

© CC 0 М. А. Данилов, Г. А. Кротов, 2026
УДК 616.344-002-031.84-089 :616.383-089.878-036.8
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2026-185-2-52-58>

РАСШИРЕННАЯ РЕЗЕКЦИЯ БРЫЖЕЙКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

М. А. Данилов, Г. А. Кротов*

Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова
Россия, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, стр. 6

Поступила в редакцию 27.03.2025 г.; принята к печати 11.03.2026 г.

ЦЕЛЬ – провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов выполнения расширенной и стандартной резекции брыжейки у пациентов со стриктурирующей болезнью Крона.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. Исследование проведено на базе отделения колопроктологии МКНЦ им. А. С. Логинова в период с 2015 по 2023 гг. В исследование было включено 120 пациентов с установленным диагнозом «болезнь Крона» (стриктурирующий фенотип). В основную группу включены 60 пациентов (проспективная группа), которым выполнялась расширенная резекция брыжейки. В группу сравнения включены 60 пациентов (ретроспективная группа), которым выполнялась стандартная резекция брыжейки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Многомерный регрессионный анализ, включавший такие параметры, как пол, возраст на момент постановки диагноза, хирургический анамнез, послеоперационная медикаментозная профилактика, статус курения, объем резекции брыжейки (стандартный или расширенный), метод восстановления кишечной непрерывности (первичный анастомоз или формирование стомы), фенотип заболевания и наличие перианальных проявлений, продемонстрировал, что выполнение стандартной резекции брыжейки являлось единственным независимым фактором риска послеоперационного рецидива болезни Крона (HR=2,83; 95 % ДИ 1,01–7,96; p=0,048).

ВЫВОДЫ. Расширенная резекция брыжейки представляет собой перспективный метод лечения болезни Крона, который может снизить частоту послеоперационного рецидива за счет удаления тканей, поддерживающих воспалительный процесс.

Ключевые слова: стриктурирующая болезнь Крона, мезоколон, расширенная резекция брыжейки, эндоскопический мониторинг, послеоперационный рецидив

Для цитирования: Данилов М. А., Кротов Г. А. Расширенная резекция брыжейки в хирургическом лечении болезни Крона: непосредственные и отдаленные результаты. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2026;185(2):52–58. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2026-185-2-52-58>.

* **Автор для связи:** Глеб Александрович Кротов, ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ, 111123, Россия, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, строение 6. E-mail: krotovgleb@mail.ru.

EXTENDED MESENTERIC RESECTION IN SURGICAL MANAGEMENT OF CROHN'S DISEASE: SHORT- AND LONG-TERM OUTCOMES

M. A. Danilov, Gleb A. Krotov*

Loginov Moscow Clinical Scientific Center
86, build. 6, Entuziastov Highway, Moscow, Russia, 111123

Received 27.03.2025; accepted 11.03.2026

The **OBJECTIVE** was to conduct a comparative analysis of short- and long-term outcomes following extended versus standard mesenteric resection in patients with stricturing Crohn's disease.

METHODS AND MATERIALS. This study was conducted at the Department of Coloproctology of the Loginov Moscow Clinical Scientific Center (2015–2023). The study included 120 patients with confirmed diagnosis "Crohn's disease" (stricturing phenotype). The main group included 60 patients (prospective group) who underwent extended mesenteric resection. The comparison group included 60 patients (retrospective group) who underwent standard mesenteric resection.

RESULTS. Multivariate regression analysis incorporating gender, age at diagnosis, surgical history, postoperative medical prophylaxis, smoking status, extent of mesenteric resection (standard vs extended), intestinal continuity restoration

method (primary anastomosis vs stoma formation), disease phenotype, and perianal manifestations revealed that standard mesenteric resection was the only independent risk factor for postoperative Crohn's disease recurrence (HR 2.83; 95 % CI 1.01–7.96; $p=0.048$).

CONCLUSION. Extended mesenteric resection represents a promising surgical approach for Crohn's disease that may reduce postoperative recurrence rates through complete removal of inflammation-sustaining mesenteric tissues.

Keywords: *stricturing Crohn's disease, mesocolon, extended mesenteric resection, endoscopic surveillance, postoperative recurrence*

For citation: Danilov M. A., Krotov G. A. Extended mesenteric resection in surgical management of Crohn's disease: short- and long-term outcomes. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2026;185(2):52–58. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2026-185-2-52-58>.

* **Corresponding author:** Gleb A. Krotov, Loginov Moscow Clinical Scientific Center, 86, build. 6, Entuziastov Highway, Moscow, Russia, 111123. E-mail: krotovgleb@mail.ru.

Введение. Болезнь Крона – это хроническое воспалительное заболевание кишечника, которое может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта. Большинство пациентов (78 %) нуждаются в хирургическом лечении, причем примерно 20 % требуют повторной операции в течение 10 лет после первичного вмешательства вследствие рецидива заболевания [1, 2]. Основными предикторами послеоперационного рецидива являются отсутствие специфической терапии в дооперационном периоде, предшествующие оперативные вмешательства, пенетрирующий фенотип заболевания, а также наличие активного воспаления в краях резекции. Послеоперационная медикаментозная профилактика достоверно снижает риск рецидива болезни Крона [3, 4]. Современные исследования подтверждают значительную роль брыжейки в патогенезе заболевания: повышенная плотность жировой ткани, наличие лимфатических сосудов в краях резекции брыжейки и обнаружение гранул в лимфатических узлах увеличивают риск послеоперационного рецидива. Кроме того, имеются данные о том, что бактериальная транслокация в ткани мезоколона может поддерживать активность воспалительного процесса при болезни Крона [5].

Цель исследования – провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов выполнения расширенной и стандартной резекции брыжейки у пациентов со стриктурирующей болезнью Крона.

Методы и материалы. Все пациенты, прооперированные в отделении колопроктологии МКНЦ по поводу стриктурирующей болезни Крона, были разделены на две группы: пациенты, оперированные в период с 2015 по 2020 г. (стандартный объем операции с пересечением брыжейки в непосредственной близости от кишечной стенки) и пациенты, оперированные после 2020 г. (расширенная резекция брыжейки, аналогичная полной мезоколонэктомии при раке ободочной кишки). В обоих случаях пересечение кишки выполнялось в визуально неизмененных отделах. Тип анастомоза не учитывался, поскольку в большинстве случаев выполнялся ручной анастомоз по типу «бок-в-бок». В послеоперационном периоде ведение пациентов в обеих группах было идентичным. Всем пациен-

там через 1 месяц после операции проводилось эндоскопическое исследование с оценкой зоны анастомоза (по шкале Rutgeerts). Оценивались ранние послеоперационные и отдаленные результаты лечения. Основной конечной точкой исследования считалось развитие послеоперационного хирургического рецидива, определяемого как необходимость повторного оперативного вмешательства. Повторные операции, выполненные по поводу осложнений, не расценивались как хирургический рецидив.

Критерии определения хирургического рецидива включали совокупность объективных клинико-инструментальных данных: подтвержденный эндоскопически либо по данным КТ- или МР-энтерографии рецидив стриктуры в зоне анастомоза или прилежащих отделах кишки; клинические проявления субкомпенсированной или декомпенсированной кишечной непроходимости; отсутствие эффекта от адекватной консервативной терапии; отсутствие признаков генерализованного воспалительного обострения вне зоны резекции. Решение о повторном вмешательстве принималось на мультидисциплинарном консилиуме. Все операции, классифицированные как хирургический рецидив, выполнены в одном учреждении (МКНЦ им. А. С. Логинова). Повторные вмешательства по поводу ранних послеоперационных осложнений в анализ рецидива не включались.

Выбор хирургического рецидива в качестве основной конечной точки обусловлен необходимостью оценки клинически значимого исхода, отражающего недостаточную эффективность выполненного вмешательства. Эндоскопический рецидив, несмотря на доказанную прогностическую ценность, не всегда ассоциируется с развитием клинически выраженного или хирургического рецидива. Морфологические изменения слизистой оболочки могут протекать без прогрессирования фибростенотического процесса и без необходимости повторного оперативного лечения. В связи с этим в качестве приоритетного показателя был выбран хирургический рецидив как наиболее объективный и воспроизводимый критерий.

С учетом различий во временных периодах формирования групп выполнен анализ сопоставимости

Таблица 1

Демографические и клинические характеристики пациентов

Table 1

Demographic and clinical characteristics of patients

Характеристика	РРБ (n=60)	СРБ (n=60)	p-value
<i>Демографические показатели</i>			
Мужской пол, n (%)	44 (73,3)	42 (70,0)	0,68
Средний возраст, лет (SD)	32,6±10,4	30,2±9,8	0,28
<i>Клинические параметры</i>			
Длительность болезни, мес (SD)	51,1±39,3	54,6±32,1	0,35
ИМТ, кг/м ² (SD)	17,4±3,2	19,7±2,1	0,24
Хирургический анамнез, n (%)	5 (8,3)	3 (5,0)	0,46
Анамнез курения, n (%)	8 (13,3)	8 (13,3)	1,00
<i>Предоперационное лечение, n (%)</i>			
Цитостатики	35 (58,3)	28 (46,6)	0,46
Биологическая терапия	12 (20,0)	10 (16,6)	0,63
ГКС	12 (20,0)	13 (21,6)	0,82
ASA≥3, n (%)	3 (5,0)	4 (6,6)	0,69
<i>Локализация заболевания, n (%)</i>			
B1	0	0	–
B2	54 (90,0)	56 (93,4)	0,50
B3	6 (10,0)	4 (6,6)	0,50
P	8 (13,3)	11 (18,3)	0,45
<i>Фенотип заболевания, n (%)</i>			
L1	55 (91,6)	53 (88,3)	0,54
L2	0	0	–
L3	3 (5,0)	4 (6,6)	0,69
L4	2 (3,3)	3 (5,0)	0,64
<i>Лабораторные показатели</i>			
СРБ, мг/л (SD)	78,5±23,2	66,1±29,4	0,08
Альбумин, мг/л (SD)	32,4±5,5	34,1±6,4	0,34

структуры послеоперационной биологической терапии. В ретроспективной группе преимущественно применялись ингибиторы ФНО-α (инфликсимаб, адалимумаб), тогда как в проспективной группе дополнительно использовались ингибиторы IL-12/23 и биосимиляры. Частота назначения биологической терапии статистически значимо не различалась между группами (20,0 % против 16,6 %; $p=0,63$). Вид послеоперационной медикаментозной профилактики включался в многомерную регрессионную модель в качестве ковариаты.

Результаты. Первоначально в исследование было включено 132 пациента, однако 12 пациентов были исключены из анализа в связи с отсутствием полных данных. Среди включенных в исследование преобладали мужчины (86 пациентов, 71,6 %). Пациенты были рандомизированы в две группы по 60 человек в каждой: группу расширенной резекции брыжейки (РРБ) и группу стандартной резекции брыжейки (СРБ) (табл. 1). Средний возраст пациентов составил 31,8±9,8 года, средняя продолжи-

тельность заболевания до операции – 52,2±34,8 месяца. Средний индекс массы тела в исследуемой популяции равнялся 18,4±2,6 кг/м². Курение в анамнезе отмечалось у 16 пациентов (13,3 %), ранее перенесенные операции по поводу болезни Крона – у 8 пациентов (6,6 %).

Более половины пациентов получали медикаментозную терапию в течение заболевания, причем большинство из них принимали глюкокортикостероиды (78,7 %), биологическую терапию (37,8 %) и цитостатики (36,3 %). Соматический статус большинства пациентов соответствовал не более чем 2 баллам по шкале ASA. Показатели, включая средний возраст, пол, анамнез заболевания, индекс массы тела, предоперационную медикаментозную терапию, курение в анамнезе, статус по шкале ASA, локализацию заболевания, уровень С-реактивного белка и альбумина, не имели статистически значимых различий между группами.

В исследование включали пациентов с болезнью Крона в форме терминального илеита (стрик-

Таблица 2

Интраоперационные и послеоперационные характеристики пациентов

Table 2

Intraoperative and postoperative characteristics of patients

Параметр	РРБ (n=60)	СРБ (n=60)	p-value
<i>Интраоперационные показатели</i>			
Кровопотеря, мл (SD)	92,2 ± 35,5	143,1 ± 46,1	0,002*
Продолжительность операции, мин (SD)	124,5 ± 35,6	118,8 ± 45,7	0,24
<i>Объем операции, n (%)</i>			
Илеоцекальная резекция	54 (90,0)	56 (93,3)	0,50
Резекция тонкой кишки	6 (10,0)	4 (6,7)	0,50
<i>Реконструкция, n (%)</i>			
Первичный анастомоз	52 (86,7)	48 (80,0)	0,32
Стома	8 (13,3)	12 (20,0)	0,32
Петлевая	1 (1,7)	1 (1,7)	1,00
Концевая	7 (11,7)	11 (18,3)	0,30
<i>Послеоперационные показатели</i>			
Длительность госпитализации, дней (SD)	7,6 ± 2,5	7,4 ± 2,9	0,47
Повторная госпитализация, n (%)	1 (1,7)	2 (3,3)	0,55
Повторная операция, n (%)	0	1 (1,7)	0,31
<i>Послеоперационные осложнения, n (%)</i>			
Раневые осложнения	5 (8,3)	8 (13,3)	0,75
Несостоятельность анастомоза	4 (6,7)	6 (10,0)	0,50
Кровотечение	0	0	–
Непроходимость	0	1 (1,7)	0,31

* – p<0,05.

тура терминального отдела подвздошной кишки) и илеоколита (с клинически значимой стриктурой терминального отдела подвздошной кишки). У большинства пациентов (90 %) отмечался стриктурирующий фенотип заболевания. В общей выборке илеоцекальная резекция с формированием первичного анастомоза выполнена 100 пациентам (83,3 %): 50 пациентам группы РРБ и 50 пациентам группы СРБ. Вмешательства на ободочной кишке не проводились в связи с отсутствием клинических проявлений. У оставшихся 16,7 % пациентов (n=20) операция завершилась формированием концевой или петлевой стомы.

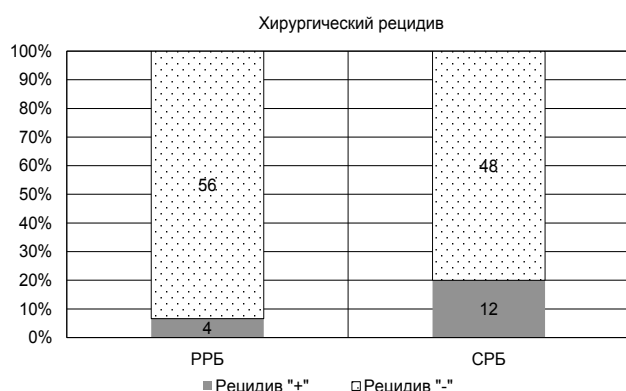
У части пациентов выявлялся сочетанный фенотип (B2+B3), при котором пенетрирующий компонент сочетался с клинически значимой стриктурой, определявшей показания к хирургическому вмешательству. Пациенты с распространенными абсцессами или свищевыми формами заболевания, требующими иной хирургической тактики, в исследование не включались. Включение данной подгруппы отражает реальную клиническую структуру заболевания и не влияет на целевую направленность исследования.

Несмотря на то, что расширенная резекция брыжейки предполагает удаление большего объема тканей, вмешательство выполняется в эмбриональных

слоях с тщательным лигированием сосудов, что не приводило к статистически значимому увеличению продолжительности операции (124,5±35,6 мин vs 118,8±45,7 мин; p=0,24). Напротив, данный метод выделения мезоколона сопровождался достоверно меньшей кровопотерей (92,2±35,53 мл vs 143,1±46,1 мл; p=0,002).

Лапароскопический доступ использовался у 18 пациентов (30 %) в группе расширенной резекции и у 16 пациентов (26,6 %) в группе стандартной резекции (p=0,64). Объем и принципы выделения брыжейки при лапароскопическом вмешательстве соответствовали технике открытой операции. Тип хирургического доступа не являлся независимым предиктором послеоперационного рецидива.

Послеоперационной летальности в группах не зарегистрировано. В общей выборке послеоперационные осложнения развились у 10,8 % пациентов, включая три случая (2,5 %) осложнений IIIb степени по классификации Clavien – Dindo (клинически значимые осложнения). Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составила 8,3 % в группе РРБ и 13,3 % в группе СРБ (p=0,75). По частоте клинически значимых осложнений статистически значимых различий между группами также не выявлено (1,6 % vs 3,3 %; p=0,56). Продолжительность госпитализации, частота повторных



Частота хирургического рецидива в группах
Surgical recurrence rates in groups

оперативных вмешательств и повторных госпитализаций не имели статистически значимых различий между группами.

При патоморфологическом исследовании активное воспаление в границах резекции выявлено у 5 пациентов (10 %) в группе расширенной резекции брыжейки и у 7 пациентов (13,7 %) в группе стандартной резекции ($p=0,56$). Наиболее часто морфологические признаки активного воспаления отмечались по дистальной границе резекции в обеих группах (7,8 % vs 11,7 %; $p=0,52$). В подгруппе пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершилось формированием стомы, активное воспаление в границах резекции обнаружено у 1 пациента (12,5 %) в группе РРБ и у 2 пациентов (16,6 %) в группе СРБ ($p=0,46$).

Средняя продолжительность наблюдения составила $31,1 \pm 26,3$ месяца в группе РРБ и $51,2 \pm 28,7$ месяца в группе СРБ ($p=0,08$). Различия в сроках наблюдения объясняются тем, что пациенты группы СРБ были прооперированы с 2015 г. по 2020 г., тогда как пациенты группы РРБ – в период с 2020 г. по 2023 г. В группе РРБ повторное оперативное вмешательство по поводу хирургического рецидива потребовалось 4 пациентам (6,6 %), в то время как в группе СРБ рецидив зарегистрирован у 12 пациентов (20 %) ($p=0,03$) (рисунки). Средний срок до развития хирургического рецидива составил $22,4 \pm 9,4$ месяца и был достоверно больше в группе РРБ ($p=0,001$).

Многомерный регрессионный анализ, включавший такие параметры, как пол, возраст на момент постановки диагноза, хирургический анамнез, послеоперационная медикаментозная профилактика, статус курения, объем резекции брыжейки (стандартный или расширенный), метод восстановления кишечной непрерывности (первичный анастомоз или формирование стомы), фенотип заболевания и наличие перианальных проявлений, продемонстрировал, что выполнение стандартной резекции брыжейки являлось единственным независимым фактором риска послеоперационного рецидива болезни Крона (HR=2,83; 95 % ДИ 1,01–7,96; $p=0,048$).

Обсуждение. Болезнь Крона (БК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника, при котором традиционно выполняется резекция пораженных сегментов кишечника с сохранением брыжейки. Однако в последние годы возрастает интерес к расширенной резекции брыжейки (extended mesenteric resection), поскольку имеются данные о ее потенциальной эффективности в снижении частоты послеоперационных рецидивов. Воспаленные мезентериальные ткани могут служить резервуаром персистирующего воспаления, что повышает риск рецидива заболевания [1, 2].

Клинические исследования подтверждают, что удаление воспаленной брыжейки может снизить риск послеоперационного рецидива. D. A. Clark et al. (2024) провели рандомизированное исследование, в котором пациенты с БК были распределены на две группы: стандартная резекция с сохранением брыжейки и расширенная резекция брыжейки. Результаты показали, что в группе расширенной резекции частота рецидивов через 2 года наблюдения была достоверно ниже (15 % vs 40 %; $p<0,05$) [6].

Сходные данные были получены в исследовании S. D. Holubar et al. (2022), которое также демонстрирует, что при комбинированном подходе с использованием техники Копо-S частота рецидивов снижается еще значительно [7].

Мезентериальная клетчатка играет ключевую роль в патогенезе болезни Крона. Исследования S. Vaghiri et al. (2025) показывают, что степень воспаления в брыжейке коррелирует с тяжестью заболевания и риском послеоперационного рецидива [8].

Кроме того, установлено, что микроциркуляторные изменения в мезентериальных сосудах могут способствовать персистенции воспаления, а их удаление позволяет уменьшить воспалительный резервуар [9]. Хотя расширенная резекция брыжейки демонстрирует преимущества в снижении частоты рецидивов, данный подход может ассоциироваться с увеличением риска послеоперационных осложнений. Среди потенциальных нежелательных явлений следует отметить: лимфорею, повышенный риск инфекционных осложнений и образования абсцессов, а также замедленное заживление анастомоза вследствие нарушения васкуляризации сохранившихся сегментов кишечника [10].

Исследование S. R. Brown et al. (2023) демонстрирует, что пациенты с выраженным мезентериальным фиброзом и утолщением сосудов имеют повышенный риск ишемических осложнений после расширенной резекции брыжейки [11]. Ряд исследований предлагает альтернативные стратегии: селективную лимфодиссекцию (удаление только пораженных лимфатических узлов), комбинацию с техникой формирования анастомоза по Копо-S и применение предоперационной биологической терапии [5].

Согласно данным V. Bellato et al. (2024), статистически значимые различия в частоте эндоско-

Таблица 3

Унивариантный и мультивариантный анализ факторов риска хирургии

Table 3

Univariate and multivariate analysis of surgical risk factors

Фактор	Унивариантный анализ		Мультивариантный анализ	
	HR (95 % ДИ)	p-value	HR (95 % ДИ)	p-value
<i>Демографические показатели</i>				
Мужской пол	1,01 (0,97–1,05)	0,56	–	–
Возраст	0,49 (0,17–1,42)	0,19	–	–
<i>Клинические характеристики</i>				
Длительность заболевания	0,10 (0,99–1,01)	0,69	–	–
Локализация поражения (B2/B3)	0,04 (0,00–154,61)	0,45	–	–
Перианальные проявления	0,04 (0,00–74,64)	0,40	–	–
Фенотип (стриктурирующий/пенетрирующий)	0,65 (0,24–1,74)	0,39	–	–
Анамнез курения	0,75 (0,33–1,72)	0,50	–	–
<i>Лечебные факторы</i>				
Послеоперационная цитостатическая терапия	0,94 (0,13–6,92)	0,95	–	–
Послеоперационная биологическая терапия	1,47 (0,64–3,35)	0,36	–	–
<i>Хирургические факторы</i>				
Расширенная резекция брыжейки (vs стандартная)	2,97 (1,24–7,11)	0,02*	2,67 (1,04–6,85)	0,03*
Первичный анастомоз (vs стома)	1,01 (0,78–1,24)	0,24	–	–

* – p менее 0,05.

пического рецидива и послеоперационных осложнений при использовании методики расширенной резекции брыжейки отсутствуют [12]. Авторы систематического обзора и метаанализа, включившего более 4000 пациентов, пришли к выводу, что расширенная резекция брыжейки достоверно снижает частоту хирургического рецидива по сравнению с традиционной методикой (OR=4,94; 95 % ДИ [2,22–10,97]; $p<0,001$, $I^2=0\%$). При этом не выявлено различий в частоте эндоскопического рецидива, послеоперационных осложнений и риске повторных вмешательств [8].

В настоящем исследовании хирургический рецидив был выбран в качестве основной конечной точки как клинически значимый и объективный показатель эффективности вмешательства. Такой подход позволяет минимизировать влияние вариабельности интерпретации эндоскопических данных и сосредоточить анализ на исходах, определяющих необходимость повторного оперативного лечения. Полученные результаты согласуются с данными современных метаанализов, демонстрирующих снижение частоты хирургического рецидива при выполнении расширенной резекции брыжейки.

Выводы. Расширенная резекция брыжейки представляет собой перспективный метод лечения болезни Крона, который может снизить частоту послеоперационного рецидива за счет удаления тканей, поддерживающих воспалительный процесс. Однако остаются нерешенные вопросы о влиянии этой техники на частоту осложнений. Необходимы

дальнейшие многоцентровые исследования с длительным периодом наблюдения для окончательной оценки пользы и рисков данного подхода.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

Вклад авторов

Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи.

Authors' contribution

All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

ЛИТЕРАТУРА

1. Feakins R., Torres J., Borralho-Nunes P. et al. ECCO topical review on clinicopathological spectrum and differential diagnosis of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2022. Vol. 16. № 3. P. 343–368. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab141>.
2. Демидова А. А., Данилов М. А., Леонтьев А. В. и др. Расширенная резекция брыжейки тонкой кишки при болезни Крона (обзор литературы). *Наука молодых—Eruditio Juvenium*. 2022. Т. 10, № 2. С. 213–224. <https://doi.org/10.23888/hmj2022102213-224>.
3. Fasulo E., D'Amico F., Osorio L. et al. The management of postoperative recurrence in Crohn's disease. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. Vol. 13, № 1. P. 119. <https://doi.org/10.3390/jcm13010119>.
4. Шельгин Ю. А., Ачкасов С. И., Решетов И. В. и др. Консенсус по спорным вопросам хирургического лечения болезни Крона с применением Дельфийского метода. *Колопроктология*. 2023. Т. 22, № 2. С. 172–183. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-172-183>.
5. Zhu Y., Qian W., Huang L. et al. Role of extended mesenteric excision in postoperative recurrence of Crohn's colitis: a single-center study. *Clinical and Translational Gastroenterology*. 2021. № 10. P. e00407. <https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000407>.
6. Clark D. A. Ileocolic resection for Crohn's disease and the Kono S anastomosis: all that is gold does not glitter. *ANZ Journal of Surgery*. 2024. Vol. 94, № 12. P. 2101–2102. <https://doi.org/10.1111/ans.19181>.
7. Holubar S. D., Gunter R. L., Click B. H. et al. Mesenteric excision and exclusion for ileocolic Crohn's disease: feasibility and safety of an innovative, combined surgical approach with extended mesenteric excision and Kono-S anastomosis. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2022. Vol. 65, № 1. P. e5–e13. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002287>.
8. Vaghiri S., Alipouriani A., Knoefel W. T. et al. Extended mesenteric resection reduces the rate of surgical recurrence in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2025. Vol. 40, № 1. P. 51. <https://doi.org/10.1007/s00384-025-04845-6>.
9. Mineccia M., Maconi G., Daperno M. et al. Has the removing of the mesentery during ileo-colic resection an impact on post-operative complications and recurrence in Crohn's disease? Results from the Resection of the Mesentery Study (Remedy). *Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 11, № 7. P. 1961. <https://doi.org/10.3390/jcm11071961>.
10. Coffey C. J., Kiernan M. G., Sahebally S. M. et al. Inclusion of the mesentery in ileocolic resection for Crohn's disease is associated with reduced surgical recurrence. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2018. Vol. 12, № 10. P. 1139–1150. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx187>.
11. Brown S. R. How can the surgeon reduce recurrence after surgery for ileocolic Crohn's disease? *Seminars in Colon and Rectal Surgery*. WB Saunders. 2023. Vol. 34, № 4. P. 100985. <https://doi.org/10.1016/j.scrs.2023.100985>.
12. van der Does de Willebois E. M. L., Bellato V., Duijvestein M. et al. Effect of mesenteric sparing or extended resection in primary ileocolic resection for Crohn's disease on postoperative endoscopic recurrence (SPICY): an international, randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2024. Vol. 9, № 9. P. 793–801. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00097-9).

REFERENCES

1. Feakins R., Torres J., Borralho-Nunes P. et al. ECCO topical review on clinicopathological spectrum and differential diagnosis of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2022;16(3):343–368. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab141>.
2. Demidova A. A., Danilov M. A., Leontyev A. V. et al. Extended Resection of Mesentery in Crohn's Disease (Review). *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2022;10(2):213–224. (In Russ.). <https://doi.org/10.23888/hmj2022102213-224>.
3. Fasulo E., D'Amico F., Osorio L. et al. The management of postoperative recurrence in Crohn's disease. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;13(1):119. <https://doi.org/10.3390/jcm13010119>.
4. Shelygin Y. A., Achkasov S. I., Reshetov I. V. et al. Consensus on controversial issues of the surgery for Crohn's disease by Delphi method. *Koloproktologia*. 2023;22(2):172–183. (In Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-172-183>.
5. Zhu Y., Qian W., Huang L. et al. Role of extended mesenteric excision in postoperative recurrence of Crohn's colitis: a single-center study. *Clinical and Translational Gastroenterology*. 2021;(10):e00407. <https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000407>.
6. Clark D. A. Ileocolic resection for Crohn's disease and the Kono S anastomosis: all that is gold does not glitter. *ANZ Journal of Surgery*. 2024; 94(12):2101–2102. <https://doi.org/10.1111/ans.19181>.
7. Holubar S. D., Gunter R. L., Click B. H. et al. Mesenteric excision and exclusion for ileocolic Crohn's disease: feasibility and safety of an innovative, combined surgical approach with extended mesenteric excision and Kono-S anastomosis. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2022;65(1):e5–e13. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002287>.
8. Vaghiri S., Alipouriani A., Knoefel W. T. et al. Extended mesenteric resection reduces the rate of surgical recurrence in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2025;40(1):51. <https://doi.org/10.1007/s00384-025-04845-6>.
9. Mineccia M., Maconi G., Daperno M. et al. Has the removing of the mesentery during ileo-colic resection an impact on post-operative complications and recurrence in Crohn's disease? Results from the Resection of the Mesentery Study (Remedy). *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(7):1961. <https://doi.org/10.3390/jcm11071961>.
10. Coffey C. J., Kiernan M. G., Sahebally S. M. et al. Inclusion of the mesentery in ileocolic resection for Crohn's disease is associated with reduced surgical recurrence. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2018. Vol. 12, № 10. P. 1139–1150. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx187>.
11. Brown S. R. How can the surgeon reduce recurrence after surgery for ileocolic Crohn's disease? *Seminars in Colon and Rectal Surgery*. WB Saunders. 2023;34(4):100985. <https://doi.org/10.1016/j.scrs.2023.100985>.
12. van der Does de Willebois E. M. L., Bellato V., Duijvestein M. et al. Effect of mesenteric sparing or extended resection in primary ileocolic resection for Crohn's disease on postoperative endoscopic recurrence (SPICY): an international, randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2024;9(9):793–801. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00097-9).

Информация об авторах:

Данилов Михаил Александрович, кандидат медицинских наук, зав. колопроктологическим отделением, Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова (Москва, Россия), ORCID: 0000-0001-9439-9873; **Кротов Глеб Александрович**, врач-хирург приемного отделения, Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова (Москва, Россия), ORCID: 0009-0000-0838-3454.

Information about authors:

Danilov Mikhail A., Cand. of Sci. (Med.), Head of Coloproctology Department, Loginov Moscow Clinical Scientific Center (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0001-9439-9873; **Krotov Gleb A.**, Surgeon of the Admission Department, Loginov Moscow Clinical Scientific Center (Moscow, Russia), ORCID: 0009-0000-0838-3454.