

## Динамика показателей коагулограммы во 2-й группе исследования

Показатели	Исходные	1-е сутки	7-е сутки	1 мес.
Протромбиновое время (ПВ)	13,4 сек.	15,9 сек.	14,1 сек.	36 сек.
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	18,7 сек.	42,6 сек.	38,7 сек.	32 сек.
Международное нормализованное отношение (МНО)	0,9	1,2	1,0	2,4
Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК)	8,6 мг/100 мл	12,3 мг/100 мл	12,8 мг/100 мл	9,2 мг/100 мл
D-димеры	0,35 мг/мл	0,49 мг/мл	0,69 мг/мл	0,63 мг/мл
Фибриноген	7,1 г/л	10,5 г/л	9,9 г/л	8,6 г/л
Антитромбин III	79%	76%	76%	61%
Агрегация тромбоцитов (степень АДФ-индуцированной агрегации)	79,2%	77,9%	78,5%	69,0%

перед активизацией пациента. Флотация обнаружена у 9 пациентов из 11 (81%), которым выполнена тромбэктомия с пликацией бедренной вены.

Клинических проявлений ТЭЛА не было ни у одного пациента. Однако при спиральной КТ с ангиографической поддержкой выявлена ТЭЛА сегментарных ветвей у одного пациента. Фатальных и больших кровотечений на фоне антикоагулянтной терапии в первой исследуемой группе не выявлено.

У 9 пациентов (14,2%) в первой группе и 8 больных (12,6%) во второй выявлены признаки малых кровотечений (экхимозы на коже) в период применения НМГ. В первой группе при приеме дабигатрана выявлены признаки малых кровотечений у 7 пациентов (11%), больших кровотечений не отмечалось. Во второй группе во время приема варфарина возникли 4 массивных желудочно-кишечных кровотечения и 2 случая макрогематурии (6,5%), малые признаки кровотечений у 18 пациентов (28,6%).

### Обсуждение

Данное наблюдение показывает, что профилактика ВТЭО помогает снизить тромботические осложнения в послеоперационном периоде, а настороженность в отношении последних – диагностировать на раннем этапе и предотвратить такие грозные осложнения, как ТЭЛА.

Применение новых пероральных антикоагулянтов снижает риск возникновения геморрагических ослож-

нений при сопоставимой эффективности профилактики венозного тромбоза.

Таким образом, адекватная антикоагулянтная терапия показана при всех стадиях опухолевого процесса и должна сопровождать оперативные вмешательства и послеоперационный период.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Балуда В. П. Претромботическое состояние, тромбоз и его профилактика. – Москва, 1999. – 297 с.
2. Бокарев И. Н. Венозный тромбоземболизм и тромбоземболия легочной артерии. – Москва, 2005. – 205 с.
3. Макацария А. Д. Тромбоземоррагические осложнения в акушерско-гинекологической практике. – Москва, 2011. – 1050 с.
4. Покровский А. В. Клиническая ангиология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 488 с.
5. Шилов А. М. Тромбоземболия ветвей легочной артерии: лечение, патофизиология, клиника, диагностика, лечение // РМЖ. – 2003. – № 11. – С. 45–51.
6. Agnelli G. Prevention of VTE after neurosurgery // *Thromb haemost.* – 1999. – № 82. – P. 925–930.
7. Bochan J. S. Thrombolysis for submassive pulmonary embolism // *J. watch. emergency. med.* – 2002. – № 26. – P. 324–330.
8. Lyman G. Рекомендации American society of clinical oncology по профилактике и лечению тромбозов вен и тромбоземболий у онкологических больных // *Journal of clinical oncology.* – 2007. – № 25. – P. 24.

Поступила 27.03.2013

В. Г. ЛУБЯНСКИЙ<sup>1</sup>, Н. Б. ОМАРОВ<sup>2</sup>

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Россия, 656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1. Тел. 8 3852 68-96-74. E-mail: lvg51@mail.ru;  
<sup>2</sup>кафедра интернатуры по хирургии государственного медицинского университета, Республика Казахстан, 671400, г. Семей, ул. Абая, 103. E-mail: omarov.n83@mail.ru

Исследование основано на изучении результатов оперативного лечения 94 больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки, которые находились в клинике госпитальной хирургии с 2000 по 2011 год. Способ заключался в применении лапароскопии, санации, иссечении перфоративных язв, дуоденопластики и дренировании брюшной полости. Мини-доступ имеет ряд преимуществ: можно тщательно сделать ревизию задней стенки двенадцатиперстной кишки с целью исключения существования язвы для удаления воспалительного вала вокруг язвы. Это создает условия для лучшего заживления раны двенадцатиперстной кишки. Послеоперационные осложнения развились у 5 (4%) больных: нагноение раны –

1 (0,8%), дисфагия – 2 (1,5%), гастростаз – 1 (0,8%), острый панкреатит – 1 (0,8%). Оценка отдаленных клинических результатов после лапароскопии, иссечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, дуоденопластики из мини-доступа прослежена у 9 пациентов. Отличные и хорошие результаты получены у 93 (93,3%), удовлетворительные – у 1 (6,6%) человека.

*Ключевые слова:* язва двенадцатиперстной кишки, дуоденопластика, видеолапароскопия.

**V. G. LUBYANSKY<sup>1</sup>, N. B. OMAROV<sup>2</sup>**

## EFFICIENCY MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGERY PERFORATED DUODENAL ULCER

<sup>1</sup>*The hospital surgery department Altai state medical university,  
Russia, 656024, Barnaul, Lyapidevsky str., 1. Tel. 8 3852 68-96-74. E-mail: lvg51@mail.ru;*

<sup>2</sup>*hospital surgery department state medical university,  
Kazakhstan, 671400, Semey, Abai, str., 1. E-mail: omarov.n83@mail.ru*

Research is based on studying of results of operative treatment of 94 patients with a perforative ulcer of duodenum which were in clinic of hospital surgery from 2000 for 2011. The way applied by us a laparoscopy, sanitation, an excision of a perforative ulcer, duodenoplastic and a drainage of an abdominal cavity from mini access has a number of advantages in comparison with an ulcer take in: it is possible to examine carefully a back wall of duodenum, on purpose an exception ulcer existence on a back wall; to eliminate duodenum stenosis; to remove the inflamed shaft round an ulcer that creates conditions for the best healing of a wound of duodenum. Postoperative complications developed at 5 (4%) patients: suppuration of a wound – 1 (0,8%), dysphagy – 2 (1,5%), gastrostaz – 1 (0,8%), acute pancreatitis – 1 (0,8%). An assessment of the remote clinical results after a laparoscopy, excision of a perforative ulcer of duodenum, duodenoplastic from mini access are tracked at 9 patients. Excellent and good results are received in 93 (93,3%), satisfactory – 1 (6,6%).

*Key words:* duodenal ulcer, duodenoplasty, videolaparoscopy.

### Введение

Заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у взрослого населения составляет 3–15%, а у 5–15% больных течение болезни осложняется перфорацией язвы [1, 2, 16, 17]. Обращает внимание молодой возраст пациентов – 34–39 лет, что обуславливает значимость скорейшей социально-трудовой реабилитации. В настоящее время существует несколько способов хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки: ушивание перфоративного отверстия; иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией, а также различные виды резекции желудка [3, 4, 5, 6]. Сочетание современных противовоспалительных, антацидных и обволакивающих препаратов, эффективно снижающих кислотность желудочного сока, оказывающих протективное действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, позволяет считать операцией выбора ушивание перфоративного отверстия [7, 8, 9]. Однако даже после такого минимального по объему вмешательства отмечаются послеоперационные осложнения: стеноз выходного отдела желудка – в 1,9% случаев, несостоятельность швов в 2,8%, гнойные осложнения в брюшной полости – в 3,7–4,6%, нагноение лапаротомной раны – в 6,5%, эвентрация – в 2,8% [10, 11, 12]. В последние годы от 60% до 80% перфоративных язв ушивают видеолапароскопическим способом, что позволило избежать этих осложнений. Однако до сих пор не существует единой позиции по поводу показаний и техники выполнения лапароскопического ушивания [13, 14, 15]. Таким образом, отсутствие единства взглядов хирургов на выбор операционного доступа и метода ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки обуславливает необходимость стандартизировать тактику.

Целью исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки.

### Материалы и методы исследования

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 59 больных с перфоративной

язвой двенадцатиперстной кишки, находившихся в клинике госпитальной хирургии г. Семипалатинска и госпитальной хирургии АГМУ на базе городской больницы № 1. Основную массу – 52 (91%) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количества больных мужчин было 55 (95%), женщин – 4 (5%). Средний возраст составил 42 года. Период от перфорации до поступления в стационар колебался от 60 мин до 1,5 суток (в среднем 3,4 ч). У 57,1% больных при поступлении в стационар имелась типичная клиническая картина перфорации полого органа, что позволило установить показания к хирургическому лечению без дополнительного инструментального обследования.

Всем пациентам выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, позволившее выявить свободный газ в брюшной полости в 52,19% случаев, что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и являлось показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В отсутствие свободного газа в брюшной полости и при сомнительной клинической картине следующим этапом в диагностической программе выполняли ФГДС, позволяющую выявить локализацию язвенного дефекта, признаки перфорации и сопутствующие осложнения. Наряду с этим всем больным выполнены клинические и биохимические анализы крови в динамике. В отдаленные сроки результаты оценивались по шкале Визик. Всем больным выполнялись эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноскопия пищевода и желудка.

Признаки перфорации были обнаружены у 16 (23,4%) больных, у 18 (30,0%) выявлены различные сопутствующие заболевания. Перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни у 30 (60,0%), наступила на фоне обострения заболевания у 40 (69,0%), в период клинической ремиссии – у 19 (31,0%) больных. При этом 4 (8,5%) больных доставлены с повторной перфорацией, а в 5 наблюдениях (6,0%) перфорация язвы сочеталась с кровотечением из нее. Инсуффляция газа в желудок приводила к появлению пневмоперитонеума даже при прикрытых перфорациях.

При повторном рентгенологическом исследовании после ФГДС свободный газ был выявлен у 98,7% пациентов. Стертая клиническая картина (выраженный болевой синдром, наличие язвенного дефекта по данным ЭГДС, отсутствие пневмоперитонеума после ФГДС) отмечена у 11 (19,9%) больных. В этих случаях наиболее эффективным диагностическим методом являлась видеолапароскопия, позволившая с минимальной травматичностью выявить перфоративное отверстие и определить показания к хирургическому лечению.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач: ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни, малая травматизация. При исследовании области перфорации язвы после видеолапароскопии выявлены следующие морфологические изменения: сочетания перфорации с дуоденальным стенозом – 20 (34,1%) больных, с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы – 13 (21,4%), прикрытая перфорация – 6 (10%).

Все больные были разделены на две группы. Первую составили 28 (47,4%) больных, у которых предприняты видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК. Вторую составил 31 (52,6%) больной, которым проводились видеолапароскопия, санация из малого доступа с иссечением язвы ДПК, с выполнением дуоденопластики. Использовали следующую схему расположения хирургической бригады: оперирующий хирург и ассистент стоят на стороне, противоположной расположению патологического очага, слева от больного. Видеолапароскопическая стойка (монитор) находилась перед хирургом справа от больного. Наличие второго монитора облегчало взаимодействие оперирующего хирурга и ассистента. Троякары с инструментами вводили в следующие точки: параумбиликально – 10-миллиметровый, правое подреберье – 5-миллиметровый, левое подреберье – 10-миллиметровый, правая подвздошная область 5-миллиметровый. Лапароскоп традиционно вводили через троакар, расположенный параумбиликально. После введения первого троакара оценивали состояние брюшной полости и принимали решение о целесообразности продолжения лапароскопического вмешательства.

У больных второй группы после видеолапароскопии и санации в правом подреберье трансректальным доступом длиной 4 см с использованием аппарата «Мини-ассистент Лига-7» проводилась мобилизация ДПК по Кохеру и выполнялось иссечение язвы с ревизией привратника. При локализации язвы на боковой или задней стенке выполнялась мостовидная или циркулярная дуоденопластика. Операция завершалась дренированием подпеченочного пространства через троакар в правом подреберье.

### Результаты и обсуждение

При анализе течения послеоперационного периода у больных 1-й группы было установлено, что в 5 (9,8%) наблюдениях возникло нагноение параумбиликальной раны. Гастростаз в раннем послеоперационном периоде возник у 7 (11,2%) больных. Несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы возникла у 5 (9,8%) больных. В 3 (5,2%) наблюдениях установлено наличие абсцесса в подпеченочном пространстве. Умерло 2 (4,6%) больных. Смерть наступила вследствие продолжающегося перитонита у лиц старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. По второй группе больных осложнения в послеоперационном периоде возникли у 4 (8,6%) человек. Нагноение в подкожной клетчатке возникло у 1 (2,3%) больного, гастростаз –

у 2 (4,6%) больных. В одном случае (1,7%) развился острый послеоперационный панкреатит.

При сопоставлении течения послеоперационного периода в этих группах установлено, что больные, вошедшие во вторую группу, имели меньше послеоперационных осложнений. У них не было летальных исходов. Прежде всего это связано с удалением язвенного субстрата вместе с инфильтративным валом, а также ликвидацией деформации ДПК, приводящей к нарушению эвакуации из желудка. Наряду с этим ревизия задней стенки ДПК позволяет выявить язву на противоположной стенке и предупредить возможность кровотечения из нее и ликвидировать пенетрацию в связочный аппарат и поджелудочную железу. При анализе отдаленные результаты прослеживались у 10 больных. Отличные и хорошие результаты получены в 3 (30%), удовлетворительные – в 5 (50%), неудовлетворительные – у 2 (20%) больных. Во второй группе отдаленные результаты были изучены у 10 больных. Отличные и хорошие результаты получены в 9 (93,3%), удовлетворительные – в 1 (6,6%) случае. У всех больных была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 21–28 дней после операции. Эндоскопический и рентгенологический методы существенных патологических изменений не выявили.

### Обсуждение

Таким образом, операции видеолапароскопического зашивания перфоративного отверстия заняли прочное место в хирургии прободной язвы ДПК. Однако в случаях пенетрации и наличия язвы на противоположной стенке ДПК, а также инфильтративного вала выполнение только зашивания язвы может сопровождаться осложнениями, такими как несостоятельность швов, формированием абсцессов и возникновением стойкого гастростаза. В отдаленные сроки у 8 (31%) больных развивается стенозирование. Предложенная нами технология видеолапароскопической санации и применение иссечения язвы из малого доступа с выполнением дуоденопластики позволяют:

1. Адекватно санировать брюшную полость.
2. Провести ревизию язвенного кратера и установить наличие стеноза и пенетрирующей язвы задней стенки ДПК.
3. Выполнение иссечения язвы из малого доступа в правом подреберье является возможным и представляется перспективным методом профилактики осложнений в ближайшем послеоперационном периоде с уменьшением количества больных со стенозами в отдаленные сроки после операции.

С учетом результатов видеолапароскопии, иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из мини-доступа можно считать, что данная операция является обоснованным методом лечения перфоративной дуоденальной язвы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов С. А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных дуоденальных язв // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 64–68.
2. Асадов С. А., Салехов Я. С., Алиев Э. Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78–81.
3. Белоконов В. И., Павлишин Л. Б., Морозов О. В., Сидаш Б. В., Богданов В. Е. Лечение нарушений эвакуаторной функции желудка после операций при язвенной болезни // Хирургия. – 1998. – № 3. – С. 17–21.
4. Борисов А. Е., Земляной В. П., Кубачев К. Г., Заркуа Н. Э., Борисов А. А. Хирургическое лечение при хронических га-

стродуоденальных язвах // Вестник хирургии. – 2002. – № 1. – С. 79–81.

5. Велиев Н. А. Способы снижения риска осложнений при резекции желудка по Бильрот I // Вестник хирургии. – 2003. – № 6. – С. 61–64.

6. Величенко В. М., Мартов Ю. Б. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1984. – № 9. – С. 81–85.

7. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 43–49.

8. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Русский медицинский журнал (хирургия, урология). – 2005. – Том. 13. № 25 (249). – С. 1663–1667.

9. Курбонов Р. Т., Назаров Б. О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 17–21.

10. Лохвицкий С. В., Рабин И. Р., Дарвин В. В. Резекция желудка с терминологическим гастродуоденоанастомозом. – Караганда, 1996. – 145 с.

11. Лубянский В. Г., Насонов С. В. Острый панкреатит после резекции желудка по поводу низкой дуоденальной язвы // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 8–11.

12. Майстренко Н. А., Курыгин Ал. А., Беляков А. В. Ваготомия при хронической дуоденальной язве, осложненной кровотечением // Вестник хирургии. – 2003. – № 4. – С. 108–112.

13. Репин В. Н., Репин М. В. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 33–37.

14. D' Amado A., Montesani C., Cristaldi M. et al. Restoration of digestive continuity after subtotal gastrectomy: comparison of the methods of Billroth-1, Billroth-2 and Roux en Y. Randomized prospective study // An. ital. chir. – 1999. – Vol. 70. № 1. – P. 51–56.

15. Anderson W. C., Vivit R., Kirsh J. E., Greenlee H. B. Arteriomesenteric duodenal compression syndrome. Its association with peptic ulcer // Am. j. surg. – 1973. – Vol. 125. № 6. – P. 681–689.

16. Bacchini J., Martino C., Falaschi C. F. et al. Pancreatite acuta postoperazione nostra esperienza diretta // Minerva. chir. – 1980. – Vol. 35. № 6. – P. 420–427.

17. Chang T. M., Chan D. C., Liu Y. C. et al. Long-term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcer // Am. j. surg. – 2001. – Vol. 181. № 4. – P. 372–376.

Поступила 12.03.2013

**С. В. ЛУКЬЯНОВ, С. А. АЛУБАЕВ, Г. А. АЛЕКСЕЕВА, И. Н. СОЛОШЕНКО**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ**

*Кафедра хирургических болезней № 1 Ростовского государственного медицинского университета, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. (863) 2504074. E-mail: svluk@rambler.ru*

Анализируются 67 наблюдений опухолевых заболеваний околощитовидных желез. Оценивается связь между выраженностью клинических проявлений гиперпаратиреоза и длительностью заболевания. У 50% больных с раком околощитовидных желез отсутствовали клинические проявления гиперпаратиреоза. Показана незначительная информативность пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии в верификации опухолей околощитовидных желез, в то время как ультразвуковое исследование и тиреосцинтиграфия с Tc99-технетрилом обладают высокой специфичностью.

*Ключевые слова:* опухоль околощитовидной железы, гиперпаратиреоз.

**S. V. LUKYANOV, S. A. ALUBAEV, G. A. ALEKSEEVA, I. N. SOLOSHENKO**

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PARATHYROID TUMORS**

*Rostov state medical university  
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nahichevansky str., 29. Tel. (863) 2504074. E-mail: svluk@rambler.ru*

Analyses 67 observations of tumor diseases parathyroid glands. Relationship between clinical manifestations and disease duration was evaluated. Clinical manifestations 50% of patients with parathyroid cancer were not found. Low diagnostic value of aspiration biopsy of parathyroid tumors was shown, but ultrasound examination and Tc99-MIBI have high specificity.

*Key words:* parathyroid tumor, hyperparatyreosis.

### **Введение**

Новообразования околощитовидных желез (ОЩЖ) являются относительно редкими заболеваниями, проявляющимися в большинстве случаев гиперпаратиреозом. Диагностика опухолевых заболеваний парашитовидных желез до сих пор представляет определенные трудности. По данным некоторых авторов, между размерами и функциональной активностью опухолей ОЩЖ имеется прямо пропорциональная зависимость: по мере увеличения их массы возрастает их гормональная активность [3]. Другие авторы показывают, что

тяжесть заболевания не зависит от размеров ОЩЖ, а, скорее всего, обуславливается длительностью заболевания [1, 5]. Встречается также мнение об «агрессивном» клиническом течении рака ОЩЖ.

Частота выявления первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) зависит от программы, направленной на его диагностику. В США ежегодно регистрируется около 100 000 случаев, что составляет 15,4 на 100 000 населения. В Швеции проводилось обследование всего населения, заболеваемость составила 1:200 [4]. В России частота выявления колеблется от 50 до 200 на 100 000