

4. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого перитонита гнойного перитонита / Н.С. Макоха. – М.: Медицина, 1967. – 45 с.
5. Карасёва О.В. Лечение аппендикулярного перитонита у детей/ О.В.Карасёва, Л. М. Рошаль, А.Б. Брянцев [и др.] // Детская хирургия. – 2007. - №3. – С. 23-27.
6. Гисак С.Н. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей / С. Н. Гисак // Детская хирургия. – 2017. – Т 21, №4. – С.- 123.
- 7 Диагностика и лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / К.Т. Турсунов, А.К. Ормантаев, Д.Б. Рузиддинов [и др.] // Российский вестник детской хирургии и анестезиологии.-2014.-Т. 4, №2. – С. 37-40.
- 8 Этапная диагностика и лечебная тактика при хирургических заболеваниях детского возраста /В. Ф. Доронин, Ю. М. Вереютин, С. В. Минаев [и др]: Учебно-методическое пособие. – Ставрополь: Изд. СтГМА, 2003. – 131 с.
9. Тараканов В.А. Принципы комплексного лечения детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / В.А. Тараканов, И.В. Нестеров, А.Н. Луняка // Детская хирургия. – 1998. - №2. – С. 15-18.
10. Генералов А.И. О дренировании брюшной полости у детей при аппендикулярном перитоните. Вопросы охраны материнства и детства. 1977; 12: 16-22.
11. Брожник В.Н. Оптимизация комплексного лечения местного перитонита аппендикулярного генеза у детей//Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук, Донецк, 2001. 27 с.
12. Буянов В.М. Комплексное лечение острого разлитого перитонита /В.М. Буянов, Т.И. Ахметели, Н.Б. Ломидзе //Хирургия. 1997. -№8. – С. 4-8.
13. Prince M.R., Naase G.M., Sartorelli K.H. et al. Iervstive man cons Recurrent appendicitis after intia Gement of appendiceal abscess, J. Pediatr. Surg. 1996. Voi. 31. No. 2. P. 291 – 294.
14. Mikulicz G. Uber die Anwenduhg der Antisepsis bie Laparotomien, mit besonderer Rucksicht auf die Drainage der Poritonealhole / G.Mikulicz // Arch. Klin. Chir. – 1881. – Bd. 26. - №1. – P. 111-150.

УДК 616.34-007.251

Павлова В.Н., Амарантов Д.Г., Заривчацкий М.Ф., Шубина С.С., Тимшина Д.И., Пономарева Д.Н., Попов Ю.А., Оревков Е.Б., Стринкевич А.В., Алиева Э.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ТОЩЕЙ И ПОДВЗДОШНОЙ КИШОК

Кафедра факультетской хирургии №2

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера

Пермь, Российская Федерация

**Pavlova V.N., Amarantov D.G., Zarivchatsky M.F., Shubina S.S., Timshina D.I.,
Ponomareva D.N., Popov Yu.A., Borovkov E.B., Strinkevich A.V., Alieva E.S.
FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE PERFORATIONS OF THE
JEJUNUM AND ILEUM**

Department of Faculty Surgery № 2
Perm State Medical University n.a. acad. E. A. Vagner
Perm, Russian Federation

E-mail: var.pawlowa2013@yandex.ru

Аннотация. В статье проанализированы возрастные и гендерные особенности больных с перфорацией тощей и подвздошной кишок. Изучены сроки образования перфорации, проанализированы данные клиники и результаты лабораторных показателей в день выполнения первичной операции.

Annotation. The article analyzes the age and gender characteristics of patients with perforation of the jejunum and ileum. The terms of perforation formation were studied, the data of the clinic and the results of laboratory parameters on the day of the primary operation were analyzed.

Ключевые слова: перфорация, тощая кишка, подвздошная кишка.

Key words: perforation, jejunum, ileum.

Введение

Перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки являются широко распространенной хирургической патологией [1, 2, 5]. Намного реже встречаются перфорации тощей и подвздошной кишок [3]. Тактика лечения перфоративных язв тощей и подвздошной кишок на сегодняшний момент времени не описаны досконально, ввиду редкости данной патологии [3].

Перфорации тощей и подвздошной кишки могут быть как самостоятельным заболеванием, так и осложнять послеоперационный период других абдоминальных операций [4, 6].

Цель исследования – изучение клинки, прогнозирования и профилактики перфораций тощей и подвздошной кишок.

Материалы и методы исследования

В исследовании представлены данные лечения 16 пациентов с перфоративными язвами тощей или подвздошной кишки. Все больные проходили лечение в хирургическом отделении ГБУЗ ПК "Пермская краевая клиническая больница". Анализировались результаты клинического, инструментального и патологоанатомического обследования. Критерии включения – наличие перфорации тощей или подвздошной кишок, возраст пациентов >14 лет. Критерии исключения - туберкулезный характер

перфорации, перфорация вследствие некроза, вызванного окклюзией мезентериальных сосудов.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 16 исследуемых мужчин – 10 человек (62,5%), женщин – 6 человек (37,5%). Наибольшее количество больных было в возрасте 51-60 лет – 7 человек (43,75%), больных >70 лет – 5 человек (31,25%). Средний возраст женщин – $58,2 \pm 8,1$ лет, средний возраст мужчин – $64,8 \pm 9,5$ лет.

У 9 пациентов (56,25%) перфорации локализовались в тощей, а у 7 (43,5%) в подвздошной кишке.

У 93,8% пациентов (15 человек) перфорации возникали как послеоперационные осложнения других абдоминальных операций.

Перфорация была осложнением течения послеоперационного периода у 6 больных (40%) с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, у 2 (13,33%) с перфоративной язвой желудка, у 1 (6,67%) после перенесенной тупой травмы живота с разрывом брыжейки и некрозом сегмента тонкой кишки, у 1 (6,67%) с ущемленной паховой грыжей и некрозом сегмента подвздошной кишки, у 2 (13,33%) с острой кишечной непроходимостью вызванной аденокарциномой ободочной кишки, у 1 (6,67%) с острой тонкокишечной непроходимостью на фоне метастатического поражения парааортальных лимфоузлов с обтурацией тонкой кишки.

Таким образом, послеоперационная перфорация в 66,67% случаев случилась после операций по поводу различных видов острой кишечной непроходимости.

По срокам образования перфорации после первичной операции 2 случая (13,33%) пришлось на 1, 2, 6 и 7 сутки послеоперационного периода, 1 (6,67%) случай на 8 и 9 сутки послеоперационного периода. Наиболее часто (у 6 пациентов (40%)) перфорации случались на 4 сутки послеоперационного периода.

Произведен анализ характеристик брюшной полости в соответствии с классификацией Ю.М. Лопухина и В.С. Савельева с целью прогнозирования перфораций. В результате у 86,67% пациентов наблюдались явления перитонита как серозного (26,66%), так и фибринозного (26,66%) и гнойного перитонита (33,33%).

Также оценивали состояние тощей и подвздошной кишки в области будущей перфорации, по результатам описаний, приведенных в протоколах первичных операций. У 86,67% пациентов наблюдалось расширение диаметра тощей и подвздошной кишок. Перфорации с равной частотой наблюдались как при расширении кишки до полутора, так и до трех диаметров. У 66,67% больных описывалась тусклая брюшина, у 73,33% истонченная кишечная стенка.

Анализируя данные лабораторных исследований, проведенных в день выполнения первичной операции, выявлено у 8 больных (53,33%) уровень лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9$ /л, у 7 (46,67%) лейкоцитоз $>10 \times 10^9$ /л. Гемоглобин в пределах нормальных значений у 2 пациентов (13,33%), 100-120 г/л наблюдали

у 12 (80%), у одного – 98 г/л. У абсолютно всех больных наблюдали лейкоцитарный сдвиг влево: 2 больных (13,33%) сдвиг влево до юных форм, у 9 (60%) палочкоядерный сдвиг влево и у 4 (26,67%) сегментоядерный сдвиг влево. Мочевина в пределах нормы у 13 больных (86,67%), выше нормы у 2 пациентов (13,33%). Креатинин в пределах нормы у 14 больных (93,33%), выше нормы у 1 пациента (6,66%). Показатели билирубина в пределах нормальных значений у абсолютно всех исследуемых.

Оценка клинических данных производилась по уровню частоты сердечных сокращений в покое, уровню артериального давления и температуры тела. В результате: частота сердечных сокращений в норме у 33% пациентов, у 5 (33,33%) в пределах 81-100 ударов в минуту, еще у 5 (33,33%) тахикардия с частотой сердечных сокращений 101-120 ударов в минуту. Пониженное артериальное давление у 8 больных (53,33%), при этом у 3 пациентов (20%) отмечали значительную артериальную гипертензию с систолическим артериальным давлением ниже 90 мм.рт.ст. У 4 больных (26,67%) артериальное давление в пределах нормы и у 3 (20%) значительная артериальная гипертензия (180-210 мм.рт.ст). Субфебрильная температура тела у 7 пациентов (46,66%), у 6 (40%) в пределах нормы. Лишь у 2 больных (13,33%) температура тела поднялась до фебрильных цифр.

Выводы

Перфорации тощей и подвздошной кишки наиболее часто являются осложнением других абдоминальных операций. В группу риска по развитию перфорации тощей и подвздошной кишки следует включать пациентов с признаками кишечной непроходимости, перитонита, расширенным диаметром тонкой кишки, с утонченной кишечной стенкой, покрытой тусклой брюшиной.

Список литературы:

1. Сорока А.К. Рациональная диагностика и варианты лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц молодого возраста // Эндоскопическая хирургия. 2013. - Т. 19. - № 3. - С. 3-7.
2. Крючкова Н.В., Хилько А.О., Скрипцова С.А. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв в свете непосредственных и отдаленных результатов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3. - № 2. - С. 59.
3. Степанян А.Т. Перфорация острой язвы тонкой кишки – предиктор неблагоприятного исхода // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2014. - Т. 4. - № 8. - С. 994.
4. Лубянский В.Г., Жариков А.Н. Хирургическая тактика у больных с послеоперационным распространенным перитонитом, связанным с перфорацией тонкой кишки // Инфекции в хирургии - 2010. - Т.8. - № 4. С. 64-67.
5. Kaplan A., Schwarzfuchs D., Zeldetz V., Liu J. Acute Miocardial infarction with Simultaneous Gastric Perforation // Clin. Pract. Cases. Emerg. Med. – 2017. - May 9;1(3) - P. 179-182.
6. Febres-Aldana C.A., Castellano-Sanchez A.A., Alexis J. Spontaneous perforation of small intestine followed by rupture of the cystic artery: the natural

history of Vascular Ehlers-Danlos Syndrome // Autops Case Rep. - 2019. - № 17;9(1).
- P. e2018054.

УДК 616.37-089.87

**Павлова В.Н., Амарантов Д.Г., Кольшова Е.В., Гудков О.С.,
Журавлев О.С., Оревков Е.Б., Стринкевич А.В., Алиева Э.С.
МЕТОД ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ
РЕЗЕКЦИИ**

Кафедра факультетской хирургии №2
Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.
Вагнера
Пермь, Российская Федерация

**Pavlova V. N., Amarantov D. G., Kolysheva E. V., Gudkov O. S.,
Zhuravlev O. S., Orevkov E. B., Strinkevich A.V., E. S. Alieva
THE METHOD OF CROSSING THE PANCREAS DURING RESECTION**
Department of Faculty Surgery № 2
Perm State Medical University n.a. acad. E. A. Vagner
Perm, Russian Federation

E-mail: var.pawlowa2013@yandex.ru

Аннотация. в результате исследования был создан собственный уникальный метод пересечения поджелудочной железы.

Annotation. As a result of the study, a unique method of crossing the pancreas was created.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатодуоденальная резекция.

Key words: pancreas, pancreatoduodenal resection.

Введение

Поджелудочная железа - крупная железа, железа двойной функции: внешнесекреторной и внутрисекреторной. Она продуцирует инсулин, глюкагон, панкреатический сок, соматостатин, панкреатический полипептид. Поэтому при злокачественных, а тем более доброкачественных новообразованиях поджелудочной железы выполняется ее резекция, а не полное удаление железы [1, 2, 3]. В зависимости от места поражения могут быть резецированы тело и хвост поджелудочной железы, но наиболее технически трудной является резекция головки железы [1, 2, 3].

Головку поджелудочной железы удаляют в процессе выполнения панкреатодуоденальной резекции вместе с удалением двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, общего желчного протока, регионарных