

мости от характера работы пациента.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, деартериализация геморроидальных артерий под доплерографическим контролем с лифтингом и мукопексией является достаточно эффективной и менее инвазивной альтернативной традиционному хирургическому лечению.

## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербак О.В., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Мордвин П.А., Куренков И.В.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, кафедра детской хирургии ИГМСУ им. А.И.Евдокимова, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Интенсивное развитие эндоскопической хирургии способствует активному внедрению лапароскопических технологий в колопроктологическую практику. В последние годы в зарубежной литературе появилось большое количество работ, посвященное лапароскопическим вмешательствам при болезни Крона у детей. При этом в отечественной литературе отсутствуют публикации о выполнении лапароскопических резекций кишечника у детей с болезнью Крона.

**ЦЕЛЬЮ** работы являлся анализ результатов лечения осложненной болезни Крона у детей с использованием малоинвазивных эндоскопических методик.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2005 по декабрь 2015 год в Измайловской и Морозовской больницах оперировано 19 детей с болезнью Крона лапароскопическим доступом. Наибольшее количество детей вошло в возрастную группу от 10 до 17 лет, один ребенок был оперирован в возрасте 4 лет. Первичное обследование проводилось в отделении гастроэнтерологии, где устанавливался диагноз болезни Крона и определялись показания к операции. Основными показаниями к хирургическому вмешательству было наличие непроходимых для эндоскопа стенозов ЖКТ, задержка контрастного вещества в зоне супрастенотического расширения. У 16 (84%) детей отмечался болевой синдром и синдром пальпируемой опухоли в правой параумбиликальной и подвздошной области, у 15 (78%) – разжиженный многократный стул, а у 11 (57,8%) отмечалось значительное истощение вследствие потери веса, задержки роста. Локализация стриктуры была у большинства пациентов (16) в дистальном отделе подвздошной кишки (84%), в 3 (16%) случаях в проксимальных отделах тонкой кишки. У одного ребенка 13 лет было выявлено 2 стеноза (5,2% от общего числа наблюдений) – в дистальном отделе подвздошной кишки и в восходящей ободочной кишке.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все дети были оперированы с применением лапароскопического доступа, дающего возможности полноценной ревизии брюшной полости, разделения инфильтрата, в случае его наличия, и точного определения границ поражения сегмента кишечника и объема резекции. Мобилизация кишки выполнялась с помощью аппарата Force Triad Coviden, совмещающего в себе возможности коагуляции сосудов в режиме Ligation и пересечения коагулированных тканей. Следующим этапом проводилось пересечение резецируемой кишки с помощью линейного сшивающего аппарата 45 или 60 мм Echelon™ ENDOPATH® в зависимости от диаметра пересекаемой

кишки. Затем накладывался анастомоз сшивающим аппаратом по типу «бок-в-бок». Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 4-5 сутки после операции. Длительность госпитализации во всех случаях не превышала 10 дней.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Осложненная болезнь Крона у детей с поражением различных отделов кишечника не является ограничением или противопоказанием для выполнения лапароскопических резекций тонкой и толстой кишки, и представляет перспективную технологию, позволяющую свести к минимуму последствия и осложнения, связанные с применением лапаротомного доступа.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРИКТУР ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Самсонова Т.В., Орлова Л.П., Варданян А.В.  
ФГБУ «ГНЦК А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Болезнь Крона (БК) может осложняться развитием стриктур. Недостаточно изученной является УЗ-семиотика как фиброзных, так и воспалительных стриктур, осложняющих течение болезни Крона.

**ЦЕЛЬ.** Изучить возможности ультразвуковой компрессионной эластографии (УКЭ) в диагностике стриктур при болезни Крона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 20 пациента в возрасте 20-73 года, из них у 4 больных стриктура локализовалась в ободочной кишке и 16 больных в тонкой кишке. 12 больных оперированы, 11 – проведено патоморфологическое исследование удаленного сегмента кишечника. Всем больным проводилось чрескожное УЗИ кишечника линейным и конвексным датчиками частотой 7,5 и 3,5 МГц, с использованием доплерографии в энергетическом режиме. 12 пациентам выполнена ультразвуковая компрессионная эластография (УКЭ) с целью дифференциальной диагностики воспалительных и рубцовых стриктур.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Для стриктуры при ультразвуковом исследовании характерно локальное сужение просвета кишки до 2 мм (1-5 мм) (медиана, 2,5-97,5 перцентили) протяженностью 4 см (1,35-5 см), утолщение стенки 5,5 мм (4-8 мм) с наличием язвенных дефектов. В случае декомпенсации возникали признаки нарушения пассажа кишечного содержимого выше уровня препятствия в 47,3% наблюдений. При проведении УКЭ для диагностики воспалительных и рубцовых стриктур коэффициент жесткости 2,44 (1,06-3,2) и 5,36 (4,25-5,7) (медиана, 2,5-97,5 перцентили), соответственно. При воспалительных стриктурах, по данным патоморфологического исследования, преобладает трансмуральная воспалительная инфильтрация, при рубцовых идет склероз подслизистой основы местами с распространением на мышечный слой. Данные УЗИ и патоморфологического исследования сопоставимы.

**ВЫВОДЫ.** Разработанная УЗ-семиотика осложненного течения БК позволяет на дооперационном этапе проводить диагностику и дифференциальную диагностику стриктур, помогает в выборе хирургической тактики. При использовании УКЭ возможна дифференциальная диагностика рубцовых и воспалительных стриктур.