

tion rate. Peculiarities of the combinations of allelic variants of ADH, ALDH and CYP2E1 genes occur upon alcoholic CP. Therefore, it requires further studying and analysis.

## References

1. Beger HG (ed.). *The pancreas: an integrated textbook of basic science, medicine and surgery*. Oxford, UK: Blackwell, 2008, 1006 p.
2. Büchler M.W., Uhl W., Malfertheiner P., Sarr M.G. (eds). *Diseases of the pancreas*. Basel, Switzerland: Karger, 2004, 212 p.
3. Domínguez-Muñoz J.E. (ed.). *Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons*. Oxford, UK: Blackwell, 2005, 535 p.
4. Schneider A.J., Löhr M., Singer M.V. *The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease*. In: J. Gastroenterol., 2007, vol. 42, p. 101–119.
5. Tsimmerman YS. *Gastroenterology*. Moscow: GEOTAR-Media, 2012, 800 p.

**Губергриц Наталья Борисовна**, д. мед. н., профессор,  
Кафедра внутренней медицины им. проф. А. Я. Губергрица,  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Украина, Донецк, 83001, пр. Гринкевича, д. 8, кв. 3  
Моб. тел.: +380503269074  
E-mail: profnbg@mail.ru

## PANCREATITA CRONICĂ ȘI COMPLICAȚIILE EI: TRATAMENT CHIRURGICAL CONTEMPORAN

**Vladimir HOTINEANU<sup>1</sup>, Adrian HOTINEANU<sup>2</sup>, Anatol CAZAC<sup>3</sup>,**

Laboratorul de Cercetări Științifice „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”, Catedra 2 Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *Chronic pancreatitis and its complications: surgical treatment*

*Our study includes the results of surgical treatment of 412 patients, during the period 1990-2012 in Surgical Clinic nr. 2. Operations of choice were following: pancreatojejunoanastomosis (PJA), CDP, toracoscopic splanchnectomy. In the complicated cases with pancreatic pseudocyst (PP) – cystpancreatojejunoanastomosis (CPJA) on the loop by Roux external drainage, ultrasound guided puncture of PP,*

*toracoscopic splanchnectomy. PC complicated cases by obstructive jaundice – PJA with cholecysto-or-holedochojejunoanastomosis (CoCJA) on the splitted loop by Roux (Igr.), CPJA with CoCJA on the splitted loop by Roux II gr. Remained operations were not folowed by postoperative lethality.*

**Keywords:** *chronic pancreatitis, pancreatic pseudocyst, pancreatojejunoanastomosis, cystpancreatojejunoanastomosis.*

### Резюме

#### **Хронический панкреатит и его осложнения: современное хирургическое лечение**

*В работе представлены результаты хирургического лечения 412 больных хроническим панкреатитом (ХП) и его осложнений. Были применены следующие хирургические вмешательства: панкреатоеюноанастомоз на изолированной петле по Ру, панкреатодуоденальная резекция, торакоскопическая спланхнэктомия. В случае псевдокист поджелудочной железы – кистпанкреатоеюноанастомоз на изолированной петле по Ру, наружное дренирование. При хроническом панкреатите, осложнённом механической желтухой – панкреатоеюноанастомоз и холецисто-холедохо – еюноанастомоз на расщеплённой петле Ру. Ранней послеоперационной летальности не отмечалось.*

**Ключевые слова:** *хронический панкреатит, псевдокиста поджелудочной железы, механическая желтуха.*

### Introducere

Conform datelor OMS, pe parcursul ultimilor 20 de ani mortalitatea prin pancreatită cronică (PC) și complicațiile ei este în creștere continuă. Frecvența PC variază în populație de la 0,2% până la 0,6% la 100 000 populație, înregistrându-se anual 7–10 cazuri noi de PC. Incidența în Europa diferă semnificativ, se estimează la 8,2 cazuri noi la 100.000 de locuitori/an și variază de la 1 caz nou de PC la 100 000 de locuitori (Anglia) la 13 (Spania) și 23 (Elveția). Prevalența PC în Europa este de 26,4 cazuri/an (în Franța – 15,8 și în Spania – 18,3 la 100.000 de locuitori). PC și complicațiile ei rămân o afecțiune gravă și imprezibilă, cu prognostic incert, chiar și în contextul unor terapii ce se înscriu în linia protocoalelor terapeutice moderne [5].

### Material și metode

Studiul prezintă rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 412 pacienți cu PC și complicațiile ei, desfășurat în perioada 1992-2012 în Clinica Chirurgie nr. 2. În lotul I au fost incluși pacienți cu următoarele forme de PC: indurativă – 21 (15,24%) cazuri, pseudotumoroasă – 26 (29,52%) cazuri, calculoasă – 68 (55,24%) cazuri. Lotul II a inclus cazurile de PC complicate cu pseudochist pancreatic (PP) – 261 (92,6%) cazuri, icter mecanic – 45 (9,0%) cazuri,

ascită pancreatică – 16 (5,0%), stenoză gastroduodenală – 12 (3,5%) cazuri, fistulă pancreatică – 11 (2,5%) cazuri. Repartizarea după sex: bărbați – 310 (80,0%): lot I – 100 (95%), lot II – 210 (85,0%); femei – 77 (20,0%): lot I – 5 (5,0%), lot II – 72 (15,0%). Persoanele incluse activ în sectorul de muncă au constituit 363 (93,79%) cazuri.

**Obiectivul lucrării:** evaluarea strategiilor terapeutice în PC și complicațiile ei.

Diagnosticul și tratamentul PC au fost efectuate conform algoritmului elaborat în clinică (figura 1).

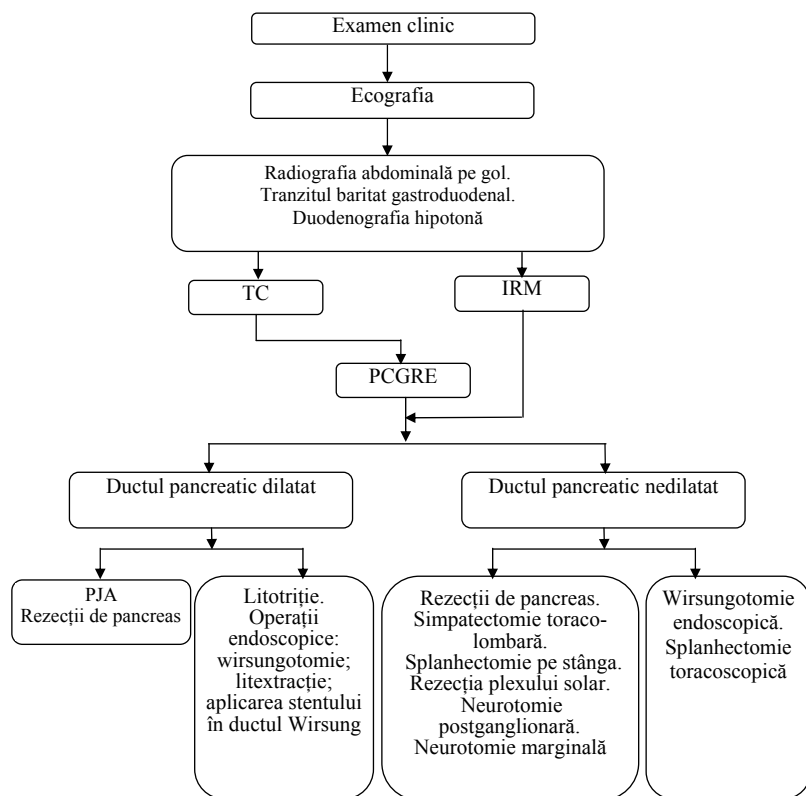


Figura 1. Algoritmul de diagnostic imagistic și de tratament al pacienților cu PC

Indicația principală (tabelul 1) pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei a fost durerea abdominală prezentă în toate cazurile, urmată de semnele clinice ale complicațiilor PC.

**Tabelul 1**

Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei

| Nr. | Indicație chirurgicală                                    | Lotul I | %     | Lotul II | %     | Total | %     |
|-----|---|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1.  | PC. Forma dureroasă, refractară la terapia medicamentoasă | 115     | 100,0 | 297      | 100   | 412   | 100   |
| 2.  | PC. Pseudochist pancreatic                                | -       | -     | 266      | 89,56 | 266   | 64,56 |
| 3.  | PC. PP complicat cu supurație                             | -       | -     | 65       | 21,89 | 65    | 15,78 |
| 4.  | PC. Suspecție de malignizare                              | 1       | 0,87  | 2        | 0,67  | 3     | 0,73  |
| 5.  | PC. Icter mecanic   | -       | -     | 10       | 3,37  | 10    | 1,29  |
| 6.  | PC. PP. Icter mecanic                                     | -       | -     | 35       | 11,78 | 35    | 8,5   |
| 7.  | PC. Stenoză pilorică                                      | -       | -     | 7        | 2,36  | 7     | 1,7   |
| 8.  | PC. Ascită pancreatică                                    | -       | -     | 16       | 5,39  | 16    | 3,88  |
| 9.  | PC. Fistulă pancreatică                                   | -       | -     | 11       | 3,7   | 11    | 2,67  |

Combaterea durerii, a deficitului funcțional pancreatic, încetinirea deteriorării funcțiilor glandei pancreatice, prevenirea complicațiilor au constituit obiectivele esențiale terapeutice în această boală. În același timp, intervenția chirurgicală a fost justificată de complicațiile PC (obstrucții, pseudochisturi, ascită, blocaj duodenal). Nu în ultimul rând chirurgia vine să completeze sau să clarifice existența unui cancer pancreatic, greu de precizat prin alte metode [2; 3; 15-18].

Intervențiile chirurgicale efectuate pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în tabelul 2.

Drenajul canalului wirsung a fost realizat prin derivația pancreatico-jejunală pe ansă în Y în 100 (86,96%) cazuri (I lot) (figura 2). În 14 (12,17%) cazuri din lotul I, când d. wirsung nu a fost dilatat (diametrul d.wirsung ≤ 0,4cm), a fost aplicată splanhnectomia toracoscopică, menită să combată durerea. La 3 (0,73%) pacienți cu suspecție de malignizare au fost efectuate DPC (loturile I, II).

Tratamentul chirurgical al PP (lotul II) a inclus: derivații chisto-digestive, drenaj extern, puncții ghidate, exerezele splenopancreatice, cu ablația chistului. Derivațiile pseudo-chisto-digestive au fost aplicate în funcție de maturitatea peretelui PP, dimensiunile anatomice, localizarea PP, comunicarea PP cu canalele pancreatice majore.

În 25 (9,4%) cazuri de PP imatur (1-3 luni de la apariție) – leziunile respective nu au un perete „propriu” bine definit, acesta fiind reprezentat de parenchim pancreatic remaniat profund, apariției complicațiilor – s-a recurs la drenare externă a PP.

PP în curs de maturare (3-6 luni de la apariție) – cu perete compus din țesut fibroconjunctiv, țesut adipos și bogat infiltrat inflamator cronic, limfoplasmocitar și mononuclear, de asemenea, au fost rezolvate prin drenare externă a PP în 30 (11.29%) cazuri.

Tabelul 2

Procedee chirurgicale efectuate în PC și complicațiile ei

| Nr. ord.                              | Varianta operatorie   | Lot                     | Nr. de pacienți | %                      | Nr. total  | %            |
|---------------------------------------|---|-------------------------|-----------------|------------------------|------------|--------------|
| <b>REZECȚII PANCREATICE:</b>          |   |                         |                 |                        |            |              |
| 1.                                    | DPC   | I<br>II                 | 1<br>2          | 0,87<br>0,67           | 3          | 0,73         |
| 2.                                    | Rezecție pancreatică caudală cu derivație pancreatico-jejunală + splenectomie | II                      | 4               | 1,35                   | 4          | 0,97         |
| <b>OPERAȚII DE DERIVAȚIE INTERNĂ:</b> |   |                         |                 |                        |            |              |
| 3                                     | PJA pe ansa Roux (operația Puestow II)  | I                       | 100             | 86,96                  | 100        | 24,27        |
| 4.                                    | CPJA pe ansa Roux   | II                      | 180             | 60,60                  | 180        | 43,68        |
| 5.                                    | PJA + colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux             | II                      | 10              | 3,37                   | 10         | 2,43         |
| 6.                                    | CPJA+colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux              | II                      | 25              | 8,42                   | 25         | 6,07         |
| 7.                                    | Fistulo-jejunoanastomoză  | II                      | 2               | 0,67                   | 2          | 0,49         |
| 8.                                    | Excizia fistulei+PJA  | II                      | 4               | 1,34                   | 4          | 0,98         |
| <b>OPERAȚII DE DRENAJ EXTERN:</b>     |   |                         |                 |                        |            |              |
| 9.                                    | Drenare externă a PP  | II                      | 58              | 19,53                  | 58         | 14,08        |
| 10.                                   | Drenare externă ecoghidată a PP   | II                      | 7               | 2,36                   | 7          | 1,7          |
| <b>OPERAȚII DE NEUROLIZĂ:</b>         |   |                         |                 |                        |            |              |
| 11.                                   | Splanhnectomie toracoscopică  | I<br>II                 | 14<br>5         | 12,17<br>1,68          | 19         | 4,61         |
|                                       | <b>TOTAL</b>  | <b>I-115<br/>II-282</b> |                 | <b>100,0<br/>100,0</b> | <b>412</b> | <b>100,0</b> |

În cazurile de PP matur (6-12 luni de la apariție) – cu un perete mult îngroșat, masiv fibrozat, dens, acelular, aproape avascular, fără remanieri inflamatorii – s-a recurs la aplicarea CPJA pe ansă a la Roux la 180 (60,60%) pacienți.

În 7 (2,36%) cazuri [st. I (1 – 3 luni) – 4 (57,14%) cazuri; st. II (3–6 luni) – 3 (42,86%) cazuri] de apariție a complicațiilor PP s-a recurs la drenare externă ecoghidată a PP.

Din totalul de 45 (15,15%) cazuri de PC (lotul II), complicată cu icter mecanic, în 35 (77,77%) cazuri preoperator s-a recurs la decompresie endoscopică a căilor biliare prin diferite modalități: sfincterotomie endoscopică (STE) – 12 (34,29%) cazuri, stent în calea biliară – 11 (31,43%), drenare nasobiliară – 3 (8,57%) cazuri, litextractie endoscopică – 5 (14,29%) cazuri. Soluțiile terapeutice în cazurile de PC complicate cu obstrucții biliare au fost: colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză și PJA pe ansă spiculată Roux, aplicate la 10 (33,33%) pacienți (II lot), și colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză și CPJA pe ansă spiculată Roux, efectuate la 20 (66,67%) bolnavi (II lot) (figura 3). DPC au fost efectuate în 3 (0,73%) cazuri [I lot – 1 (0,87%), II lot – 2 (0,67%)].

În 2 (0,67%) cazuri de PP (II lot) de dimensiuni mari, cu localizare corporeo-caudală pancreatică, s-a recurs la pancreatectomie distală, splenectomie, PJA termino-terminală pe ansă izolată Y a la Roux.

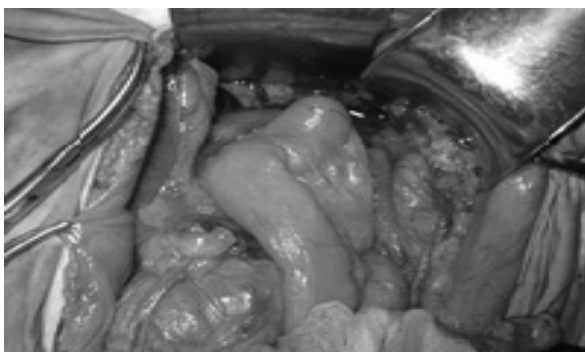


Figura 2. Derivație pancreatico-jejunală pe ansă izolată Roux

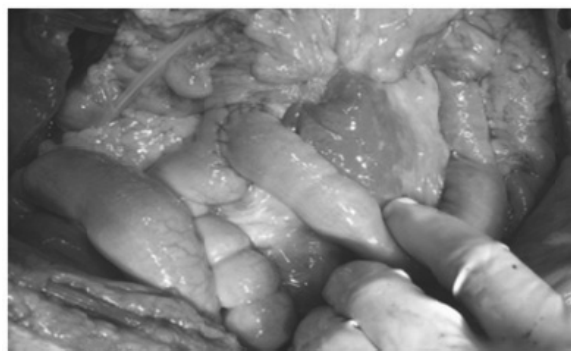


Figura 3. Colecisto-jejunoanastomoză și CPJA pe ansă spiculată Roux

Tratamentul chirurgical administrat pacienților cu fistule pancreatice (8 sau 72,72% cazuri) a inclus următoarele modalități de rezolvare: rezecție pancreatică caudală purtătoare de fistulă, cu derivație pancreatico-jejunală

– 2 (25,0%) cazuri, înlăturarea fistulei, PJA – 4 (50,00%) cazuri, fistulojejunostomie – 2 (25,%) cazuri.

Tratamentul conservator (închiderea fistulei sub acțiunea terapiei cu octreotid, 0,1mg/ml 3 ori subcutanat, a fost eficace în 3 (27,27%) cazuri.

### Rezultate obținute

Tratamentul chirurgical a dus la diminuarea semnificativă (dureri abdominale, semne dispeptice, dereglări de nutriție) sau dispariția (icter mecanic manifestărilor clinice preoperatorii. Totodată, analiza rezultatelor demonstrează o creștere a cazurilor de diabet zaharat [I lot – 2 (1,74%) cazuri, II lot – 8 (2,69%) cazuri], polineuropatie [lotul II – 4 (1,35%) cazuri].

Spitalizarea pacienților a constituit în medie 15,15 (lotul I – 10,3; lotul II – 20,0) zile. Complicațiile postoperatorii au apărut în 71 (17,2%) cazuri [I lot – 14 (12,1%) cazuri, II lot – 66 (22,1%) cazuri]. Letalitate în perioada postoperatorie timpurie nu am înregistrat.

Soluționarea endoscopică a icterului mecanic în perioada postoperatorie (20 sau 4,85% cazuri) a fost în 6 (30,0%) cazuri [STE – 2 (10,0%) cazuri, STE cu litextracție endoscopică – 5 (25,0%) cazuri, stentare endoscopică – 3 (15,0%)], iar în 14 (3,4%) cazuri – prin chirurgie deschisă (colecistojejunostomie – 4 (28,57%) cazuri, coledocojejunostomie – 10 (71,43%) cazuri).

Persistența sindromului algic în PC, ineficacitatea tratamentului conservator a impus efectuarea splanhnicectomiei toracoscopice la 7 (1,81%) pacienți. Avantajele acestei metode sunt: acceptabilitate crescută, ameliorarea sindromului algic, permite reducerea sau renunțarea la medicația analgezică, micșorarea duratei de spitalizare, costuri reduse de spitalizare și facilitează o reintegrare socială și profesională rapidă. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost 3,0 zile (de la 2 până la 4 zile).

În cazul tuturor pacienților operați, mortalitate postoperatorie timpurie nu a fost înregistrată. În perioada postoperatorie tardivă (4-20 de ani), din cauza progresării procesului patologic din pancreas, patologiilor concomitente, a survenit decesul în 12 (2,91%) cazuri: I lot – 4 (3,48%), II lot – 8 (2,69%) cazuri.

Evaluarea postoperatorie tardivă (după 20 de ani) a evidențiat reabilitarea socială la 371 (90,1%) pacienți [I lot – 108 (94,1%) cazuri, II lot – 256 (86,1%) cazuri], continuarea activității profesionale – în 299 (72,5%) cazuri [I lot – 86 (75,0%) cazuri, II lot – 208 (70,0%) cazuri], o pondere normală – la 343 (83,2%) bolnavi [I lot – 98 (85,21%) cazuri, II lot – 241 (81,19%) cazuri].

### Discuții

Tratamentul chirurgical al PC este indicat pacienților cu durere persistentă, în ciuda tratamentului medicamentos sau endoscopic, sau în cazul prezenței complicațiilor [9-12].

Obiectivul principal al exerezelor pancreatice în PC este depărtarea țesutului pancreatic inflammat, sclerosat și/sau calcificat. Ablația poate fi totală, subtotală sau totală cu amendamentul cu ablația completă sau aproape completă a pancreasului creează insuficiență glandulară și tulburări ale metabolismului glucidic. Din considerentele menționate, exerezele pancreatice sunt indicate doar după terapiile endoscopice medicamentoase și cele igienodietice (renunțarea la alcool) [1; 4-18]. Intervențiile de derivație (de drenaj) urmăresc reducerea durerii prin micșorarea presiunii intraductale în amonte de un obstacol ductal urmat de distensie. Logica acestor intervenții nu este numai acest proces de decomprimare și analgezie chirurgicală, ci și oprirea atrofiei de parenchim pancreatic, realizată de imposibilitatea funcționării pancreasului exocrin, deversarea conținutului acinar neputându-se realiza [9-18].

### Concluzii

1. Abordarea terapeutică prin procedeele chirurgicale organomenajante pancreaticojejunale de decompresie constituie soluția electivă de tratament al PC (cu/fără complicații), cu dilatarea ductului Wirsung, iar în cazurile de PC complicată cu hipertensiune biliară și wirsungiană se recomandă aplicarea anastomozelor pancreatico-jejunale și colecisto- sau coledoco-jejunale pe ansa spiculată a la Roux, care asigură o decompresie adecvată a sistemului ductal pancreatic și a arborelui biliar, diminuarea sindromului algic, compensarea dereglărilor funcționale, ceea ce duce la reabilitarea sociomedicală a acestor pacienți.

2. În cazul eșecului farmacoterapiei analgezice și proliferării recidivei durerii, în vederea ameliorării calității vieții pacientului se impune splanhnicectomia toracoscopică ca o alternativă de tratament.

3. Gama largă de intervenții chirurgicale – de la intervenții chirurgicale de derivație internă sau externă seriate până la rezecții cu refacere primară a continuității tubului digestiv, în funcție de modificările parenchimului și dimensiunile ductului Wirsung –, contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacienților cu PC și complicațiile ei și la diminuarea frecvenței complicațiilor postoperatorii.

### Bibliografie

1. Angelescu N. *Tratat de patologie chirurgicală*. București: Editura Medicală, 2001, p. 934-2009.
2. Beuran M., Grigorescu M, Pascu O. *Actualități în patologia pancreatică*. Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitatea „Iuliu Hațieganu”, 2005; p. 196-256.
3. Bordea A., Jitea N., Cristian D. et al. *Therapeutical approach in bilio-digestive anastomosis failure for benign diseases*. Cluj-Napoca, România, 2010, 152 p.

4. Cazac A. *Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase*. Teza de doctorat. Chișinău, 2005, 130 p.
5. Dumbrava Vlada-Tatiana. *Protocol Clinic Național: Pancreatita cronică la adult*. Chișinău, 2009, p. 9.
6. Iancu C., Vlad L., Bălă O., Munteanu D. et al. *Duodeno-pancreatectomia în experiența Clinicii Chirurgie III Cluj-Napoca*. În: Quo Vadis, vol. 4 (1), p. 13-17, 2002.
7. Ghidirim GH., Gherec A., Scerbina R., Suman A. *ERCPG and EST in the pathology treatment of biliopancreatic area particularities, prophylaxis of complications*. In: The XXV Congress Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj-Napoca, Romania, 2010, 180 p.
8. Miciliț F., Vărcoș F. *Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii*. Timișoara: Editura Orizonturi Universitare, 2005, p. 43-68.
9. Neamțu Carmen. *Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas*. Teza de doctorat. Chișinău, 2006, 140 p.
10. Pop Gh. *Pseudochist pancreatic*. Cluj-Napoca: Editura Mega, 2007, 160 p.
11. Popescu I. *Tratat de chirurgie*. Vol. IX. Partea a II-a. *Chirurgie generală. Patologia ficatului*. București: Editura Academiei Române, 2009, p. 397-551.
12. Răzeșu V. *Chirurgie generală*. România: Ed. Răzeșu, 2004, p. 571-580.
13. Seicean Andrada. *Pancreatita cronică: abordare actuală*. Cluj-Napoca, 2009, p. 130-162.
14. Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A. et al. *Chirurgie – curs selectiv*. Chișinău: CEP Medicina, 2008, p. 490-537.
15. Hotineanu V., Cazac A., Hotineanu A. *Current surgical management and treatment of chronic pancreatitis and you complications*. În: Chirurgia, supliment, rezumate. Congresul Național de Chirurgie, ediția a XXV, număr special, Editura Celsius, 2010, p. 190.
16. Даченко Б.М., Тамм Т.И. *Клинико-морфологическое обоснование выбора методики хирургического лечения хронического панкреатита*. В: Вісник морської медицині № 2, Одеса, Україна, 2003, с. 121-124
17. Дука Р.В. *Отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита*. В: Вісник морської медицині № 2, Одеса, Україна, 2003, с. 157.
18. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Припа В.М., Котонец А.П. *К вопросу диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита*. В: Вісник морської медицині, Одеса, Україна, 2003, 2, с. 325-329.

**Anatol Cazac**, dr. în med., conf. cercet.

LCȘ „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”, USMF „N. Testemițanu”  
Tel.: 079620811  
cazacanatol@mail.ru

## REZULTATUL TRATAMENTULUI MEDICO-CHIRURGICAL AL BOLII CROHN CU LOCALIZARE ABDOMINALĂ ȘI PERIANALĂ

**Vladimir HOTINEANU<sup>1</sup>, Tudor TIMIȘ<sup>1</sup>,  
Vadim ȚURCAN<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Catedra Chirurgie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup>LCȘ Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### **Results of medical and surgical treatment of patients with abdominal and perianal Crohn's disease**

*During 1995-2012 period 83 patients with CD were treated. The localization of inflammation was: terminal ileitis – 24 (29.1%), colon – 9 (10.8%), ileum and colon – 16 (19.3%), perianal region 34 (40.8%) cases. The distribution, according to CDAI Best was: easy = 150-300/ 28 (33.7%), moderate = 301-450/ 35 (42.2%), severe > 450 points/ 20 (24.1%) cases. 38(45.7%) from 83 patients underwent surgical treatment. Indications for surgery: ileocolic CD with vital complications – 8 (21.1%) obstructive strictures – 5 (13.2%), internal and external fistulas – 4 (10.5%), severe steroid-linked effects – 3 (7.9%) cases; Perianal CD with abscesses, fistulas, strictures – 18 (47.2%) patients. Types of surgical interventions: Ileocolic CD with segmentar resection+anastomosis – 10 (26.3%), plasty of stricture – 3 (7.9%), colectomia – 7 (18.4%); perianal CD with – rectal resection+anastomosis – 3 (7.9%), draining of the abscess – 3 (7.9%), draining of fistula by Seton – 5 (13.2%), incision and plasty of stricture – 3 (7.9%), fistuloplasty with vaginal flap – 2 (5.3%), ileostomy – 2 (5.3%) cases. Ileocolic CD: recurrence of illness – 3 (15%), repeated intervention – 2 (10%), postoperative complications – 4 (20%), postoperative lethality – 1 (5%) cases. Perianal CD: recurrence of illness – 6 (33.3%), repeated intervention – 4 (22.2%), postoperative complications – 5 (27.7%), postoperative lethality – 1 (5.6%) cases.*

**Keywords:** Crohn's disease, perianal CD, indication for surgery, types of surgical interventions.

### Резюме

#### **Результаты консервативного и хирургического лечения болезни Крона с кишечной и перипанальной локализацией**

*На протяжении периода исследования (2000-2012) было госпитализировано 83 больных с болезнью Крона (БК). Локализация болезни была следующей: терминальный отдел подвздошной кишки – 24 (29.1%), толстая кишка – 9 (10.8%), тонкая или толстая кишка – 16 (19.3%), перипанальная область и промежность – 34 (40.8%). По индексу Беста активности заболевания (CDAI) выявили: легкую форму = 150-300 у 28 (33.7%), среднетяжелую форму = 301-450 у 35 (42.2%) и тяжелую форму > 450 у 20 (24.1%). Показаниями для опе-*