



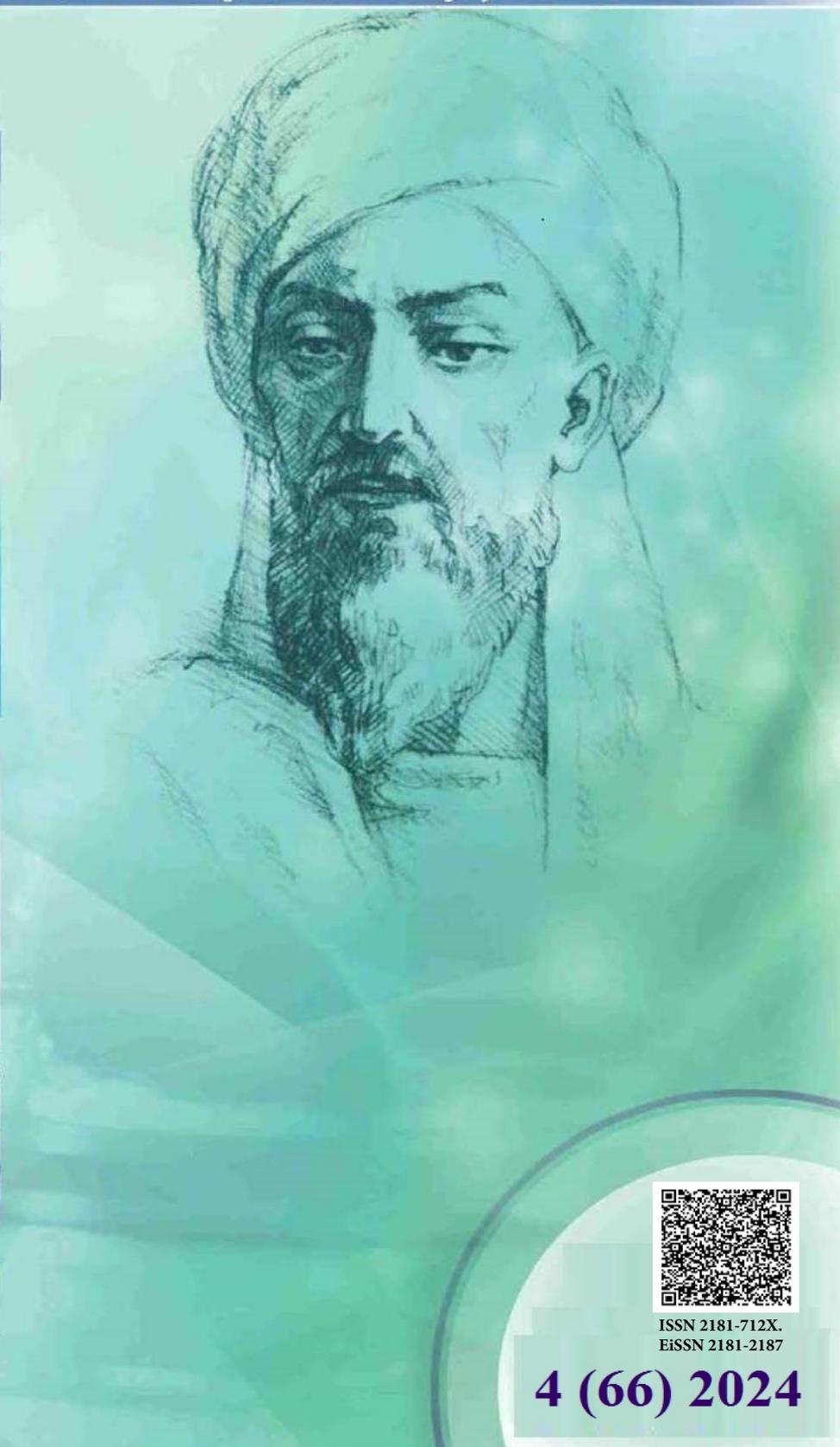
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**4 (66) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**4 (66)**

**2024**

*апрель*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.344-002-031.84-06-089

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Горбатюк О.М. <http://orcid.org/0000-0003-3970-8797>

Хамраев А.Ж. Email: [XamraevA@mail.ru](mailto:XamraevA@mail.ru)

<sup>1</sup>Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, ВУЗ, Дорогожицкая ул., 9, Киев

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Резюме

С 2008 по 2023 годы на лечение подвергались 32 детей с болезнью Крона (БК) в возрасте от 1,5 до 18 лет. Все пациенты поступили в хирургическое отделение по ургентным показаниям. Представлен анализ хирургического лечения пациентов с осложнениями основного заболевания. Диагностика комплексная и включает клиничко-лабораторное обследование пациентов, рентгенологические, эндоскопические методы исследования, УЗИ и морфологические методы исследования клинического биопсийного материала. Осложнения болезни Крона были представлены кишечными непроходимостями (32% случаев), кишечными перфорациями (24%), острым аппендицитом с мезаденитом (12%), инфильтратами брюшной полости (8%), кишечным кровотечением из воспаленного ректального полипа (4%), перианальными свищевыми осложнениями (20%). В статье освещен спектр хирургических вмешательств в зависимости от вида осложнения. Наиболее частым хирургическим вмешательством являются резекционные операции (10 пациентов, 45,45%). Релапаротомию перенесли 5 пациентов (22,73%) по поводу таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность анастомоза, рецидив кишечной непроходимости, рецидив тонкокишечной перфорации. Летальных исходов не было.

Таким образом, учитывая прогрессирующее течение БК у детей, сохраняется возможность возникновения острых хирургических осложнений болезни. Так, по данным нашего исследования ургентные хирургические осложнения БК у 52 % пациентов стали первым проявлением БК, которая была диагностирована и верифицирована морфологически в процессе лечения и в послеоперационном периоде. Наиболее частым хирургическим вмешательством при осложненной БК у детей были резекционные операции - 45,45% из общего количества операций. Современная тактика хирургического лечения осложненной БК у детей предусматривает экономные резекции кишки и органосохраняющие операции под прикрытием кишечных стом. Одним хирургическим вмешательством вылечить БК не представляется возможным. Хирургическое лечение и медикаментозная терапия должны быть взаимодополняющими методами лечения БК у детей.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, дети, ургентные осложнения, хирургическое лечение.

## TALAB QILGAN BOLALARDA KRON KASALLIKINING ASORATLARI

Gorbatyuk O.M. <http://orcid.org/0000-0003-3970-8797>

Xamraev A.J. Email: [XamraevA@mail.ru](mailto:XamraevA@mail.ru)

<sup>1</sup>Shoshilinch Jarrohlik Aralashuvlar P. L. Shupik nomidagi Milliy sog'liqni saqlash universiteti (Ukraina)

<sup>2</sup>Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

✓ *Reyume*

2008 yildan 2023 yilgacha 1,5 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan Kron kasalligi (KR) bilan kasallangan 32 nafar bola davolandi. Barcha bemorlar shoshilinch sabablarga ko'ra jarrohlik bo'limiga yotqizilgan. Asosiy kasallikning asoratlari bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash tahlili keltirilgan. Tashxis murakkab bo'lib, bemorlarni klinik va laboratoriya tekshiruvini, rentgen, endoskopik tekshirish usullari, ultratovush va klinik biopsiya materialini o'rganish uchun morfologik usullarni o'z ichiga oladi. Kron kasalligining asoratlari ichak tutilishi (32% hollarda), ichak teshilishi (24%), mezadenit bilan o'tkir appenditsit (12%), qorin bo'shlig'i infiltrati (8%), yallig'langan rektal polipdan ichakdan qon ketishi (4%) bilan ifodalangan. , perianal oqma asoratlari (20%). Maqolada asorat turiga qarab jarrohlik aralashuvlar ko'lami yoritilgan. Ko'p uchraydigan jarrohlik aralashuv rezektsiya operatsiyalaridir (10 bemor, 45,45%). 5 nafar bemorga (22,73%) operatsiyadan keyingi asoratlar, masalan, anastomoz oqishi, ichak tutilishining qaytalanishi, ingichka ichak teshilishining qaytalanishi kabi asoratlar tufayli relaparotomiya qilingan. Hech qanday o'lim yo'q edi. Shunday qilib, bolalarda CD ning progressiv kursini hisobga olgan holda, kasallikning o'tkir jarrohlik asoratlari ehtimoli saqlanib qolmoqda. Shunday qilib, bizning tadqiqotimizga ko'ra, bemorlarning 52 foizida CD ning shoshilinch jarrohlik asoratlari davolash paytida va operatsiyadan keyingi davrda tashxis qo'yilgan va morfologik jihatdan tasdiqlangan CD ning birinchi ko'rinishi bo'ldi. Bolalarda murakkab CD uchun eng keng tarqalgan jarrohlik aralashuv rezektsiya operatsiyalari edi - umumiy operatsiyalar sonining 45,45%. Bolalarda asoratlangan SHni jarrohlik yo'li bilan davolashning zamonaviy taktikasi ichakni tejamkor rezektsiya qilish va ichak stomalari ostidagi organlarni saqlash operatsiyalarini o'z ichiga oladi. CD ni faqat jarrohlik yo'li bilan davolash mumkin emas. Jarrohlik davolash va dori terapiyasi bolalarda CDni davolash uchun qo'shimcha usullar bo'lishi kerak.

*Kalit so'zlar:* Kron kasalligi, bolalar, shoshilinch asoratlar, jarrohlik davolash.

## SURGICAL TREATMENT OF URGENT COMPLICATIONS OF CROHN'S DISEASE IN CHILDREN

Gorbatyuk O.M., Khamraev A.G.

<sup>1</sup>National University of Health of Ukraine named after P. L. Shupik, University, Dorogozhitskaya st., 9, Kyiv

<sup>2</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute, 100140, Uzbekistan Tashkent, st. Bogishamol, 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

✓ *Resume*

Since 2008 to 2023 years 25 patients at the age 1,5 – 17 years old with Crohn's disease in 3 pediatric surgical hospitals have been observed. The article presents the analysis of surgical treatment of this patients with complications of main pathology. Diagnostics is integrated and includes clinical and laboratorian examination of patients, X-ray, endoscopic, sonography methods of examination and morphological research method of clinical biopsy. Complications of Crohn's disease were presented by intestinal obstructions (32% of cases), intestinal perforations (24%), acute appendicitis with mesadenitis (12%), intraabdominal infiltrations (8%), intestinal hemorrhagia from inflammatory wart (4%), perianal inflammatory complications with fistulas (20%). The article has covered all possible methods of surgical operations depending on the type of complication. The most frequent surgical interventions were resections of intestinal stenosis (45, 45% of cases). The majority of patients have achieved good results after surgical interventions. 5 (22, 73%) patients have got a relaparotomias because of such postoperative complications as anastomotic failure (1), recurrence of intestinal perforation (2) and recurrence of intestinal obstruction (2). Mortality has not been observed.

Because of Crohn's disease is a progressive disease, the opportunity of emergence of acute surgical complications of this pathology preserves. Our data show that urgent surgical complications of Crohn's disease in 52% of patients were the first manifestation of the disease, which was diagnosed during treatment and verified morphologically in the postoperative period. The most frequent surgical interventions were resections of intestinal stenosis - 45, 45% of cases from total number. The modern tactic of surgical treatment of complicated of Crohn's disease in children based on local intestinal resections with intestinal stomas. It is very important to use a combined approach combining conservative and surgical treatment. Surgical treatment and drug treatment of Crohn's disease should be complementary treatments.

*Key words:* Crohn's disease, children, urgent complications, surgical treatment

### Актуальность

Болезнь Крона (БК) – заболевание желудочно - кишечного тракта неясной этиологии, которое характеризуется трансмуральным гранулематозным воспалением кишечной стенки прогрессирующим развитием кишечных и внекишечных осложнений [1,2,7 ]. Ориентировочное количество больных с БК на Украине составляет 30.33 на 100000 населения, из них 48% - со средней и тяжелой степенью активности воспалительного процесса, хотя точное количество пациентов неизвестно из-за отсутствия реестра [2]. Трансмуральное воспаление захватывает все слои кишечной стенки из-за чего, несмотря на проводимую терапию, очень часто возникают хирургические осложнения заболевания – кишечные перфорации, острая кишечная непроходимость, кишечные кровотечения, внутрибрюшные инфильтраты и другие [4,6,8,11], большинство из которых требуют неотложной помощи. Количество осложненных форм БК не имеет тенденции к уменьшению. Так, на протяжении 10 лет от момента установления диагноза хирургические осложнения БК возникают у значительного количества болеющих (около 90%), а хирургические вмешательства выполняются у половины пациентов [8]. В 2006 г. К.А.Diefenbach and С.К. Veuer опубликовали обзор литературы по диагностике и лечению БК у детей, в котором показали, что более половины детей с БК требуют хирургического лечения [5]. Перианальные осложнения развиваются приблизительно у 26-57% пациентов с БК, в специальной литературе даже существует термин «перианальная болезнь Крона» [3,13].

Современная концепция хирургического лечения пациентов с БК базируется на выполнении экономных резекций кишки и проведении органосохраняющих операций. В последние годы появилась значительное количество робот, посвященных применению лапароскопических вмешательств при БК у детей [9,10,12].

На сегодняшний день БК относится к тем заболеваниям, диагностика и лечение которых у практических врачей вызывает значительные трудности, а единая хирургическая тактика при осложненных формах продолжает обговариваться специалистами всего мира. Врачам педиатрического профиля все чаще приходится сталкиваться с проблемами оказания помощи детям с осложненной БК. Перед детскими хирургами стоит насущная проблема в необходимости проведения дальнейших исследований в вопросах своевременной диагностики и адекватного лечения осложненных форм БК у детей. Учитывая наличие большого количества послеоперационных осложнений, рецидивов хирургических осложнений БК у детей, проблема требует дальнейшего изучения и разработки единой стратегии лечения данного контингента пациентов.

**Цель работы** – повышение эффективности ургентного хирургического лечения детей с осложненной БК на основе изучения и анализа собственных результатов.

### Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и лечения 32 детей с хирургическими осложнениями БК за период с 2008 по 2023 годы на клинических базах кафедр детской хирургии Национального университета здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика и Ташкентского педиатрического медицинского института. Все дети поступили в стационар по неотложным показаниям. Среди исследуемой группы пациентов было 20(62,5%) мальчиков и 12(37,5%) девочек. Распределение по возрасту выглядит следующим образом: детей раннего возраста (1,5 – 3 года) – 5 (15,6%), дошкольного возраста ( 5-6 лет) – 5 (15,6%), школьного возраста 7-18 лет – 22(68,8%). Преобладали пациенты подросткового возраста.

Всем больным проводились комплексные исследования: клиничко-лабораторные; рентгенологические (обзорная рентгенография органов брюшной полости и пассаж желудочно кишечного тракта с контрастом барием); УЗИ органов брюшной полости; эндоскопические (ректороманоскопия–2, фиброгастроуденоскопия–2, фиброколоноскопия–4, фиброгастроуденоскопия с фиброколоноскопией–3, фиброгастроуденоскопия с ректороманоскопией–2). Гистоморфологическое исследование клинического биопсийного материала. «Золотым стандартом» исследования детей с перианальной БК является ректальное обследование под общим обезболиванием.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических нормах проведения научных медицинских исследований с участием человека и одобрено Биоэтической комиссией.

В работе использованы общепринятые методы статистической обработки данных медико-биологических исследований. Используются непараметрические методы из-за непредставительной выборки и преобладания анализа качественных, а не количественных признаков. Цифровые данные представлены в абсолютных величинах (n) и процентном соотношении (%).

### Результат и обсуждение

Показаниями к хирургическому вмешательству у исследуемой группы детей были острая абдоминальная хирургическая патология и перианальные гнойно-свищевые осложнения (табл.1).

Таблица 1

#### Структура хирургических осложнений при БК у детей

№	Вид ургентных осложнения	Кол.	%
1.	Кишечная непроходимость: -стеноз подвздошной кишки -стеноз илеоцекального угла -ректоанальный стеноз -спаечная кишечная непроходимость	<b>10</b> 3 2 2 3	<b>31,3</b>
2.	Кишечные перфорации: - тонкокишечные - толстокишечные - множественные	<b>8</b> 4 3 1	<b>25</b>
3.	Острый аппендицит	<b>3</b>	<b>9,4</b>
4.	Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости	<b>2</b>	<b>6,3</b>
5.	Кишечное кровотечение	<b>2</b>	<b>6,3</b>
6.	Перианальные осложнения	<b>7</b>	<b>21,9</b>
	<b>Всего:</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Из 32 пациентов с хирургическими осложнениями БК 16 (50%) детей имели в анамнезе БК и были госпитализированы в хирургический стационар с осложненной формой патологии. У остальных 16 (50%) пациентов БК была диагностирована в процессе лечения хирургического осложнения путем интраоперационной визуальной оценки внутрибрюшных и кишечных изменений с последующей морфологической верификацией диагноза. Другими словами, БК у половины пациентов впервые проявила себя хирургическими осложнениями.

Интраоперационная макроскопическая картина пораженного участка кишки имела признаки трансмурального (полнослойного) воспаления кишечной стенки: стекловидный отек и утолщение стенки, гиперемия, сглаженность гаустрации, отсутствие перистальтики, сужение просвета и супрастенотическое расширение над зоной сужения.

У 7 (21,9%) детей раннего возраста перианальными поражениями БК (рецидивирующие свищевые парапроктиты с абсцессами таза, язвенные поражения слизистой оболочки прямой кишки, перианальные дерматиты) заболевание было также верифицировано морфологически в процессе диагностики и лечения патологии.

При госпитализации в хирургический стационар основными жалобами были боли в животе, рвота, вздутие живота, наличие слизисто-гнойных или/и геморрагических выделений из прямой

кишки, свищи в области ягодицы и промежности, перианальный дерматит, разжиженный стул, повышенная температура тела.

Все дети при поступлении в хирургическое отделение были в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена болевым абдоминальным синдромом, обезвоживанием, интоксикацией. Анализ анамнестических данных позволил выяснить, что из 23 пациентов исследуемой группы все дети имели жалобы на рецидивирующие боли в животе разной интенсивности и изменения общего состояния на протяжении от 1 месяца до 2 лет к моменту госпитализации. 3 детей отставали в физическом развитии (задержка роста), у 5 детей на протяжении 2 лет имелся субфебрилитет невыясненной этиологии. 3 детей были значительно истощены вследствие потери веса от 5 до 10 кг. У 9 детей наблюдался разжиженный учащенный стул с примесью большого количества слизисто-гнойного отделяемого и крови, у многих детей подросткового возраста – депрессивные состояния и беспокойство.

15 (47%) пациентов имели также внекишечные проявления БК: поражение слизистых оболочек ротовой полости в виде афтозного стоматита и гингивита (3), узловую эритему кожи (3), холелитиаз (3), остеомаляцию (2), нефролитиаз (2), поражение глаз – иридоциклит (2).

Все дети были госпитализированы по ургентным показаниям. Диагностика основывалась на совокупности следующих данных: оценке клинических проявлений заболевания и особенностей его течения, результатов лабораторных исследований и данных рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового исследования. У всех пациентов имелись воспалительные изменения в анализах крови (повышенная СОЭ, лейкоцитоз, высокий уровень С-реактивного белка). Обращает на себя внимание тот факт, что у детей с БК имеется дефицит железа (сниженный уровень сывороточного железа), диспротеинемия (снижение уровня альбуминов и повышение уровня гамма-глобулинов). Уровень фекального кальпротектина – маркера воспаления – также повышен. Среднее значение лейкоцитарного индекса интоксикации составило 3,78 (при норме 0,8), а гематологического показателя интоксикации – 6,74 (при норме 0,6).

Рентгенологические методы исследования выявили явления кишечной непроходимости у 11 детей и свободный газ в брюшной полости у 8 пациентов с кишечными перфорациями.

УЗИ органов брюшной полости у детей с кишечной непроходимостью выявило расширенный аперистальтический участок кишки, неперистальтирующие кишечные петли, маятникообразное движение кишечного содержимого, свободную жидкость в брюшной полости. У 2 детей сонографически визуализированы внутрибрюшные инфильтраты с признаками нагноения.

При ректороманоскопии и фиброколоноскопии имели место очаговая инфильтрация, отек, гиперемия измененной по типу «брусчатки» слизистой оболочки пораженных отделов толстой кишки, усиление либо ослабление сосудистого рисунка, множественные эрозии и язвы с детритом, наличие в просвете кишки большого количества слизисто-гнойного содержимого, а также жидкого геморрагического содержимого и/или сгустков крови.

По результатам морфологического исследования клинического материала, взятого во время хирургического вмешательства характерными изменениями тонкой кишки при БК является трансмуральное воспаление, захватывающее все слои кишечной стенки: неравномерная лимфо-плазмоцитарная инфильтрация, инфильтрация сегментоядерными нейтрофилами, эозинофилами и очаговые лимфопролиферативные изменения собственной пластинки слизистой оболочки тонкой кишки; лимфоцитарная инфильтрация и очаги фибриноидного некроза сосудистой стенки; язвенные дефекты с пролиферативными воспалительными изменениями и фиброз мышечного слоя; лимфопролиферативные изменения серозной оболочки, наличие язв с ровными краями, распространяющихся до субсерозного слоя.

Морфологические изменения толстой кишки заключались в лимфоплазмоцитарной инфильтрации собственной пластинки слизистой оболочки, очаги фиброза слизистой оболочки, наличие фолликулов в слизистой оболочке, очаговый ангиоматоз, очаговая гиперплазия интрамуральных ганглиев, язвенные и пролиферативные воспалительные дефекты слизистого и серозного слоев, фиброз мышечного слоя кишечной стенки, утолщение стенки кишки вследствие выраженных фиброзных изменений, наличие язв с ровными краями, распространяющихся до субсерозного слоя.

Морфологическим изменением в биоптатах тканей аппендикса была лимфоплазмозитарная инфильтрация серозной оболочки, в препаратах лимфатических мезентериальных узлов имелись морфологические признаки хронического неспецифического воспалительного процесса.

Результаты морфологического исследования биоптатов желудка, 12-перстной и прямой кишок, взятых при фиброгастродуоденоскопии и ректороманоскопии выявили у 1 ребенка хронический атрофический дуоденит и эрозии слизистой оболочки желудка, у 1 пациента имелись изменения, характерные для хронического гастродуоденита, у 3 детей - наличие гастропатии, у 2 детей – эрозивный проктосигмоидит.

Все дети имели нарушения бактериального паспорта кишечника, которые заключались в снижении уровня лакто- и бифидумбактерий, наличии *Staphylococcus aureus* у 3 пациентов, *Pseudomonas aeruginosa* – у 2, *Enterobacter aeruginosa* – у 1, *Enterococcus aeruginosa* – у 1, *Citrobacter freundii* и *Candida albicans* – у 1.

Из 32 детей было прооперировано 28 (87,5%) больных. Спектр хирургических вмешательств был широкий.

4(12,4%) детей не были оперированы. 1 ребенку с ректоанальным стенозом проводилась этапная дилатация стенозированного участка кишки, поскольку пораженный участок был низко расположен, короткий и легко доступен для дилатации. 1 ребенку с кишечным кровотечением во время фиброколоноскопии был удален кровоточащий полип прямой кишки на фоне выраженного эрозивного колита, у 1 пациента с периаппендикулярным инфильтратом также было проведено консервативное лечение с положительным результатом. Заключительный диагноз – БК, колит, 4, гиперпластический кровоточащий полип прямой кишки (табл. 2).

Таблица 2

#### Спектр хирургических вмешательств при осложненной БК

№	Объем хирургического вмешательства в зависимости от вида осложнения	Кол.	%
1.	Стенозирующая кишечная непроходимость, кишечные перфорации: - экономные резекции пораженного участка кишки +стома - резекция участка кишки + первичный анастомоз	6 3 1 2	21,4
2.	Спаечная кишечная непроходимость: - адгезиозис - адгезиозис с резекцией участка кишки +анастомоз	4 2 2	14,3
3.	Острый аппендицит: - аппендэктомия	3	10,7
4.	Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости: - разъединение инфильтрата, санация, дренирование + стома	2 2	7,1
5.	Множественные кишечные перфорации: - ушивание перфораций + стома - резекция участка кишки +стома	6 1 5	21,4
7.	Перианальные свищи: - колостома + иссечение ректо-ягодичных свищей - колостома + установка дренажа-сетона в ректопромежностный свищ	7 2 5	25
	<b>Всего:</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Наиболее часто при хирургических осложнениях БК у детей выполнялись резекционные оперативные вмешательства, которые были выполнены у 13(46,4%) детей, из общего количества хирургических вмешательств. 2 детям с локальным стенозом подвздошной кишки после резекции пораженного участка был наложен прямой тонкокишечный анастомоз 3 пациентам произведена аппендэктомия и удаление лимфатического узла в области

илеоцекального узла с целью морфологического исследования. Макроскопически червеобразные отростки были утолщены, белесоватого цвета, ригидны, с воспалительными изменениями прилегающей слепой кишки и терминальным илеитом. Аппендэктомии производились после мобилизации отростков из выраженного спаечного процесса в области илеоцекального угла. Заключительный диагноз – БК, терминальный илеит, мезаденит, вторичный аппендицит.

У 4 детей со спаечной кишечной непроходимостью был произведен адгезиолизис выраженного спаечного процесса, образовавшегося вокруг воспаленных петель толстой и тонкой кишки и брюшиной передне-боковой стенки живота. Интраоперационно заподозрена БК, взят клинический материал стенки пораженной кишки для морфологического исследования. Окончательный диагноз – БК.

У 1 ребенка с абсцедирующим инфильтратом брюшной полости была выявлена межкишечная фистула – произведено вскрытие и дренирование абсцесса с формированием 2-х стволонной тонкокишечной стомы, еще у 1 ребенка с внутрибрюшным периаппендикулярным инфильтратом без признаков нагноения проведено консервативное лечение инфильтрата с положительным эффектом.

Среди детей с перианальной болезнью Крона 2 ребенок был прооперирован по поводу ректо-ягодичных свищей с хроническим рецидивирующим течением, наличием множественных эрозий слизистой оболочки прямой кишки и эрозивного дерматита – произведено иссечение свищей + колостомы, у 4 детей – дренирование ректо-промежностных свищей дренажом – сетоном и формированием колостомы. Заключительный диагноз на основании морфологической верификации был определен как БК с гнойно-свищевым поражением прямой кишки.

В ближайшем послеоперационном периоде все пациенты находились в течение 3-4 суток в отделении интенсивной терапии, где проводилось полное парентеральное питание с постепенным расширением энтеральных нагрузок. Антибактериальная терапия первого курса представлена комбинацией цефалоспоринов III поколения и представителя группы имидазольного кольца Метрогила парентерально. 2 пациентам был назначен цефалоспорин III поколения, аминогликозид и метрогил. По необходимости следующий курс антибактериальной терапии назначался в соответствии с чувствительностью возбудителей, выделенных из содержимого пораженной кишки либо/и каловых масс.

При перианальной болезни БК первой линией антибактериальной терапии являлись Метронидазол и Ципрофлоксацин, в качестве второй линии назначалась антицитокриновая терапия Инфликсимабом или Адалimumабом. Эффективно назначение суппозиторий с Метронидазолом.

Через 2 недели после хирургического вмешательства проводилась специфическая противорецидивная терапия БК совместно с гастроэнтерологом, которая заключалась в индивидуальном назначении: препаратов для индукции и поддержки ремиссии (системные глюкокортикостероиды, топический гормон буденосид, иммуносупрессоры, моноклональные антитела, салицилаты и др.); диетотерапии; симптоматических препаратов (препараты железа, для лечения остеопороза, неврологических нарушений и др.).

Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде возникло 5 (17,9%) осложнений, потребовавших выполнения повторных операций: несостоятельность тонкокишечного анастомоза (1), рецидив тонкокишечной перфорации (2) и рецидив спаечной кишечной непроходимости (2).

Через 3 мес. после хирургического и консервативного лечения дети в обязательном порядке обследовались с целью оценки активности кишечного воспаления – определялся уровень С-реактивного белка, фекального кальпротектина, проводилась фиброколоноскопия. Рекомендуется 1 раз в год пройти МРТ кишечника для исключения стриктурирующих и других изменений в кишечнике и осмотр перианальной области с пальцевым ректальным исследованием для исключения перианальных осложнений.

### **Выводы**

1. Учитывая прогрессирующее течение БК у детей, сохраняется возможность возникновения острых хирургических осложнений болезни. Так, по данным нашего исследования

ургентные хирургические осложнения БК у 50% пациентов стали первым проявлением БК, которая была диагностирована и верифицирована морфологически в процессе лечения и в послеоперационном периоде.

2. Наиболее частым хирургическим вмешательством при осложненной БК у детей были резекционные операции - 46,4% из общего количества операций.
3. Современная тактика хирургического лечения осложненной БК у детей предусматривает экономные резекции кишки и органосохраняющие операции под прикрытием кишечных стом.
4. Одним хирургическим вмешательством вылечить БК не представляется возможным. Хирургическое лечение и медикаментозная терапия должны быть взаимодополняющими методами лечения БК у детей.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. // Колопроктология 2017; 2(60): 7 – 29.
2. Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) помощи при заболеваниях кишечника (болезнь Крона, язвенный колит). – Приказ МЗ Украины №90 от 11.02.2016.
3. Щукина О.Б. Перианальная болезнь Крона: диагностика и медикаментозная терапия. // Фарматека. 2008; 13: 22-30.
4. Baillie C.T., Smith J.A. Surgical strategy in pediatric inflammatory bowel disease // World J.Gastroentrol. – 2015; 20(21): 6101 – 6116.
5. Diefenbach K.A., Breuer C.K. Pediatric inflammatory bowel disease. // World J. Gastroenterol. 2006; 12(2): 3204-3212.
6. Dotson J.L. Management of intraabdominal abscesses in children with Crohn’s disease: a 12-year retrospective single-center review / J.L.Dotson, H.Bashaw, B.Nwomeh // Inflamm. Bowel Dis. 2015; 21(5): 1109-1114.
7. Gomollon F. 3<sup>rd</sup> European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn’s Disease. 2016; Part I: Diagnosis and Medical Management / F.Gomollon, A.Dignass, V.Annese et al. // J. Crohns Colitis. 2017: 3-25.
8. Lourenc R., Azevedo S., Lopes A. Surgery in Pediatric Crohn disease: caseseries from a Single Tertiary Referral Center / GEPort. // J.Gastroenterol. 2016; 23(4): 191 – 196.
9. Mattioli G., Pini-Prato A., Barabino A., Gandullia P., Avanzii S., Guida E. et al. Laparoscopic approach for children with inflammatory bowel diseases. // Pediatr.Surg.Int. 2011; 27(8): 830-846.
10. Pink A.D., Fischer I.R., Vestweber K.H. Long-term outcome of laparoscopic ileocecal resection for Crohn’s disease before the era of biologics. // Int .J. Colorectal Dis. 2014; 20(1): 127-132.
11. Shaffer V.O., Wexner S.D. Surgical management of Crohn’s disease. // Landenbecks Arch. Surg. 2013; 398(1): 13-24.
12. Sharp N.E., Thomas P., St Peter S.D. Single-incision laparoscopic ileocecectomy in children with Cronh’s disease. J.Laparoendosc. Adv.Surg Tech. A. 2014; 24(8): 589-592.
13. Tang L.Y., Rawsthorne P., Bernstein C.N. Are perianal and luminal fistulas associated in Crohn’s disease? A population-based study. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006; 4: 1130 -1134.

**Поступила 20.03.2024**