

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ
Аверин В.И.¹, Ключева О.В.², Прокопеня Н.С.², Севковский А.И.¹
*Белорусский государственный медицинский университет,
Республиканский научно-практический центр детской хирургии
Минск, Республика Беларусь*

PURULENT COMPLICATIONS OF CROHN'S DISEASE IN CHILDREN
Averyn V.I.¹, Kliuyeva V.U.², Prakapenia N.S.², Sevkovski A.I.¹
*¹Belarusian state medical University
²State institution "Republican scientific and practical center of pediatric surgery",
Minsk, Republic of Belarus*

Введение. Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных проявлений и осложнений.

Болезнь Крона (БК), язвенный колит (ЯК) и недифференцированный колит, являются в настоящее время одной из серьезных проблем детской гастроэнтерологии. В детском возрасте воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) по сравнению с взрослыми отличаются более агрессивным прогрессирующим характером течения хронического воспаления и высоким риском развития осложнений. Эти особенности наряду с длительностью терапии, негативным влиянием на рост и развитие ребенка, коморбидностью, ранней инвалидизацией, снижением качества жизни, как самого пациента, так и его семьи обуславливают высокую медикосоциальную значимость данной патологии.

Самая высокая распространенность ВЗК наблюдается в промышленно развитых странах и составляет в среднем 0,3 %, при этом у 25 % пациентов ВЗК начинается в возрасте до 18 лет, а четверть из этой группы составляют дети до 10 лет. Распространенность БК среди детей превышает в западных странах таковую при ЯК. Так по данным педиатрического регистра ВЗК немецко говорящих стран (CEDATA-GPGE registry) доля пациентов с БК составляет 64,3%, с ЯК - 29%, недифференцированным колитом - 6,7%, а заболеваемость БК за последние десятилетия в возрастной группе от 10 до 18 лет увеличилась почти в два раза, что свидетельствует об «омоложении» патологии.

Точных данных о распространенности ВЗК у детей в странах бывшего Советского Союза нет, но отдельные региональные наблюдения указывают на тенденцию, аналогичную в промышленно развитых странах. Так, в Санкт-Петербурге заболеваемость БК возросла за последние 10 лет более чем в 10 раз и составила 5,5 на 100000, а распространенность – 20 на 100000 детей и подростков.

Цель. Изучить и проанализировать хирургические осложнения и результаты лечения болезни Крона у детей в Республике Беларусь.

Материалы и методы. В РНПЦ детской хирургии с января 2015 по сентябрь 2024 г на обследовании и лечении находилось 67 пациентов с ВЗК. Мальчиков — 42 (62,7%), девочек — 25 (37,3%). Из них с БК — 41 (61,2%), мальчиков — 29 (70,7%), девочек — 12 (29,3%). Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа — абдоминальные осложнения: 8 пациентов (мальчики — 4, девочки — 4). Вторая — перианальные осложнения — 9 детей (мальчики — 8, девочки — 1).

Результаты и обсуждение. Медиана возраста всех пациентов составила 13 лет (в том числе — 14 лет (от 10 до 17 лет) для первой группы и 13 лет (от 6 до 17 лет) — для второй). Медиана длительности заболевания до развития осложнений — 1 год (от манифестации путем развития парапроктита или абдоминальных осложнений до 7 лет). Обращает на себя внимание то, что в группе с перианальными осложнениями только у двоих детей они проявлялись через 1,2 и 7 лет после постановки диагноза. В остальных случаях диагноз БК выставлялся по результатам колоноскопии, выполненной в плановом порядке детям, перенесшим острый парапроктит. Медиана длительности от начала заболевания у детей первой группы составила 1 год, среднее значение — 2,2 года. Диагноз белково-энергетической недостаточности (БЭН) был выставлен 6 детям, в том числе БЭН 2-3 степени — 3 пациентам в группе абдоминальных осложнений.

Оперативное лечение детей 1 группы заключалось во вскрытии и дренировании абсцессов брюшной полости (3), разделении инфильтратов, резекции наружных (2) и межкишечных свищей (1), резекции илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза (5), резекция стенозированного участка подвздошной кишки, илеостомия (1).

Подавляющему большинству (8) детей второй группы выполнялась операция Габриэля по поводу острого гнойного подкожного парапроктита, при этом двоим детям она требовалась трижды. У 1 ребенка выполнено вскрытие и дренирование парапроктита, что привело к хронизации процесса и в будущем потребовало иссечения свищевого хода.

На сегодняшний день БК в детском возрасте не подлежит полному излечению как при применении консервативных, так и хирургических методов. Цель терапии - достижение и удержание длительной бесстероидной ремиссии без постоянного приема глюкокортикостероидов (ГКС), что включает заживление зон поражения, остановку прогрессирования заболевания и осложнений, минимизацию риска хирургического вмешательства, профилактику осложнений, а при прогрессировании процесса и развитии осложнений — своевременное назначение хирургического лечения. Задачами лечения являются также снижение побочных эффектов всех видов терапии, обеспечение нормального роста и развития ребенка, улучшение качества жизни, содействие адаптации в социально-психологической и образовательной сфере.

Выбор консервативного или объема хирургического лечения определяется возрастом пациента, тяжестью атаки, протяженностью

поражения, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, развитием осложнений, а также наличием факторов риска неблагоприятного течения БК. К последним относятся: глубокое язвенное поражение толстой кишки выявленное при эндоскопическом исследовании; сохраняющееся тяжелое течение заболевания, несмотря на адекватную индукционную терапию; распространенное поражение (тотальное поражение тонкой кишки); значительное замедление линейного роста (показатель отклонения роста $Z > -2,5$; тяжелый остеопороз; стенозирующее и (или) пенетрирующее течение на момент дебюта заболевания (течение заболевания В2 и/или В3); тяжелое поражение перианальной области. Наличие даже одного из этих факторов позволяет предположить неблагоприятное течение заболевания, что должно послужить основанием для оптимизации проводимой терапии.

Выводы. Хирургическими вариантами лечения БК являются: дренирование абсцессов, сегментарная резекция кишки, щадящая кишечник стриктуропластика, илеоректальный или илеоколоанальный анастомоз, временная отводящая илеостома/колостома при тяжелой перианальной фистуле, лапароскопическая илеоцекальная резекция и другие.

Хирургия не вылечивает пациента от БК, однако оперативное вмешательство значительно улучшает качество жизни пациентов.