

ჯვარედინ-სექციური კვლევის ფარგლებში შესწავლილია ქ. თბილისისა და სამცხე-ჯავახეთის რეგიონებში არსებული საჯარო ბაღების (1-6 წლის) 570 აღსაზრდელი ბავშვი. აღწერილი პოპულაციური კვლევის საფუძველზე მოხდა დენტალური ფლუოროზის გაგრძელებისა და სიმძიმის შესწავლა. აღნიშნული კვლევისათვის გამოყენებული იყო TFI ინდექსი. კვლევის ანალიტიკურ ნაწილში მოხდა დენტალური ფლუოროზის გამომწვევი რისკ-ფაქტორების შესწავლა, რისთვისაც გამოკვლეულ ბავშვთა მშობლებთან/მეურვეთა ინტერვიუებისათვის გამოყენებული იყო ბიოლოგიური და სოციალური ცვლადების შემცველი კითხვარი. დენტალური ფლუოროზის დიფერენციული დიაგნოზისათვის სხვა, არაკარიესული წარმოშობის დეფექტებისაგან, გამოყენებული იყო ECEL მეთოდი. კვლევის რეგიონებში არსებული სასმელი წყლის ფორის კონცენტრაცია განისაზღვრა: სამცხე-ჯავახეთში ელექტროქიმიური ანალიზის ISO 10359-1:1992 სტანდარტის მიხედვით, ქ. თბილისში - GWP 2019 წლის სასმელ წყალში ფორის შემცველობის მონაცემების მიხედვით.

საკვლევ ჯგუფში დენტალური ფლუოროზი აღენიშნა 36 ბავშვს, რაც გამოკვლეულ ბავშვთა აბსოლუტური რაოდენობის 6.3%-ს შეადგენს (95% CI; 4.3

- 8.3). კვლევის ორი ლოკაციის მიხედვით დენტალური ფლუოროზის გაგრძელების მაჩვენებლები სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან ($p>0.05$). დენტალური ფლუოროზი თანაბრად ვითარდება, როგორც მდებარეობით სქესის - 6.0% (95% CI; 2.2 - 8.8), ისე მამრობითი სქესის მქონე ინდივიდებში - 6.5% (95% CI; 3.7 - 9.3) ($p<0.05$). სტატისტიკურად სარწმუნოდ დადებითი კორელაციური კავშირი არ აღინიშნება კბილების რეგულარულ ხეხვას, კბილის პასტის გამოყენებასა და დენტალური ფლუოროზის განვითარებას შორის ($p>0.05$). დღის ფენმძიმობისას ღია ცეცხლის წყაროს საყოფაცხოვრებო მიზნით გამოყენება ბავშვებში ზრდის დენტალური ფლუოროზის განვითარების რისკს (OR = 5.8; 95% CI; 2.1-15.9). ჭარბი რაოდენობით ჩაის რეგულარული მიღება (2 ჭიქა/დღე), იწვევს დენტალური ფლუოროზის განვითარების რისკის მატებას (OR = 17.3; 95% CI; 7.4-40.7).

ფორ-დეფიციტურ რეგიონებში მცხოვრებ არაექსპოზირებულ პოპულაციაში დენტალური ფლუოროზის ძირითად გამომწვევ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს ღია ცეცხლის წყაროს საყოფაცხოვრებო მიზნით გამოყენება და ჩაის რეგულარული ჭარბი რაოდენობით მიღება.

УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

¹Горбатюк О.М., ²Солейко Д.С., ³Курило Г.В., ²Солейко Н.П., ³Новак В.В.

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шутика, Киев;

²Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова; ³Городская детская больница г. Львова, Украина

Болезнь Крона (БК) – заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, которое характеризуется трансмуральным гранулематозным воспалением кишечной стенки с прогрессирующим развитием кишечных и внекишечных осложнений [1,2,7]. Ориентировочное количество больных БК в Украине составляет 30.33 на 100000 населения, из них 48% - случаи со средней и тяжелой степенью активности воспалительного процесса, хотя точное количество пациентов неизвестно из-за отсутствия общего реестра патологии [2]. Трансмуральное воспаление охватывает все слои кишечной стенки, вследствие чего, несмотря на проводимую терапию, часто возникают хирургические осложнения заболевания – кишечные перфорации, острая кишечная непроходимость, кишечные кровотечения, внутрибрюшные инфильтраты, большинство из них требует неотложной помощи [4,6,8,11]. Количество осложненных форм БК не имеет тенденции к уменьшению. Так, на протяжении 10 лет от момента установления диагноза они возникают у значительного количества пациентов (около 90%), а хирургические вмешательства выполняются в 50% случаев [8]. В 2006 г. К.А. Diefenbach and С.К. Weuer 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 специализированной литературе даже введено опеределение «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 появилось значительное количество работ, 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 обсуждается специалистами всего мира. Врачам педиатрического профиля все чаще приходится сталкиваться с проблемами оказания помощи детям с осложненной БК. Перед детскими хирургами стоит острая проблема необходимости проведения дальнейших исследований по своевременной диагностике и адекватному лечению осложненных форм БК. Учитывая множество послеоперационных осложнений, рецидивов хирургических осложнений БК у детей, проблема требует дальнейшего изучения и разработки единой стратегии лечения данного контингента пациентов.

Цель исследования – оценка эффективности хирургического лечения детей с осложненной болезнью Крона.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 23 детей с хирургическими осложнениями БК – пациентов 3 детских хирургических отделений за период с 2008 по 2020 гг. Все дети поступили в стационар

по неотложным показаниям. Среди исследуемой группы было 14 (60,87%) мальчиков и 9 (39,13%) девочек, из них дети раннего возраста (1,5-3 года) – 5, дошкольного возраста (5-6 лет) – 4, в возрасте 10-17 лет – 14. Пациенты предпубертатного и пубертатного возраста составили 60,87%.

Всем пациентам проводилась комплексная диагностика: клиничко-лабораторные, рентгенологические (обзорная рентгенография и контрастное исследование органов ЖКТ с барием), УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая диагностика с получением клинического материала для морфологической диагностики патологии (ректороманоскопия – 2 исследования, фиброгастродуоденоскопия – 2, фиброколоноскопия – 4, фиброгастродуоденоскопия с фиброколоноскопией – 3, фиброгастродуоденоскопия с ректороманоскопией – 2). Использовался мультифокальный принцип получения материала для последующего морфологического исследования – из 5-ти участков на протяжении толстой кишки, в том числе, прямой и подвздошной. Следует отметить, что «золотым стандартом» диагностики у детей с периаанальными поражениями при БК является ректальное обследование под общим обезболиванием.

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

Результаты и обсуждение. Показаниями к хирургическому вмешательству у исследуемой группы детей являлись острая абдоминальная хирургическая патология и периаанальные гнойно-свищевые осложнения (таблица 1).

Наиболее частыми urgentными хирургическими осложнениями БК в исследуемой группе детей были кишечная непроходимость (34,78% от общего числа осложнений) и кишечные перфорации (26,09%).

Из 23 пациентов детского возраста с хирургическими осложнениями БК 12 (52,17%) имели в анамнезе БК и были госпитализированы в хирургический стационар с осложненной формой заболевания. У остальных 11 (47,83%) пациентов БК диагностирована в процессе лечения хирургического осложнения путем интраоперационной визуальной оценки внутрибрюшных и кишечных патологических изме-

нений с последующей морфологической верификацией диагноза, т.е. почти у половины пациентов БК проявила себя хирургическими осложнениями. Среди них 5 детей были раннего и дошкольного возраста и 6 – в возрасте 13-15 лет.

Интраоперационная макроскопическая картина пораженного участка кишки имела визуальные 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 3 (13,04%) детей раннего возраста с периаанальными поражениями БК (рецидивирующие свищевые парапроктиты с абсцессами таза, язвенные поражения слизистой оболочки прямой кишки, периаанальные дерматиты) диагноз определен на основании результатов морфологического исследования в процессе диагностики и лечения заболевания.

При госпитализации в хирургический стационар основными жалобами были боли в животе, рвота, вздутие живота, наличие слизисто-гнойных и/или геморрагических выделений из прямой кишки, наличие свищей в области ягодиц и промежности, периаанальный дерматит, диарейный синдром, 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 степени интенсивности, нарушения 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 диарейный синдром в виде разжиженного учащенного стула с примесью большого количества слизисто-гнойного отделяемого и крови. У детей подросткового возраста отмечались депрессивные состояния и беспокойство.

12 (52,17%) пациентов имели внекишечные проявления БК: поражение слизистых оболочек ротовой полости в виде афтозного стоматита и гингивита (3), узловую эритему кожи (3), холелитиаз (2), остеопороз (2), нефролитиаз (1), поражение глаз – иридоциклит (1).

Таблица 1. Структура и количество хирургических осложнений при болезни Крона

Вид осложнения	n	%
Кишечная непроходимость:	8	34,78
- стеноз подвздошной кишки	2	
- стеноз илеоцекального угла	2	
- ректоанальный стеноз	1	
- спаечная кишечная непроходимость	3	
Кишечные перфорации:	6	26,09
- тонкокишечные	3	
- толстокишечные	2	
- множественные	1	
Острый аппендицит	3	13,04
Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости	2	8,7
Кишечное кровотечение	1	4,35
Периаанальные осложнения	3	13,04
Всего	23	100

Все дети 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 уровень сывороточного железа снижен, присутствует диспротеинемия (снижение уровня альбуминов и повышение уровня гамма-глобулинов). Уровень фекального кальпротектина, как 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 8 детей и рентгенологические признаки пневмоперитонеума у 6 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 абсцедирования.

При ректороманоскопии и фиброколоноскопии имели место очаговая инфильтрация, отек, гиперемия измененной по типу «бульжной мостовой» 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 были: 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; лимфо-пролиферативные изменения серозной оболочки, наличие язв с ровными краями, распространяющихся до субсерозного слоя.

Выявлены морфологические изменения толстой кишки: лимфо-плазмоцитарная инфильтрация 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, которые распространялись до субсерозного слоя.

Морфологическое изменение аппендикса выражалось в лимфо-плазмоцитарной инфильтрации серозной оболочки. В препаратах лимфатических мезентериальных узлов определены морфологические признаки хронического неспецифического воспалительного процесса.

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

Все пациенты имели нарушения бактериального паспорта кишечника, которые заключались в снижении уровня лакто- и бифидум-бактерий, 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 23 детей прооперировано 21 (91,30%). Спектр хирургических вмешательств широкий (таблица 2). 2 (8,7%) детей не оперированы. 1 ребенку с ректоанальным стенозом проводилась этапная дилатация стенозированного участка кишки в связи с низкой локализацией пораженного участка, который был коротким и легко доступным для дилатации. 1 ребенку с кишечным кровотечением на фоне выраженно-

Таблица 2. Спектр хирургических вмешательств при осложненной форме БК

Вид и объем хирургического вмешательства в зависимости от характера осложнения	n	%
Стенозирующая кишечная непроходимость, кишечные перфорации: - экономные резекции пораженного участка кишки + стома	8	38,09
Спаечная кишечная непроходимость: - адгезиолизис	3	14,29
Острый аппендицит: - аппендэктомия, резекция лимфатического узла	3	14,29
Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости: - разъединение инфильтрата, санация, дренирование брюшной полости + стома	2	9,52
Стеноз подвздошной кишки: - резекция участка кишки, наложение первичного анастомоза	1	4,76
Множественные кишечные перфорации: - ушивание перфораций + стома	1	4,76
Абсцессы таза и прямой кишки, перианальные свищи: - колостомы+иссечение ректо-ягодичного свища с вскрытием, санацией и дренирование абсцессов таза и прямой кишки	3	14,29
- колостомы + установка дренажа-сетона в ректо-промежностный свищ	2	
Всего:	21	100

го эрозивного колита во время фиброколоноскопии удален кровотокающий полип прямой кишки. Заключительный диагноз определен как БК, эрозивный колит, кишечное кровотечение, гиперпластический кровотокающий полип прямой кишки.

Наиболее часто при хирургических осложнениях БК у детей выполнялись резекционные оперативные вмешательства по поводу stenoziruyemykh кишечной непроходимости и кишечных перфораций с выведением 2-ствольных илеостом – 38,09% от общего количества операций. Одному ребенку с локальным stenozom подвздошной кишки, после резекции пораженного участка, наложен прямой тонко-тонкокишечный анастомоз «конец-в-конец». При перфорации тонкой кишки (3 пациента) и толстой кишки (2 пациента) произведены экономные резекции пораженного участка кишки (длиной до 10 см) с перфоративным отверстием и выведена 2-ствольная илеостома. У 1 ребенка с множественными перфорациями (2 толстокишечные и 2 тонкокишечные) произведено ушивание перфораций с наложением 2-ствольной илеостомы. 2 детям произведена резекция илеоцекального угла с выведением проксимального и дистального отделов кишки в виде 2-ствольной разъединительной стомы.

3 пациентам произведена аппендэктомия и удаление лимфатического узла в области илеоцекального узла с целью морфологического исследования. Макроскопически, червеобразные отростки были утолщены, белесоватого цвета, с ригидными стенками, наличием воспалительных изменений слепой кишки и признаками терминального илеита. Аппендэктомия производилась после мобилизации отростка из выраженного спаечного процесса в области илеоцекального угла. Заключительный диагноз – БК, терминальный илеит, мезаденит, вторичный аппендицит.

У 3 детей со спаечной кишечной непроходимостью 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 выявлен межкишечный свищ – произведено вскрытие и дренирование абсцесса с формированием 2-ствольной тонкокишечной стомы, еще у 1 ребенка с внутрибрюшным абсцедирующим инфильтратом выявлены свищи между толстой кишкой, мочевым пузырем и передней брюшной стенкой, что потребовало исключения пассажа каловых масс в толстой кишке путем наложения 2-ствольной илеостомы.

1 ребенок прооперирован по поводу ректо-ягодичного свища, 2 – ректо-промежностных свищей. У всех 3 пациентов течение заболевания было хроническим, рецидивирующим с наличием множественных эрозий слизистой оболочки прямой кишки и эрозивного дерматита. Произведено иссечение ректо-ягодичного свища у ребенка 2,5 лет со вскрытием тазового абсцесса и абсцесса прямой кишки, выведением 2-ствольной разъединительной колостомы, а также у 3-летнего ребенка с дренированием ректо-промежностного свища дренажем – сетомом и формированием колостомы. Заключительный диагноз, на основании морфологической верификации, определен как БК с гнойно-свищевым поражением прямой кишки.

В раннем послеоперационном периоде (в течение 3-4 суток) все пациенты находились в отделении интенсивной

терапии, где проводилось полное парентеральное питание с постепенным расширением энтеральных нагрузок. Противомикробная терапия первого курса представлена в/в введением комбинации цефалоспоринов III поколения и представителя группы имидазольного кольца – метрогила. 2 пациента получали противомикробную терапию в комбинации цефалоспорина III поколения, препарата группы аминогликозидов и метрогила. Последующие курсы антибактериальной терапии назначались в соответствии с чувствительностью возбудителей, выделенных из содержимого пораженной кишки и/или каловых масс.

При периаанальной локализации БК препаратами выбора противомикробной терапии были метронидазол и цiproфлоксацин, в дальнейшем пациентам назначалась антицитокиновая терапия инфликсимабом или адалимумабом. Следует отметить хороший терапевтический эффект суппозитория с метронидазолом.

Спустя 2 недели после хирургического вмешательства назначалась специфическая противорецидивная терапия БК, которая заключалась в индивидуальном назначении совместно с гастроэнтерологом следующих препаратов:

- препараты для индукции и поддержки ремиссии БК (системные глюкокортикостероиды, топический гормон буденозид, иммуносупрессоры, моноклональные антитела, салицилаты);
- диетотерапия;
- симптоматические препараты (препараты железа, для лечения остеопороза, неврологических нарушений).

В исследуемой группе пациентов летальных исходов не отмечено. В раннем послеоперационном периоде возникло 5 (23,81%) осложнений, потребовавших выполнения повторных операций: несостоятельность тонко-тонкокишечного анастомоза (1), рецидив перфорации тонкой кишки (2), рецидив спаечной кишечной непроходимости (2).

Спустя 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. Всем пациентам рекомендовано 1 раз в год МРТ кишечника для исключения стриктурирующих и других патологических изменений; консультация детского хирурга с целью оценки общего состояния визуального осмотра периаанальной области; проведение пальцевого ректального исследования для исключения периаанальных осложнений.

Выводы.

1. Учитывая прогрессирующее течение БК у детей, сохраняется возможность возникновения острых хирургических осложнений болезни. Согласно данным проведенного исследования, urgentные хирургические осложнения БК у 47,83% пациентов стали первым проявлением БК, которая диагностирована и верифицирована морфологически в процессе лечения и в послеоперационном периоде.
2. Наиболее частыми хирургическими осложнениями БК у детей, которые стали показанием к неотложному вмешательству, являлись кишечная непроходимость (34,78%) и перфорации кишки (26,09%), а наиболее частыми хирургическими вмешательствами – резекционные операции с выведением кишечных стом.
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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. Колопроктология 2017; 2(60): 7 – 29.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт). – Наказ МОЗ України №90 від 11.02.2016.
3. Щукина О.Б. Перианальная болезнь Крона: диагностика и медикаментозная терапия. Фарматека. 2008.-№13. – С. 22 – 30.
4. Baillie C.T., Smith J.A. Surgical strategy in pediatric inflammatory bowel disease //World J. Gastroenterol. – 2015. - №20(21). – P. 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). – P.1109-1114.
7. Gomollon F. 3rd 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.Annesse et al.// J. Crohns Colitis. 2017: 3-25.
8. Lourenc R., Azevedo S., Lopes A. Surgery in Pediatric Crohn disease: case series from a Single Tertiary Referral Center//GE Port.J.Gastroenterol. – 2016.– №23(4). – P. 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 Crohn's disease. J.Laparosc. 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 -4.

SUMMARY

URGENT SURGICAL OPERATIONS FOR CROHN'S DISEASE IN CHILDREN

¹Gorbatyuk O., ²Soleiko D., ³Kurylo H., ²Soleiko N.,
²Novak V.

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv; ²Pirogov Vinnitsa National Medical University; ³Lviv City Children's Hospital, Ukraine

Aim – the improvement of treatment results of patients with complicated Crohn's disease based on study and analysis of own results of surgical interventions.

Since 2008 to 2020 years 23 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 these 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 (34,78% of cases), intestinal perforations (26,09%), acute appendicitis with mesadenitis (13,04%), intraabdominal abscesses (8,7%), intestinal hemorrhagia from inflammatory wart (4,35%), perianal inflammatory complications with fistulas (13,04%). 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 with formation of intestinal stomas. The majority of patients have achieved good results after surgical interventions. 5 (23,81%) 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.

Conclusions.

1. 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 47,83% of patients were the first manifestation of the disease, which was diagnosed during treatment and verified morphologically in the postoperative period.

2. In most cases surgical complications were intestinal obstruction (34,78% cases) and intestinal perforations (26,09%), and the most frequent surgical interventions for Crohn's disease in children were resections of the affected areas of the intestine with formation of intestinal stomas.

3. The modern tactic of surgical treatment of complicated of Crohn's disease in children based on local intestinal resections with intestinal stomas.

4. 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.

Keywords: Crohn's disease, children, urgent complications, surgical treatment.

РЕЗЮМЕ

УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

¹Горбатюк О.М., ²Солейко Д.С., ³Курило Г.В.,
²Солейко Н.П., ²Новак В.В.

¹Національна медичинська академія послідипломного об-
разования ім. П.Л. Шупика, Київ; ²Винницький національ-
ний медичинський університет ім. Н.И.Пирогова; ³Город-
ская детская больница г. Львова, Украина

Цель исследования – оценка эффективности хирургического лечения детей с осложненной болезнью Крона.

С 2008 по 2020 гг. в 3 детских хирургических клиниках наблюдались дети (n=23) с болезнью Крона (БК) в возрасте от 1,5 до 17 лет. Все пациенты поступили в хирургическое отделение по ургентным показаниям. Представлен анализ хирургического лечения пациентов с осложнениями основного заболевания.

Диагностика комплексная, включает клинико-лабораторное обследование пациентов, рентгенологические, эндоскопические методы исследования, УЗИ и морфологические методы исследования клинического биопсийного материала.

Осложнения болезни Крона представлены кишечной непроходимостью (34,78%), кишечными перфорациями (26,09%), острым аппендицитом с мезаденитом (13,04%), абсцессами брюшной полости (8,7%), кишечным кровотечением из воспаленного ректального полипа (4,35%), периаанальными свищевыми осложнениями (13,04%). В статье освещен спектр хирургических вмешательств в зависимости от вида осложнения. Наиболее частыми хирургическими вмешательствами являются резекционные операции с выведением кишечных стом - 8 (38,09%) пациентов. Реллапаротомия выполнена 5 (23,81%) пациентам по поводу таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность анастомоза (n=1), рецидив кишечной непроходимости (n=2), рецидив тонкокишечной перфорации (n=2). Летальных исходов не отмечено.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать выводы.

1. Учитывая прогрессирующее течение БК у детей, сохраняется возможность возникновения острых хирургических осложнений болезни. По данным проведенного исследования, urgentные хирургические осложнения у 47,83% пациентов стали первым проявлением БК, которая была диагностирована и верифицирована морфологически в процессе лечения и в послеоперационном периоде.

2. Наиболее частыми хирургическими осложнениями БК у детей, которые стали показанием к неотложному вмешательству, были кишечная непроходимость (34,78%) и перфорации кишки (26,09%), а наиболее частыми хирургическими вмешательствами – резекционные операции с выведением кишечных стом.

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.

რეზიუმე

ურგენტული ქირურგიული ჩარევები კრონის დაავადების დროს ბავშვებში

¹ო.გორბატიუკი, ²დ.სოლეიკო, ³გ.კურილო, ²ნ.სოლეიკო, ²გ.ნოვაკი

¹პ.შუპიკის სახ. დიპლომისშემდგომი განათლების სამედიცინო აკადემია, კიევი; ²ვინიცას ნ.პიროგოვის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი; ³ქლდოვის ბავშვთა საქალაქო საავადმყოფო, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება გართულებუ-

ლი კრონის დაავადების დროს ბავშვებში.

2008-2020 წწ. 3 ქირურგიულ კლინიკაში ჩატარდა დაკვირვება 1,5-17 წლის ასაკის 23 ბავშვზე კრონის დაავადებით. ყველა პაციენტი ქირურგიულ განყოფილებაში შემოვიდა ურგენტული ჩვენებებით. სტატიაში წარმოდგენილია ძირითადი დაავადების გართულებების მქონე პაციენტების ქირურგიული მკურნალობის ანალიზი. დიაგნოსტიკა ტარდებოდა კომპლექსურად და მოიცავდა პაციენტების კლინიკურ-ლაბორატორიულ კვლევას, რენტგენოლოგიურ და ენდოსკოპიურ მეთოდებს, ულტრაბგერით კვლევას და კლინიკური ბიოფსიური მასალის კვლევას მორფოლოგიური მეთოდებით.

კრონის დაავადების გართულებებს წარმოადგენდა გაუვალობა (34,78%), ნაწლავური პერფორაციები (26,09%), მწვავე აპენდიციტი მეზადენიტით (13,04%), მუცლის დრუს აბსცესები (8,7%), ნაწლავური სისხლდენა რექტალური ანთებადი პოლიპიდან (4,35%), პერიანუსური ფისტულები (13,04%). სტატიაში განხილულია ქირურგიული ჩარევების სპექტრი გართულებების სახეობაზე დამოკიდებულებით. ყველაზე ხშირ ქირურგიულ ჩარევას წარმოადგენდა რეზექციული ოპერაციები ნაწლავური სტომების გამოტანით - 8 (38,09%) პაციენტი. რელაპარატომია ჩატარდა 5 (23,81%) პაციენტს ისეთი ოპერაციის შემდგომი გართულებების გამო, როგორცაა ანასტომოზის უკმარისობა (n=1), ნაწლავთა გაუვალობის რეციდივი (n=2), წვრილი ნაწლავის პერფორაციის რეციდივი (n=2). ლეტალური შემთხვევები არ აღნიშნულა.

ჩატარებული კვლევის შედეგად ავტორები დაასკვნია, რომ:

1. ბავშვებში კრონის დაავადების პროგრესირებადი მიმდინარეობის გათვალისწინებით, შენარჩუნებულია დაავადების მწვავე ქირურგიული გართულებების განვითარების ალბათობა. ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, ურგენტული ქირურგიული გართულებები პაციენტების 47,83%-ში კრონის დაავადების პირველ გამოვლინებას წარმოადგენდა, რაც დიაგნოსტიკური და მორფოლოგიურად ვერიფიცირებული იყო მკურნალობის პროცესში და პოსტოპერაციულ პერიოდში.

2. ბავშვებში კრონის დაავადების ყველაზე ხშირ ქირურგიულ გართულებებს, რომლებიც გადაუდებელი ჩარევის ჩვენებას წარმოადგენდა, იყო ნაწლავთა გაუვალობა (34,78%) და ნაწლავის პერფორაცია (26,09%), ყველაზე ხშირ ქირურგიულ ჩარევას კი – რეზექციული ოპერაციები ნაწლავური სტომის გამოტანით.

3. გართულებული კრონის დაავადების ქირურგიული მკურნალობის თანამედროვე ტაქტიკა ბავშვებში გულისხმობს ნაწლავის ეკონომიურ რეზექციას და ორგანო შემანარჩუნებელ ოპერაციებს ნაწლავური სტომებით.

4. კრონის დაავადების განკურნება ერთი ქირურგიული ჩარევით შეუძლებელია. კრონის დაავადების დროს ბავშვებში ქირურგიული ჩარევა და მედიკამენტური თერაპია მკურნალობის ურთიერთშემავსებელ მეთოდებს უნდა წარმოადგენდეს.

Содержание:

Savchuk R., Kostyev F., Dekhtiar Y. URODYNAMIC PATTERNS OF ARTIFICIAL BLADDER	7
Тяжелов А.А., Карпинская Е.Д., Карпинский М.Ю., Браницкий А.Ю. ВЛИЯНИЕ КОНТРАКТУР ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА СИЛУ МЫШЦ БЕДРА	10
Тандилава И.И., Урушадзе О.П., Цецхладзе Д.Ш., Цецхладзе Г.Н., Путкарадзе М.Ш. РОЛЬ И МЕСТО ВИРТУАЛЬНОЙ КТ-КОЛОНОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	19
Dosbaev A., Dilmagambetov D., Ilyasov E., Tanzharykova G., Baisalbayev B. EFFECTIVENESS OF EARLY VIDEO-ASSISTED MINI-ACCESS SURGERY IN TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF TUBERCULOUS PLEURISY	23
Dvali M., Tsertsvadze O., Skhirtladze Sh. USE OF OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN DETECTION OF CYSTOID MACULAR EDEMA AFTER TREATMENT WITH NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS	28
Zabolotnyi D., Zabolotna D., Zinchenko D., Tsvirinko I., Kizim Y. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH SINONASAL INVERTED PAPILLOMA	31
Smolyar N., Lesitskiy M., Bezvushko E., Fur N., Hordon-Zhura H. ENAMEL RESISTANCE IN CHILDREN WITH MALOCCLUSIONS	37
Ivanyushko T., Polyakov K., Usatov D., Petruk P. THE CONTENT OF NK CELLS AND THEIR SUBTYPES IN THE CASE OF DRUG-INDUCED JAW OSTEONECROSIS	41
Antonenko M., Reshetnyk L., Zelinskaya N., Stolyar V., Revych V. DIVERSITY OF TREATMENT OF GENERALIZED PERIODONTAL DISEASES	46
IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA	
Косырева Т.Ф., Абакелия К.Г. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ПИЩЕВЫХ ЖИДКОСТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР)	52
Sharashenidze M., Tkeshelashvili V., Nanobashvili K. DENTAL FLUOROSIS PREVALENCE, SEVERITY AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN PRE-SCHOOL AGED CHILDREN RESIDING IN FLUORIDE DEFICIENT REGIONS OF GEORGIA	57
Горбатюк О.М., Солейко Д.С., Курило Г.В., Солейко Н.П., Новак В.В. УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ	61
Беш Л.В., Слюзар З.Л., Мацора О.И. ОПТИМИЗАЦИЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ОСОБЕННОСТИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ И МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ	67
Tchkonია D., Vacharadze K., Mskhaladze T. THE EFFICACY OF ENDOBRONCHIAL VALVE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT	73
OF BRONCHO-PLEURAL FISTULAS	
Gogichaishvili L., Lobjanidze G., Tsertsvadze T., Chkhartishvili N., Jangavadze M. DIRECT-ACTING ANTIVIRALS FOR HEPATITIS C DO NOT AFFECT THE RISK OF DEVELOPMENT OR THE OUTCOME OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA	76
Грек И.И., Рогожин А.В., Кушнир В.Б., Колесникова Е.Н., Кочуева М.Н. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ	81
Tsaryk V., Swidro O., Plakhotna D., Gumeniuk N., Udovenko N. COMMON VARIABLE IMMUNODEFICIENCY AMONG KYIV RESIDENTS: HETEROGENEITY OF MANIFESTATIONS (CLINICAL CASE REVIEW)	88
Марута Н.А., Панько Т.В., Каленская Г.Ю., Семикина Е.Е., Денисенко М.М. ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ	92

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 9 (306) Сентябрь 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლეები