

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Филиппов Д.В., Глушкова В.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Актуальность. Ежегодный рост воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в педиатрии и агрессивное течение болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК) приводят к развитию тяжелых хирургических осложнений основного патологического процесса. В зависимости от тяжести и длительности заболевания у детей с ВЗК хирургический этап лечения необходим у 14 % — 80 % пациентов.

Материал и методы. С 2017 года оперативные вмешательства были выполнены 26 детям (в возрасте от 5 до 18 лет), из них 4 пациентам с ЯК и 22-с БК. Показаниями к хирургическому этапу лечения явились осложнения ВЗК: кишечное кровотечение, явления кишечной непроходимости, стриктуры кишечника, а также неэффективность консервативного лечения. Обоснование необходимости хирургического лечения обсуждалось индивидуально для каждого случая при строгом соблюдении междисциплинарного подхода. В экспертную группу входили врачи-гастроэнтерологи, хирурги, врачи лучевой диагностики и патоморфологи. 19 детям были выполнены операции в плановом порядке. Показаниями к операции в этой группе пациентов явилось неэффективное консервативное лечение (отсутствие стойкой клинико-лабораторной и эндоскопической ремиссии) и/или формирование фиброзно-стенозных изменений стенки кишки с клиническими признаками частичной кишечной непроходимости. 7 пациентам операции проведены по экстренным показаниям. Показания к хирургическому лечению были: не купируемое кишечное кровотечение, перфорация стенки кишки, острая кишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. Хирургический этап лечения был направлен на устранение хирургических осложнений ВЗК. Объем хирургического вмешательства: колэктомия с формированием терминальной илеостомы по Бруку — 8 детей; резекция илеоцекальной зоны с формированием прямого илеоасцендоанастомоза — 14 детей; резекция других отделов кишечника — 4 пациента. У 5 детей операция была завершена формированием кишечной стомы из-за высокого риска несостоятельности первичного кишечного анастомоза на фоне тяжелого соматического статуса и метаболических нарушений. У 1 пациентки после колэктомии с формированием первичного илеоректального анастомоза, выполненной по экстренным показаниям на 3-е сутки после операции, отмечены клинические проявления несостоятельности анастомоза. Выполнена повторная операция с формированием петлевой илеостомы по Торнболлу. Малоинвазивные вмешательства были выполнены 10 детям. В послеоперационном периоде все пациенты продолжили получать базисную терапию по поводу основного заболевания.

Выводы и рекомендации. Осложненные формы БК и ЯК могут протекать с клиническими симптомами, характерными для ургентной абдоминальной патологии: аппендицит, дивертикулит Меккеля, осложненный кишечным кровотечением. Так же ВЗК могут осложняться развитием кишечной обструкции (частичной или полной) и явлениями гемоколита. Знание особенностей дебюта БК и ЯК в педиатрической практике позволяют заподозрить данные заболевания на раннем этапе и определить адекватную диагностическую и лечебную тактику этой тяжелой патологии.