

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.