

лечения. **Цель:** провести анализ результатов лечения детей с БК с уточнением показаний к наложению кишечной стомы при разных формах заболевания.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование с анализом результатов лечения 164 детей с осложнённой БК. Больным детям были выполнены различные варианты операций: резекция участка кишки с наложением первичного анастомоза без стомы или с наложением стомы; формирование стомы в области резекции; наложение разгрузочной стомы без резекции кишки. При сложных параректальных свищах и активном воспалении в толстой кишке формировали двустольную илеостому открытым методом или с лапароскопической асси-стенцией.

Результаты. У больных со стриктурирующей БК ($n = 74$) выполнены резекции кишки с формированием стомы в области резекции (13%), создание анастомоза с наложением проксимальной превентивной стомы (6%), выведение стомы без резекции кишки (9,7%). Большинству пациентов впоследствии удалось закрыть стому (96%). В группе больных с пенетрирующей со стриктурами БК ($n = 46$) проведены резекции участка кишки с наложением анастомоза без стомы (63%) или с выведением превентивной стомы (17%) либо выполнено стомирование без резекции кишки (20%). Закрытие стомы выполнено у 93% больных. У детей с БК толстой кишки проведено формирование илеостомы в 80% случаев (12/15), у больных с параректальными свищами и активным проктитом — в 48% (30/62). Средний срок катамнеза составил 3 года. Носительство постоянной (пожизненной) стомы было зарегистрировано у 5 больных со стриктурирующей БК, у 3 пациентов с пенетрирующей со стриктурами БК и у 3 детей с воспалительной формой БК. Неблагоприятный прогноз БК выявлен в случаях формирования стомы при тяжёлом парапроктите и при тяжёлом рефрактерном колите с перианальными поражениями.

Заключение. Показаниями к наложению превентивной кишечной стомы являются высокая воспалительная активность у больных БК, ранее не получавших лечение, либо неэффективность терапии. Формирование отводящей стомы необходимо при сложных параректальных свищах, с выраженным проктитом и распространённым поражением параректальной клетчатки. Решение о формировании кишечной стомы у детей следует принимать совместно с хирургами и гастроэнтерологами, помня о том, что носительство стомы приводит к значительному снижению качества жизни и нарушению социальной адаптации больных, тем более что иногда стома может оставаться пожизненно.

* * *

ВАРИАНТЫ КИШЕЧНЫХ СТОМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Щербакова О.В., Алиева Э.И.

Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; болезнь Крона; лечение; кишечная стома

Актуальность. Болезнь Крона (БК) — хроническое, рецидивирующее мультисистемное заболевание неясной этиологии, поражающее желудочно-кишечный тракт на всём его протяжении. До 90% больных переносят в течение жизни одну или несколько операций. БК у детей часто представлена более тяжёлыми формами, чем у взрослых, с агрессивным и осложнённым течением, что требует формирования кишечных стом на определённых этапах

* * *