

## «OPEN ABDOMEN» В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

ЩЕГОЛЕВ А.А.<sup>1,2</sup>, ТОВМАСЯН Р.С.<sup>1,2</sup>, ЧЕВОКИН А.Ю.<sup>1,2</sup>,

ВАРНАВИН О.А.<sup>2</sup>, ПЛОТНИКОВ В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

<sup>2</sup> ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

tovmasrs@gmail.com

Актуальность работы. Несмотря на очевидные успехи интенсивной патогенетической терапии в лечении абдоминального сепсиса (АС), оперативное вмешательство по-прежнему остается «краеугольным камнем» в лечении больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП). Эволюция хирургического лечения тяжелых форм РГП как главной причины АС практически безальтернативно пришла к формулировке концепции так называемого «открытого живота» (ОЖ, «open abdomen»), основанной на использовании методики активной аспирации из брюшной полости – вакуум-ассистированной лапаротомии (ВАЛС). Эта методика, по сути, подвела знаменательную черту под многолетним спором в хирургическом сообществе относительно эффективности релапаротомий «по плану» или «по требованию».

Вместе с тем, серьезное переосмысление патогенеза сепсиса в рамках концепции «Сепсис-3» (J-L. Vincent et al. 2013, M. Singer, C.S. Deutschman et al. 2016), в которой ведущая роль в патогенезе сепсиса отводится полиорганной недостаточности как ключевой дефиниции, определяющей собственно его существование, позволяет по-новому взглянуть на идеологию ОЖ и «препарировать» различные технические аспекты в рамках самой концепции (МЗ РФ, клинические рекомендации, острый перитонит 2017).

Материал и методы исследования. Для исследования эффективности различных модификаций ВАЛС были целенаправленно отобраны наиболее тяжелые больные из категории пациентов с РГП, а именно пациенты с третичным перитонитом. Был проведен ретроспективный анализ группы пациентов (15 больных), у которых по истечении 72 часов после первого оперативного вмешательства по поводу РГП явления перитонита не удалось разрешить. Всем этим больным в качестве первичного вмешательства проводилась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формированием «полузакрытой» лапаротомы с пассивным дренированием брюшной полости и дальнейшие релапаротомии «по программе». При последующих санациях дополнительных источников перитонита ни в одном случае не выявлено. Таким образом, подобные критерии включения в исследование позволили справедливо считать, что у всех больных по истечении 72 часов с момента первого вмешательства имел место третичный перитонит. Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП>29), критериев q-SOFA и Сепсис-3 (у всех больных констатирован абдоминальный сепсис) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. По истечении 72 часов от момента первого вмешательства у 9 больных перешли на методику ВАЛС

в различных исполнениях: Ab-Thera (KCI) – 6 больных, системы типа «ABRA» в собственной модификации – 3 больных). Остальные 6 пациентов в дальнейшем были исключены из исследования. Таким образом, критерием исключения было применение любой другой методики, кроме ВАЛС.

Результаты. Общая летальность в исследовании составила 22,2% (2 больных). В группе больных с использованием ABRA системы летальных исходов не было. В группе больных, где использовалась KCI система, умерли 2 больных (летальность 30%). Из-за малого количества наблюдений оценить достоверность разницы результатов не представлялось возможным.

Обсуждение. Анализ результатов исследования показал преимущество ВАЛС и метода «открытого живота» («open abdomen») как такового при лечении наиболее тяжелой формы РГП – третичного перитонита. При этом более эффективной оказалась та методика ВАЛС, которая, с одной стороны, обеспечивала эффективную аспирацию экссудата из брюшной полости и ее санацию, с другой стороны, позволила минимизировать частоту и объем хирургического вмешательства, а также обеспечила оптимальное закрытие брюшной полости после разрешения перитонита (ABRA система).

Выводы и рекомендации. При тяжелых формах РГП, сопровождающихся АС и полиорганной недостаточностью, целесообразен поиск новых методов ВАЛС с минимальной частотой, кратностью и объемом обязательных этапных вмешательств, выполнимых в условиях ОРИТ.

## СТРАТИФИКАЦИЯ И МАРШРУТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

ЩЕГОЛЕВ А.А.<sup>1,2</sup>, ТОВМАСЯН Р.С.<sup>1,2</sup>, ЧЕВОКИН А.Ю.<sup>1,2</sup>,

ВАСИЛЬЕВ М.В.<sup>2</sup>, МУРАДЯН Т.Г.<sup>1</sup>, ШЕЙХОВ Т.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

<sup>2</sup> ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

drmuradyan@bk.ru

Актуальность работы. В последние 10–15 лет отчетливо сформировался «золотой стандарт» маршрутизации больных с закрытой абдоминальной травмой (ЗАТ), основанный на скрининге больных по FAST протоколу и оценке стабильности гемодинамики. Данный диагностический подход не исключает также довольно эффективную стратификацию FAST+ больных на основании МСКТ брюшной полости, особенно в режиме КТ-ангиографии. Очевидно, что при выполнении МСКТ с болюсным контрастированием с высокой точностью можно установить как сам факт повреждения паренхиматозных органов и ее степень, так и оптимально подобрать тактику лечения. Исключение составляют нестабильные больные, которым выполнить КТ не представляется возможным, и у этой категории больных лечебная тактика определяется на основании УЗИ по принципу «лапаротомия +/-».

Однако в настоящее время наиболее проблемной становится маршрутизация и стратификация той группы

больных, у которых есть минимальное или умеренное количество жидкости, по данным УЗИ, и при этом отсутствуют повреждения паренхиматозных органов по данным КТ-ангиографии.

Материал и методы исследования. В работе проанализированы результаты лечения 13 больных с ЗАТ, у которых, по данным УЗИ, регистрировалось незначительное или умеренное количество жидкости в брюшной полости по оригинальной методике (Шеголев А.А. и др., 2016). Критериями исключения были повреждения паренхиматозных органов по данным КТ-ангиографии, переломы костей таза типов В, С и наличие забрюшинной гематомы, а также нестабильность гемодинамики. Всем больным после УЗИ проводилось МСКТ брюшной полости в режиме болюсного контрастирования.

У 2 больных, по данным МСКТ, свободный газ в брюшной полости, что явилось основанием для лапаротомии. У 1 больного, по данным МСКТ, была выбрана консервативная тактика лечения, однако по истечении первых суток у больного нарасла перитонеальная симптоматика, в связи с чем была выполнена лапароскопия, на которой диагностирована травма тонкой кишки 2 степени и распространенный гнойный перитонит, выполнена конверсия. У 3 больных выполнялось консервативное лечение с полным выздоровлением.

Лапароскопия выполнена 7 больным, причем у 4 пациентов диагностированы разрывы брыжеек тонкой и толстой кишки, что только в одном случае потребовало выполнения конверсии — выполнен гемостаз сосудов брыжейки, резекция кишечника не производилась. У 1 больного диагностирован сквозной разрыв диафрагмы, выполнена конверсия — разрыв ушит, выздоровление. У 2 больных источников кровотечения не было выявлено: у 1 больного впоследствии в раннем послеоперационном периоде диагностирована травма поджелудочной железы (верифицирована по данным МСКТ и МР-холангиографии) и травматический панкреатит; у другого больного каких-либо травм висцеральных органов не обнаружено.

Важно отметить, что у 3 из 4 больных с разрывами брыжейки и у 1 больного с травмой тонкой кишки при первичном УЗИ констатировано наличие свободной жидкости межпечельно.

Результаты. Летальных исходов в исследовании не отмечено. Чувствительность МСКТ в отношении повреждения полых органов в исследовании составила 66,7%, ложноположительных результатов не зарегистрировано. Эффективность консервативного лечения в исследованной когорте больных составила 75%. В группе больных, у которых выполнена лапароскопия, чувствительность к повреждениям составила 83,3%. Наконец ретроспективно определена доля больных, которых в этой группе потенциально можно было лечить консервативно — 72,7%.

Обсуждение. Анализ результатов исследования выявил следующие актуальные тенденции в диагностике висцеральных повреждений при ЗАТ:

1. Улучшение диагностики травмы полых органов по данным МСКТ.

2. Сужение и детализация показаний к диагностической лапароскопии.

Выводы и рекомендации. Результаты исследования ввиду малого количества наблюдений позволяют с осторожностью рекомендовать МСКТ с болюсным контрастированием для диагностики травм полых органов и диагностическую лапароскопию при наличии свободной жидкости по данным УЗИ межпечельно.

## МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

ЯРЦЕВ П.А., ЦУЛЕИСКИРИ Б.Т., РОГАЛЬ М.Л., АНТОНЯН С.Ж.,  
ЛЕВИТСКИЙ В.Д.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского  
bakuri.86@mail.ru

Актуальность: Острая кишечная непроходимость (ОКН) составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний брюшной полости, из них тонкокишечная непроходимость (ТнКН) встречается у 67–93% больных, а толстокишечная непроходимость — у 7–33%.

До сих пор остаются высокие цифры послеоперационных осложнений (40–80% случаев) и летальность (23–52%), что связано в том числе с риском формирования межкишечного анастомоза в условиях кишечной непроходимости. Обращает на себя внимание, что лапаротомный доступ приводит к развитию спаечного процесса у 76–80% больных, что предопределяет использование мини-инвазивных методов лечения.

Цель: Создать условия для широкого применения лапароскопического доступа при кишечной непроходимости.

Материалы и методы: С 2010 по 2017 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находилось 511 пациентов с ОКН. Из них мужчин 233 (45,6%), женщин 278 (54,4%). Средний возраст  $69 \pm 3,4$  лет. 247 (48,4%) пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью и 264 (51,6%) больных со спаечной кишечной непроходимостью.

Инструментальные методы обследования: рентгенологические исследования (в том числе контрастные), УЗИ, колоноскопия, КТ брюшной полости.

Показанием к экстренной операции считали: клиническая картина перитонита и странгуляции, свободный газ в брюшной полости или отсутствие эффекта от консервативного или эндоскопического лечения (нарушение сроков пассажа контрастного вещества в ободочную кишку в течение 6–8 часов).

Показанием к отсроченной операции являлось эффективное консервативное или эндоскопическое временное разрешение кишечной непроходимости; при спаечной болезни дополнительно учитывали многократные рецидивы спаечной кишечной непроходимости и «малые» операции в анамнезе.

Результаты. При поступлении в институт к экстренным операциям установлены показания — у 306 (59,9%), из них больные со спаечной болезнью — 127 (41,5%), с об-