ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ КРОНА

Александров Сергей Владимирович[1,3], Бабаева Улькер Миралам Кызы[1], Баиров Владимир Гиреевич[1], Борисенко Елена Алексеевна[1], Жарова Наталья Валерьевна[1], Залетова Надежда Константиновна[1], Кашин Артем Сергеевич[1], Корниенко Елена Александровна[2]

[1]СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины», 199053, Санкт-Петербург, 1-я линия Васильевского Острова, д. 58

[2]ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

[3]СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 22»

E-mail: nadezhda–zaletova@yandex.ru

Ключевые слова: болезнь Крона, осложнения, стенозирующая форма, резекция кишки, послеоперационный период

Введение. За последнее десятилетие отмечен возросший уровень заболеваемости болезнью Крона в детском возрасте. Особую группу составляют дети с осложненными формами болезни Крона, требующими хирургического вмешательства.

Цель исследования. Продемонстрировать необходимость совместного ведения пациентов с осложненными формами ВЗК детским хирургом и гастроэнтерологом.

Материалы и методы. За последние 2 года в ДГБ № 2 наблюдались 126 пациентов от 2 до 18 лет с болезнью Крона различной локализации. Среди них у 6 пациентов (4,8%) имели место перианальные поражения — рецидивирующие парапроктиты, 5 из них потребовали хирургического лечения (дренирование абсцессов — 5, установка сетона — 1, местное введение инфликсимаба — 1). У 10 пациентов (8%) диагностирована стенозирующая форма заболевания, 3 из них потребовали хирургического лечения (резекция зоны стеноза с последующей реконструкцией после курсов консервативной терапии — 2, неоднократные бужирования зоны стеноза — 1). Средний возраст детей со стенозирующей формой 14,4 года, «стаж» заболевания более 3-х лет.

Клинический пример. Даша К., в возрасте 6 лет по совокупности клинических, лабораторных, эндоскопических и гистологических данных диагностирована болезнь Крона тонкой и толстой кишки. Получила курс топических, затем системных стероидов, цитостатическую терапию. Принимая во внимание сохранение активности, в марте 2016 года проведен индукционный курс адалимумаба. С 2017 году препарат отменен в связи с отсутствием приверженности к терапии матери.

В августе 2020 года поступила на гастроэнтерологическое отделение ДГБ № 2 с жалобами на боли в животе, рецидивирующие рвоты, отсутствие аппетита, нарушение стула. За 3 года не выросла, в весе не прибавила. В ходе обследования был выявлен стеноз терминального отдела подвздошной кишки. В сентябре 2020 года выполнена операция «Срочная лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, конверсия, резекция илеоцекального угла, илео-, колостомия». Послеоперационный период протекал гладко. Спустя 14 дней назначен индукционный курс хумиры в режиме 80—40—40, с дальнейшим введением 40 мг 1 раз в 14 дней. При лабораторном и эндоскопическом контроле через 3 месяца — без активности. В ноябре 2020 года повторное оперативное вмешательство — лапаротомия, ликвидация кишечной стомы, тонкотолстокишечный анастомоз конец-в-конец. На фоне проводимого лечения в весе + 8 кг за 6 месяцев, выросла на 4 см.

Спустя 2 месяца был эпизод нарастании параклинической активности в виде, в том числе, лейкоцитоза, высокого уровня СРБ, эпизодов «немотивированной лихорадки». При ФКС — язвенный анастомозит. Лабораторно — выявлено снижение концентрации адалимумаба в крови, изменен режим введения на 40 мг еженедельно. Параклиническая активность купирована, планируется контроль ФКС.

Результаты. В группе пациентов с болезнью Крона осложненное течение заболевания наблюдалось в 12.6%, у 6.3% пациентов потребовалось хирургическое вмешательство. В настоящее время все дети находятся под наблюдением. Ближайшие результаты лечения пациентов с осложненной формой болезни Крона можно оценить как хорошие.

Выводы. Сочетание терапевтического и хирургического методов лечения осложненной болезни Крона у детей является наиболее эффективным в группе осложненных форм.