

- taktiki i anestezii, predoperacionnaya podgotovka [Myometomy in pregnancy and non-pregnancy: indication, the specific features of surgical policy and anesthesia, and preoperative preparation and rehabilitation] / S.N. Buyanova, L.S. Logutova // Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa [Russian obstetrician-gynecologists herald]. — 2013. — № 2. — S.95—96.
4. Phenotypic heterogeneity of rat arterial smooth muscle cell clones: implication soft he development of experimental

intimal thickening / M.L. Bochaton-Piallat, P. Ropraz, F. Gabbiani, G. Gabbiani // Arteriosclerosis Thrombosis Vascular Biology. — 1996. — Vol. 16. — P.815—820.

5. Platelet rich plasmas: growth factor content and roles in wound healing / J.P. Frechette, I. Martineau, G. Gagnon // J. Dent. Res. — 2005. — Vol. 84. — P.434—439.
6. Molecular aspects of myogenesis / J.P. Merlie, M. Buckingham, R.G. Whalen // Curr. Top. Dev. Biol. — 1977. — Vol. 11. — P.61.

© Р.К.Джорджикия, И.И.Вагизов, М.Н.Мухарьямов, 2014

УДК 616.131-005.755-089

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТЭЛА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**РОИН КОНДРАТЬЕВИЧ ДЖОРДЖИКИЯ**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел +7-987-296-51-72, e-mail: roink@mail.ru

**ИЛЬДАР ИЛЬГИЗОВИЧ ВАГИЗОВ**, зав. отделением кардиохирургии № 2 ГАУЗ «МКДЦ» Минздрава РТ, Казань, Россия

**МУРАТ НАИЛЕВИЧ МУХАРЬЯМОВ**, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач сердечно-сосудистый хирург отделения кардиохирургии № 2 ГАУЗ «МКДЦ» Минздрава РТ, Казань, Россия, тел. +7-917-263-58-41, e-mail: mukharyamov@yahoo.com

**Реферат.** Цель исследования — обобщить опыт хирургического лечения острой тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) и выявить его особенности. *Материал и методы.* Проведен ретроспективный анализ историй болезни 34 больных с острой ТЭЛА, оперированных в МКДЦ с 2006 по 2014 г. Мужчин было 16, женщин — 18. Возраст больных колебался от 22 до 76 лет (средний возраст — 54±15). Причиной ТЭЛА в 86% случаев служил тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента. Показанием к операции служили массивная (высокий риск смерти) ТЭЛА эмбологенного происхождения с нестабильной гемодинамикой, противопоказания к тромболитической терапии, безуспешность тромболитической терапии, наличие подвижных тромботических масс в правых отделах сердца. Операции проводились в условиях искусственного кровообращения (ИК). *Результаты.* Всем больным выполнена тромбозембоlectомия из ствола (6 случаев), ветвей ЛА (22), из правых камер сердца (3). Эмбоlectомия фрагментов опухоли произведена в 3 случаях. При дополнительном обнаружении «старых» тромбов эндартеректомия выполнялась в условиях кратковременного циркуляторного ареста. Продолжительность ИК составила (48±16) мин. В послеоперационном периоде у 7 больных потребовалась пролонгированная вентиляция легких (3—7 сут). Летальный исход наблюдался у 3 больных (8,8%). Перед выпиской систолическое давление в ЛА снизилось с (65±18) мм рт.ст до (34,6±12) мм рт.ст., нормализовались размеры правого желудочка. Наблюдение в течение 2—6 лет за пациентами (26) показало отсутствие признаков ЛГ (76%) или снижение давления в ЛА до субнормальных цифр (22,9%). Рецидив ТЭЛА наблюдался у 3 больных. *Выводы.* Хирургическое лечение острой ТЭЛА в условиях искусственного кровообращения сопровождается удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами.

**Ключевые слова:** острая тромбоземболия легочной артерии, легочная тромбэктомия, искусственное кровообращение.

## OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF THE ACUTE PULMONARY EMBOLISM WITH CARDIOPULMONARY BYPASS

**ROIN K. DZHORDZHICIYA**, M.D., Professor, Chief of Department of surgical diseases of SBEI HPE «Kazan State Medical University», Kazan, Russia, tel. +7-987-296-51-72, e-mail roink@mail.ru

**ILDAR I. VAGIZOV**, Chief of the cardiac surgery Department 2, ICDC, Kazan, Russia

**MURAT N. MUKHARYAMOV**, Ph. D., cardiovascular surgeon of Department of cardiac surgery, ICDC, Kazan, Russia, tel. 8-917-263-58-41, e-mail: mukharyamov@yahoo.com

**Abstract.** The aim of the study — evaluation of surgical treatment outcomes of the acute pulmonary embolism. *Methods.* 34 cases of surgical procedures for acute pulmonary embolism (APE) from 2006 till 2014 were retrospectively analyzed. Mean age was 54±15 (from 22 till 76 years). Male — 16. Iliac-femoral segment deep vein thrombosis was a etiologic factor in 86% of cases. Massive APE with hemodynamic compromise, contraindications or non-effective thrombolytic therapy or mobile floating thrombus in right heart chambers were considered as an indications for open surgical procedure. All procedures were conducted with cardiopulmonary bypass. *Results.* All patients underwent thrombectomy from pulmonary trunk (6 cases) left and right pulmonary arteries basin (22) or right heart chambers (3). In cases of «old» thrombus were revealed endarterectomy was performed with a short periods of intermittent circulatory arrest for proper visualization. The mean cardiopulmonary bypass time was 48±16. Prolonged ventilation period (4—7 days) was required in 7 cases. Postoperative mortality was 8,8% (3 cases). Pulmonary artery pressure was measured before discharged and was significantly decreased compared with the preoperative values (34,6±12) mmHg and (65±18) respectively.

Also decrease of right ventricle size and its function improvement were detected in all cases. Long term (2—6 years) follow up of 26 patients revealed the absence of pulmonary hypertension in a majority (76%) of study cohort. Recurrent pulmonary embolism was detected in 3 cases. *Conclusions:* surgical treatment of APE is associated with good early and long-term outcomes.

**Key words:** acute pulmonary embolism, pulmonary thrombectomy, cardiopulmonary bypass.

**Т**ромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — третий по распространенности вид патологии сердечно-сосудистой системы, приводящий к летальному исходу, после ишемической болезни сердца и инсульта. На долю ТЭЛА приходится 2,1—6,2% [3]. Распространенность заболевания составляет 0,5—2,0 на 1000 населения в год и увеличивается с возрастом, а также у стационарных больных [13]. Диагностика и лечение ТЭЛА представляет значительные трудности, так как заболевание в 59% случаев остается не распознанным при жизни [12]. Летальность среди пациентов без патогенетической терапии составляет 30% и более, при массивной тромбоэмболии — до 70%, а при своевременно начатой полнообъемной терапии — 2—10% [1, 11]. В настоящее время основным методом лечения острой ТЭЛА является тромболитическая терапия. Однако при противопоказаниях к данному методу или его неэффективности прибегают к экстренному хирургическому вмешательству [2, 10].

Первую успешную операцию при ТЭЛА произвел ученик Тренделенбурга М. Kirschner в 1924 г. Однако большинство операций из-за необходимости пережатия магистральных сосудов заканчивались неудачно. В дальнейшем, несмотря на совершенствование операционной техники, анестезиологического пособия, искусственного кровообращения, операции эмболэктомии из легочной артерии длительное время применялись довольно редко и сопровождалась высокой летальностью. Так, проанализировали 47 сообщений, в которых были приведены 1300 случаев оперативного лечения ТЭЛА с 1985 по 2006 г. [8]. Послеоперационная летальность составила 20%. По данным ассоциации японских торакальных хирургов, с 2000 до 2006 г. были оперированы 539 больных с летальностью 21,2% [6]. В последнее десятилетие частота операций несколько возросла и послеоперационная летальность снизилась до 6—8%. Намечилась тенденция к выполнению операций при стабильной гемодинамике, но при наличии дисфункции правого желудочка [5].

В Российских клинических рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (2009) сказано, что хирургическое лечение (эмболэктомия) показано в крайне тяжелых случаях: при критических расстройствах гемодинамики и массивном поражении легочных артерий, когда системная тромболитическая терапия либо невозможна, либо оказалась неэффективной, либо когда не остается времени для проявления эффекта фибринолитика. Поскольку речь идет о спасении жизни пациента, вмешательство может быть проведено в условиях любого хирургического стационара высококвалифицированными хирургами, прошедшими соответствующую подготовку и имеющими опыт подобных вмешательств. Лучшие результаты получают в спе-

циализированных кардиохирургических стационарах, где операция может быть проведена в условиях искусственного кровообращения.

По рекомендациям Европейского общества кардиологов (2014) хирургическое лечение острой ТЭЛА высокого риска показано при противопоказаниях к тромболитической терапии или ее неэффективности, а также наличии флотирующих тромботических масс в правых отделах сердца (класс рекомендаций I, уровень доказательности C). Возможно применение хирургического метода при промежуточной форме с высоким риском (т.е. угрозе развития декомпенсации кровообращения и/или правожелудочковой недостаточности) [10].

*Цель исследования* — обобщить опыт хирургического лечения острой тромбоэмболии легочной артерии и выявить его особенности.

**Материал и методы.** Мы провели ретроспективный анализ историй болезни больных с ТЭЛА, оперированных в условиях кардиохирургического отделения № 2 МКДЦ. С 2006 по 2014 г. по поводу ТЭЛА оперировано 62 пациента. По поводу острой ТЭЛА высокого риска оперировано 34 пациента. Мужчин было 16, женщин — 18. Возраст больных колебался от 22 до 76 лет. Причиной ТЭЛА в 86% случаев служил тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента. Пациенты доставлялись в клинику из лечебных учреждений г. Казани в экстренном порядке с установленным диагнозом (15 случаев) или с диагнозом «острый коронарный синдром» в отделение кардиореанимации (11 случаев), у 8 больных диагноз устанавливался в кардиохирургическом стационаре.

Алгоритм обследования включал экстренное проведение мультиспиральной компьютерной томографии, трансторакальной эхокардиографии, ультразвукового исследования венозных сосудов. При выявлении флотирующих тромбов в подвздошно-бедренном сегменте и дистальнее применялась установка кава-фильтра или тромбэктомия и перевязка поверхностной бедренной вены. В 9 случаях при установке кава-фильтра применялась ангиопульмонография.

Показанием к операции служили массивная (высокий риск смерти) ТЭЛА эмбологенного происхождения с нестабильной гемодинамикой, дисфункцией ПЖ и/или наличием ЛГ (давление в ЛА больше 60 мм рт.ст.), противопоказания к тромболитической терапии, безуспешность тромболитической терапии (3 случая), наличие подвижных тромботических масс в правом предсердии и/или правом желудочке (3 случая). Кава-фильтр устанавливался перед операцией у 19 больных.

Операции проводились из продольной стернотомии в условиях искусственного кровообращения: без пережатия аорты при проксимальном расположении эмболов (как правило, наиболее тяжелым боль-

ным) и с пережатием аорты и фармакохолодовой кардиоплегией при проксимальном и дистальном расположении тромбов. Вскрывали продольно ствол ЛА и под контролем зрения удаляли тромбы. Из правых долевых и сегментарных ветвей эмболэктомия проводилась из отдельного доступа в правой ветви (между аортой и верхней полую веной). Изучали особенности операции, продолжительность ИК, время ишемии, продолжительность ИВЛ, необходимость применения кардиотоников, динамику сатурации кислорода крови, давления в легочной артерии, послеоперационные осложнения.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Graph Pad Prism 5.00. Относительные значения представлены в виде процентов. Средние величины вариационных рядов представлены со значениями стандартного отклонения.

**Результаты и их обсуждение.** Тромбоэмболэктомия из ствола и ветвей ЛА выполнена у 6 больных, из ветвей ЛА — 22 больным, из правого предсердия, небольшого дефекта межпредсердной перегородки (парадоксальная эмболия) и ветвей легочной артерии — у 2, правого желудочка и легочной артерии — у 1 пациента. Эмболэктомия фрагментов опухоли из правых отделов сердца и легочной артерии выполнена у 3 больных. При проксимальной локализации эмболов в легочной артерии, в крайне тяжелом состоянии больных (часто пожилого возраста) в 11 случаях операция проводилась на работающем сердце, при вспомогательном кровообращении. В остальных случаях (23) удаление тромбов осуществлялось с пережатием аорты и фармакохолодовой кардиоплегией, что позволяло визуализировать эмболы долевых и сегментарных ветвей. В 7 случаях мы наряду со «свежими» тромбами встретили «старые», плотно фиксированные к стенкам легочной артерии эмболы (рецидивирующая ТЭЛА). Для их визуализации и тщательного удаления потребовалось охлаждение больных до 26°C и остановка кровообращения на 7—10 мин (гипотермический циркуляторный арест). Продолжительность ИК на работающем сердце составила (31,2±8,0) мин, при пережатии аорты — (58±16) мин, ишемии — (46±18) мин.

В послеоперационном периоде в кардиотонической поддержке в 1-е сут нуждались 27 больных (80%), на 2-е сут — 12 (35%), у 7 больных (20,6%) потребовалась пролонгированная искусственная вентиляция легких (3—7 сут).

Летальный исход наблюдался у 3 больных с острой массивной ТЭЛА (8,8%). Причинами неблагоприятных исходов служили: 1) нарастание гипоксии, дыхательной недостаточности (летальный исход на 22-е сут после операции); 2) профузное бронхиальное кровотечение во время операции; 3) острая правожелудочковая недостаточность в ближайшие часы после операции.

Продолжительность нахождения больных в стационаре составила (14,0±4,8) койко-дня. При выписке из стационара отсутствовала одышка, сатурация колебалась в пределах 98—100%. Систolicеское давление в ЛА составило (34,6±12) мм рт.ст. [при

исходном систolicеском давлении в ЛА (65±18) мм рт.ст.], по данным контрольной эхокардиографии нормализовались размеры правого желудочка. Всем больным после операции (начиная с 3—4 дня) назначался варфарин с достижением показателей МНО 2,5—3,0 перед выпиской.

Отдаленные результаты были изучены у 26 (84%) пациентов. Наблюдение в течение 2—6 лет за больными, оперированными по поводу острой ТЭЛА, показало отсутствие признаков легочной гипертензии (76%) или снижение давления в легочной артерии до субнормальных цифр (22,9%). Рецидив ТЭЛА наблюдался у 3 больных: у 1-й больной через 3 года на сроках беременности 30—32 нед (не соблюдала антикоагулянтный режим); у 2-й больной через 4 года с посттромбофлебитической болезнью (перестала принимать варфарин); у 3-й больной имелся антифосфолипидный синдром. Функциональный класс у 72% оперированных больных составлял не более I ФК, у 19% — II ФК, у 9% — III ФК (Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация).

#### **Выводы:**

1. Хирургическое лечение острой ТЭЛА показано больным с высоким риском летального исхода при: а) противопоказаниях к тромболитической терапии; б) безуспешности проведенной тромболитической терапии; в) наличии подвижных тромбов в правом предсердии и желудочке.

2. Хирургическое лечение острой ТЭЛА сопровождается удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами.

3. Для обеспечения полноценности вмешательства операцию следует выполнять в условиях искусственного кровообращения (по показаниям — на работающем сердце или в условиях фармакохолодовой кардиоплегии и интермиттирующего гипотермического циркуляторного ареста при необходимости).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кириенко, А.И. Тромбоэмболия легочных артерий: диагностика, лечение, профилактика / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин, Д.А. Чуриков // *Consilium medicum*. — 2001. — Т. 3, № 6. — С.224—228.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // *Флебология*. — 2010. — Т. 4, вып. 2, № 1. — С.19.
3. *Флебология* / под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
4. Фокин, А.А. Хирургическая профилактика и лечение тромбоэмболии легочных артерий / А.А. Фокин, В.П. Приходько, А.П. Медведев, В.В. Владимирский. — Челябинск, 2010. — 297 с.
5. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Respiratory Society (ERS) / S. Konstantinides, A. Torbicki, G. Agnelli [et al.] // *European heart journal*. — 2014. — № 283. — P.48.
6. Cardiac Biomarkers for Risk Stratification of Patients With Acute Pulmonary Embolism / N. Kucher, S.Z. Goldhaber // *Circulation*. — 2003. — Vol. 108. — P.2191—2194.



7. Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Pulmonary Thromboembolism and Deep Vein Thrombosis (JCS 2009) // *Circulation*. — 2011. — Vol. 75. — P.1258—1281.
8. Modern surgical treatment of massive pulmonary embolism: Results in 47 consecutive patients after rapid diagnosis and aggressive surgical approach / M. Leacche, D. Unic, S.Z. Goldhaber [et al.] // *J. Thoracic. Cardiovasc. Surg.* — 2005. — Vol. 129. — P.1018—1023.
9. Outcome of pulmonary embolectomy / P.D. Stein, M. Alnas, A. Beemath, N.R. Patel // *Am. J. Cardiol.* — 2007. — Vol. 99. — P.421—423.
10. Pulmonary Embolectomy for Acute Massive Pulmonary Embolism / C. Dauphine, B. Omari // *Ann. Thorac. surg.* — 2005. — Vol. 79. — P.1240—1244.
11. The clinical course of pulmonary embolism / J.L. Carson, M.A. Kelley, A. Duff [et al.] // *Engl. J. Med.* — 1992. — Vol. 326. — P.1240—1245.
12. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality / A.T. Cohen, G. Agnelli, F.A. Anderson [et al.] // *Thromb. Haemost.* — 2007. — Vol. 98(4). — P.756—764.
13. Venous thromboembolism according to age the impact of an aging population / P.D. Stein, R.D. Hull, F. Kayali [et al.] // *Arch. Intern. med.* — 2004. — Vol. 164(20). — P.2260—2265.
4. Fokin, A.A. Hirurgicheskaya profilaktika i lechenie tromboembolii legochnykh arterii [Surgical prophylaxis and treatment of pulmonary embolism] / A.A. Fokin, V.P. Prihod'ko, A.P. Medvedev, V.V. Vladimirovskii. — Chelyabinsk, 2010. — 297 s.
5. 014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Respiratory Society (ERS) / S. Konstantinides, A. Torbicki, G. Agnelli [et al.] // *European heart journal*. — 2014. — № 283. — P.48.
6. Cardiac Biomarkers for Risk Stratification of Patients With Acute Pulmonary Embolism / N. Kucher, S.Z. Goldhaber // *Circulation*. — 2003. — Vol. 108. — P.2191—2194.
7. Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Pulmonary Thromboembolism and Deep Vein Thrombosis (JCS 2009) // *Circulation*. — 2011. — Vol. 75. — P.1258—1281.
8. Modern surgical treatment of massive pulmonary embolism: Results in 47 consecutive patients after rapid diagnosis and aggressive surgical approach / M. Leacche, D. Unic, S.Z. Goldhaber [et al.] // *J. Thoracic. Cardiovasc. Surg.* — 2005. — Vol. 129. — P.1018—1023.
9. Outcome of pulmonary embolectomy / P.D. Stein, M. Alnas, A. Beemath, N.R. Patel // *Am. J. Cardiol.* — 2007. — Vol. 99. — P.421—423.
10. Pulmonary Embolectomy for Acute Massive Pulmonary Embolism / C. Dauphine, B. Omari // *Ann. Thorac. surg.* — 2005. — Vol. 79. — P.1240—1244.
11. The clinical course of pulmonary embolism / J.L. Carson, M.A. Kelley, A. Duff [et al.] // *Engl. J. Med.* — 1992. — Vol. 326. — P.1240—1245.
12. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality / A.T. Cohen, G. Agnelli, F.A. Anderson [et al.] // *Thromb. Haemost.* — 2007. — Vol. 98(4). — P.756—764.
13. Venous thromboembolism according to age the impact of an aging population / P.D. Stein, R.D. Hull, F. Kayali [et al.] // *Arch. Intern. med.* — 2004. — Vol. 164(20). — P.2260—2265.

## REFERENCE

1. Kirienko, A.I. Tromboemboliya legochnykh arterii: diagnostika, lechenie, profilaktika [Pulmonary embolism: diagnostics, treatment and prophylaxis] / A.I. Kirienko, A.A. Matyushenko, V.V. Andriyashkin, D.A. CHurikov // *Consilium medicum*. — 2001. — T. 3, № 6. — S.224—228.
2. Rossiiskie klinicheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike venoznykh tromboembolicheskikh oslozhenii [Russian clinical recommendations for diagnosis, treatment and prophylaxis of venous thromboembolic complications] // *Flebologiya*. — 2010. — T. 4, vyp. 2, № 1. — S.19.
3. Flebologiya [Phlebology] / pod red. V.S. Savel'eva. — M.: Medicina, 2001. — 664 s.

© С.В. Доброквашин, Д.Е. Волков, А.Г. Измайлов, 2014

УДК 616.383-005.4-089

## РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**СЕРГЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ДОБРОКВАШИН**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

**ДМИТРИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ВОЛКОВ**, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

**АЛЕКСАНДР ГЕННАДЬЕВИЧ ИЗМАЙЛОВ**, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: izmailov\_alex@mail.ru

**Реферат. Материал и методы.** За последние 15 лет под нашим наблюдением находился 61 (100%) пациент с острой окклюзией мезентериальных сосудов. Среди них более 32 (52,5%) — мужчины и 29 (47,5%) женщин. У всех больных имелись сопутствующие заболевания: различные формы нарушения сердечного ритма — у 46 (75%) пациентов, гипертоническая болезнь — у 51 (83,6%) больного, последствия нарушения мозгового кровообращения наблюдали у 15 (24,5%), 14 пациентов (22,9%) ранее перенесли острый инфаркт миокарда. Все пациенты оперированы. **Результаты и их обсуждение.** Всем больным с подозрением на мезентериальную окклюзию была выполнена диагностическая видеолaparоскопия. У 15 (24,5%) пациентов в связи с отсутствием признаков катастрофы в брюшной полости вмешательство ограничилось осмотром органов брюшной полости видеолaparоскопом с последующим контрольным дренированием брюшной полости, а указанные случаи рас-