытки сформировать перемещенный анально-кожный и влагалищный лоскут. По некоторым данным, хорошие результаты при такой методике удается получить в 30-70% случаев.

Формирование временной дивертивной илеостомы при БК относится к паллиативному лечению осложнений, является «методом выхода из положения» и может использоваться для облегчения страданий тяжелобольных, для которых применение других методик не дало результатов или было отвергнуто по каким-либо причинам. При таком подходе у большинства пациентов наблюдается улучшение самочувствия и редукция симптоматики, однако лишь немногим в дальнейшем производят восстановление непрерывности кишечника, после которого только у единиц сохраняется состояние ремиссии. Временную илеостому также накладывают при выполнении операций на анальном канале. Однако при использовании пластики перемещенным лоскутом ее наложение не является обязательным, поэтому к вопросу наложения временной илеостомы следует подходить избирательно.

С течением времени при перианальной локализации БК возможно развитие прямокишечных или анальных стриктур, а также недержания кала из-за развития фиброзного поражения анального сфинктера. Стриктуры можно аккуратно бужировать, однако следует помнить, что чрезмерная дилатация приведет к нарушению замыкательной способности и возникновению симптомов недержания. Примерно половина пациентов, у которых развились анальные или прямокишечные стриктуры, нуждаются в экстирпации прямой кишки. В некоторых случаях при наличии повреждений сфинктера хороший результат дает сфинктеропластика.

Как видим, из представленных данных следует, что хирургическое лечение БК и ее осложнений является сложной проблемой современной колопроктологии. Дальнейшее изучение этиологии, патогенеза заболевания, особенностей клинического течения в зависимости от локализации патологического процесса в различных отделах ПК, совершенствование показаний и разработка более совершенных методов радикальных и реконструктивно-восстановительных операций позволят улучшить результаты лечения указанной категории больных.