

PDS 7/0. Половой член фиксирован у основания на 5 и 7 условных часах узловыми швами Prolen 5/0. Кожная пластика, швы рассасывающиеся PDS 7/0. Установлены 2 уретральных катетера Нелатона Ch № 8.

Ближайший послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Ребенок выписан домой на 10-е сутки после оперативного вмешательства. **В настоящий момент** мальчик находится дома под наблюдением невролога и детского хирурга.

ДОКЛАД: «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА»

Щербакова О. В., Ионов А. Л., Врублевский С. Г., Трунов В. О., Щиголева Н. Е.

Российская детская клиническая больница, Москва; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неуточненной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением, вовлекающим любой отдел кишечника от ротовой полости до анального канала, с развитием местных и системных осложнений [1]. В последнее десятилетие отмечаются неуклонный рост заболеваемости и распространенности БК у детей и подростков, увеличение тяжелых и осложненных форм, смещение дебюта болезни на более ранний возраст [2, 3].

БК является одной из самых сложных патологий в детской гастроэнтерологии, а вопросы хирургического лечения осложненных форм БК у детей по-прежнему трудны и далеки от окончательного решения [4, 5]. Современная концепция хирургического лечения БК направлена на выполнение экономных резекций кишки, применение малоинвазивных методик и проведение органосохраняющих операций [6–8].

В данной публикации представлен уникальный опыт взаимодействия детских хирургов-колопроктологов и гастроэнтерологов, более 25 лет занимающихся пациентами с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

На основании анализа результатов хирургического лечения мы разработали показания к операции при осложненной БК с определением сроков и тактики вмешательства.

Материал и методы исследования

С 1990 г. по декабрь 2014 г. в отделении колопроктологии ФГБУ РДКБ МЗ РФ и отделении неотложной абдоминальной хирургии Морозовской ДГКБ ДЗ г. Москвы находилось на лечении 80 детей с БК в возрасте от 1 года до 17 лет (рис. 1). Преоб-

ладали пациенты препубертатного и пубертатного возраста (67 из 80–83,7%). На момент манифестации БК возраст детей варьировал от 11 мес до 15 лет.

Пациентам проводили комплексное обследование: 1) сбор анамнеза и клинический осмотр с определением индекса массы тела (документируя дефицит веса и роста), 2) лабораторная диагностика (включая маркеры воспаления и ВЗК, в последние 3 года – определение фекального кальпротектина); 3) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; 4) эндоскопические исследования (гастроэзофагодуоденоскопия, илеоколоноскопия, при необходимости цисто- и вагиноскопия); 4) рентгенологические исследования (ирригография, рентгенография ЖКТ с барием, фистулография, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости с двойным контрастированием); 5) гистологические исследования (биопсии слизистой оболочки и резекционные полнослойные препараты).

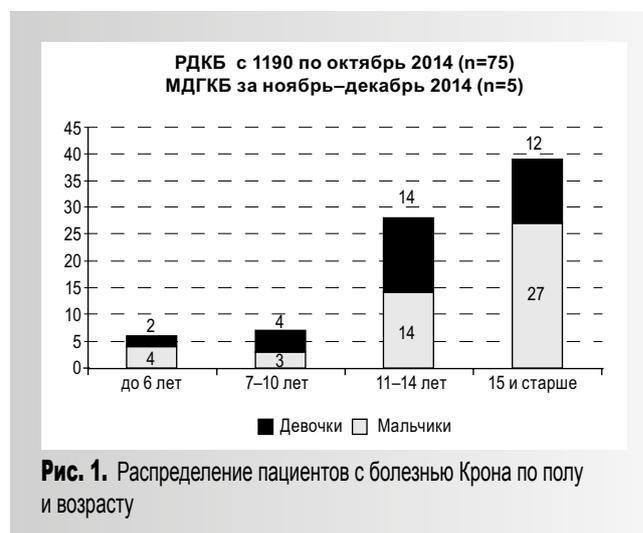
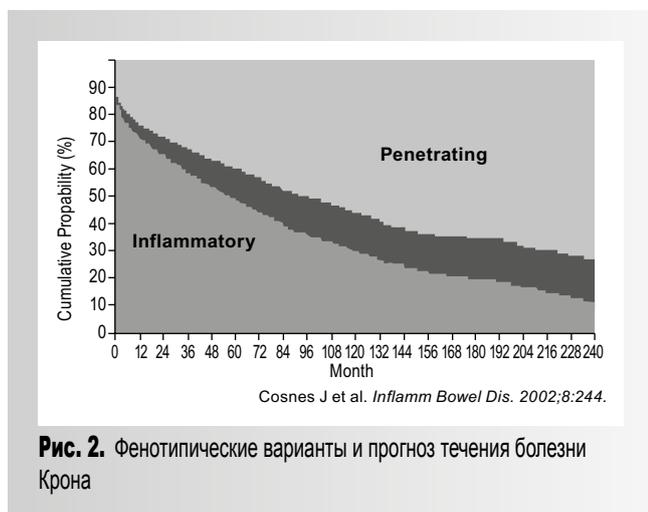


Рис. 1. Распределение пациентов с болезнью Крона по полу и возрасту

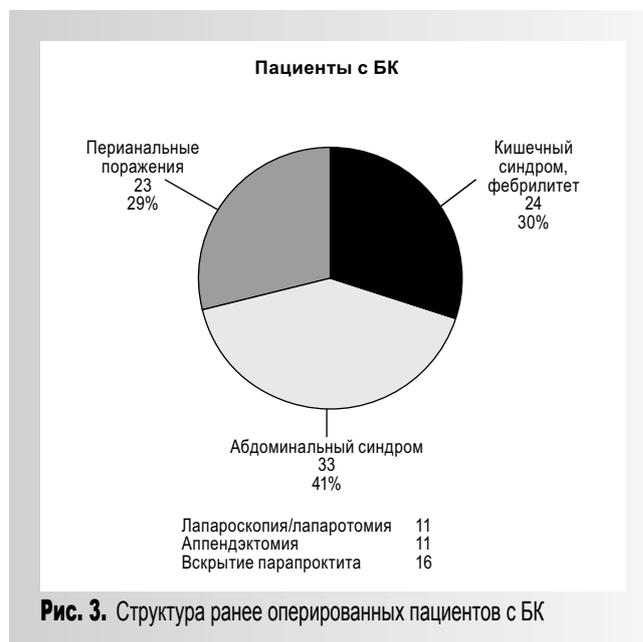


Детям с перианальными поражениями проводили мануальное обследование промежности под наркозом. В последние 5 лет внедрены в практику видеокапсульное исследование тонкой кишки и магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза и кишечника (МР-энтерография или гидро-МРТ).

Для описания локализации поражения у пациентов с БК применяли Монреальскую классификацию, выделяющую следующие формы: терминальный илеит, колит, илеоколит. Поражение верхних отделов ЖКТ и перианальные проявления могут дополнять любую форму.

Среди локализаций патологического процесса наиболее часто встречалось поражение илеоцекального угла (терминальный илеит), выявленное у 31 (38,8%) ребенка, из них сочетание с перианальными поражениями было у 5 детей, а поражение ротовой полости у 1 пациента. Поражение подвздошной и толстой кишки (илеоколит) диагностировано у 14 (17,5%) детей, из них перианальные проявления отмечены у 10 (71%) пациентов, а сочетание с поражением полости рта – у 1 ребенка. БК толстой кишки (колит) выявлена у 29 (36%) детей, из них у 21 (72%) ребенка имелись перианальные поражения, а у одного – поражение полости рта. Изолированная БК тонкой кишки (энтерит) диагностирована лишь у 6 (7,5%) детей.

В зависимости от фенотипического варианта БК классифицируют по типам: 1) стриктурирующий тип; 2) пенетрирующий тип; 3) нестриктурирующий, непенетрирующий тип (так называемый воспалительный). Через несколько месяцев от начала заболевания начинают превалировать ослож-



ненные формы БК, требующие хирургического лечения (рис. 2). Из общего числа наблюдений стриктуры илеоцекального угла диагностированы в 29 наблюдениях, стриктуры тонкой кишки в 10 и толстой кишки в 8 случаях. Кишечные свищи выявлены у 18 (22,5%) детей, из них наружные кишечно-кожные свищи были у 4 больных. Внутрибрюшные инфильтраты отмечены у 21 пациента, из них в 12 случаях выявлены межкишечные свищи, а в 18 – стриктуры кишки.

Перианальные поражения при БК были представлены параректальными свищами (20), перианальными инфильтратами (5), анальными трещинами-язвами (5), ректovesтибулярными свищами (2). Более трети наших пациентов с БК различной локализации и формой заболевания имели перианальные осложнения (32 из 80–40%).

Большинство пациентов перенесли различные хирургические вмешательства на разных этапах лечения БК (73 из 80–91%), из них каждый второй ранее оперирован в других учреждениях (39 детей – 53%). Однократно оперированы 24 (32,8%) пациента. Остальные дети перенесли от 2-х до 8 оперативных вмешательств (рис. 3).

Результаты исследования и их обсуждение

БК нельзя вылечить с помощью оперативного вмешательства, однако хирургическое лечение должно занимать не последнее место в комплексной

терапии БК. Показаниями к хирургическому вмешательству при БК являются острые и хронические кишечные осложнения, перианальные поражения и неэффективность консервативной терапии с задержкой физического и полового развития. Все резекции кишечника при БК следует осуществлять максимально экономно, так как у 60–70% больных возможен рецидив заболевания проксимальнее анастомоза.

Выбор оптимальных сроков проведения операции зависит от выраженности симптомов, наличия осложнений и предшествующих операций, прогноза состояния больного после операции и без нее. Хирургическая тактика определяется формой заболевания – воспалительной (внутрипросветной), стриктурной или пенетрирующей (свищевой).

Стриктура илеоцекального угла являлась показанием к плановой операции у детей, резистентных к консервативной терапии, особенно в препубертатном и пубертатном возрасте, с задержкой физического и полового развития и роста. Проводилась резекция илеоцекального угла с наложением первичного илеоасцендоанастомоза, в случае выраженной воспалительной активности формировалась илеоасцендостома, с наложением отсроченного анастомоза – через 2–3 мес. Предпочтительной методикой является функциональный толсто-тонкокишечный анастомоз «конец в конец» с широким просветом.

При стриктурах тонкой кишки в большинстве случаев выполнялась резекция кишки со стриктурой с наложением первичного кишечного анастомоза (учитывая большие водно-электролитные потери по энтеростоме). Одновременное формирование 2-х и более анастомозов не приводило к увеличению риска хирургических осложнений и послеоперационного рецидива. Если имеются множественные стриктуры на коротком сегменте и длина кишки достаточна, чтобы избежать синдрома короткой кишки, резекция единым блоком предпочтительнее.

При локальной стриктуре ободочной кишки (менее 1/3 длины ободочной кишки) проводилась резекция пораженной части с наложением толсто-толстокишечного анастомоза. При протяженной стриктуре более половины ободочной кишки и отсутствии поражения прямой кишки выполняли тотальную колэктомию с наложением илеоректального анастомоза (или субтотальную колэктомию с наложением асцендоректального анастомоза).

Плановая тотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза выполнена 4 пациентам с воспалительной формой БК толстой кишки, учитывая неэффективность консервативной терапии, гормонозависимость и гормонорезистентность, а также задержку физического развития. Только у 1 больного не отмечено рецидива БК в первые 5 лет после операции. 1 ребенок оперирован многократно по поводу рецидивирующих кишечных свищей.

Свищевая форма БК отличается особой тяжестью, кишечные свищи могут возникать в первые месяцы заболевания и служат частой причиной хирургического лечения. Наружные кишечные свищи чаще возникают у ранее оперированных пациентов, могут временно закрываться при переводе больного на парентеральное питание, однако в большинстве случаев они рецидивируют при возобновлении кормления, так как формируются из патологически измененного участка кишки.

Межкишечные свищи чаще всего обнаруживались только во время операции. Показаниями к операции в таких случаях служили не сами свищи, а имеющиеся внутрибрюшные инфильтраты. У пациентов с пальпируемым внутрибрюшным инфильтратом выполняли разобщение инфильтрата, резекцию участка пораженной кишки с наложением двустольной стомы (либо анастомоза, если позволяло состояние кишечной стенки).

Критериями в пользу оперативного вмешательства у пациентов с кишечными осложнениями БК являются рецидивирующая кишечная непроходимость, пальпируемый внутрибрюшной инфильтрат (без положительной динамики на фоне адекватной терапии), гипоальбуминемия, снижение веса, фебрилитет, клинические признаки абсцедирования инфильтрата брюшной полости и/или забрюшинного пространства.

Наиболее тяжелым проявлением БК являются перианальные поражения – анальные трещины, воспалительные кондиломы, параректальные инфильтраты и свищи. Актуальность проблемы обусловлена не только увеличением числа госпитализаций и повторных операций, нарушением социальной адаптации с ухудшением качества жизни, но и высокой угрозой развития септических осложнений и возникновением необратимых изменений анального сфинктера с инконтиненцией.

Параректальные свищи с клинической симптоматикой приносят значительные страдания ребенку и требуют активного лечения даже в том случае,

когда отсутствует тяжелый патологический процесс в кишечнике, в этом случае следует выбирать между лигатурным дренированием и операцией. Пациентам со сложными свищами использовался комбинированный подход – превентивное наложение кишечной стомы, усиление консервативной терапии и этапное хирургическое лечение.

Ректovesтибулярные свищи выявлены у 2-х девочек. Обеим проводилась консервативная терапия в предоперационном периоде, так как важным и обязательным условием успешного хирургического вмешательства является эндоскопическая ремиссия в прямой кишке. У одной девочки дважды отмечался рецидив свища.

Летальный исход наблюдался у 3 (7,5%) пациентов, многократно оперированных по поводу осложненного течения БК (2000–2001 гг.).

Важным компонентом комплексного подхода к лечению осложненной БК является назначение адекватной противорецидивной терапии, кото-

рую следует назначать через 2 нед после операции и продолжать не менее 2 лет. К факторам, достоверно повышающим риск послеоперационного рецидива, относятся курение, 2 и более резекции кишки в анамнезе, протяженные резекции кишки (более 50 см), перианальные поражения, пенетрирующий фенотип и начало болезни в детском возрасте.

Выводы

Совместное ведение пациентов с БК гастроэнтерологами и хирургами с обсуждением целесообразности операции и оптимальных сроков.

Своевременное назначение адекватной терапии, что позволит избежать операции либо улучшить состояние пациента в периоперационном периоде.

Использование индивидуального подхода, с учетом консервативное и хирургическое лечение.

Решение в пользу операции должно быть у детей пубертатного возраста с локальным поражением, задержкой физического и полового развития.

Список литературы

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона: Российские рекомендации Ассоциации колопроктологов России и Российского общества по изучению ВЗК // Колопроктология. 2013. №3 (45).
2. Vernier-Massouille G. et al. Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study // Gastroenterology. 2008. Vol. 135. P. 1106–1113.
3. Ruemmele F.M. Pediatric inflammatory bowel diseases: coming of age // Curr. Opin. Gastroenterol. 2010. Vol. 26. P. 332–336.
4. Ruemmele F.M., Veresd G. et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease // J. Crohn's. Colitis. 2014. Vol. 8. P. 1179–1207.
5. Colombel J.F., Sandborn W.J. et al. Colombel JF Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn's disease // New Engl. J. Med. 2010. Vol. 362, N 15. P. 1383–1395.
6. Assche Van G., Dignass A. et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations // J. Crohn's. Colitis. 2010. N 4. P. 63–101.
7. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия / Пер. с англ. под ред. Ю.А. Шельгина. – М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ, 2011. – 751 с.
8. Филлис Р.К. С. Колоректальная хирургия // Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.