

Стриктуропластика или резекция тонкой кишки при болезни Крона?

А.М. Старостин, А.В. Воробей

ГУО «БелМАПО», УЗ «МОКБ»

Актуальность

- Болезнь Крона (БК) относится к воспалительным заболеваниям кишечника
- У большинства пациентов с течением времени она приводит к необходимости оперативного лечения
- Самым распространенным показанием к хирургическому вмешательству является возникновение стриктур кишечника, а также кишечных свищей или их комбинации

- **Расположение стриктур:**

- Стриктуры наиболее часто располагаются в терминальном отделе подвздошной кишки (конечные 40 см тонкой кишки) и илеоцекальном клапане
- В толстой и тонкой кишке проксимальнее терминального отдела подвздошной кишки стриктуры встречаются реже

- **Хирургическая тактика:**

- Для стриктур толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки операцией выбора признана резекция в пределах 2 см видимой здоровой стенки кишки
- Для стриктур вышележащих отделов тактика неоднозначная

Стриктуропластика тонкой кишки

- Абсолютное показание для стриктуропластики - наличие множественных стриктур, расположенные далеко друг от друга, что делает в этом случае резекцию кишки чрезмерным и неоправданным действием
- Относительные показания – отличаются в различных международных рекомендациях

Стриктуропластика по Гейнеке-Микуличу

- Самым распространенный способом стриктуропластики
- Клинические рекомендации из США описывают данную методику для стриктур до 10 см длиной, а европейские – для фиброзных стриктур до 6-8 см
- Стриктуропластика может проводиться как при чистых фиброзных, так и при фиброзно-воспалительных стриктурах, а также при наличии активного заболевания

Материалы и методы

- 12 пациентов со стриктурами кишечника при БК, за период с марта 2020 г. по октябрь 2021 г. прооперированы на базе УЗ «МОКБ»:
 - 2 пациента имели тонко-толстокишечное поражение,
 - 8 – терминального отдела подвздошной кишки,
 - 2 – проксимальнее терминального отдела подвздошной кишки.

Результаты

- 2 пациента имели поражение верхнего отдела ЖКТ (т.е. проксимальнее терминального отдела подвздошной кишки) по Монреальской модификации Венской классификации БК:
 - Первый пациент К. имел 3 короткие (до 5 см) стриктуры подвздошной кишки - выполнили стриктуропластику трех стриктур по Гейнеке-Микуличу
 - Второй пациент Г. имел 1 короткую (2см) стриктуру подвздошной кишки - выполнили стриктуропластику по Гейнеке-Микуличу

Пациент Г



Наш опыт

- Показания к стриктуропластике:

- Короткие стриктуры тонкой кишки до 5 см длиной, без выраженного супрастенотического расширения, с частично сохраненным просветом, фиброзно-воспалительного характера. Стриктуры до 10 см длиной – по методу Финнея при наличии абсолютных показаний.

- При воспалительных стриктурах с сужением просвета и тенденцией к фиброзированию, которые часто являются находкой во время операции у пациента с БК другой локализации, предпочтительно выполняем стриктуропластику

- Грубые фиброзные стриктуры, приводящие к обтурации просвета, супрастенотическому расширению и развитию непроходимости мы резецируем с формированием анастомоза со здоровой проксимальной частью тонкой кишки

Выводы

- Боязнь хирургов постсоветских стран к выполнению стриктуропластики на фиброзной или воспаленной кишке при БК является неоправданной
- Склонность к резекционным вмешательствам, особенно повторным, является предпосылкой для формирования у пациентов в послеоперационном периоде синдрома короткой кишки
- Плановые операции у пациентов со стриктурами желательно проводить в специализированных стационарах