

А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Л.Р. Аитова

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости болезнью Крона, особенно в экономически развитых странах. Низкая эффективность от проводимой консервативной терапии и частые рецидивы после хирургического лечения ставят болезнь Крона в один ряд с онкологическими заболеваниями. Современная фармакотерапия тяжелых форм болезни Крона требует проведения гормональной и цитостатической терапии, а применение высокоэффективной иммунокорректирующей терапии инфликсимабом сильно ограничено из-за высокой стоимости препарата.

В отделении колопроктологии г. Уфы в период 2001 – 2006 гг. пролечен 21 больной с болезнью Крона. Средний возраст составил 41,3 года, возраст больных колебался от 25 до 54 лет. Большинство пациентов – 61,9 % (13) составили женщины, соответственно мужчины 38,1 % (8). В 28,6 % (6) отмечено изолированное поражение тонкой кишки, у 7 больных (33,3 %) процесс локализовался в толстой кишке и в 9 случаях сочетание поражения тонкой и толстой кишки (42,9 %).

Всем больным проводилась базисная терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты. В 6 случаях (28,6 %) установлена тяжелая форма течения болезни Крона, потребовавшая проведения гормональной терапии преднизолоном по схеме до наступления стойкого эффекта с последующей поддерживающей терапией препаратами группы сульфасалазина.

Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, а также в связи с развитием осложнений, было выполнено хирургическое вмешательство – 9 больных (42,9 %). Три человека (14,3 %) были с сегментарным поражением терминального отдела подвздошной кишки, которым в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии была выполнена сегментарная резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза. У всех больных из этой группы не отмечено рецидива заболевания. В 9,5 % случаев (2 больных) с поражением тонкой и толстой кишки выполнена резекция илеоцекального отдела кишечника с формированием первичного илеоасцендоанастомоза. У одного больного развился рецидив заболевания с поражением толстой кишки, потребовавшее регулярного проведения курса стационарного лечения.

В 2-х случаях (9,5 %) в связи с развившимися осложнениями возникла необходимость наложения илеостомы. В первом случае течение заболевания осложнилось развитием воспалительного инфильтрата вызвавшее развитие кишечной непроходимости, была выведена илеостома. После проведения консервативной терапии воспалительные явления купированы и произведена резекция пораженного участка тонкой кишки с ликвидацией стомы. Во втором случае у больного с поражением тонкой и толстой кишки развился абсцесс с прорывом в брюшную полость и развитием перитонита. Выведение илеостомы и проведение гормональной терапии не позволило добиться положительного эффекта, что потребовало проведения иммунокорректирующей терапии инфликсимабом. После проведения терапии инфликсимабом в дозировке 5 мг/кг веса 4-кратно привело к значительному улучшению состояния больного и положительной эндоскопической динамике заболевания.

У двух пациентов с поражениями прямой кишки и анального канала сформировался ректовагинальный и параректальный свищ. Было выполнено наложение петлевых сигмостом и проведена консервативная гормональная терапия приведшие к заживлению свищей. После чего колостомы были ликвидированы. Рецидивов свищей в течение 3 лет нет.

ВЫВОДЫ

1. Течение болезни Крона характерно развитием осложнений, потребовавших хирургическое вмешательство в 42,9 % случаев.
2. Радикальное хирургическое лечение болезни Крона привело к выздоровлению в 66,7 % и в 22,2 % случаев позволило добиться ликвидации внекишечных осложнений.
3. Первый опыт применения инфликсимаба позволяет говорить о его эффективности в случае лечения гормонорезистентной формы болезни Крона.