

Г.Н. Румянцева¹, Т.Н. Минько³, А.Г. Еремеев², И.А. Соколова¹

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детской хирургии

²Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии и андрологии

ГБОУ ВПО Тверской Государственный медицинский университет Минздрава России

³ГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Тверь

В статье рассмотрены и систематизированы вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, клинической картины и лечения болезни Крона у детей.

Ключевые слова: болезнь Крона, классификация, дифференциальная диагностика, особенности лечения у детей.

CROHN'S DISEASE IN CHILDREN

G.N. Rumyantseva¹, T.N. Minko², A.G. Eremeev¹, I.A. Sokolova¹

¹Tver State Medical University

²Tver Children's Regional Hospital

The article describes and systematizes the etiology, pathogenesis, diagnosis, clinical features and treatment of Crohn's disease in children.

Key words: Crohn's disease, classification, differential diagnosis and treatment in children.

Введение

Болезнь Крона (БК) – это хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением, вовлекающим любой отдел желудочно-кишечного тракта от ротовой полости до анального канала, с развитием местных и системных осложнений [1–8].

Распространенность БК в популяции составляет около 0,1%. Пик заболеваемости приходится на возраст 15–30 лет [4] с некоторым преобладанием у женщин. Корреляции заболеваемости с социально-экономическим положением пациента или его профессией не выявлено. Однако считается, что городские условия проживания, прохладный климат и повсеместный рост использования средств домашней гигиены повышают риск развития БК.

Этиология

БК развивается в результате взаимодействия генетических и внешних факторов. В качестве пускового момента развития острого воспаления обсуждаются инфекции (микобактерии, вирусы), токсины, компоненты пищи, некоторые лекарственные препараты. Большое значение придают иммунологическим, дисбиотическим, генетическим факторам. Установлена связь между системой гистосовместимости HLA и БК, при которой часто выявляют локусы DR1 и DRw5. БК, как и язвенный колит (ЯК), является иммунопатологическим заболеванием, но иммунные нарушения при БК несколько отличаются от изменений, свойственных ЯК. При БК в подслизистом слое кишечной стенки формируются гранулемы, содержащие большое количество различных иммунокомпетентных клеток. Кроме того, вырабатывается значительное количество антител, образующих цир-

кулирующие или тканевые иммунные комплексы, в том числе противотолстокишечные, которые, являясь неспецифичными, тем не менее отражают аутоиммунную агрессию. Более специфичными для БК считаются антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), которые обнаруживаются у 69–83% пациентов с БК. Отмечается выраженный дисбаланс цитокиновой регуляции с увеличением провоспалительных цитокинов – интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО α), что модифицирует проницаемость слизистого барьера кишечника, увеличивает антигенную нагрузку на организм и замыкает порочный круг.

Патогенез

В норме ЖКТ способен самостоятельно подавлять развитие воспалительного ответа в стенке кишечника после контакта слизистой с антигенами бактерий, пищи и других биологических субстанций. Однако при воспалительных заболеваниях ЖКТ данная способность утрачивается. При БК отмечается увеличение проницаемости слизистой оболочки кишечника, что может быть как самостоятельным явлением, так и вторичным отражением воспалительного процесса. Увеличение проницаемости неизбежно приводит к повышению антигенной нагрузки на иммунный барьер слизистой оболочки. При БК в результате антигенной стимуляции преобладает клеточно-медиаторный ответ иммунной системы с чрезмерной активацией CD4+ Т-лимфоцитов. В дальнейшем происходит локальное и системное высвобождение провоспалительных цитокинов, что вызывает развитие лихорадки, острофазного ответа, гипоальбуминемии, увеличение проницаемости эпителия слизистой ЖКТ, повреждение эндотелия и синтеза коллагена. Из клеток лейкоцитарного ряда, эндотелиальных клеток, клеток эпителия и фибробластов высвобождаются медиаторы воспаления,

которые могут подавлять супрессорную функцию Т-лимфоцитов, а также их способность к апоптозу. В результате их воздействия патологический процесс в слизистой оболочке кишечника выходит из-под контроля иммунной системы и формируется воспалительный очаг [4, 8].

Классификация

БК может поражать все отделы пищеварительного тракта, начиная от полости рта и заканчивая анальным отверстием. По локализации воспалительного процесса выделяют терминальный илеит, илеоколит, колит (поражение толстой кишки без аноректальной области), поражение аноректальной области, тонкой кишки (кроме терминального илеита), верхних отделов ЖКТ (пищевод, желудок, редко – ротовая полость, губы, язык), смешанное поражение [2, 8–10].

Наиболее часто (в 50% наблюдений) встречается поражение терминального отдела подвздошной кишки и илеоколит [9]. При терминальном илеите всегда требуется дифференциальная диагностика с туберкулезом, иерсиниозом, лимфомой, дивертикулумом Меккеля, раком и другими заболеваниями кишечника [9].

Согласно Венской классификации (1998), различают фистулообразующую (пенетрирующую, свищевую), стриктурообразующую и воспалительно-инфильтративную (внутрипросветную) формы БК [2, 5, 8–14].

Для фистулообразующей формы БК характерно развитие инфильтративных процессов в брюшной полости, образование межкишечных, кишечно-кожных, ректо-вагинальных свищей и абсцессов. Очень часто в процесс вовлекается анальная область: формируются анальные трещины, перианальные свищи [2, 8, 10–13].

Стриктурообразующая форма БК проявляется эпизодами кишечной обструкции различной степени выраженности, нередко требующими немедленного хирургического вмешательства ввиду развития полной кишечной непроходимости [1–3, 8–14].

Воспалительно-инфильтративная форма заболевания характеризуется преобладанием явлений воспаления с выраженными поносами, лихорадкой, нарастающим похуданием, иногда – гематохезией [2–3, 5, 8, 10, 11, 13]. В ряде случаев БК клинические проявления вышеописанных форм заболевания сочетаются [1–3, 5, 8–9, 11–14].

Классификация болезни Крона представлена в табл. 1.

Клиническая картина

БК характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострения воспалительного процесса и бессимптомных или малосимптомных ремиссий. В клинике выделяют кишечные и внекишечные проявления. Многообразие клинических форм заболевания связано с вовлечением в воспалительный процесс различных отделов ЖКТ, неоднородностью возрастных групп больных детей (от грудного возраста до старшего подросткового) и внекишечными проявлениями заболевания [8–9, 15–16].

Клинические проявления болезни во многом зависят от локализации патологического процесса и характеризуются несколькими синдромами: болевым, диспепсическим, нарушенного всасывания [1, 4, 6, 9–10, 15].

Боли в животе – обязательный симптом БК у детей. Частота абдоминальных болей при БК составляет 85–92% [9, 16]. Интенсивность их варьирует от незначительных в начале болезни до интенсивных схваткообразных, связанных с приемом пищи и дефекацией. При поражении желудка они сопровождаются чувством тяжести в эпигастриальной области, тошнотой, рвотой. На поздних стадиях боли очень интенсивные, сопровождаются вздутием живота [1–2, 5, 8, 10]. Иногда интенсивные болевые приступы могут быть единственным симптомом заболевания на протяжении длительного времени (до нескольких лет) [9]. В ряде случаев боли в животе появляются внезапно с клиникой острого живота. Дети госпитализируются в хирургические стационары с подозрением на острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, кишечную непроходимость, инвагинацию кишечника. Свыше 16% детей с БК на начальном этапе попадают в хирургические отделения, из них более половины (56% случаев) подвергаются оперативному вмешательству, что ухудшает прогноз болезни и способствует поздней диагностике заболевания [5, 8–10].

Основной клинический симптом БК у детей – диарея – наблюдается в 70–90% случаев, кал чаще полуоформленный, мягкой консистенции. Объем и частота стула зависят от уровня поражения тонкой кишки – чем он выше, тем чаще стул и, соответ-

Таблица 1

Классификация болезни Крона

Локализация	Стадия	Активность	Характер течения	Ответ на терапию
Терминальный илеит Илеоколит Колит Поражение аноректальной зоны Поражение тонкой кишки Поражение верхних отделов ЖКТ Сочетанное поражение (тотальное)	Обострение Ремиссия Непрерывно рецидивирующая	Легкая Умеренная Высокая	Свищевой (пенетрирующий) Стенозирующий (с формированием стриктур) Воспалительный (отсутствие свищей и стриктур) Смешанный	Гормонозависимый Гормонорезистентный

ственно, тяжелее заболевание. Поражение тонкой кишки сопровождается синдромом мальабсорбции. В стуле периодически появляется примесь крови, что зачастую является маркером наличия колита. Кишечные кровотечения, отмечающиеся у больных с сочетанным поражением терминального отдела тонкой кишки и колитом, связаны не столько с поражением слизистой оболочки толстой кишки, сколько с наличием глубоких язв-трещин, затрагивающих подслизистый отдел кишечной стенки. Тенезмы наблюдаются лишь у 10–15% пациентов при поражении дистальных отделов толстого кишечника и редко сочетаются с диареей.

Общая слабость, потеря массы тела, лихорадка определяют общие симптомы заболевания. При значительном поражении тонкой кишки нарушаются всасывание и метаболизм белков, углеводов, жиров, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, электролитов, железа, магния, цинка и др. Гипопротеинемия лежит в основе отеков. Характерна задержка роста и полового развития [1, 3, 5, 8].

К числу наиболее распространенных внекишечных проявлений БК относятся артралгии, моноартриты, сакроилеит, узловатая эритема, афтозный стоматит, иридоциклит, увеит, эписклерит, перихолангит, холестаза, сосудистые расстройства.

Течение БК у детей имеет ряд особенностей. У детей преобладают тяжелые формы заболевания; имеет место сочетание стеноза кишки с перфорацией; происходит задержка полового и физического развития с дефицитом массы тела и отставанием в росте [2, 5, 8].

Диагностика болезни Крона

При подозрении на БК очень важно выполнение достаточного количества диагностических мероприятий, что позволит уменьшить сроки установления точного диагноза и определения дальнейшей тактики лечения [4, 9, 11–12, 15–20]. БК можно заподозрить уже на этапе сбора анамнеза и физикального обследования (задержка роста и развития ребенка, похудание, указание на наличие у близких родственников воспалительных заболеваний кишечника). Точность методов диагностики при перианальных поражениях различна и часто зависит от профессиональной квалификации врача и используемой аппаратуры. Так, чувствительность УЗИ составляет 56–95%, компьютерной томографии – 50–60%, МРТ – 76–96%, осмотр промежности под наркозом – 90% [20–22].

Диагноз БК основывается на клинических данных и результатах обязательных исследований.

При изучении картины крови часто выявляется анемия, обусловленная дефицитом железа, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты; увеличение СОЭ и числа тромбоцитов, снижение альбумина сыворотки крови. Исследование антител к иерсиниям показано при наличии воспалительного процесса в илеоцекальной области, выявленного при лапаротомии, проведение которой было связано с подозрением на аппендицит.

Наиболее информативным рентгеновским исследованием тонкой кишки при подозрении на БК является не прием бария внутрь, а его введение через зонд за связку Трейца. При этом возможно выявление стриктур, свищей, псевдодивертикулов, асимметричности, дилатации, деформации слепой кишки, опухолевых образований (дефектов), язв слизистых различных размеров, сливающихся изъязвлений, между которыми выступают сохранившиеся участки слизистой оболочки («бульжная мостовая»), контуров пораженного сегмента кишки в виде щелевидных выступов (щелевидные изъязвления), сужения (симптом «шнура»), укорочения измененных отрезков кишки, утолщения баугиниевой заслонки.

Ирригоскопия показана больным при отсутствии ректального кровотечения, ей должна предшествовать ректосигмоскопия. Ирригоскопия не исключает рентгенологического исследования тонкой кишки, в результате заброса бария за баугиниевую заслонку удается оценить терминальный отдел подвздошной кишки [8, 12, 20]. Характерные рентгенологические признаки (исследование обычно проводят с двойным контрастированием) – сегментарность поражений, волнистые и неровные контуры кишки. В толстой кишке определяют неровности и изъязвления по верхнему краю сегмента с сохранением гаустрации по нижнему. В стадии язв-трещин рельеф имеет вид «бульжной мостовой» [18–19].

Ректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки проводится даже тогда, когда визуально слизистая оболочка не изменена, так как у 20% больных при гистологическом исследовании обнаруживаются гранулемы.

Эндоскопическая картина БК, выявляемая при колоноскопии, отличается полиморфизмом в зависимости от стадии и протяженности воспалительного процесса. Выделяют три фазы болезни: инфильтрации, язв-трещин, рубцевания.

В фазу инфильтрации (процесс локализуется в подслизистой оболочке) слизистая оболочка имеет вид «стеганого одеяла» с матовой поверхностью, сосудистый рисунок не виден. В дальнейшем появляются эрозии по типу афт с отдельными поверхностными изъязвлениями и фибринозными наложениями.

В фазу язв-трещин выявляют отдельные или множественные глубокие продольные язвенные дефекты, затрагивающие и мышечный слой кишечной стенки. Пересечение трещин придает слизистой оболочке вид «бульжной мостовой». Вследствие значительного отека и поражения глубоких слоев кишечной стенки просвет кишки суживается.

В фазу рубцевания обнаруживают участки необратимого стеноза кишки.

Биоптат из слизистой оболочки прицельно получают из участков визуального различия воспаления, а из прямой кишки – даже при отсутствии эндоскопических признаков воспаления; для БК характерны гранулемы туберкулоидного и саркоидного

типа, но наиболее часто выявляются хронические воспалительные инфильтраты [19].

При диарее необходимо провести исследование кала на простейшие и *Cl. difficile*.

Лапаротомия показана при кишечной непроходимости, обусловленной стриктурами. В ранней стадии БК при лапаротомии терминальный отдел подвздошной кишки обычно выглядит гиперемированным и как бы разрыхленным, а брыжейка и брыжеечные лимфатические узлы уплотнены и имеют красноватый оттенок.

Дифференциальный диагноз

Диагноз БК не всегда можно определить окончательно, и поэтому в ряде случаев надо иметь в виду сходно протекающие болезни.

При дуоденальной локализации процесса необходимо исключить туберкулез и саркоидоз кишечника с помощью биопсии из края длительно существующей язвы и рентгеновского исследования грудной клетки.

При локализации процесса в тонкой кишке исключают лимфому, аденокарциному, иерсиниозный илеит, целиакию, болезнь Бехчета, стриктуры, обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

При толстокишечной локализации БК необходимо провести дифференциальную диагностику с язвенным, ишемическим, радиационным и инфекционным колитом, карциномой и доброкачественной язвой. Диагноз обычно основывается на эндоскопическом и гистологическом исследованиях с учетом анамнестических и других данных. Изолированная диарея, причина которой остается неустановленной после исследования толстой кишки, является показанием для рентгенологического исследования тонкой кишки, биопсии тонкой кишки и посева аспирата.

Падение веса у подростков как единственный симптом заболевания может быть связан с нервной

анорексией, но наличие анемии, увеличенная СОЭ и тромбоцитоз позволяют заподозрить БК.

Аппендикулярный абсцесс или илеоцекальный туберкулез могут возникать в любом возрасте. Диагноз основывается на результатах ультразвукового и серологического исследований, но в ряде случаев требуется лапароскопия.

Сложности дифференциальной диагностики болезни Крона и язвенного колита

Провести дифференциальную диагностику между БК и ЯК бывает сложно даже для патологоанатомов, специализирующихся на заболеваниях ЖКТ (табл. 2). До сих пор специалисты не пришли к единому мнению о гистологических критериях дифференциации этих двух заболеваний, так как между ними существует множество промежуточных состояний. У 5–10% пациентов устанавливается диагноз «неопределенный колит». В процессе развития заболевания возможно изменение его проявлений, что, в свою очередь, приводит к пересмотру диагноза, обычно в пользу БК. В сложных для диагностики случаях используется совокупность гистологических, макроскопических, эндоскопических и рентгенологических признаков, а также данные анамнеза заболевания и клинической картины. Окончательный диагноз устанавливается после резекции кишки и гистологического исследования макропрепарата.

Осложнения болезни Крона

К осложнениям можно отнести стриктуры кишечника, свищи, инфильтраты брюшной полости и перианальные поражения [2, 8–13], которые формируются примерно у половины пациентов (от 14% случаев при илеите до 90% при поражении прямой кишки) [1, 3, 5, 8, 23–24].

В числе перианальных поражений воспалительные гипертрофированные анальные бахромки, язвы,

Таблица 2

Морфологические различия между язвенным колитом и болезнью Крона [8]

Характеристики	Язвенный колит	Болезнь Крона
Макроскопические признаки		
Распространенность	Ободочная кишка и прямая кишка	Весь ЖКТ
Прямая кишка	Вовлечена	Часто интактна
Патология анальной зоны	Редко	Характерна
Риск озлокачествления	10% в течение 20 лет	Вероятно, аналогичная (для всех болезней толстой кишки)
Кишечные свищи	Никогда не бывают	Характерны
Стриктуры (неопухольевые)	Редко	Характерны
Микроскопические признаки		
Вовлеченность кишечной стенки	Слизистый и подслизистый слой	Вся толщина
Гранулемы	Нет	60–70%
Слизистая секреция	Снижена из-за уменьшения числа бокаловидных клеток	Несколько снижена
Свищеобразование	Отсутствует	Характерно
Абсцессы крипт	Характерны	Редки

трещины, параректальные свищи, параректальные инфильтраты, ректо-вагинальные свищи у девочек.

Именно эта группа осложнений БК вызывает наибольшее беспокойство пациентов, а в ряде случаев выступает первым проявлением данного заболевания, являясь показанием к оперативному лечению. В послеоперационном периоде у таких больных возникает большое количество осложнений и рецидивов [25–27]. Перианальные поражения, в свою очередь, могут приводить к септическим осложнениям, увеличивая потребность в госпитализации, повторных хирургических вмешательствах, снижая качество жизни и нарушая социальную адаптацию, а также приводя к необратимым изменениям анального сфинктера, которые могут возникнуть как в результате многократных операций, так и в результате естественного течения данного заболевания [1, 8, 24].

Хирургические осложнения включают: прободение стенки кишки с развитием внутрибрюшных абсцессов, перитонита, внутренних и наружных свищей, стриктур, брюшных спаек; сужения просвета кишки (стриктуры) и кишечной непроходимости; гастродуоденальных кровотечений; токсического мегаколона; абдоминальных инфильтратов; свищей (кишечно-кожные, межкишечные); перианальных поражений.

Лечение болезни Крона

Терапия БК должна быть комплексной. Она должна включать в себя воздействие на все этиопатогенетические звенья данного заболевания: противовоспалительное действие, уменьшение антигенной нагрузки, коррекция дефицитных состояний, иммунорекция, детоксикация, нормализация биоценоза кишечника, улучшение микроциркуляции, снятие психоэмоционального напряжения [1, 5, 8–9, 11–14, 28–29]. Это может быть достигнуто с помощью консервативных (диетотерапия, лекарственная терапия, фитотерапия, психологическая помощь) и хирургических способов лечения [1, 2, 5, 9, 11–14, 28–29].

Диетотерапия необходима для уменьшения функциональной нагрузки на пораженные отделы кишечника, улучшения трофического статуса, восстановления баланса между концентрацией про- и противовоспалительных цитокинов [30–31]. У пациентов с БК целесообразным является назначение диеты №4 по Певзнеру. При достижении стойкой ремиссии диета может быть расширена при обязательном контроле характера стула и состояния кишечной стенки. При малейших изменениях пациент возвращается к более строгой диете [1, 8, 10, 29].

Часто у детей при вовлечении в процесс тонкого кишечника возникает вторичная лактазная недостаточность, в связи с чем назначается безлактозная диета. Кроме того, у 25–40% пациентов отмечается дефицит железа, что требует назначения препаратов железа (орально или парентерально). Часто у таких детей развивается микронутриентная недостаточность – дефицит жирорастворимых витаминов (А, Е, D, К) и микроэлементов (цинка, селена, фоли-

евой кислоты), которую необходимо восполнять. Примерно у 30% детей с БК выявляются признаки остеопороза, который развивается под воздействием нескольких групп факторов (дефицит витамина D, мальабсорбция кальция, побочное действие системных глюкокортикостероидов), поэтому им необходима соответствующая коррекция. Также для детей с БК характерна задержка роста и развития. С целью увеличения общей калорийности пищи и суточного потребления белка могут быть использованы различные низко- или высокомолекулярные смеси («Модулен IBD», «Osmolite®», «Клинутрен-Юниор», «Нутридринк») [29–31].

В смеси «Модулен IBD» белковый компонент, представленный казеинами, обработан таким образом, чтобы сохранить естественные противовоспалительные факторы роста, которые содержатся в молоке, но разрушаются при обычных способах его обработки; лактоза и глютен в смеси отсутствуют. Кроме того, смесь имеет хорошие вкусовые качества и заменяет детям с БК молоко [29].

Медикаментозная терапия. Препараты для лечения БК разделяются на 2 группы: препараты для индукции ремиссии и препараты для удержания ремиссии [1, 5, 8, 11, 29, 32].

Основные препараты для лечения болезни Крона:

- аminosалицилаты (умеренно эффективны для индукции ремиссии);
 - сульфасалазин (сочетание противовоспалительного и антибактериального эффекта);
 - препараты 5-аминосалициловой кислоты – месалазин, олсалазин (действуют на уровне дистальных отделов кишечника, переносятся лучше, но менее эффективны);
- антибактериальные препараты (при наличии кишечных осложнений);
- стероиды: будесонид (местное действие внутри кишечника без системных эффектов, но меньшая эффективность для индукции ремиссии), системные стероиды (быстро и эффективно позволяют купировать обострение, но не способны удерживать ремиссию при наличии негативных системных побочных эффектов);
- тиопурины – азатиоприн, 6-меркаптопурин (в основном применяются для удержания ремиссии, но иногда у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами болезни используются для индукции ремиссии);
- метотрексат (для индукции и удержания ремиссии) [1, 5, 8, 11–14, 28–29, 32].

Для улучшения результатов лечения детей с БК используется этапный комбинированный подход с применением малоинвазивных методик и ранним назначением биологической терапии.

К таким методам относится терапия биологическими агентами, основным принципом которой является селективное воздействие на определенное звено в патогенетической цепи (цитокины, их рецепторы, CD-молекулы, ко-стимулирующие молекулы и т. д.). Генно-инженерные биологические препараты вклю-

чают селективные ингибиторы медиаторов болезней, рекомбинантные белки, подавляющие продукцию ростовых факторов, противовоспалительные цитокины. Несмотря на большой спектр биологических препаратов, наиболее эффективными при лечении БК являются антитела к фактору некроза опухоли альфа (ФНОα).

В России разрешены два препарата ингибиторов ФНОα для лечения БК – инфликсимаб (25% мышечного белка в вариабельном участке) и адалимумаб, представляющий собой антитела, белковые последовательности которых полностью идентичны человеческим.

При терапии ингибиторами ФНОα важно учитывать побочные эффекты, прежде всего риск развития оппортунистических инфекций, в том числе туберкулеза и системного грибкового поражения [33–34].

Показания к хирургическому лечению пациентов с болезнью Крона определяются выраженностью симптомов БК (несмотря на адекватное лечение, 70–80% этих больных оперируется в различные сроки от начала болезни).

Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются кишечная обструкция, обусловленная стриктурами независимо от ее выраженности; осложнения БК в виде свищей (фистул), абсцессов, перфорации; неэффективность адекватного медикаментозного лечения.

Принципы оперативного лечения БК

- Ограниченная резекция патологического очага.
- Отказ от наложения обходных анастомозов.
- Поэтапное хирургическое лечение при толстокишечной локализации болезни в настоящее время не используется.
- В послеоперационном периоде больным показано в/в введение гидрокортизона (по 100 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней), в дальнейшем прием преднизолона внутрь (20 мг в день) с постепенным снижением дозы (по 5 мг в неделю). Для профилактики обострений БК в послеоперационном периоде оправдано назначение метронидазола (курс лечения 3 мес из расчета 20 мг/кг в сутки).
- При тонкокишечной локализации процесса во избежание резекции кишки и создания анастомозов предпочтение отдается стриктуропластике, при локализации процесса в терминальном отделе подвздошной кишки или в начальном отделе толстой кишки – экономной резекции, при распространенном процессе в толстой кишке – проктоколэктомии.
- При локализации процесса в толстой кишке и перианальной области иногда оправдано наложение илеостомы с введением через нее гидрокортизона (100 мг в день). Илеостома устраняется через 18 месяцев с момента ее создания.
- Оперативное вмешательство противопоказано при наличии язв и свищей в перианальной зоне и в области геморроидальных вен.

Профилактика БК предусматривает рациональное, полноценное, соответствующее возрасту и индивидуальным возможностям ЖКТ питание, предупреждение и последовательное лечение острых кишечных инфекций, паразитарных заболеваний, а также другой патологии всех отделов пищеварительной системы.

Прогноз для выздоровления неблагоприятный, для жизни – зависит от тяжести болезни, характера ее течения, наличия осложнений. Возможно достижение длительной клинической ремиссии.

Литература/References

1. *Адлер Г.* Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с нем. А.А. Шептулина. – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2001. – 527 с.
2. *Адлер Г.* Bolezn' Krona i jazvennyj kolit / Per. s nem. A.A. Sheptulina. – М.: GJeOTAR-MED. – 2001. – 527 s.
3. *Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.* Детская хирургия. – СПб.: DjVu. – 1997. – Т. 2. – 387 с.
4. *Ashkraft K.U., Holder T.M.* Detskaja hirurgija. – SPb.: DjVu. – 1997. – Т. 2. – 387 s.
5. *Воробьев Г.И., Халиф И.Л.* Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. – М.: Миклош. – 2008. – 400 с.
6. *Vorob'ev G.I., Halif I.L.* Nespecificcheskie vospalitel'nye zabolevanija kishhechnika. – М.: Miklosh. – 2008. – 400 s.
7. *Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю.* Болезнь Крона. – М.: Медицина. – 2007. – 181 с.
8. *Grigor'eva G.A., Meshalkina N.Ju.* Bolezn' Krona. – М.: Medicina. – 2007. – 181 s.
9. *Кайзер А.М.* Колоректальная хирургия / Пер. с англ. под ред. Ю.А. Шельгина. – М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. – 2011. – 751 с.
10. *Kajzer A.M.* Kolorektal'naja hirurgija / Per. s angl. pod red. Ju. A. Shelygina. – М.: Izd-vo Panfilova; BINOM. – 2011. – 751 s.
11. *Канишина О.А., Канишин Н.Н.* Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых). – М.: Биоинформсервис. – 2002. – 208 с.
12. *Kanshina O.A., Kanshin N.N.* Nespecificcheskij jazvennyj kolit u detej (i vzroslyh). – М.: Bioinformservis. – 2002. – 208 s.
13. *Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е.А.* Колопроктология: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 368 с.
14. *Rivkin V.L., Kapuller L.L., Belousova E.A.* Koloproktologija: Rukovodstvo dlja vrachej. – М.: GJeOTAR-Media. – 2011. – 368 s.
15. *Филлипс Р.К.С.* Колоректальная хирургия / Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 352 с.
16. *Filips R.K.S.* Kolorektal'naja hirurgija / Pod red. G.I. Vorob'eva. – М.: GJeOTAR-Media. – 2009. – 352 s.
17. *Алиева Э.И.* Хирургические маски болезни Крона у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – № 2. – С. 78–85.
18. *Alieva Je.I.* Hirurgicheskie maski bolezni Krona u detej // Rossijskij Vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii. – 2012. – № 2. – S. 78–85.
19. *Белоусова Е.А.* Язвенный колит и болезнь Крона. – М.: Триада. – 2002. – 127 с.
20. *Belousova E.A.* Jazvennyj kolit i bolez'n' Krona. – М.: Triada. – 2002. – 127 s.
21. *Щербакова О.В., Ионов А.Л.* Современные подходы к хирургическому лечению болезни Крона у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – № 4. – С. 34–39.

Shherbakova O.V., Ionov A.L. Sovremennye podhody k hirurgicheskomu lecheniju bolezni Krona u detej // Ros-sijskij Vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimologii. – 2012. – № 4. – С. 34–39.

12. *Assche van G., Dignass A. et al.* The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations 1 // Chron's Colitis. – 2010. – № 4. – P. 63–101.

13. *Lamireau T., Cézard J.P., Dabadie A. et al.* Efficacy and tolerance of infliximab in children and adolescents with Crohn's disease // Inflamm Bowel Dis. – 2004. – V. 10. – № 6. – P. 745–750.

14. *Riello L. et al.* Tolerance and efficacy of Azathioprine in pediatric Crohn's disease // Inflamm Bowel Dis. – 2011. – V. 17. – № 10. – P. 2138–2143.

15. *Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю.* О трудностях диагностики болезни Крона в клинических примерах // Фарматека. – 2012. – № 2. – С. 60–64.

Grigor'eva G.A., Meshalkina N.Ju. O trudnostjah diagnostiki bolezni Krona v klinicheskikh primerah // Farmateka. – 2012. – № 2. – С. 60–64.

16. *Мазанкова Л.Н., Халиф И.Л., Водилова О.В.* Осложнения болезни Крона у детей // Колопроктология. – 2004. – Т. 9. – № 3. – С. 30–35.

Mazankova L.N., Halif I.L., Vodilova O.V. Oslozheniya bolezni Krona u detej // Koloproktologija. – 2004. – Т. 9. – № 3. – С. 30–35.

17. *Писклаков А.В., Долгих Т.И., Федоров Д.А.* Количественное определение фекального трансферрина и гемоглобина для ранней диагностики некротизирующего энтероколита у новорожденных // Педиатрия. – 2015. – Т. 94. – № 1. – С. 72–75.

Pisklakov A.V., Dolgih T.I., Fedorov D.A. Kolichestvennoe opredelenie fekal'nogo transferrina i gemoglobina dlja rannej diagnostiki nekrotizirujushhego jenterokolita u novorozhdennyh // Pediatrija. – 2015. – Т. 94. – № 1. – С. 72–75.

18. *Щербakov П.Л.* Воспалительные заболевания кишечника у детей: болезнь Крона и язвенный колит // Детский доктор. – 2000. – № 4. – С. 6–22.

Shherbakov P.L. Vospalitel'nye zabolevaniya kishechnika u detej: bolezni Krona i jazvennyj kolit // Detskij doktor. – 2000. – № 4. – С. 6–22.

19. *Яблокова Е.Я., Горелов Ф.В., Ратникова М.А. и др.* Клинико-эндоскопически-морфологические диссоциации у детей с воспалительными заболеваниями кишечника // Consilium Medicum (приложение Педиатрия). – 2008. – № 2. – С. 41–46.

Jablokova E.Ja., Gorelov F.V., Ratnikova M.A. i dr. Kliniko-jendoskopicheski-morfologicheskie dissociacii u detej s vospalitel'nymi zabolevanijami kishechnika // Consilium Medicum (prilozhenie Pediatrija). – 2008. – № 2. – С. 41–46.

20. *Tozer P.J. et al.* Review article: medical, surgical and radiological management of perianal Crohn's fistulas // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2011. – V. 33. – P. 5–22.

21. *Bushanan G.N. et al.* Clinical examinations, endosonography and MR-imaging in preoperative assessment of fistula in Ano: comparison with outcome-based reference standard // Radiology. – 2004. – V. 233. – P. 674–681.

22. *Esher J.C., Amil Dias J., Boshenek K.* Inflammatory bowel disease in children and adolescents. Recommendations for diagnosis: the Porto Criteria. Medical position paper: IBD working group of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2005. – V. 41. – P. 1–7.

23. *Abraham B.P., Mechta S., El-Serag H.B.* Natural history of pediatric-onset inflammatory bowel disease: a systematic review // J. Clin. Gastroenterol. – 2012. – V. 46. – P. 581–589.

24. *Schwartz D.A., Lofus E.V., Tremaine W.J. et al.* The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted

County, Minnesota // Gastroenterology. – 2002. – V. 122. – P. 875–880.

25. *Billioud V., Ford A.C. et al.* Preoperative use of anti-TNF therapy and postoperative complications in inflammatory bowel diseases: a meta-analysis // J. Crohn's Colitis. – 2013. – № 7. – P. 853–867.

26. *Hyams J.S.* Risk/benefit strategies must be employed in the management of pediatric Crohn's disease // Dig. Dis. – 2009. – V. 27. – P. 291–296.

27. *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. – P. 1130–1134.

28. *Секачева М.И., Царьков П.В.* Комплексный подход к лечению воспалительных заболеваний кишечника // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2007. – № 6. – С. 17–23.

Sekacheva M.I., Car'kov P.V. Kompleksnyj podhod k lecheniju vospalitel'nyh zabolevanij kishechnika // Klinicheskie perspektivy gastrojenterologii, gepatologii. – 2007. – № 6. – С. 17–23.

29. *Федулова Э.Н.* Клинико-патогенетические особенности язвенного колита и болезни Крона у детей: диагностика, прогнозирование и лечение: Автореф. дис. ... д. мед. н.: 14.01.08 / Федулова Э.Н.: Нижний Новгород, 2013. – 39 с.

Fedulova Je.N. Kliniko-patogeneticheskie osobennosti jazvennogo kolita i bolezni Krona u detej: diagnostika, prognozirovanie i lechenie: Avtoref. dis. ... doktora medicinskih nauk: 14.01.08 / Fedulova Je.N.: Nizhnij Novgorod, 2013. – 39 s.

30. *Рязанова О.В., Потанов А.С., Цимбалова Е.Г. и др.* Опыт применения энтерального питания при лечении ребенка со стенозирующей формой болезни Крона // Педиатрическая фармакология. – 2007. – Т. 4. – № 4. – С. 84–87.

Rjazanova O.V., Potapov A.S., Cimbalo E.G. i dr. Opyt primenenija jeneral'nogo pitaniya pri lechenii rebjonka so stenozirujushhej formoj bolezni Krona // Pediatricheskaja farmakologija. – 2007. – Т. 4. – № 4. – С. 84–87.

31. *Yamamoto T., Nakahigashi M. et al.* Impact of elemental diet on mucosal inflammation in patients with active Crohn's disease: cytokine production and endoscopic and histological findings // Inflamm. Bowel. Dis. – 2005. – V. 11. – № 6. – P. 580–588.

32. *Халиф И.Л.* Консервативное лечение воспалительных заболеваний кишечника // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11. – № 8. – С. 43–47.

Halif I.L. Konservativnoe lechenie vospalitel'nyh zabolevanij kishechnika // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11. – № 8. – С. 43–47.

33. *Халиф И.Л., Шапина М.В.* Биологическая (антицитокиновая) терапия при болезни Крона: эффективность и потеря ответа // Докладная гастроэнтерология. – 2013. – № 3. – С. 17–23.

Halif I.L., Shapina M.V. Biologicheskaja (anticitokinovaja) terapija pri bolezni Krona: jeffektivnost' i poterja otveta // Dokazatel'naja gastrojenterologija. – 2013. – № 3. – С. 17–23.

34. *Цимбалова Е.Г., Потанов А.С., Венедиктова М.М., Шавров А.Л.* Эффективность применения инфликсима в терапии болезни Крона у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 11. – С. 135–142.

Cimbalo E.G., Potapov A.S., Venediktova M.M., Shavrov A.L. Jeffektivnost' primenenija infliksimiba v terapii bolezni Krona u detej // Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2012. – № 11. – С. 135–142.

Минько Татьяна Николаевна (контактное лицо) – к. м. н., заведующая отделением эндоскопии ГБУЗ ДОКБ. Тверь, наб. Степана Разина, д. 23. Тел. (4822) 77-54-58; e-mail: tminko@yandex.ru.