

Тотальную энтероскопию с полипэктомией удалось выполнить у 2 (33%) пациентов. Для санации тонкой кишки потребовалось 4 сеанса у 1 пациента. Удалено 37 полипов. Максимальный размер полипа – 6,0 см. Тотальную энтероскопию достичь не удалось у 3 пациентов из-за спаечного процесса и у 1 пациента из-за малигнизированного полипа. Лапаротомия с интраоперационной энтероскопией и полипэктомией выполнена у 2 пациентов. ДБЭ с полипэктомией под лапароскопическим контролем и лапароскопически-ассистированной резекцией участка тонкой кишки выполнена 2 пациентам. Всего удалено 89 полипов. Удаляли все образования размером более 10 мм. В 1 случае в послеоперационном периоде из ложа удалённого полипа возникло кровотечение, которое остановлено инъекционным способом. Контрольная ДБЭ выполнена 3 пациентам через 1 и 3 года – роста полипов не выявлено. При ДБЭ через 5 лет ещё у 1 пациента выявлены образования размером до 20 мм (№ 3), которые удалили во время энтероскопии.

**Выводы.** ДБЭ с полипэктомией является информативным и относительно безопасным методом диагностики и профилактического лечения тонкокишечной инвагинации у пациентов с полипами Пейтца-Еггерса. Однако её возможности ограничены у пациентов, ранее неоднократно оперированных, что требует проведения интраоперационных энтероскопий.

## **КТ-АНГИОГРАФИЯ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ**

Ладутько И. М.<sup>1</sup>, Хрыщанович В. Я.<sup>1</sup>, Юшкевич Д. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) – тяжелейшее заболевание, сопровождающееся высокой летальностью. В настоящее время основной проблемой является ранняя диагностика указанной патологии, еще до развития

некротических изменений стенки кишечника. Проводимые в последние десятилетия научные исследования свидетельствуют о том, что временной фактор является основным предиктором летальности. Использование нативной КТ и КТ-ангиографии (КТА) у пациентов с неотложной абдоминальной патологией не является методом выбора, однако ее использование для своевременной и ранней диагностики ОМИ крайне необходимо. Преимущество методики – простота ее выполнения, отсутствие противопоказаний, переносимость пациентами практически в любом состоянии. В отличие от стандартной ангиографии, которая связана с рядом нежелательных моментов, обусловленных пункцией крупной магистральной артерии, риском геморрагических осложнений, дороговизной, КТА менее инвазивная и агрессивная процедура, но, вместе с тем, так же эффективна в диагностике ОМИ.

**Цель:** изучить возможности нативной КТ и КТА у пациентов с подозрением на ОМИ, определить рентгенологические симптомы и их диагностическую ценность.

**Материал и методы.** В период с 2016 г. по 2017 г. был проведен ретроспективный анализ 38 медицинских карт пациентов с подозрением на ОМИ, находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г. Минска. После проведения нативной КТ и последующего внутривенного болюсного введения контрастного вещества выполнялась КТА. Анализ изображения проводился во фронтальной и сагиттальной проекциях с использованием ротации и объемной 3D реконструкции. Основной причиной отказа от выполнения КТА являлись высокие показатели мочевины и креатинина сыворотки крови, которые, как правило, были обусловлены некрозом кишечника.

**Результаты и обсуждение.** За два года КТА применена у 38 пациентов с клиническим и лабораторным подозрением на ОМИ. В 2016 г. было проведено 11 исследований, в 2017 г. – 25. Тромбоз ВБА выявлен у 11 пациентов (30,5%), все они были оперированы. Двое пациентов имели сочетание тромбоза ВБА с инфраренальной аневризмой брюшной аорты. Стеноз и окклюзия ВБА выявлены в 7 (19,4%) случаях. У двух пациентов была диагностирована окклюзия основного ствола ВБА. Однако за

счет развитой сети коллатералей и компенсации кровоснабжения, ишемических изменений стенки кишки не было. В результате оперативное вмешательство не потребовалось, пациент был выписан из стационара с диагнозом «Атеросклероз аорты, висцеральных ее ветвей, синдром хронической абдоминальной ишемии». Еще у одного пациента с субокклюзией ВБА на фоне редуцированного кровотока развился сегментарный некроз кишечника. В 10 (27,9%) случаях при КТА была диагностирована другая патология органов брюшной полости: дивертикулез толстой кишки (в 1 случае), фибринозно-язвенный колит с выраженным отеком стенки толстой кишки (в 1 случае, по данным колоноскопии). Острая кишечная непроходимость выявлена у 4 пациентов, которым выполнялась операция – адгезиолизис. У двух пациентов диагностирован инфаркт селезенки, а у одного – инфаркт почки вследствие тромбоза питающих артерий. В одном случае был установлен апостематозный пиелонефрит, в другом – свободный газ в брюшной полости без видимого источника. После проведения ФГДС была обнаружена прикрытая прободная язва 12-перстной кишки. В восьми (22,2%) случаях патологии висцеральных сосудов и другой патологии органов брюшной полости не выявлено. В итоге у 6 пациентов был диагностирован некроз стенки тонкой кишки, еще у шести – признаки ишемии кишечной стенки и у двух, несмотря на окклюзию основного ствола, удалось исключить ишемическое повреждение кишечника и провести коррекцию лечебной тактики. На основании собственных данных можно утверждать, что нативная КТ обладает скудной и недостаточно специфичной семиотикой и позволяет заподозрить ОМИ только в 30% исследований. КТА позволяет подтвердить или исключить ОМИ в 100% случаев, а в 36,8% оценить степень ишемических расстройств кишечной стенки.

Анализ выполненных КТА-изображений позволил выявить две группы признаков, указывающих на острую тромботическую или тромбоэмболическую окклюзию брыжеечных сосудов. К группе неспецифических признаков, позволяющих заподозрить ОМИ, относили свободный газ в портальной системе, газ в стенке

тонкой и толстой кишок, отек кишечной стенки и брыжейки кишечника, паралитический илеус. Косвенными признаками ОМИ считали наличие свободной жидкости в брюшной полости, сопутствующие инфаркты других внутренних органов, атеросклеротическое поражение абдоминальной аорты и ее ветвей, наличие аневризмы абдоминального отдела аорты и ее атерокальциноз. КТ-признаками острой окклюзии брыжеечных артерий при КТА являлись отсутствие контрастирования либо дефект контрастирования, тромботические массы в устье брыжеечной артерии и в ее ветвях. Вместе с тем необходимо отметить, что оценка результатов КТА во многом зависит от квалификации исследователя.

#### **Выводы:**

1. Высокие показатели чувствительности и специфичности при тромбозе и эмболии брыжеечных артерий (100%) КТА позволяют рекомендовать ее включение в диагностический алгоритм и считать основным методом диагностики у пациентов с ОМИ.

2. КТА позволяет подтвердить или исключить ОМИ, оценить степень ишемических расстройств кишечной стенки и выбрать правильную лечебную тактику. Кроме того, она позволяет выявить другие заболевания, которые могут симулировать острую хирургическую патологию.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Ладутько И. М.<sup>1</sup>, Хрыщанович В. Я.<sup>1</sup>, Юшкевич Д. В.<sup>2</sup>,  
Пищуленок А. Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Инородные тела (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – это предметы, которые поступили в органы пищеварительного тракта извне или образовались в самом