

УДК 616.348-002-031.84-08:616.344-089.86

## Эффективность илеостомии при болезни Крона толстой кишки с перианальными поражениями

Ю.А. Шельгин, В.Н. Кашников, К.В. Болихов, А.В. Варданян, И.Л. Халиф  
(ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва)

### Efficacy of ileostomy in Crohn's disease of the large intestine with perianal involvement

Yu.A. Shelygin, V.N. Kashnikov, K.V. Bolikhov, A.V. Vardanyan, I.L. Khalif

**Цель исследования.** Оценить эффективность илеостомии у пациентов с болезнью Крона толстой кишки с перианальными поражениями.

**Материал и методы.** В исследование включено 43 пациента с болезнью Крона толстой кишки с перианальными поражениями, которым за период с января 1998 г. по июль 2009 г. в ГНЦ колопроктологии выполнялась операция – илеостомия. По распространенности воспалительного процесса больные распределились следующим образом: у 4 (9,3%) – проктосигмоидит, у 15 (34,8%) – левостороннее поражение и у 24 (55,9%) – тотальное поражение толстой кишки. Перианальные поражения представлены следующими видами: язвы-трещины анального канала – у 6 (14%) пациентов, свищи прямой кишки – у 12 (27,9%), стриктуры анального канала – у 3 (6,9%), сочетания двух и трех видов перианальных поражений встречались у 22 (51,2%) больных.

**Результаты.** Прослежено 35 (81,3%) из 43 пациентов в сроки от 1 до 12 мес ( $M=5,5\pm 2,6$ ). Местное консервативное лечение проходили 24 (68,5%) из 35 больных в период от 1 до 6 мес ( $M=4,1\pm 1,1$ ), заживления удалось добиться в 11 случаях к  $2,8\pm 1,4$

**Aim of investigation.** To estimate efficacy of ileostomy in patients with Crohn's disease of the large intestine with perianal involvement.

**Material and methods.** Overall 43 patients with Crohn's disease of the large intestine with perianal involvement who underwent ileostomy in January, 1998 to July, 2009 in The State scientific center of coloproctology were included in original study. According to the spread of inflammatory process patients were distributed as follows: in 4 patients (9,3%) – proctosigmoiditis, in 15 (34,8%) – left-side lesion and in 24 (55,9%) – total involvement of the large intestine. Perianal lesions were presented by following types: ulcers-anal fissures – in 6 (14%) patients, rectal fistulas – in 12 (27,9%), strictures of anal canal – in 3 (6,9%), combinations of two and three types of perianal lesions were present in 22 (51,2%) patients.

**Results.** Thirty five of 43 patients (81,3%) were monitored in terms from 1 to 12 months ( $M=5,5\pm 2,6$ ). Twenty four of 35 (68,5%) patients underwent local conservative treatment in period from 1 to 6 months ( $M=4,1\pm 1,1$ ), that provided healing in 11 cases to  $2,8\pm 1,4$  month. Surgical treatment of perianal lesions was performed in 11 (31,5%) patients in terms from 2

**Шельгин Юрий Анатольевич** – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ

**Кашников Владимир Николаевич** – кандидат медицинских наук, заместитель директора ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ по научно-лечебной работе. Контактная информация для переписки: 123423, Москва, ул. Саляма Адила, 2

**Болихов Кирилл Валерьевич** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ. Контактная информация для переписки: bolikhov@yandex.ru; 123423, Москва, ул. Саляма Адила, 2

**Варданян Армен Восканович** – младший научный сотрудник отдела по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ. Контактная информация для переписки: armvard@yandex.ru; 123423, Москва, ул. Саляма Адила, 2

**Халиф Игорь Львович** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ

месяцу. Хирургическое лечение перианальных поражений выполнялось у 11 (31,5%) пациентов в период от 2 до 12 мес ( $M=5,9\pm 3,6$ ), заживление отмечалось у 9 больных в среднем к  $4,5\pm 2,2$  месяцу в сроки от 2 до 9 мес.

**Заключение.** При наличии тотального поражения толстой кишки в сочетании с двумя и более видами перианальных поражений, сопровождающихся выраженными метаболическими нарушениями, илеостомия должна применяться как первый этап хирургического лечения.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, перианальные поражения, илеостомия.

to 12 months ( $M=5,9\pm 3,6$ ), healing was obtained in 9 patients on average up to  $4,5\pm 2,2$  month in terms from 2 to 9 months.

**Conclusion.** At total involvement of the large intestine in combination to two and more types of the perianal lesions along with severe metabolic disorders, ileostomy should be applied as the first-line surgical treatment.

**Key words:** Crohn's disease, perianal lesions, ileostomy

**Б**олезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалительным поражением с развитием местных и системных осложнений [1, 2].

Одно из наиболее тяжелых и инвалидизирующих осложнений БК — поражение анального канала и перианальной кожи: язвы-трещины анального канала, ректовагинальные и параректальные свищи различной степени сложности, которые по различным данным встречаются у 25–75% больных [6–10]. Перианальные поражения чаще обнаруживаются при гранулематозном колите (75–81%), реже — при терминальном илеите (до 25%) [1, 5, 7].

Следует отметить, что при наличии перианальных поражений необходимость временного отключения толстой кишки из пассажа возникает у 53% пациентов, а по некоторым сведениям может достигать 77% [6, 12]. При этом риск потери функции запирающего аппарата прямой кишки и формирования постоянной стомы у больных с перианальными поражениями составляет 12–39% [11, 13].

С другой стороны, у 41% пациентов с отключением пассажа по толстой кишке, по сообщениям М.Н. Mueller [12], удалось добиться заживления перианальных проявлений, после чего были выполнены операции по восстановлению непрерывности кишечника. По мнению Г.И. Воробьева [3], показанием к наложению илеостомы является прогрессирование перианальных осложнений.

При наличии поражений перианальной области полное излечение с помощью консервативных методов терапии достигается только в 25% случаев [1]. Взгляды хирургов на тактику хирургического лечения перианальных проявлений остаются неоднозначными. Некоторые авторы [4] указывают на неблагоприятный прогноз хирургического вмешательства при перианальных осложнениях БК и предлагают консервативное лечение в условиях

отключенной прямой кишки после формирования кишечной стомы.

**Цель** нашего исследования — проанализировать эффективность илеостомии у данной категории больных.

### Материал и методы исследования

В период с 1998 по 2009 г. в ГНЦ колопроктологии оперировано 124 пациента с осложненным течением *болезни Крона толстой кишки* (БКТК). Из них 43 больным с перианальными поражениями в связи с неэффективностью консервативной терапии выполнялась операция отключения пассажа кишечного содержимого по толстой кишке путем формирования двухствольной илеостомы: мужчин было 19 (44,1%), возраст от 16 до 57 лет (средний  $27,1\pm 12,3$  года), женщин — 24 (55,9%), возраст от 15 до 66 лет (средний  $31,6\pm 14,7$  года) — рис. 1.

По распространенности воспалительного процесса в толстой кишке больные распределились следующим образом: у 4 (9,3%) — проктосигмоидит, у 15 (34,8%) — левостороннее поражение (до дистальной трети поперечной ободочной кишки) и у 24 (55,9%) — тотальное поражение толстой кишки (табл. 1).

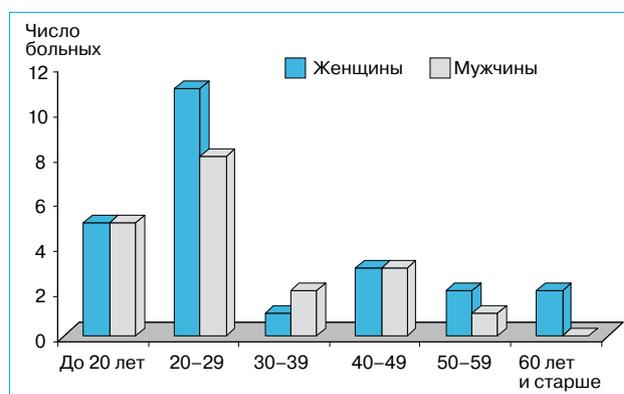


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту и полу

Таблица 1

Распространенность воспалительного процесса в толстой кишке у пациентов с БК

Распространенность воспаления	Количество пациентов	
	Абс. число	%
Тотальное поражение	24	55,9
Левостороннее поражение	15	34,8
Проктосигмоидит	4	9,3
Всего ...	43	100,0

Состояние у 3 (6,9%) больных при поступлении расценивалось как удовлетворительное – индекс Беста составил 173,3±7,6 (165–180) балла, у 31 (72,2%) – средней тяжести, индекс Беста 315,6±66,8 (190–430) балла, у 9 (20,9%) – как тяжелое, индекс Беста 471,2±12,8 (455–490) балла.

Гормонорезистентная форма заболевания диагностирована в 40 (93%) наблюдениях, гормонозависимая – в 3 (7%).

Перианальные поражения выявлены у всех 43 пациентов и были представлены следующими видами: язвы-трещины анального канала – у 6 (14%) больных (рис. 2), свищи прямой кишки – у 12 (27,9%) и стриктуры анального канала – у 3 (6,9%). При этом сочетание двух (рис. 3) и трех видов перианальных поражений встречалось в 22 (51,2%) случаях (табл. 2).

Всем пациентам после операции отключения пассажа по толстой кишке назначалась противорецидивная терапия иммуносупрессором (азатиоприн 2 мг/кг/сут).

В качестве местной противовоспалительной терапии применялись свечи с преднизолоном, с 5-АСК, с трихополом, микроклизмы с гидрокортизоном, с 5-АСК и преднизолоном, мазевые аппликации.

### Результаты исследования и их обсуждение

В сроки от 1 до 12 мес (в среднем 5,5±2,6) прослежено 35 (81,4%) из 43 больных.

Из 4 пациентов с язвами-трещинами анального канала к 6-му месяцу наблюдения эпителизация

на фоне местного консервативного лечения выявлена у 3, что позволило в дальнейшем провести операции по восстановлению пассажа кишечного содержимого. При отсутствии заживления у одного больного местное консервативное лечение было продолжено, однако из-за прогрессирования воспалительного процесса в толстой кишке пришлось выполнить колпроктэктомия.

У 2 пациентов со стриктурой анального канала в ближайшем послеоперационном периоде (на 6-е и 10-е сутки) вследствие развившихся осложнений (кишечное кровотечение из отключенных отделов кишечника у одного и токсическая дилатация толстой кишки у другого) выполнены соответственно колпроктэктомия и субтотальная резекция ободочной кишки с илео- и сигмостомой. В дальнейшем у второго больного через 4 мес после бужирования стриктуры удалось добиться положительного результата и осуществить реконструктивно-восстановительную операцию.

Из 8 пациентов со свищами прямой кишки их облитерация отмечена у 4 (у 3 экстрасфинктерные свищи и у одного ректовагинальный свищ), в последующем 3 больным выполнены реконструктивно-восстановительные операции и у одного планируется закрытие илеостомы. У 3 из 8 пациентов потребовалось иссечение свищей (у 2 с трансфинктерными свищами и у 1 с ректовагинальным свищом), после чего пассаж кишечного содержимого был восстановлен. У 1 из 8 больных облитерации экстрасфинктерного свища к 6-му месяцу наблюдения не выявлено – свищ был иссечен, однако возник рецидив и, учитывая обострение воспалительного процесса в прямой кишке, через 12 мес после наложения стомы проведена брюшно-анальная резекция прямой кишки с ликвидацией двустольной илеостомы, формированием илеоилеоанастомоза и выведением одноствольной сигмостомы.

Из 9 пациентов с сочетанием язв-трещин анального канала и свищей прямой кишки (у 5 экстрасфинктерные, у 3 трансфинктерные свищи и у 1 ректовагинальный) в 2 наблюдениях к 6-му месяцу отмечалась эпителизация ран и

Таблица 2

Частота и характер перианальных поражений у 43 больных с БКТК

Перианальные поражения	Количество больных	
	Абс. число	%
Язвы-трещины анального канала	6	13,9
Стриктура анального канала	3	7,0
Свищи прямой кишки	12	28,0
Язвы-трещины анального канала + свищи прямой кишки	10	23,2
Стриктура анального канала + свищи прямой кишки	6	13,9
Стриктура + язвы-трещины анального канала	3	7,0
Стриктура + язвы-трещины анального канала + свищи прямой кишки	3	7,0



Рис. 2. Пациентка У. 22 лет. Язвы-трещины анального канала и перианальной кожи



Рис. 3. Пациентка А. 25 лет. Передняя и задняя язвы-трещины в сочетании с экстрасфинктерным свищем прямой кишки, с формированием обширной раны промежности

облитерация свищей, в связи с чем выполнены реконструктивно-восстановительные операции. У 5 из 9 больных (у 3 трансфинктерные и 2 экстрасфинктерные свищи) потребовалось иссечение свищей – достигнут положительный эффект: в 3 случаях восстановлен пассаж кишечного содержимого по кишечнику и в 2 – планируется закрытие илеостомы. В связи с прогрессированием воспалительного процесса в толстой кишке в одном из 9 наблюдений выполнена колпроктэктомия, в другом – субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео- и сигмостомы. Облитерации свищей к моменту вмешательств не зарегистрировано.

Прослежено 6 больных с сочетанием стриктур анального канала и свищей прямой кишки (у 4 были экстрасфинктерные свищи, у 1 – ректовагинальный свищ и у 1 – сочетание экстрасфинктер-

ного свища с трансфинктерным). Всем пациентам выполнялось бужирование стриктур анального канала без операций по иссечению свищей. К 6-му месяцу наблюдения заживление свищей без рецидива стриктуры отмечено у 3 из 6 пациентов, при этом у одного выполнена реконструктивно-восстановительная операция, у второго планируется закрытие илеостомы, а у третьего из-за продолжающегося воспалительного процесса в толстой кишке осуществлена колпроктэктомия. У остальных 3 из 6 больных в 2 случаях возникла необходимость выполнения колпроктэктомии и один пациент от предложенной операции по удалению всей толстой кишки воздержался.

Из 3 больных с сочетанием стриктуры и язв-трещин анального канала заживление было отмечено у одного, однако вследствие прогрессирования воспалительного процесса через 6 мес после илеостомии потребовалось выполнение колпроктэктомии. У одного пациента в те же сроки после илеостомии проведена операция на промежности – бужирование стриктуры и иссечение язвы-трещины анального канала (без положительного результата) и в связи с прогрессированием воспаления в толстой кишке ему была предложена колпроктэктомия, от которой он воздерживается. Еще у одного больного через 6 мес из-за продолжающегося воспалительного процесса выполнена колэктомия с резекцией прямой кишки по типу операции Гартмана.

У 3 пациентов с сочетанием всех трех видов перианальных поражений – язвы-трещины + свищи прямой кишки (в 2 наблюдениях трансфинктерный свищ и в 1 ректовагинальный свищ) + стриктура анального канала – заживления в течение первых 6 мес после илеостомии не отмечено ни в одном случае. У всех 3 больных

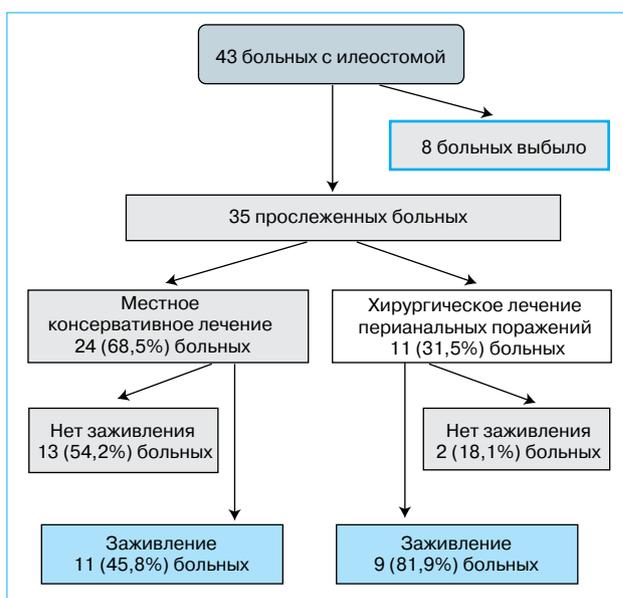


Рис. 4. Частота заживления перианальных поражений у пациентов с БТК после илеостомии

из-за прогрессирования воспалительного процесса выполнена колпроктэктомия.

Итак, из 35 прослеженных пациентов у 20 (57,1%) удалось добиться положительного результата — заживления периаанальных поражений и ремиссии воспалительного процесса в толстой кишке, что позволило у 16 (80%) из них выполнить реконструктивно-восстановительные операции, у оставшихся 4 планируется реконструктивное вмешательство.

У 11 (31,4%) из 35 больных выполнены операции с полной потерей функции запирающего аппарата прямой кишки с формированием постоянной стомы: в 10 случаях имелось тотальное поражение толстой кишки и в 1 — проктосигмоидит. У 3 из 11 пациентов было сочетание стриктуры прямой кишки со свищем, у 1 — стриктуры с язвой-трещиной анального канала, у 3 — сочетание всех трех видов периаанальных поражений. Из оставшихся 4 больных у 2 выполнена колэктомия с

сохранением участка прямой кишки и в настоящее время им проводится местное консервативное лечение, у 2 наблюдаются прогрессирование воспалительного процесса в толстой кишке и сохраняющиеся периаанальные поражения, но от предложенной колпроктэктомии они воздерживаются (рис. 4).

## Заключение

Необходимо обратить внимание, что при тотальном поражении толстой кишки в сочетании с двумя или тремя видами периаанальных поражений в 60% случаев илеостомия неэффективна. Таким образом, данные критерии можно считать прогностически неблагоприятными по отношению к течению заболевания. Вместе с тем при наличии выраженных метаболических нарушений илеостомия должна применяться как первый этап хирургического лечения.

## Список литературы

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. — М.: «Гэотар-Мед», 2001.
2. Белоусова Е.А. Биологическая стратегия в лечении воспалительных заболеваний кишечника // Фарматека. — 2006. — № 6. — С. 14–16.
3. Воробьев Г.И., Михайлова Т.Л., Фролов С.А. и др. Лапароскопическая илеостомия в лечении воспалительных заболеваний толстой кишки: Пособие для врачей, 2004.
4. Athanasiadis S., Girona J. Neue Behandlungsmethoden der perianalen Fisteln bei Morbus Crohn // Langenbecks Arch. Chir. — 1983. — Vol. 360. — S. 119–132.
5. Fammer R.G., Hawk W.A., Turnbull R.B. Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical of 615 cases // Gastroenterology. — 1975. — Vol. 68. — P. 627–635.
6. Fichera A., Michelassi F. Surgical treatment of Crohn's disease // J. Gastrointest. Surg. — 2007. — Vol. 11, N 6. — P. 791–803.
7. Gordon P.H. Santhat Nivatvongs Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus / 3<sup>rd</sup> ed., 2007.
8. Greenstein A.J., Sachar D.B., Greenstein R.J. et al. Intra-abdominal abscess in Crohn's (ileo) colitis // Am. J. Surg. — 1985. — Vol. 143. — P. 27–37.
9. McClane S.J., Rombeau J.L. Anorectal Crohn's disease // Surg. Clin. North Am. — 2001. — Vol. 81, N 1. — P. 169–183.
10. Michelassi F., Balestracci T., Chappell R. et al. Primary and recurrent Crohn's disease. Experience with 1379 patients // Ann. Surg. — 1991. — Vol. 214. — P. 230–238.
11. Michelassi F., Melis M., Rubin M., Hurst R.D. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease // Surgery. — 2000. — Vol. 128, N 4. — P. 597–603.
12. Mueller M.H., Geis M., Glatzle J. et al. Risk of fecal diversion in complicated perianal Crohn's disease // J. Gastrointest. Surg. — 2007. — Vol. 11, N 4. — P. 529–537.
13. Whiteford M.H., Kilkenny J., Hyman N. et al. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised) // Dis. Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48, N 7. — P. 1337–1342.