

КАРПУХИН О.Ю.

УДК 616.348

Кафедра хирургии № 1 ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
МЗ и СР РФ, ГУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г. Казань, Россия

Лечение болезни Крона с позиции колопроктолога

Актуальность: В последнее десятилетие лечебная стратегия при болезни Крона (БК) претерпела существенную эволюцию. Это связано в первую очередь с долгосрочным подходом к БК как заболеванию с хроническим течением, а также с разработкой новых методов диагностики, мониторинга заболевания, внедрением новых схем консервативного лечения. Задачи такого подхода — быстрое достижение и длительное сохранение медикаментозно индуцированной ремиссии, минимизация осложнений заболевания, а также осложнений, связанных с самой терапией, максимальное улучшение качества жизни пациентов и ограничение хирургических подходов к лечению.

Цель исследования: проанализировать опыт лечения пациентов с БК на базе отделения хирургического профиля.

Материалы и методы: За период с 2001 по 2010 г. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ, на клинической базе кафедры хирургических болезней № 1 КГМУ находились 128 пациентов с БК различной локализации. При этом мужчин было 59 (46,1%), женщин — 69 (53,9%). Средний возраст — $41,6 \pm 3,2$ лет. Локализация воспалительного процесса: только тонкая кишка — 19 (14,8%), только толстая — 86 (67,2%), сочетанное поражение — 23 (18%).

Результаты: Диагноз БК был основан на оценке данных клинических, гистологических и лучевых методов исследований в соответствии с международными критериями (Lennard — Jones, 1976; European Crohn's and Colitis organization (Ecco) consensus, 2006). При этом наличие в биоптате саркоидных гранул обнаружено нами лишь в 15,9% наблюдений.

Терапия первой линии в стадии активного воспаления включала стандартный комплекс: аminosалицилаты, кортикостероиды (преднизолон, будесонид), антибиотики широкого спектра действия (метранидазол), инфузионную терапию, по показаниям — энтеральное питание. Терапия второй линии включала иммуносупрессоры, биологическую терапию. Для

поддержания ремиссии — аminosалицилаты, тиопурины (азатиоприн).

Осложнения БК констатированы у 62 (48,4%) пациентов: воспалительный инфильтрат брюшной полости, стриктура, кишечное кровотечение, перфорация кишки, наружные кишечные свищи, периаанальные поражения, малигнизация. При этом у 15 (22,1%) имели место сочетания различных осложнений, чаще всего сочетались стриктура кишки и периаанальные поражения. Различные виды осложнений БК в 47,7% наблюдений стали показаниями к хирургическому лечению. Оперированы 14 (23%) больных с поражением тонкой кишки, 47 (77%) — толстой. Основными видами оперативных вмешательств были: тотальная колэктомия — 10 (21,7%), правосторонняя — 8 (17,4%) и левосторонняя гемиколэктомия — 8 (17,4%). Послеоперационный период осложнился в 6 (9,8%) наблюдениях. В послеоперационном периоде умерли 2 (3,3%) пациента. В сроки от 6 мес. до 10 лет прослежены 37 (60,7%) оперированных больных. Рецидив заболевания отмечен у 13,5% пациентов, причем у 2 — в зоне анастомоза. Необходимость в хирургическом лечении возникла у 4 (10,8%) больных.

Выводы: Приоритетными направлениями исследований по БК являются: 1. Эпидемиологические исследования в регионах РФ с целью создания регистра больных БК, улучшения их медикаментозного обеспечения.

2. Совершенствование системы динамического диспансерного учета и наблюдения больных БК.

3. Решение вопросов медико-социальной, трудовой реабилитации пациентов с ВЗК, создание республиканской Ассоциации больных ВЗК.

4. Разработка рабочих учебных программ по современным методам диагностики и лечения ВЗК для студентов вузов и слушателей курсов ПДО, подготовка специалистов (колопроктологов, гастроэнтерологов) на базе ведущих республиканских, краевых, областных, а также федеральных клинических центров, занимающихся данной патологией.