

УДК 616.34-002-616.34-005.1-[616.34-007.23,63]

DOI: <https://doi.org/10.22141/2308-2097.55.2.2021.233638>

Нечипуренко Т.Б. 

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мультидисциплінарний підхід у тактиці ведення запальних захворювань кишечника: хірургічні ускладнення — як не пропустити терапевту

For citation: Gastroenterologia. 2021;55(2):122-126. doi: 10.22141/2308-2097.55.2.2021.233638

Резюме. Стаття присвячена складним для діагностичного пошуку захворюванням — запальним захворюванням кишечника (ЗЗК). Часте ускладнення ЗЗК гострими хірургічними проявами, можливість їх дебюту з хірургічних уражень обумовлює практичну необхідність обізнаності лікарів у питаннях менеджменту ЗЗК з ускладненою патологією. У статті наведено клінічний випадок — ускладнення неспецифічного виразкового коліту множинними перфораціями товстої кишки, що не були розпізнані своєчасно. Проведений діагностичний пошук дозволив інтраопераційно з'ясувати причини розвитку гострих хірургічних проявів, діагностувати ускладнення, а призначене адекватне постопераційне лікування стабілізувало стан хворої.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт; перфорація; ускладнення

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) є багатofакторними захворюваннями неясної етіології з доведеним впливом навколишнього середовища на генетичну схильність [1]. Виявлені генетичні асоціації ЗЗК, нетипова реакція імунної системи організму на певні види мікроорганізмів кишечника, тригерна роль вірусної інфекції, стресів, етнічна приналежність, куріння, особливості харчування, що впливають на розвиток ЗЗК, є предметом пильного вивчення. Сьогодні більшість дослідників розуміють, що вплив на один або декілька цих компонентів складного механізму ЗЗК не може задовольнити потреби лікаря й пацієнта в лікуванні захворювання.

Безсумнівно, можливості сучасних фармакологічних препаратів значно покращують якість життя пацієнтів, навіть змінюють природний перебіг хвороби, однак цілком очевидно, що потрібні подальші серйозні розробки для ефективного контролю перебігу ЗЗК.

Поширеність виразкового коліту (ВК) у світі становить 21,0–505,0 випадку на 100 тис. населення, хвороби Крона (ХК) — 9,0–322,0 випадку на 100 тис. населення. Захворюваність на ВК реєструється в діапазоні 0–24,3 випадку, а на ХК — 0–20,2 випадку на 100 тис. населення залежно від географічного розташування [2, 3].

Лікувальні заходи при ЗЗК включають призначення лікарських препаратів, хірургічне лікування, психосоціальну підтримку й дієтичні рекомендації. Вибір виду консервативного або хірургічного лікування визначається тяжкістю атаки, протяжністю ураження товстої кишки, наявністю позакишкових проявів, тривалістю анамнезу, ефективністю й безпекою проведеної раніше терапії, а також ризиком розвитку ускладнень ЗЗК [3].

Щорічне зростання запальних захворювань кишечника, агресивний перебіг виразкового коліту і хвороби Крона призводять до розвитку тяжких хірургічних

© 2021. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Нечипуренко Тетяна Борисівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна; e-mail: dr.nechipurenko@gmail.com; контактний тел.: +38(099)0805269.

For correspondence: Tetyana Nechipurenko, PhD, Associate Professor at the Department of internal medicine 1, Bogomolets National Medical University, Shevchenko bul., 13, Kyiv, 01601, Ukraine; e-mail: dr.nechipurenko@gmail.com; phone +38(099)0805269.

Full list of author information is available at the end of the article.

ускладнень основного патологічного процесу. Залежно від тяжкості й тривалості ЗЗК хірургічний етап лікування необхідний 14–80 % пацієнтів. Показаннями до хірургічного етапу лікування є ускладнення ЗЗК: кишкова кровотеча, явища кишкової непрохідності, стриктури кишечника, неефективність консервативної терапії [4].

Зазвичай хворі на ЗЗК привертають увагу хірурга, коли їх стан починає прогресивно погіршуватися. Виникає слабкість, підвищується температура тіла до високих цифр, з'являються болі в животі, пронос, спостерігається велика кількість крові в калі, виникають часті ректальні кровотечі. При ректороманоскопії виявляється набрякла гіперемована слизова з вираженою контактною кровоточивістю, на її стінках наявні слиз, фібрин, виразки, ерозії. На жаль, обмеження діагностичних можливостей або пізня діагностика ЗЗК можуть призводити до серйозних ускладнень. Відомі випадки, коли хворі неодноразово піддавалися лапаротомії протягом одного-двох років з приводу так званого гострого живота. Але при ревізії органів черевної порожнини виявляли невелику кількість ексудату, ін'єктовані судини серозної оболонки товстої кишки. Операційне втручання завершувалося дренажуванням і ушиванням черевної порожнини з призначенням антибактеріальної, корегуючої інфузійної терапії в післяопераційному періоді. Тому важливу роль відіграє рання діагностика ЗЗК. Пролонгація діагностики ЗЗК зустрічається в 20–25 % випадків [5, 6].

Існує й економічна сторона проблеми: пік захворюваності на ЗЗК припадає на 20–40 років, страждають найбільш працездатні й соціально активні члени суспільства [5, 6].

Як лікарям нехірургічного профілю вчасно орієнтуватись щодо потреби втручання мультидисциплінарної команди, як не витратити час для кваліфікованої хірургічної допомоги? Хірургічні ускладнення при неспецифічному виразковому коліті й хворобі Крона становлять від 1,5 до 25 % від усіх ускладнень. До них відносять:

- перфорацію стінки кишки з розвитком внутрішньочеревних абсцесів, перитоніту, стриктур, спайок очеревини, внутрішніх і зовнішніх свищів;
- хронічне запалення з розвитком рубцевої тканини, що призводить до звуження просвіту кишки й кишкової непрохідності;
- виразки слизової, що призводять до пошкодження судин і кровотечі в просвіт кишечника;
- свищеві ходи, які проникають у сечовий міхур, матку, що призводить до розвитку інфекції, виділення повітря й калу через сечовий міхур і піхву;
- псевдополіпоз усього або частини товстого кишечника;
- токсичний мегаколон.

Треба пам'ятати, що показання до операції при ЗЗК можуть бути як абсолютними, так і відносними. Такі ускладнення захворювання, як перфорація, профузна кишкова кровотеча, гостра токсична дилатація товстої кишки, кишкова непрохідність, вважаються абсолютними показаннями. При цих ускладненнях застосо-

вується хірургічний метод, спрямований виключно на усунення ускладнень, що не приводить до остаточного одужання [4, 6].

Перфорація товстої кишки — найбільш грізне ускладнення виразкового коліту з майже 50% смертністю. Необхідно своєчасно виявити загрозливі симптоми:

- перитонеальні симптоми;
- вільний газ у черевній порожнині за даними оглядової рентгенографії.

У 20 % випадків неспецифічний виразковий коліт приймають за гострий апендицит або гострий апендицит є першим проявом ЗЗК. Так, Sloan зі співавт. ще в 1998 році описав перфорацію товстої кишки у 2 % із 2000 пацієнтів з тяжкою формою захворювання, а Van Prohaske і Siderins у групі з 88 осіб виявили це ускладнення в 14 %. Майже в половині випадків перфорація відбувалася у вільну черевну порожнину, у половині — була прикритою [1].

У хворих на ЗЗК, особливо у хворих із ВК, зазначалася незвичайна клініка перитоніту. Була відсутня класична картина з розвитком напруження передньої черевної стінки, симптомів подразнення очеревини, пожвавлення перистальтики на ранніх етапах тощо. У хворих із ЗЗК симптоми перитоніту розвивалися на тлі парезу кишечника, який переходив у динамічну кишкову непрохідність. Живіт може бути помірно роздутий, при пальпації досить м'який, вираженість симптомів подразнення очеревини мінімальна або відсутня, хоча можуть зустрічатися ознаки перитонізму. У половині цих хворих допущена пролонгація з релапаротомією у зв'язку з характером перебігу перитоніту і, з іншого боку (на перших етапах), страхом релапаротомії, яка в таких випадках різко погіршує прогноз захворювання [6].

Незважаючи на відсутність єдиної думки щодо обсягу операції при перфорації [6, 7], погані результати при простому ушиванні дефекту ураженого відділу кишки свідчать про необхідність її резекції, тому що існує реальна небезпека виникнення повторних перфорацій [7].

Масивні кровотечі при ЗЗК призводять до госпіталізації близько 0,1 % пацієнтів з неспецифічним виразковим колітом і 1,6 % — із хворобою Крона [8, 9]. У половині випадків розвивається спонтанний гемостаз, проте в більше ніж 35 % можливий рецидив [10]. Кровотеча є основним показанням у 3,4 % усіх операцій, виконуваних з приводу запальних захворювань товстої кишки [11]. Кишкову кровотечу констатують при втраті понад 100 мл крові/добу (за даними об'єктивних лабораторних методів — сцинтиграфія, визначення гемоглобіну в калових масах гемоглобінціанідним методом) або при об'ємі калових мас з домішкою крові, що визначається візуально, понад 800 мл/добу. Опоередковано про кишкову кровотечу свідчить прогресуюче зниження рівня гемоглобіну на тлі адекватної терапії, проте чіткі порогові показники для зниження його рівня, що безумовно свідчать про наявність кишкової кровотечі, не визначені. За наявності даного ускладнення показане оперативне лікування [12, 13].

Токсична дилатація ободової кишки (токсичний мегаколон) — це не пов'язане з обструкцією розширення ободової кишки до 6 см і більше з явищами інтоксикації. Факторами ризику розвитку токсичної дилатації є гіпокаліємія, гіпомагніємія, підготовка кишки до ендоскопії за допомогою осмотичних проносних і прийом антидиарейних препаратів. Розвиток токсичної дилатації слід запідозрити при появі таких симптомів:

- раптове скорочення частоти випорожнень на тлі наявної діареї;
- здуття живота;
- раптове зменшення або зникнення больового синдрому;
- наростання симптомів інтоксикації (прогресування тахікардії, зниження артеріального тиску).

Немає єдиної думки і з приводу лікування гострої токсичної дилатації товстої кишки. Існують роботи, які свідчать про можливість застосування в цієї категорії хворих консервативного лікування [14, 15], однак більшість авторів наполягають тільки на оперативному й пропонують різний обсяг операції при такому ускладненні: резекція товстої кишки з ілеостомією або одномоментна колектомія. Крім цього, можуть бути виконані етапні оперативні втручання: спочатку двоствольна ілеостомія, а потім колпроктомія або ілеостомія/колостомія, а потім колектомія. Така тактика застосовується при розвитку токсичної дилатації на тлі інтенсивної терапії. Якщо токсична дилатація виявляється в пацієнта, який раніше не отримувал повноцінної медикаментозної терапії, можливо консервативне лікування: глюкокортикостероїди в/в у дозі, еквівалентній 75 мг преднізолону/добу, інфузійна терапія (корекція електролітних порушень), метронідазол 1,5 г/добу в/в. За відсутності позитивної динаміки (нормалізація діаметра кишки) протягом доби показане оперативне лікування.

Обсяг операції при **кишковій непрохідності** вибирається індивідуально. Причиною виникнення кишкової непрохідності при ВК і ХК може бути стриктура тонкої або товстої кишки або розвиток пухлини. Ризик розвитку раку товстої кишки при ВК і ХК у 7–8 разів вищий, ніж у загальній популяції [2, 3, 6]. На жаль, відомості про результати лікування раку товстої кишки, асоційованого з ВК і БК, у вітчизняній літературі досить мізерні [5]. Наявність малігнізації у хворих на ЗЗК є абсолютним показанням до операції, а її обсяг залежить від низки причин: загального стану хворого, поширеності процесу, наявності ускладнень тощо. Частота колоректального раку при 5-річному анамнезі ЗЗК становить 2–3 %, при 10-літньому — 12 %, при 20-літньому — 23 %, а при тривалості хвороби понад 25 років — 42 % [4–6].

Клініка раку товстої кишки на тлі ЗЗК істотно відрізняється від звичайного перебігу захворювання. Це пов'язано з тим, що нерідко ЗЗК маскують клініку раку товстої кишки або, що трапляється рідше, рак товстої кишки затінює клініку ЗЗК. 21,4 % пацієнтів, які раніше перенесли великі резекції товстої кишки

з приводу ЗЗК, потім були оперовані з приводу раку товстої кишки, що виник у строки від 2 до 16 років після першої операції [16].

Відносні показання до оперативного лікування ЗЗК відзначаються великою різноманітністю. Багато хто вважає за доцільне оперативне лікування при гострій або швидкопрогресуючих формах ВК, коли консервативні заходи виявляються малоефективними. Досить повно відносні показання сформульовані в роботі М.П. Захараша і співавт. [4], до них відносять:

- хронічні рецидивуючі форми ВК при тотальному ураженні товстої кишки, зі стійкою рефрактерністю до консервативного лікування;
- хронічні безперервні форми ЗЗК протягом понад 10 років з тотальним ураженням товстої кишки без вираженої тенденції до нормалізації морфологічного стану її слизової оболонки;
- стероїдозалежні, стероїдорезистентні форми захворювання;
- виражену активність запального процесу за наявності виразкового поля й запальних псевдополіпів (III ступінь активності);
- наявність високого ступеня дисплазії слизової оболонки товстої кишки;
- затримку росту й розвитку дітей і підлітків.

Деякі автори до відносних показань відносять і розвиток позакишкових проявів і ускладнень.

Переконлива щодо цього точка зору, згідно з якою при вирішенні питання про застосування хірургічної тактики у хворих на тяжкі форми ЗЗК необхідно брати до уваги не тільки тяжкість загального стану, але й можливість подальшої соціальної і медичної реабілітації. За останні 4–5 років вдалося істотно обмежити число операцій у хворих на ВК, у тому числі при тотальних колітах з тяжкими проявами захворювання. Основним препаратом для лікування хворих на ВК залишається месалазин у різних офіційних формах [17, 18].

Отже, багатогранність клінічної картини, складність діагностики, відсутність настороженості лікарів терапевтичного напрямку щодо можливих проявів ускладнень ЗЗК призводять до діагностичних помилок і, отже, до втрати дорогоцінного часу для визначення адекватної тактики лікування [19], тому для клініцистів важливо пам'ятати ознаки «хірургічних» за тактикою ускладнень і своєчасно залучати до міждисциплінарної роботи хірургічну команду. Це демонструють і наші спостереження.

Клінічний випадок

Пацієнтка Г., 1984 р.н., звернулась у клініку у вересні 2016 року зі скаргами на нападоподібні, тягучі болі внизу живота, сухість у роті, нудоту.

З анамнезу відомо, що понад 5 років спостерігається з діагнозом «неспецифічний виразковий коліт, середньотяжкий перебіг, А3 Е2 S2; залізодефіцитна анемія».

У серпні 2016 року оперована з приводу гострого флегмонозного апендициту, верифікованого гістологічним дослідженням видаленого відростка. Після-

операційний період, за даними медичної документації, перебігав задовільно. Однак через тиждень після виписки з хірургічного відділення з'явилися озноб, слабкість, через добу приєдналися різкі болі в животі нижче від пупка з іррадіацією в пряму кишку, оформлені випорожнення. Після огляду хірурга спрямована в гінекологічне відділення, де відразу було скликано консилиум для визначення тактики ведення пацієнтки. При надходженні — стан середньої тяжкості. Харчування зниженого, індекс маси тіла 17,4 кг/м². Шкірні покриви бліді. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Температура тіла 37,4 °С. Над легеньми ясний легеневий звук, везикулярне дихання, частота дихальних рухів 18 на хвилину. Межі відносної серцевої тупості не змішені, діяльність серця ритмічна, тони звучні, частота серцевих скорочень 82 на хвилину, артеріальний тиск 106/72 мм рт.ст. Живіт роздутий, бере участь в акті дихання, чутливий в усіх відділах, визначається помірна болючість правої і лівої клубових ділянок. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Гази відходять. За даними лабораторних досліджень виявлена залізодефіцитна анемія (гемоглобін 110 г/л; еритроцити 3,9 Т/л; колірний показник 0,80, лейкоцити 7,8 Г/л), швидкість осідання еритроцитів 35 мм/год. О 19:00 з'явилися ознаки подразнення очеревини. Виконана пункція заднього склепіння — отримано гній жовто-зеленого кольору. Виконана екстрена нижньосередина лапаротомія, евакуація гнійного вмісту — 1350 мл. Оглянутий купол сліпої кишки — без патології. Виявлено перфоративні отвори: по задній стінці сліпої кишки — 1,3 × 0,9 см, по внутрішній поверхні — 1,4 × 1,2 см і 0,6 × 0,8 см, по медіальній поверхні висхідної ободової кишки — 1,4 × 1,5 см, на попереочно-ободовій кишці — 1,8 × 1,8 см і 1,0 × 1,0 см. З огляду на тяжкість стану пацієнтки, нестабільну гемодинаміку під час оперативного втручання множинні перфоративні дефекти були шиті, накладена цекостома, виконано санацію і дренажування черевної порожнини. Пацієнтка отримувала антибактеріальну, дезінтоксикаційну, протизапальну терапію. Виписана в задовільному стані. Продовжила терапію месалазином (Пентаса) 4,0 г на добу. Через 3 місяці цекостома була закрита. Пацієнтка регулярно спостерігається в клініці, зберігається ремісія.

Складно не погодитися з тим, що ЗЗК — захворювання з непередбачуваним перебігом [14]. До цього часу не можна вважати вирішеною проблему диференціальної діагностики ЗЗК і їх ускладнень з гострою хірургічною патологією. Незважаючи на численні спроби дослідників і експертів знайти рішення даної проблеми, тактика лікаря при зверненні таких пацієнтів в ургентному порядку залишається недостатньо освітленою [20]. Це ускладнює лікування пацієнта, віддає час постановки діагнозу й дозволяє патологічному процесу дійти до точки неповернення. В основному це відбувається в результаті відсутності в практикуючих фахівців настороженості щодо неспецифічних запальних захворювань кишечника [21]. Необхідно розвивати практику мультидисциплінарного відповідального на-

гляду за хворими на ЗЗК, що дозволить знизити число ускладнень, онкозахворювань, підтримувати тривалу ремісію захворювань шляхом профілактичної проти-рецидивної терапії.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Plotnikova EYu, Chashkova EYu. Some aspects of treating inflammatory intestinal diseases. *Lechaschii Vrach*. 2019;(8):14-21. doi:10.26295/OS.2019.62.53.002. (in Russian).
2. Dorofeev AÉ, Shvets OV. Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases. *Lik Sprava*. 2014 Nov;(11):22-29. (in Russian).
3. Tkach SM, Dorofjejev AJe, Harchenko NV, et al. Klinichni rekomendacii' Ukraïns'koi' Gastroenterologichnoi' Asociacii' shhodo vedennja pacijentiv z nespecyfichnym vyrazkovym kolitom legkogo ta seredn'ogo stupenja tjazhkosti [Clinical recommendations of the Ukrainian Gastroenterological Association for the management of patients with nonspecific ulcerative colitis with mild and moderate severity]. Kyiv; 2019. 18 p. (in Ukrainian).
4. Zakharash MP, Poida AI, Melnik VM. Modern surgical tactics in ulcerative colitis. *Kharkiv Surgical School*. 2009;(2):31-34. (in Russian).
5. Polunin GE, Gulmamedov FI, Sedakov IE. Surgical treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Novosti Meditsiny i Farmatsii. Gastroenterologija*. 2012;(407):60-66. (in Russian).
6. Tiao DK, Chan W, Jeganathan J, et al. Inflammatory Bowel Disease Pharmacist Adherence Counseling Improves Medication Adherence in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2017 Aug;23(8):1257-1261. doi:10.1097/MIB.0000000000001194.
7. Lenti MV, Selinger CP. Medication non-adherence in adult patients affected by inflammatory bowel disease: a critical review and update of the determining factors, consequences and possible interventions. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017 Mar;11(3):215-226. doi:10.1080/17474124.2017.1284587.
8. Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009 Nov;6(11):637-646. doi:10.1038/nrgastro.2009.167.
9. Barreiro de Acosta M, Seijo Rios S, Dominguez Munoz JE. Hemorragia digestiva baja masiva en pacientes con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99(7):383-391. (in Spanish).
10. Gallego FJ, Salas J, Fernández R, Blas J, Porcel A, Díez F. Surgical treatment of severe lower gastrointestinal hemorrhage in Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2001 Dec;24(10):514. (in Spanish).
11. Adegboyega T, Rivadeneira D. Lower GI Bleeding: An Update on Incidences and Causes. *Clin Colon Rectal Surg*. 2020 Jan;33(1):28-34. doi:10.1055/s-0039-1695035.
12. Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009 Nov;6(11):637-646. doi:10.1038/nrgastro.2009.167.
13. Shah AR, Jala V, Arshad H, Bilal M. Evaluation and management of lower gastrointestinal bleeding. *Dis Mon*. 2018 Jul;64(7):321-332. doi:10.1016/j.disamonth.2018.02.002.
14. Poida AI, Melnik VM. New methods of surgical rehabilitation after colectomy, colectomy and rectal resection, colectomy and

rectal extirpation. *Kharkiv Surgical School*. 2009;(2):73-76. (in Russian).

15. Gan SI, Beck PL. A new look at toxic megacolon: an update and review of incidence, etiology, pathogenesis, and management. *Am J Gastroenterol*. 2003 Nov;98(11):2363-2371. doi:10.1111/j.1572-0241.2003.07696.x.

16. Polunin GE, Gulmamedov FI, Koktishv IV. The estimation of the results of the treatment of the colon cancer associated with an ulcerative colitis and Crohn's disease. *Novoobrazovanie*. 2009;(3-4):183-185. (in Russian).

17. Ford AC, Achkar JP, Khan KJ, et al. Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Apr;106(4):601-616. doi:10.1038/ajg.2011.67.

18. Randall J, Singh B, Warren BF, Travis SP, Mortensen NJ, George BD. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg*. 2010 Mar;97(3):404-409. doi:10.1002/bjs.6874.

19. Bruining DH, Zimmermann EM, Loftus EV Jr, et al. Consensus Recommendations for Evaluation, Interpretation, and Utilization of Computed Tomography and Magnetic Resonance Enterography in Patients With Small Bowel Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2018 Mar;154(4):1172-1194. doi:10.1053/j.gastro.2017.11.274.

20. Roumeguère P, Bouchard D, Pigot F, et al. Combined approach with infliximab, surgery, and methotrexate in severe fistulizing anoperineal Crohn's disease: results from a prospective study. *Inflamm Bowel Dis*. 2011 Jan;17(1):69-76. doi:10.1002/ibd.21405.

21. Nguyen GC, Loftus EV Jr, Hirano I, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Crohn's Disease After Surgical Resection. *Gastroenterology*. 2017 Jan;152(1):271-275. doi:10.1053/j.gastro.2016.10.038.

Отримано/Received 06.05.2021

Рецензовано/Revised 18.05.2021

Прийнято до друку/Accepted 27.05.2021 ■

Information about author

Tetyana Nechipurenko, PhD, Associate Professor at the Department of internal medicine 1, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: dr.nechipurenko@gmail.com; phone +38(099)0805269; <https://orcid.org/0000-0002-7515-4536>.

Conflicts of interests. Author declares the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

T.B. Nechipurenko

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

A multidisciplinary approach to the management of inflammatory bowel diseases: surgical complications — how not to miss by therapist

Abstract. The article deals with a condition that is complex for diagnostic search — inflammatory bowel diseases (IBD). Frequent complication of IBD by acute surgical manifestations, the possibility of the onset of diseases from surgical lesions determines the practical need for physicians to be aware of the management of IBD with complicated pathology. The article presents a clinical case —

the complication of ulcerative colitis by multiple colonic perforations, which were not detected in time. The diagnostic search allowed us to find out intraoperatively the causes of acute surgical manifestations, to diagnose complications, and the prescribed adequate postoperative treatment stabilized the patient's state.

Keywords: ulcerative colitis; perforation; complication