

перфоративное отверстие было ушито, в 7-ми – выведено на переднюю брюшную стенку в виде петлевой колостомы. Оценку эффективности эндоскопических электроэксцизий полипов проводили по результатам контрольных колоноскопий. Сроки диспансерного наблюдения составили от 1 месяца до 5 лет. Рецидивы были диагностированы у 26 (3,3%) пациентов, у всех удалось выполнить радикальные эндоскопические электроэксцизии полипов.

ВЫВОДЫ. Эндоскопическая полипэктомия является эффективным методом лечения доброкачественных новообразований толстой кишки. Активное диспансерное наблюдение за больными, перенесшими электрохирургическое удаление полипов, является высокоэффективным диагностическим методом и позволяет выявить рецидивы на ранних стадиях развития.

КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ФИБРОСТЕНОТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Дуброва С.Э., Сташук Г.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ), Москва, Россия

Болезнь Крона (БК) входит в группу неспецифических воспалительных заболеваний кишечника и трудно поддается лечению. У половины пациентов болезнь Крона имеет осложненное течение, с формированием рубцово-воспалительной стриктур и свищей, которые могут возникать на любом этапе заболевания и быть его доминирующими проявлениями.

ЦЕЛЬ. Оценка данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с динамическим контрастным усилением (КУ) в выявлении стриктур и формирование паттернов усиления кишечной стенки в зависимости от активности воспалительного процесса. Использование полученных данных в дифференциальной диагностике воспалительных и фибростенолитических стриктур в определении дальнейшей тактики лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2014-2016 гг. обследован 31 пациент (18 мужчин, 13 женщин, средний возраст 38 лет), из которых 12 – повторно, с болезнью Крона, стриктурирующая форма, с различной степенью активности воспалительного процесса в тонкой и толстой кишке. Среди них у 25 пациентов с первично-выявленным заболеванием, 6 – после операции. 7 пациентов были прооперированы. По характеру выявленной патологии пациенты были разделены на две группы с воспалительными (21/31) и фибростенолитическими (10/31) стриктурами.

Исследования МСКТ выполнялись на мультиспиральных компьютерных томографах Brilliance CT и ICT производства компании Philips Medical Systems. Обязательным условием являлось: специальная предварительная подготовка кишечника (как для колоноскопии), непосредственно перед исследованием – заполнение кишки водой: поэтапное – тонкой кишки, ретроградное – толстой кишки. МРТ исследования выполнялись на Магнитно-резонансном томографе GE Optima MR450w GEM 1.5 Тл, с использованием методики диффузно-взвешенного изображения (ДВИ). Для МРТ – требовалось воздержание от приема пищи не менее шести часов, непосредственно перед исследованием поэтапное заполнение водой тонкой кишки. (Методика КТ и МРТ)? Всем пациентам при МСКТ и МРТ выполнялось болюсное внутривенное введе-

ние контрастного вещества, с последующим трехфазным постконтрастным протоколом сканирования. Обязательным условием являлось выполнение отсроченного сканирования на 10 минуте с момента введения контрастного вещества. При МСКТ 3 пациентам исследование дополнялось повторным сканированием после перорального контрастирования просвета кишки водорастворимым контрастным веществом.

Активность и протяженность воспалительного процесса оценивали, сопоставляя данные МСКТ с КУ, МРТ с ДВИ и КУ, с данными хирургического лечения (7 пациентов) и в динамике после терапевтического лечения (24 больных).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность заболевания у всех пациентов на момент выявления стриктур составляла более 10 лет. Признаки нарушения кишечной проходимости, с престенолитическим расширением просвета кишки наблюдались у 27 пациентов, у 4 пациентов была диагностирована кишечная непроходимость.

КТ и МРТ диагностическим ключом стриктуры являлось: стойкое сужение просвета кишки более 80% (относительно просвета неизмененного участка кишки), утолщение стенки более 8 мм, престенолитическое расширение проксимальных отделов кишки. После внутривенного контрастного усиления наблюдали паттерн «слоистости» кишечной стенки, с гипervasкуляризацией слизистой слоя, отеком подслизистого слоя кишки, с формированием симптома «мишени». Во всех случаях соотношение толщины слоев стенки кишки слизистый/подслизистый слой составила 1/3, с наибольшим увеличением толщины подслизистого слоя. Внекишечными проявлениями были: гипervasкуляризация брыжеечного края и окружающей клетчатки соответствующих участков тонкой и толстой кишки, с поперечной исчерченностью (симптом «расчески»), Уплотнение клетчатки брыжеечного края кишки.

Активный воспалительный процесс сопровождался высокой контрастностью слоев кишечной стенки, высоким сигналом при Т2ВИ, сохранением стратификации при отсроченном сканировании. Фибростенолитический процесс характеризовался более гомогенным паттерном усиления кишечной стенки вследствие структурных изменений (отложения коллагена и разрастания гладкомышечных волокон), более низким сигналом при Т2ВИ, равномерным трансмуральным характером накопления контрастного вещества в отсроченную фазу.

Во всех случаях применение МРТ с ДВИ выявляло отек подслизистого слоя кишки на доконтрастном этапе. Подсчет коэффициентов диффузии при МРТ ДВИ, основанный на более высоком содержании воды в составе тканей, был более высоким при активном воспалительном процессе и более низким при фиброзе.

Стриктуры локализовались: у пациентов в группе с активным воспалительным процессом (всего 21 пациент): у 12 пациентов в терминальном отделе подвздошной кишки, у 2 – в проксимальном отделе подвздошной кишки, в 3 – в толстой кишке, у 4 – на уровне зоны анастомоза; у пациентов в группе с фибростенозом (всего 10): у 7 пациентов в терминальном отделе подвздошной кишки, в 1 – в толстой кишке, у 2 – на уровне зоны анастомоза.

ВЫВОДЫ. Разработаны специализированные протоколы исследования и лучевая семиотика стриктур тонкой и толстой кишки методом КТ и МРТ, с направленным изучением активности воспалительного процесса при стенозирующей форме болезни Крона, позволяющие прогнозировать целесообразность хирургического лечения.

Применение МРТ с ДВИ позволило выявить признаки активного воспалительного процесса в стенке кишки

без применения внутривенного контрастирования, продвинувшись в дифференциальной диагностике воспалительной и фибростенотической стриктуры, что делает эту методику наиболее перспективной в оценке динамики течения воспалительного процесса. Ни одна из методик пока не может найти выход из диагностического тупика в выявлении активного воспалительного процесса на фоне фибростеноза.

РОЛЬ ПОЭТАЖНОЙ БИОПСИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Гогина А.А., Кушнир Б.Л., Лука В.А., Пичугина М.В.

ФГБУ РДКБ МЗ РФ, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия
МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кафедра детской хирургии, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Болезнь Гиршпрунга является одним из сложных заболеваний в структуре детской колопроктологии. В ряде случаев неудовлетворительные результаты лечения объясняются ошибками диагностики, особенно топической, и неправильно выбранной тактикой лечения, что определяет необходимость объективизации состояния кишечной стенки (аганглиоз, нейроинтестинальная дисплазия, вторичные изменения).

ЦЕЛЬ. Представить поэтажную серозно-мышечную биопсию толстой кишки как объективный метод определения границы резекции, позволяющий провести полноценное низведение патологически измененного участка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Забор биоптатов проводился не менее чем из 3 участков, в зоне сужения, расширения и визуально неизмененной толстой кишки (13 больных). При сомнительных рентгенологических признаках заболевания, а также пациентов с отклоненной толстой кишкой, т.е. носителей илеостомы, исследовалась кишечная стенка из 5 отделов – ректо-сигмоидного, нисходящего, поперечно-ободочного, восходящего и терминального отдела подвздошной кишки. 13 пациентам проведен лапароскопически-ассистированный вариант данного исследования. В исследование также включено 78 пациентов с болезнью Гиршпрунга, перенесших повторные оперативные вмешательства в связи с развитием осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Варианты проведения биопсии толстой кишки по месту жительства пациентов: гистологическое исследование резецированного участка кишки – 8; серозно-мышечная биопсия в месте наложения стомы – 5; биопсия на АХЭ в месте наложения стомы – 2; биопсия на АХЭ на уровне 2 см, 5 см, 8 см и 10 см от зубчатой линии прямой кишки – 11; биопсия в месте супрастенотического расширения – 6; поэтажная серозно-мышечная биопсия – 14; биопсия не проводилась – в 17 случаях. Во всех случаях применения описанной поэтажной биопсии нам удалось избежать ошибок в топической диагностике патологического процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отсутствие морфологических данных о состоянии стенки толстой кишки привело к ошибочным действиям хирургов и, в итоге, к развитию такого осложнения, как остаточная зона аганглиоза (18 наблюдений). Данная группа больных потребовала дополнительного дообследования, включая проведение повторной биопсии, которая объективно подтвердила это осложнение.

ЧАСТОТА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА. ОПЫТ МОСКОВСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.

Каграманова А.В., Лишинская А.А., Фадеева Н.А., Князев О.В.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логина Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) – занимают одно из первых мест в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта, приводящих к инвалидизации больных социально активного возраста. Учитывая данные последних исследований, современный взгляд на ВЗК, как на системные заболевания, включает множество специфических субфенотипов, в связи с чем существенное внимание должно уделяться диагностике внекишечных или системных поражений. У многих пациентов с ВЗК на протяжении жизни возникают внекишечные проявления основного заболевания, что оказывает отрицательное влияние на трудоспособность и качество жизни пациента, иногда в большей степени, чем основное заболевание. Частота возникновения внекишечных проявлений составляет от 6% до 50%.

ЦЕЛЬ. Выявить частоту внекишечных проявлений у больных БК и ЯК, наблюдающихся в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ МКНЦ ДЗМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 733 больных ЯК и БК, наблюдавшихся на базе отделения лечения ВЗК МКНЦ за период с июня 2014 по май 2016. Из них 402 (54,84%) – мужчин и 331 (45,16%) – женщин. Возраст больных находился в пределах от 26 до 55 лет (Me-35 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Внекишечные проявления были отмечены у 268 (36,5%) больных ВЗК. Нами был проведен анализ, при этом больные могли иметь несколько внекишечных проявлений на протяжении заболевания. Внекишечные проявления чаще отмечались у больных БК (у 172 из 301 больных, 57,1%) по сравнению с пациентами ЯК (96 из 432 больных, 22,2%, $p < 0,001$). Из 733 больных ВЗК у 183 (24,9%) отмечались поражения суставов в виде периферического артрита/артралгий (16,8% при ЯК и 10,2% при БК); у 24 больных (3,2%) выявлен первичный склерозирующий холангит (ПСХ) (2,7% при БК и 0,8% при ЯК), у 8 (1%) больных имело место поражение дыхательной системы (все пациенты ЯК); у 10 (1,3%) больных – поражение кожи в виде узловой эритемы (2,5% при БК и 0,6% при ЯК); у 32 больных наблюдались нарушения со стороны свертывающей системы крови (5,9% при БК и 3,2% при ЯК); у 6 пациентов ВЗК выявлены два внекишечных проявления – ПСХ и периферический артрит у 1 пациента БК и у 5 (0,7%) пациентов отмечались узловая эритема и периферический артрит (0,5% при ЯК и 1% при БК).

ВЫВОД. Тщательное выявление и своевременная диагностика внекишечных проявлений необходима для предотвращения инвалидизации пациентов ВЗК. Улучшение диагностики и дифференциальной диагностики внекишечных проявлений и, следовательно, как можно более раннее назначение адекватной терапии может предупредить развитие тяжелых осложнений и повысить качество жизни больных ВЗК.