



Исходно состояние системы гемостаза у больных АИТП характеризовалось резким снижением содержания тромбоцитов в периферической крови (на 53,5% относительно контрольной группы,  $p < 0,001$ ). Одновременно достоверно сниженными оказались показатели УИА, РИА, резко повышенным – фактор Виллебранда (на 75,5%,  $p < 0,01$ ).

Кроме того, наблюдалось достоверное увеличение содержания в крови фибриногена, укорочение протромбинового времени, а также достоверное уменьшение активности АТ III.

Применение препарата СЭТ в лечении больных АИТП позволило добиться улучшения состояния показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, что характеризовалось ростом числа тромбоцитов в крови (в среднем на 72,0% относительно показателей группы сравнения,  $p < 0,01$ ), повышением времени индуцированной агрегации (УИА, РИА), что свидетельствует о улучшении функционального статуса тромбоцитов, снижении содержания в крови фактора Виллебранда (на 32,3% относительно исходного,  $p < 0,01$ ) – уменьшение распада тромбоцитов и повреждения сосудистого эндотелия.

Параллельно отмечалась тенденция к улучшению состояния других звеньев системы гемостаза. Так, зарегистрировано снижение содержания в крови фибриногена, причем различия показателя с контрольной группой были недостоверными. Отмечалась тенденция к росту протромбинового времени.

Увеличение активности АТ III было статистически достоверным в отношении как исходного уровня, так и показателей группы сравнения ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, повышение содержания тромбоцитов у больных АИТП в ходе системной энзимотерапии сопро-

вождалось улучшением в динамике показателей, характеризующих состояние как сосудисто-тромбоцитарного, так и плазменно-коагуляционного звеньев системы гемостаза. Данные изменения свидетельствуют о перспективности применения препарата СЭТ флогэнзим в комплексном лечении заболевания с целью максимальной коррекции патогенетических механизмов, снижения необходимой дозировки кортикостероидных препаратов.

#### Выводы:

1. Применение препарата СЭТ флогэнзим оказывает нормализующее действие на показатели сосудисто-тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев системы гемостаза у больных аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой.

2. Использование в комплексе патогенетической терапии больных аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой препарата флогэнзим может способствовать повышению ее эффективности.

#### Литература:

1. McMillan R., Imbach P.A. Immune thrombocytopenic purpura / In: Loscaizo J., Schafer A.I., eds. Thrombosis and Hemorrhage. Boston: Blackwell Scientific, 1994: 575-595.

2. Berchtold P., McMillan R. Therapy of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in adults // Blood. – 1989. – Vol.74. – P.2309-2317.

3. Facon T., Caulier M.T., Wattel E. et al. A randomized trial comparing vinblastine in slow infusion and by bolus i.v. injection in idiopathic thrombocytopenic purpura: a report on 42 patients // Br J Haematol. – 1994. – Vol.86. – P.678-680.

4. Системная энзимотерапия. Под ред. В.И. Мазурова, А.М. Лиля, Ю.В. Стернина. // Спб.: МобиДик, 1995. - 160 с.

УДК 616.34/342-002.44-089

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИССЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО СУБСТРАТА ПРИ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИ ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

<sup>2</sup>Н.Б. Омаров, <sup>1</sup>В.Г. Лубянский, <sup>2</sup>Н.Р. Рахметов

Алтайский Государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия<sup>1</sup>,  
 Государственный медицинский университет, г. Семей<sup>2</sup>

#### Тұжырым

#### Кіші инвазивті технологияларды қолдану арқылы перфоративті ұлтабар ойық жарасын сылу операциясының ем нәтижесін бағалау

Клиникада қолданылған видеолaparоскопия, санация, ұлтабар ойық жарасын сылу және кіші тілім арқылы дуоденопластика жасау әдісіміз; ұлтабар ойық жарасын видеолaparоскопиялық тігу әдісінен айырмашылығы: ұлтабардың артқы қабырғасын толық қарай аламыз, ұлтыбардың тыртықты тарылуын жоямыз, ойық жара маңындағы қабыну валы алынып жараның жазылуына қолайлы жағдай жасаймыз. Дәстүрлі әдіс арқылы ұлтабардың ойық жарасын сылу операциясымен салыстырғанда, біздің қолданған әдісіміз науқасқа аз көлемді жарақат әкеліп, науқастың стационардағы болу мерзімін азайтады.

Операциядан кейінгі кезеңде: жара іріңдеуі-1(0,83%), дисфагия-3(2,5%), гатростаз-1(0,83%), жедел панкреатит-1(0,83%) науқастарда болды. Өте жақсы және жақсы деген нәтиже 9(93,3%), қанағаттанарлық-1(6,6%) науқастарда болды.

Қортындылай келгенде қолданылған видеолaparоскопия, санация, ұлтабар ойық жарасын кіші тілім арқылы сылу және дуоденопластика жасау әдісіміз арқылы ұлтабардың деформациясын болдырмай, операциядан кейінгі кезеңде ұлтабар бойымен пассаждың дұрыс өтуін қамтамасыз етеді.

#### Summary

#### Results of efficacy of excising of ulcerative substrate at perforated duodenal ulcers with use mini-invasive technologies

Mean applied by us the video laparoscopy, sanation, and excising of ruptured ulcer of duodenum with a duodenoplasty from miniaccess has a series of advantages in comparison with videolaparoscopy suture of ulcers: it is possible to examine



back side of duodenum, for the purpose of an ulcer exception; eliminate stenosis of duodenum; remove an inflammatory shaft round an ulcer that frames conditions for the best wound repair of duodenum.

In comparison with open operation and the ruptured ulcer excising, the method applied by us small traumatic, gives the chance to reduce term of stay of the patient in a hospital. Postoperative complications have educed at 6 (5%) patients: a wound pyesis - 1 (0,83%), disfagija - 3 (2,5%), gatrostaz-1 (0,83%), an acute pancreatitis-1 (0,83%). An assessment of the remote clinical results after a laparoscopy, excising of ruptured ulcer of duodenum, duodenoplasty from miniaccess are tracked at 10 patients. Excellent and good results are received at 9 (93,3%), satisfactory-1 (6,6%) patient. At all patients was positive dynamics of mass of body, working capacity is recovered in 21-28 days after operation. At carrying out of control esophagogastroduodenoscopy and a roentgenoscopy of a stomach and duodenum signs of a stenosis or passage disturbance it is not taped.

Thus, application of a video laparoscopy with excising of ruptured ulcer of duodenum allows to exclude deformation from miniaccess and to achieve restoration of a good passage on duodenum in the postoperative season.

Перфоративная язва ДПК является одной из актуальных проблем современной хирургии, так как прободения язв составляет от 4-х до 8 % среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Процент перфораций язвы увеличивается с 8-10% до 14-16%, а летальность колеблется от 4 до 15%, что делает проблему социальной.

На современном этапе в хирургии наряду с ушиванием перфоративного отверстия и первичной резекцией желудка применяются различные виды ваготомии с дренирующими желудок операциями. Ушивание перфоративной язвы ДПК сопровождается деформацией ДПК и не влияет на этиологические и патогенетические механизмы язвообразования, у 50-85% больных наступает рецидив заболевания. Применение резекции желудка в условиях перфорации язвы ДПК сопровождается высоким риском и летальностью 3-8%, а у 10-30% больных – развитием постгастрорезекционных расстройств. После ваготомии с дренирующими желудок операциями возникают гипокинезия желудка, рефлюкс-гастрит, рецидив язвы.

В настоящее время в связи с развитием видеолaparоскопической хирургии наиболее широко применяется видеолaparоскопическое зашивание перфоративного отверстия.

Целью исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв ДПК, сочетанных с пенетрацией и наличием инфильтрации стенки.

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 86 больных с перфоративной язвой ДПК. Основную массу 78(91%) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количества больных мужчин было 80 (95%), женщин 6(5%). Средний возраст варьировал от 19 до 68 лет. У 12 (10%) больных выявлены различные сопутствующие заболевания. Перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни у 30(28%), наступила на фоне обострения заболевания у 40(48%), в период клинической ремиссии у 50(53%) больных. При этом 4(8,5%) больных доставлены с повторной перфорацией, а в 3-случаях (4%) сочеталась кровотечением.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач - ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни с достижением минимальной травматичности применением малоинвазивных технологий. Все больные были разделены на 3 группы. Первые две сформированы на ранних этапах работы и включали больных оперированных открытым методом, Им проводилась лапаротомия, ушивание перфоративной язвы ДПК у 37(44,3%) и лапаротомия иссечение перфоративной язвы, с дуоденопластикой и дренированием брюшной полости - у 31(36,3%). Третью группу составили 18 больных, у кото-

рых выявлена перфоративная дуоденальная язва с пенетрацией или каллезным краем им проводилась видеолaparоскопия, санация брюшной полости, а затем иссечение перфоративной язвы, и дренирование из минидоступа в правом подреберье с применением расширителя «миниассистент».

Применяемый нами способ видеолaparоскопия, санация, и иссечение перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой из минидоступа имеет ряд преимуществ по сравнению с видеолaparоскопическим ушиванием язвы: удается осмотреть заднюю стенку ДПК, с целью исключения язвы; устранить стеноз ДПК; удалить воспалительный вал вокруг язвы, что создает условия для лучшего заживления раны ДПК.

В сравнении с открытой операцией и иссечением перфоративной язвы, применяемый нами метод малотравматичен, дает возможность сократить срок пребывания больного в стационаре.

Послеоперационные осложнения развились у 6(5%) больных: нагноение раны - 1(0,83%), дисфагия - 3(2,5%), гатростаз - 1(0,83%), острый панкреатит -1(0,83%). Оценка отдаленных клинических результатов после лапароскопии, иссечения перфоративной язвы ДПК, дуоденопластика из мини доступа прослежены у 10 больных.

Отличные и хорошие результаты получены у 9(93,3%), удовлетворительные-1(6,6%) больного. У всех больных была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 21-28 дней после операции. При проведении контрольной эзофагогастродуоденоскопии и рентгенооскопии желудка и ДПК признаков стеноза или нарушения пассажа не выявлено.

Таким образом, применение видеолaparоскопии с иссечением перфоративной язвы ДПК из минидоступа позволяет исключить деформацию и добиться восстановления хорошего пассажа по ДПК в послеоперационном периоде.

#### Литература:

1. Алиев М.А., Рахметов Н.Р., Чиныбаев А.И., Аймагамбетов М.Ж. «Органосохраняющие операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» - Семипалатинск. - 1998г. -118с.
2. Курыгин А.А. Перегудов С.И. «Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв». – Хирургия. – 1999. - №6. – С.15-19.
3. Майстренко Н.А., Мовчан С.И. «Хирургическое лечение язв двенадцатиперстной кишки». - Спб: Гиппократ, 2000-360с.
4. Кузин М.И. «Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», - Хирургия. – 2001. - №1. – С.27-32.
5. Salvini P. Sallusti M. Papotti R. et all. «Sargical therapy ofperforated duodenal ulcers» Ann. Ital.Chir.-1994-65.P217-222