

3. Более чем у $\frac{1}{2}$ больных с перитонеальным индексом Мангейма 26 и более баллов возникают послеоперационные осложнения, что диктует необходимость превентивных мер мониторинга и предупреждения их развития.

Литература:

1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. / Ю.Ф. Исаков, А.Ю. Разумовский, А.Ф. Дронов // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1040 с.
2. Карасева О.В. Абсцедирующие формы аппендикулярного перитонита у детей: / О.В. Карасева // дис. д.м.н. М., 2006. 269 с.
3. Карасева О.В. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / О.В. Карасева, Л.М. Рошаль // Детская хирургия. 2007. №3. С. 23-27.
4. Гаин Ю.М. Объективная оценка тяжести состояния и прогноза в хирургии. / Ю.М. Гаин, Г.Я. Хулуп, Н.В. Завада // Минск: БелМАПО, 2005. 299 с.
5. Подкаменев В. В. Хирургические болезни у детей. / В. В. Подкаменев В. В. // 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 432 с.
6. Турсунов К.Т. Диагностика и лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / К.Т. Турсунов, А.К. Ормантаев, Д.Б. Рузиддинов // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014, т. IV, №2.- С. 37-40.

УДК 616.3–617.5

**А.П. Шишков, М.Н. Тунгусова, Е.П. Шурыгина
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА**

Кафедра общей и факультетской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**AP Shishkov, MN Tungusova, EP Shurygina
CLINICAL FEATURES OF CROHN'S DISEASE**

Department of General Surgery and faculty
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: chehov9@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены клинические особенности течения болезни Крона по материалам МБУ "ЦГБ №7" города Екатеринбурга.

Annotation. The article deals with clinical features of the course of Crohn's disease in patient who applied to the "Central City Hospital №7" Yekaterinburg city.

Ключевые слова: болезнь Крона, клиника

Keywords: Crohn's disease, clinic

Актуальность проблемы болезни Крона (БК) определяется ростом

заболеваемости в последние три десятилетия, преимущественным поражением лиц молодого возраста, частой поздней диагностикой, высокой инвалидизацией. По данным Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO), по тяжести течения, частоте осложнений и летальности данная патология в подавляющем большинстве стран занимает одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта.

В последнее время в экономически развитых странах отмечается рост заболеваемости БК. По данным разных авторов регистрируется ежегодно 10-150 случаев на 100000 жителей.

Клинические симптомы широко варьируют в зависимости от локализации и протяженности поражения, активности заболевания, наличия или отсутствия осложнений. Кроме того, врачи часто сталкиваются с трудностями дифференциальной диагностики НЯК и БК, имеющих похожую клиническую картину при отсутствии патогномоничных лабораторных и иммунологических маркеров. Даже эндоскопическое исследование кишечника порой не дает однозначного ответа о наличии той или иной патологии. Схемы лечения БК в зависимости от локализации заболевания в ЖКТ не разработаны. [1,2,3]

Таким образом, все это обусловило актуальность данной темы и послужило основанием для определения цели и основных задач исследования.

Цель исследования – выявить особенности клинического течения и тактики ведения больных с БК, поступивших в МБУ "ЦГБ №7", Кировского района г. Екатеринбурга.

Задачи

1. Проанализировать истории болезни больных, обратившихся в МБУ "ЦГБ №7" города Екатеринбурга.
2. Выявить особенности клинического течения и тактики ведения больных.
3. Сравнить полученные данные с литературными источниками.

Материалы и методы исследования

Аналізу подвергались 12 историй болезни пациентов с БК за период с 2013 по 2014 года, находившихся на стационарном лечении в МБУ ЦГБ №7 г. Екатеринбурга. Всем обратившимся в больницу проведено комплексное обследование, включающего клинические, эндоскопические, рентгенологические, морфологические, лабораторные методы исследования. Критерием отбора являлся установленный и верифицированный диагноз.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение историй болезни выявило, что с 2013 на 2014 год количество случаев БК возросло. В 2013 году было 5 случаев, в 2014 году было 7 случаев. Также известно, что за 2012 год выявлен всего 1 случай БК.

Среди 12 пациентов с БК – 8 случаев у мужчин (66,67%) и 4 случая у женщин (33,33%). Часть литературных источников говорит о том, что БК болеют больше женщины, чем мужчины. Другие источники говорят о равномерном распределении между полом. Наша статистика расходится с

литературными данными. Данное расхождение может быть связано со старшим возрастом мужчин, так как, согласно Национальному руководству по гастроэнтерологии, существует тенденция к учащению манифестации заболевания в более позднем возрасте.

У мужчин возрастной промежуток манифестации заболевания занял от 19 до 77 лет, что в среднем составило $51 \pm 6,38$ год. У женщин данный промежуток от 18 до 60 лет, что в среднем составило $38 \pm 7,89$ лет. Общий средний возраст среди мужчин и женщин составил $47 \pm 7,68$ лет. По данным литературы существуют 2 пика подъема заболеваемости: в возрасте 15–25 лет и 50–80 лет. Полученные данные соответствуют данным литературы.

При исследовании особенностей клинической картины у пациентов с БК преобладали следующие симптомы: абдоминальные боли – 100%, лихорадка – 58%, тошнота – 50%, сухость во рту – 33%, диарея – 25% и рвота – 25%. По данным литературы основными симптомами являлись: абдоминальные боли – 77%, диарея – 73%, потеря веса – 54%, лихорадка – 35%, кишечные кровотечения – 22%, анальные свищи – 16%.

Также выявлены: озноб/пот – 25%, слабость – 17%; и диспепсические расстройства: вздутие – 17%, запор – 17%, расстройство аппетита – 8 %. Наблюдается снижение веса в 8% случаев. Также как и в данных литературы, эти симптомы встречаются редко и не являются патогномоничными для БК. Следует заметить, что среди исследуемых пациентов отсутствуют внекишечные проявления.

Из анамнеза всех пациентов выявлено, что 5 пациентов (41,67%) перенесли оперативное лечение. Чаще всего, возникновению БК предшествовало 3 случая аппендэктомии (60%). Остальные 2 случая (40%) связаны с операциями по поводу холецистита: холецистэктомия и холецистостомия. Лишь в одном случае была перенесенная кишечная инфекция - амебиаз. Белоусова Е.А. в своих рекомендациях по диагностике и лечению БК пишет, что аппендэктомия является одним из диагностических критериев БК. Амебиаз и лечение при помощи антибактериальных средств могло способствовать развитию БК.

5 человек (41,67%) госпитализировались с диагнозом острая кишечная непроходимость. Из них у двоих (40%) была спаечная обтурационная тонкокишечная непроходимость, выявленная при помощи рентгенологических методов. В других 2 случаях (40%) была выявлена динамическая кишечная непроходимость, одна из которых была тонкокишечная, а вторая – низкая толстокишечная, выявленная при помощи диагностической лапароскопии. И 1 случай обтурационной тонкокишечной непроходимости (20%) был связан со стриктурой подвздошной кишки. При проведении лапароскопии этим больным был поставлен диагноз БК. По данным Белоусовой Е.А. острая кишечная непроходимость также относится одному из диагностических критериев БК.

Также у пациентов с БК были определены следующие локализации заболевания: среди 12 случаев было 4 изолированных поражения тонкой кишки

– терминальный илеит (33,33%), в 7 случаях (58,33%) было сочетанное поражение тонкой и толстой кишки - илеоколит. Среди них 3 случая проктосигмоидита (42,86%), 1 случай панколита (14,29%), 1 случай сигмоидита (14,29%), 1 случай левостороннего гемиколита (14,29%) и 1 случай нелокализованного колита (14,29%). И лишь в 1 случае была гастроэнтероколитическая форма БК (8,34%). По данным литературы изолированное поражение тонкой кишки встречается в 25–30%, илеоколит в 40–50%, изолированное поражение толстой кишки в 15–25%. При поражениях тонкой кишки в 90% вовлекается в процесс терминальный отдел подвздошной кишки. В нашем случае отсутствует изолированное поражение толстой кишки, за счет этого частота встречаемости илеита и илеоколита выше, чем по данным литературы. А другие локализации (пищевод, желудок) встречаются в 5% случаев, что говорит о редкости такой формы, как и в нашем исследовании. Можно сделать вывод, что данные наших и литературных исследований говорят о преобладании случаев илеоколита.

При лечении больных было эффективно медикаментозное лечение, в котором препаратами первой линии были сульфасалазин или салофальк в сочетании с преднизолоном. Также оказывалась должествующая патогенетическая и симптоматическая терапия. Лишь в одном случае была проведена хирургическая операция – гемиколэктомия, с последующей биопсией. Многие авторы говорят, что этиотропная терапия пока не разработана, поэтому все сводится к симптоматическому лечению и поддержанию ремиссии. А хирургическое лечение показано лишь при осложненном течении болезни и не приводит к полному выздоровлению, а лишь облегчает состояние.

Выводы:

1. Таким образом, наши исследования подтвердили увеличение частоты встречаемости БК.
2. По результатам наших исследований, которые не согласуются с литературными, среди больных чаще встречались мужчины среднего возраста.
3. При исследовании особенностей клинической картины у пациентов с БК преобладали следующие симптомы: абдоминальные боли, лихорадка, тошнота, сухость во рту, диарея.
4. Результаты наших исследований подтвердили преобладание случаев илеоколита.
5. Медикаментозная терапия показала положительный эффект. Лишь в одном случае было проведено хирургическое лечение по показаниям.

Литература:

1. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. / Е.А. Белоусова // Фарматека. — 2009. — №13 (187). — С. 38-44.
2. Ситкин С. Воспалительные заболевания кишечника / С. Ситкин // Практическое руководство. – М.: 2012. – 92 с
3. Стивен Э., Сиклитира Пол Дж. Диагностика и лечение болезни Крона и

язвенного колита / Э. Стивен, Пол Дж. Сиклитира // Лечащий врач. — 2001. — № 56. — С. 3037

УДК 611.61.012-013:617-089.844:616-053.3

И.С.Шнайдер, Н.А.Цап, Ю.В.Баранов

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ
ВРОЖДЁННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра детской хирургии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

I.S.Schneider, N.A.Tsap, Y.V. Baranov

**RESULTS SURGERY FOR CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN
INFANTS**

Department of pediatric surgery

Ural State Medical University

Yekaterinburg , Russian Federation

Контактный e-mail: inna-shnaider@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены результаты оперативного лечения 98 детей первого года жизни с врождённым гидронефрозом в отдалённом послеоперационном периоде (1год). Возраст ребенка на момент операции стал критерием разделения на группы: I гр. — дети, оперированные в возрасте до 3 месяцев, II гр. — от 3 до 11 месяцев. Результаты оперативной коррекции гидронефроза оценивались по анатомо-функциональному состоянию сохраненной почки, которое указывает на незначительные преимущества при формировании широкого пиелoureterального анастомоза на стенте в первые три месяца жизни.

Annotation. The article describes the results of surgical treatment of 98 infants with congenital hydronephrosis in a remote postoperative period (1year). The child's age at the time of surgery was the criterion for division into groups: I group - the children operated on before the age of 3 months, II of the group - from 3 to 11 months. The results of surgical correction of hydronephrosis were evaluated on anatomical and functional state of preservation of kidney, which indicates slight advantage in the formation of a broad pyeloureteral anastomosis on the stent in the first three months of life.

Ключевые слова: врождённый гидронефроз, послеоперационный период, дети грудного возраста.

Keywords: congenital hydronephrosis, postoperative period, infants.