

ность клизм, так как при них происходит заброс патогенной флоры из анального отверстия в толстую кишку, что вызывает хронический язвенный процесс. Слабительные же препараты способствуют потере организмом альбумина и микроэлементов, что понижает иммунитет. Эта информация дала положительный результат – через 2-3 недели у студентов нормализовался стул, они повеселели, и стали лучше усваивать учебную программу. Они только сожалели о том, что не знали о вреде запора раньше, то есть ещё в школьные годы.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Щербакова О.В., Поддубный И.В.,
Козлов М.Ю., Малашенко А.С.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. У детей и подростков болезнь Крона (БК) часто представлена тяжелыми осложненными формами, требующими проведения хирургических вмешательств. Интенсивное развитие малоинвазивных технологий способствует активному внедрению лапароскопических операций в детской хирургии. При этом в отечественной литературе имеются единичные публикации о выполнении лапароскопических вмешательств у детей с БК.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения детей и подростков с осложненной БК при использовании малоинвазивных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2014 по 2018 гг. в отделении абдоминальной хирургии МДГКБ оперирован 81 пациент с БК (девочек – 28; мальчиков – 53), в возрасте от 4 до 17 лет. Показаниями к операциям являлись стриктуры кишки (60), внутрибрюшные инфильтраты (22), межкишечные свищи (12). В ряде случаев отмечалось сочетание нескольких осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Малоинвазивные эндохирургические методики использованы у 35 (43%) детей. Длительность лапароскопических вмешательств колебалась от 120 до 240 мин. (среднее время – 140 мин). Выполнялись следующие виды операций: илеоцекальная резекция с интракорпоральным аппаратным илео-асцендоанастомозом «бок-в-бок» (22), лапароскопически-ассистированная резекция прямой кишки с наложением ручного сигмо-анального анастомоза (4), субтотальная колэктомия с наложением аппаратного илео-ректального анастомоза (3), видео-ассистированное наложение илеостомы у пациентов с периаанальными поражениями (5). Осложнения отмечены в двух случаях (несостоятельность ректального анастомоза с формированием ректального синуса; перитонит на фоне несостоятельности илео-асцендоанастомоза).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выбор вида хирургического вмешательства у детей с осложненной БК определяется тяжестью и формой заболевания, протяженностью и локализацией поражения кишки, а также учитывает перенесенные ранее операции. Благодаря внедрению малоинвазивных лапароскопических технологий становится возможным минимизировать трудности периоперационного периода и улучшить результаты оперативного лечения пациентов с тяжелым инвалидирующим заболеванием.