

отделов поджелудочной железы. Всего оперировано 103 (43,3%) пациента. Показаниями для открытой операции у 11 (4,6%) пациентов послужили осложнения ПН (профузное кровотечение, перфорация полого органа в свободную брюшную полость, некроз кишечника, острая кишечная непроходимость) на этапах минимально инвазивного лечения. Средний койко-день составил 42+7 дня. Всего умерло 35 пациентов (14,7%), после операции – 26 (25,2%).

Заключение. Больше половины пациентов с ПН доступны успешному лечению без чрескожного дренирования забрюшинных асептических жидкостных скоплений. Хирургическими методами у таких пациентов было чрескожное дренирование брюшной полости для эвакуации свободной жидкости или вмешательства на большом дуоденальном сосочке. При инфицировании некрозов и жидкостных скоплений чрескожный доступ под контролем УЗ и рентгеноскопии позволяет в два этапа обеспечить доступ для адекватного дренирования и эндоскопической секвестрэктомии. Таким образом, минимально инвазивная хирургия под интраскопическим контролем является эффективным методом лечения больных панкреонекрозом.

## ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПИЩЕВОДА

**ПОГОДИНА А.Н., НИКОЛАЕВА Е.Б., ПЕРЬКОВА И.И.**

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва  
allapogodina@mail.ru

Актуальность. Остро возникшая непроходимость пищевода является довольно часто встречающейся и опасной для жизни патологией, требующей неотложной помощи.

Материал. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 1992 по 2017 гг. находились на лечении в отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии 1207 больных с остро возникшей непроходимостью пищевода и ее осложнениями. Мужчин было 682, женщин – 525 в возрасте от 14 до 92 лет.

Методы исследования: клинический, рентгенологический, эндоскопический, компьютернотомографический, лабораторный, морфологический.

Полученные результаты. Острое нарушение проходимости пищевода в подавляющем большинстве случаев возникло вследствие обтурации пищевода (1183). Причиной остро возникшей непроходимости пищевода у 11 больных была ущемленная параэзофагеальная грыжа; у 9 – спонтанная гематома пищевода, у 4 – аневризма аорты со сдавлением просвета пищевода. Обтурация неизмененного пищевода была в 558 наблюдениях, у 625 пациентов диагностированы различные заболевания: постожоговые рубцовые сужения пищевода, пептические стриктуры, нейромышечные заболевания пищевода, опухоли и дивертикулы.

При попытке самолечения для устранения обтурации у 29 пациентов возник гидравлический разрыв пищевода, у 4 – самотравма металлическим предметом (черенком ложки), в 20 наблюдениях при оказании медицинской помощи произошел инструментальный разрыв пищевода. Все больные были оперированы, им произведены: резекция пищевода (17), ушивание разрыва (18), дренирующие операции (18).

При локализации инородного тела в средне- и нижнегрудном отделах пищевода проводилась инфузионная, спазмолитическая, ферментативная терапия. Обтурация разрешилась в 1088 случаях.

При неэффективности консервативной терапии проводилось эндоскопическое удаление или низведение инородного тела в желудок.

Эндоскопическое устранение обтурации предпринято у 95 больных. Показаниями к экстренному эндоскопическому устранению обтурации были: нарушение дыхания (обтурация глотки и шейного отдела пищевода) и твердые инородные тела (47 больных). У 42 пациентов неэффективность консервативной терапии потребовала эндоскопического вмешательства через 6–10 часов.

Показанием к экстренному хирургическому вмешательству явилось наличие ущемленной параэзофагеальной грыжи у 11 больных. Основным видом вмешательства явилась лапаротомия, диафрагмотомия, низведение желудка в брюшную полость, фундопликация (8 наблюдений). У 3 пациентов выявлен некроз желудка (у 1 – в сочетании с некрозом участка толстой кишки). Им произведены: резекция дна желудка (2), гастрэктомия с резекцией ободочной кишки (1 пациентка – с летальным исходом).

У 4 пациентов причиной непроходимости пищевода явилась аневризма аорты. Смерть 1 больного наступила на операционном столе от профузного кровотечения из обширного дефекта аорты. Одной пациентке кардиохирургами произведена резекция аневризмы аорты. Образовавшийся аорто-пищеводный свищ и медиастинит явились причиной смерти в отсроченном периоде. Двум больным произведено стентирование аорты с последующей резекцией пищевода и тампонированием средостения прядью сальника на сосудистой ножке.

Выводы. Остро возникшая непроходимость пищевода является опасной патологией с возможным развитием жизнеугрожающих осложнений и требует от врача знания диагностики и своевременного адекватного лечения. Применение комплексного исследования, включая рентгенологический, компьютернотомографический, эндоскопический, позволяет установить причину и характер острой непроходимости пищевода, а также возникших осложнений с целью проведения адекватного лечения.

## ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

**ПОПОВА И. Е., ВЛАДИМИРОВА Е. С., ТАРАБРИН Е. А., ШАРИФУЛЛИН Ф. А.**

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва  
pikri125@mail.ru

Введение. Тяжесть состояния пострадавших с сочетанной травмой груди, трудность их обследования, необходимость в срочных лечебных мероприятиях постоянно требуют совершенствования методов экстренной диагностики.

Используемые в настоящее время методы стандартного обследования, такие как рентгенологический, УЗИ, имеют определенные недостатки в диагностике травмы груди, в преодолении которых определенную роль может играть компьютерная томография (КТ).

Цель. Изучение значения КТ в оценке тяжести и выборе тактики лечения у пострадавших с сочетанной травмой груди.

Материалы и методы. Проанализированы результаты компьютерной томографии 35 пациентов, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского по поводу закрытой сочетанной травмы груди в 2017 году. Средний возраст пациентов – 46,8±17,6 (18–84) лет. Большинство пострадавших были мужчины трудоспособного возраста – 27 человек, что составило 77%.

Причинами травмы груди были дорожно-транспортные происшествия у 22 пострадавших, падение с высоты – у 10, избивание – у 2, падение тяжелого предмета на грудь – у 1 пострадавшего.

Результаты. При КТ, выполненной в первые сутки после травмы, переломы ребер были у 63% пострадавших, гематома средостения – у 28% (объемом от 10 см<sup>3</sup> до 70 см<sup>3</sup>), гемоперикард – у 9%. У 9% пациентов одновременно с гематомой средостения выявлены признаки разрыва грудной аорты в области перешейка. Гемоторакс определялся у 57% пациентов (объемом от 5 см<sup>3</sup> до 2670 см<sup>3</sup>), пневмоторакс – у 54% (объемом от 28 см<sup>3</sup> до 1080 см<sup>3</sup>). Ушиб легкого отмечен у 49% пациентов, разрыв паренхимы легкого с образованием полости заполненной кровью и/или газом – у 17%. У одного пострадавшего при КТ получены признаки неполного разрыва правого нижнедолевого бронха.

Одновременно с повреждениями груди у 11 пациентов выявлены признаки черепно-мозговой травмы, у 7 – спинальной травмы, у 9 – травмы опорно-двигательного аппарата, у 7 – повреждения паренхиматозных органов брюшной полости (у 3 – печени, у 3 – селезенки, у 1 – почки).

Все пациенты по результатам клинических, лабораторных и КТ данных по тяжести повреждения груди были разделены на две группы.

К первой группе отнесли 21 (60%) пациента, которым не требовалось срочное хирургическое лечение. При КТ у них были признаки переломов ребер, ушибы легкого по типу геморрагического пропитывания, разрыв легкого с формированием полостей, пневмо-гемоторакс малого объема (до 200см<sup>3</sup>).

Вторую группу составили 14 (40%) пациентов с тяжелыми повреждениями груди, по результатам КТ и других методов диагностики им потребовалось выполнение срочного хирургического вмешательства. Эндопротезирование грудной аорты выполнено 2 пациентам, торакотомия, нижняя лобэктомия – 1, торакотомия, санация и дренирование плевральной полости – 2, двустороннее дренирование плевральной полости – 4, одностороннее дренирование плевральной полости – 5.

Выводы. Использование КТ у пациентов с сочетанной травмой груди позволило выбрать рациональную тактику лечения, оптимальный доступ оперативного вмеша-

тельства и область дренирования, а также применить мини-инвазивные методы лечения.

Компьютерная томография позволяет за короткий промежуток времени получить исчерпывающие данные о повреждениях всех анатомических областей.

## ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ АНТЕГРАДНОЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

ПРАЗДНИКОВ Э.Н.<sup>1,2</sup>, БАРАНОВ Г.А.<sup>1,2</sup>, ШЕВЧЕНКО В.П.<sup>1,2</sup>, НАЛЕТОВ В.В.<sup>3</sup>, ЗИНАТУЛИН Д.Р.<sup>1,2</sup>, УМЯРОВ Р.Х.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

<sup>2</sup> ГКБ им. братьев Бахрушиных, Москва  
sinatulin\_d@mail.ru

Актуальность. В последние годы частота встречаемости онкологических заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны неуклонно растет, соответственно, вместе с этим отмечается рост встречаемости характерных осложнений, в частности – механической желтухи. Первым этапом, а, возможно, и окончательным хирургического лечения онкопатологии гепатопанкреатобилиарной системы являются операции, направленные на декомпрессию билиарного тракта. Их целью является разгрузка билиарного тракта, снижение уровня гипербилирубинемии и тем самым нивелирование возможных интраоперационных и послеоперационных осложнений, связанных с холемией. Существуют методы наружного, наружно-внутреннего или внутреннего дренирования желчных протоков. Актуальность применения вышеперечисленных методов декомпрессии билиарного тракта обоснована необходимостью купирования острой хирургической патологии – механической желтухи, а соответственно – профилактики и патогенетического лечения ее последствий.

Цель исследования: оценить лечебные возможности и осложнения рентгенинтервенционной методики диагностики и разрешения билиарной обструкции.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 годы под наблюдением в клинике находилось 452 пациента с механической желтухой, вследствие опухолевой обструкции желчевыводящих протоков. Все они были подвергнуты оперативным вмешательствам, направленным на билиарную декомпрессию. У всех больных выполнение радикального хирургического лечения невозможно.

Для технического обеспечения оперативных вмешательств применялись С-дуга General Electric, ультразвуковой аппарат Toshiba Applio 500, наборы инструментов для интрапротоковых вмешательств COOK Medikal.

Результаты. Наружное дренирование выполнено в 214 (47%) случаях, наружно-внутреннее – в 135 (30%) случаях, стентирование – в 103 (23%) случаях. Летальность в группе больных, подвергнутых антеградным вмешательствам, составила 7,3% (33 больных). Осложнения представлены 4 группами: кровотечение на фоне холемии – 4,6% (21 больной), наружное желчеистечение – 0, желчеистечение в брюшную полость – 1,3% (6 больных), миграция холангиостомы (из просвета желчных протоков) – 4,0% (18 боль-