КОЛЭКТОМИЯ — ОПЕРАЦИЯ ОТЧАЯНИЯ ИЛИ НЕОБХОДИМАЯ ОПЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ПЕДИАТРИИ

Филиппов Дмитрий Владимирович, Глушкова Виктория Александровна

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» Минздрава России, 194100 Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: koolbaza@yandex.ru

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника; дети; болезнь Крона; язвенный колит; хирургическое лечение

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) у детей являются актуальной проблемой в современной хирургической гастроэнтерологии. Сохраняющийся интерес специалистов обусловлен множеством нерешенных вопросов этой сложной патологии. В зарубежной и отечественной литературе по-прежнему обсуждаются оптимальные сроки хирургического этапа лечения и объем оперативного вмешательства у пациентов с осложненным течением язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК). Большое внимание уделяется вопросам реконструктивно-восстановительной хирургии у детей после колэктомии.

Цель исследования. Определить оптимальные сроки и показания к проведению колэктомии у пациентов с осложненным течением язвенного колита и болезни Крона. Обосновать проведение колэктомии у детей с БК и ЯК.

Материалы и методы. С 2015 по 2020 год в хирургическом отделении СПбГПМУ было прооперировано 11 пациентов. С ЯК — 8; БК — 3. Плановое хирургическое лечение было выполнено 5 пациентам. По экстренным показаниям были прооперированы 6 детей. 8 детям колэктомия была выполнена с применением срединной лапаротомии. 3 пациентам была проведена лапароскопическая колэктомия. Окончательный диагноз после патоморфологического исследования: болезнь Крона — 3 пациента; язвенный колит — 8 пациентов.

Показанием для проведения экстренной колэктомии являлось некупируемое (продолжающееся) кишечное кровотечение на фоне проведения адекватного консервативного лечения и суточного мониторинга в условиях отделения интенсивной терапии. Показанием для проведения плановой колэктомии являлась неэффективность консервативного лечения (отсутствие клинико-лабораторной и эндоскопической ремиссии), развитие гормонозависимости или гормонорезистентности, дисплазия эпителия толстой кишки высокой степени и формирование множественных стриктур толстой кишки на фоне мультимодальной терапии. Во всех случаях хирургическая тактика лечения определялась с соблюдением принципов междисциплинарного подхода.

Результаты. 4 пациентам была выполнена колэктомия с формированием первичного наданального илеоректального кишечного анастомоза. Лишь в одном случае была сформирована превентивная илеостома. У 8 пациентов колэктомия завершилась формированием терминальной илеостомы (первый этап хирургического лечения). В раннем послеоперационном периоде были зафиксированы 2 хирургических осложнения. На четвертые сутки была зафиксирована несостоятельность первичного илеоректального анастомоза у пациентки с БК, что потребовало проведения релапаротомии, санации брюшной полости и формирование петлевой илеостомы. У пациентки с ЯК на 5-е сутки было отмечено прекращение пассажа кишечного содержимого и газов по илеостоме с нарастанием клиники кишечной непроходимости. Была выполнена релапароскопия, адгезиолизис.

Заключение. Колэктомия у пациентов с осложненными формами ВЗК, проводимая по экстренным показаниям, может являться единственным способом спасения жизни. Несмотря на это, показания к хирургическому лечению должны быть четко аргументированы и определены с соблюдением принципов междисциплинарного подхода. У экстренных (тяжелых) пациентов операция может быть завершена формированием терминальной илеостомы без первичного кишечного анастомоза. Формирование же первичного низкого (илеоанального, наданального илеоректального) кишечного анастомоза без превентивной илеостомы сопряжено с высоким риском несостоятельности последнего в раннем послеоперационном периоде.

Плановая колэктомия — операция выбора, требующая всестороннего обоснования. Неэффективность консервативной терапии, развитие тяжелых осложнений на фоне лечения основного патологического про-

цесса, отсутствие стойкой клинико-лабораторной и эндоскопической ремиссии, снижение качества жизни пациента должны быть поводом для рассмотрения хирургического этапа лечения у пациентов с ВЗК. При проведении колэктомии в плановом порядке следует отдавать предпочтение формированию первичных кишечных анастомозов у компенсированных пациентов без длительной гормональной терапии. Создание превентивной петлевой илеостомы обосновано при формировании низких кишечных анастомозов с целью профилактики несостоятельности последних и снижения риска септических осложнений в раннем послеоперационном периоде.