

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 выросла 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-

турационной кишечной непроходимостью – 179 (58,5%) пациентов.

У больных со спаечной кишечной непроходимостью консервативное лечение и пассаж водорастворимого контрастного вещества начато у 264 (51,7%) больных. Проведенное лечение было эффективно у 137 (51,9%) пациентов, а показания к экстренной операции выставлены у 127 (48,1%) больных.

Что касается ОТК, то консервативное лечение было эффективно у 9 (3,65%) пациентов, а у 50 (20,2%) больных были установлены показания к эндоскопическому разрешению кишечной непроходимости. Из них выполнено: стентирование у 16 (32%) больных и дренирование у 34 (68%) пациентов. Неэффективное эндоскопическое разрешение кишечной непроходимости было у 21 (30,9%) из 68 больных, а у 18 (26,5%) больных было выполнено мини-инвазивное выведение колостомы.

Комплексное лечение, направленное на временное разрешение явлений кишечной непроходимости, было эффективно у 205 (40,1%) больных из 511 пациентов, что

позволило выполнить им мини-инвазивную операцию из лапароскопического доступа в отсроченном порядке со спаечной кишечной непроходимостью – у 37 (14%) больных и 52 (21,1%) пациентов с ОТН. Конверсия у 2 (5,4%) пациентов со спаечной болезнью – в связи с ятрогенным повреждением тонкой кишки во время лапароскопического адгезиолизиса.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (14,7%) в виде развития послеоперационного пареза – 3 (4,4%) (I по Clavien-Dindo), нагноения послеоперационной раны – 3 (4,4%) (I по Clavien-Dindo), ТЭЛА – 2 (2,9%) (IVa по Clavien-Dindo), несостоятельность межкишечного анастомоза – 2 (2,9%) (IIIb по Clavien-Dindo)).

Заключение: Появление новых технологий открывает широкие возможности для применения мини-инвазивных методов при лечении больных с ОКН, что позволило у 69% больных с ОТКН и у 51,7% больных с СКН достигнуть временного разрешения непроходимости и выполнить операцию в отсроченном порядке из лапароскопического доступа.