

большого сальника с некрозом, деструктивный аппендицит с распространенным гнойным перитонитом, инфильтрат и абсцесс правого фаланга брюшной полости, торако-абдоминальное ранение с повреждение селезенки, разрыв печени. Средняя продолжительность операции составила $20,0 \pm 5,8$ мин, срок госпитализации (при отсутствии дальнейших вмешательств) – $5,1 \pm 3,36$ к/дней. Осложнений, возникших вследствие диагностического вмешательства, выявлено не было. Санационная лапароскопия была проведена у 10 пациентов с диагнозом некротический панкреатит, ферментативный перитонит. Выполнялась эвакуация из брюшной полости ферментативного выпота, установка дренажей, чрескожная чреспеченочная холецистостомия по показаниям. Продолжительность операции в среднем составила $38,0 \pm 6,1$ мин. Осложнений, связанных с непосредственным выполнением операции не отмечено. Разделение спаек выполнялось у 5 пациентов со спаечной кишечной непроходимостью. У всех пациентов в анамнезе было оперативное вмешательство на органах брюшной полости. Средняя продолжительность операции составила $40,3 \pm 8,6$ мин, осложнений не отмечено. Ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки было выполнено у 8 пациентов. Ушивание язвы выполнялось узловыми интракорпоральными швами с укрытием язвы большим сальником. Среднее время операции составляло $40,0 \pm 5,12$ мин, а продолжительность нахождения в стационаре – $5,7 \pm 4,4$ к/дней. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. При исследовании качества жизни методом анкетирования, выяснилось, что у больных оперированных лапароскопическим способом, болевой синдром в первые 2-е суток после операции носил умеренный характер и купировался внутримышечным введением анальгетиков. Он имел тенденцию к убыванию и практически полностью купировался к концу 3-х суток послеоперационного периода.

Выводы. Видеолапароскопические вмешательства являются высокоэффективными, не травматичными и безопасными способами хирургического лечения ургентных заболеваний органов брюшной полости. Их применение позволяет уменьшить выраженность болевой синдром, длительность пребывания в стационаре и улучшить качество жизни пациента в раннем послеоперационном периоде.

3. Одновременная перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинический случай

Армашов В.П., Мастеров А.С., Павленко В.В., Горский В.А., Сидоров В.А.
Москва

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»

Актуальность проблемы. Одновременная перфорация двух хронических язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является достаточно редким явлением. Ниже представлен случай сочетанной перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Описание клинического случая. Больная А., 51 года, поступила в приемное отделение в состоянии средней тяжести с жалобами на боли в животе через 3 часа от момента начала заболевания. Язвенный анамнез не прослеживался, операции на органах брюшной полости не проводились. Что касается хронических заболеваний, то ранее, пациентке был выставлен диагноз метастатического поражения головного мозга. Из медикаментозных препаратов больная постоянно получала дексаметазон и карбамазепин. На момент поступления пациентка была несколько дезориентирована и агрессивно настроена по отношению к персоналу и предстоящему лечению. При осмотре гипертеннического телосложения, повышенного питания, самостоятельно передвигается с трудом. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела $37,10^{\circ}\text{C}$. Дыхание свободное, грудная клетка участвует в дыхании, ее подвижность несколько ограничена из-за болей в животе, аускультативно дыхание везикулярное, несколько

ослабленное в нижних отделах. Частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, патологических шумов не выявлено. Артериальное давление 140/100 мм рт. ст., ЧСС 80 ударов в минуту. Язык сухой, обложен налетом белого цвета. Живот умеренно напряженный и болезненный в эпигастрии, подреберных областях с обеих сторон. Также отмечено напряжение мышц брюшной стенки в вышеуказанных зонах. Печеночная тупость не определялась. Перитонеальные симптомы были сомнительные, перистальтика практически не выслушивалась. Стула не было около 5 суток, газы отходили вяло. При осмотре *per gestum* патологических изменений выявлено не было. Отмечено наличие лабораторных признаков воспаления, повышение уровня сахара крови до 9,1 ммоль/л. При рентгенографии были выявлены признаки наличия свободного газа под куполами диафрагмы. С предварительным диагнозом перфорация полого органа после предоперационной подготовки пациентка была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. В верхнем этаже брюшной полости выявлена мутная жидкость с примесью желчи, имелись наложения фибрина. Ободочная кишка практически на всем протяжении заполнена плотными каловыми массами. После разделения рыхлого инфильтрата под левой долей печени по передней стенке и большой кривизне дуодени двенадцатиперстной кишки выявлена язва до 11 мм в диаметре с перфорационным отверстием до 8 мм. При дальнейшей ревизии в антральном отделе желудка по передней стенке ближе к малой кривизне на 1,5 см выше привратника (на расстоянии около 3 см от предыдущей язвы) выявлена вторая язва размером 20 на 22 мм с перфорационным отверстием до 10 мм в диаметре. Край обеих язв плотной консистенции. Признаков стенозирования выходного отдела желудка не отмечено. Из краев язв взят материал для морфологического исследования. Перфорации были ушиты двухрядными швами, брюшная полость осушена, в правое подпеченочное пространство и малый таз установлены дренажи. Во время проведения операции отмечались эпизоды выраженной гипотонии. Стабилизация артериального давления достигнута проведением инфузии и вазопрессорной терапией. После выполнения операции пациентка находилась в отделении реанимации, где проводилась искусственная вентиляция легких, комплексная интенсивная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния, стимуляцию моторики, поддержку сердечной деятельности. Состояние оставалось тяжелым. Через 14 часов после окончания операции на фоне стабильно тяжелого состояния у больной наступила остановка сердечной деятельности. Проведенные в полном объеме реанимационные мероприятия оказались неэффективными, была констатирована биологическая смерть. По результатам аутопсии основной причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность. При морфологическом исследовании материал из краев язвенных дефектов был представлен тканями стенки желудка и двенадцатиперстной кишки с явлениями хронического воспаления, опухоль головного мозга представляла собой менингиому.

Выводы. Представленный клинический случай представляет большой интерес, так как одновременные перфорации хронических язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта встречаются крайне редко. Согласно литературным данным, в ряде случаев подобные множественные перфорации могут возникать в пациентах, имеющих онкологические заболевания и получающих специфическое лечение. Не исключено, что возникновению данной ситуации способствовала проводимая гормонотерапия.

4. Малоинвазивные методы в лечении острой гнойной деструкции легких

Колкин Я.Г.¹, Хацко В.В.¹, Дудин А.М.¹, Вегнер Д.В.¹, Ступаченко О.Н.², Лобанов Е.В.², Филахтов Д.П.²
Донецк, ДНР

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»