

СРК — периферической электрогастроэнтероколографией (ЭГЭКГ).

*Результаты исследования.* Лечение больных БД дюспаталином уменьшало на 10,2% время латентного периода, снижало индекс сопротивления на 9,5% ( $p < 0,001$ ). Увеличились время сокращения желчного пузыря ( $p < 0,001$ ), объем пузырной желчи ( $p < 0,05$ ), снизились эффективный выброс желчного пузыря и индекс его сократительной активности. Индекс остаточного холестатического давления не изменился. Индекс секреторного давления печени возрос ( $p < 0,05$ ).

Динамика показателей желчевыделения у больных БД на фоне лечения ниаспамом была слабее.

У больных СРК получавших дюспаталин, изменений электрической активности мускулатуры ЖКТ не было. Прием ниаспама достоверно изменял электрическую активность подвздошной кишки: до лечения —  $16,06 \pm 4,38$ , после —  $11,63 \pm 2,25$  ( $p < 0,05$ ); коэффициент ритмичности желудка: до лечения —  $30,2 \pm 2,4$ , после —  $13,3 \pm 8,05$  ( $p < 0,0001$ ); тощей кишки: до лечения —  $17,0 \pm 9,9$  и после —  $7,8 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ); подвздошной кишки: до лечения —  $17,25 \pm 4,9$ , после —  $10,6 \pm 3,5$  ( $p < 0,05$ ), улучшилась координированность сокращений всех отделов ЖКТ ( $p < 0,05 - 0,01$ ).

*Заключение.* Дюспаталин и ниаспам, имея в качестве действующего вещества идентичную дозу мебеверина гидрохлорида, по-разному влияют на разные отделы кишечника. Дюспаталин эффективен при БД, но мало влияет на моторную функцию нижних отделов кишечника.

Ниаспам слабо влияет на моторику желчевыводящих путей, но достоверно улучшает координированность сокращений всех отделов кишечника.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

*Тарасенко С. В., Песков О. Д., Соколова С. Н.,  
Копейкин А. А., Зайцев О. В., Рахмаев Т. С.,  
Баконина И. В., Афтаев В. Б., Кузнецов Ю. Н.,  
Леонченко С. В., Левитин А. В.*

*Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова, г. Рязань*

*Цель исследования.* Улучшение ближайших результатов хирургического лечения опухолей периампуплярной зоны (ПАО) путем совершенствования тактики и техники радикального хирургического вмешательства.

*Материал и методы исследования.* Мы располагаем опытом 306 резекционных вмешательств (ПДР) по поводу злокачественных новообразований периампуплярной зоны, что составило 36,7% от числа всех больных с ПАО. Из числа радикально оперированных больных в 18 случаях диагностирован рак холедоха, у 20 больных рак фатерова соска (папиллярная форма), рак 12-перстной кишки

с прорастанием в головку поджелудочной железы (2 больных). IPMN диагностирована в 10 наблюдениях. В остальных случаях имел место рак головки рарсгеас (преобладающей гистологической формой (75%) была протоковая низко- и умеренно дифференцированная аденокарцинома).

Изучался уровень опухолевых маркеров (СА 19-9, СЕА). Инструментальные методы: КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, у части больных чрескожная аспирационная биопсия опухоли. При определении сроков оперативного лечения больных с синдромом подпеченочного холестаза считали необходимым учитывать степень гепатодепрессии по разработанной классификации, основанной на клинических и биохимических критериях.

*Результаты исследования.* При II–III степени гепатодепрессии осуществляли предварительные малоинвазивные вмешательства. Радикальные операции выполнены в условиях полной нормализации функционального состояния печени у 40 больных (при этом уровень билирубинемии был от 27 до 110 мкмоль/л. ч). В четырех случаях ПДР выполнена на фоне гепатодепрессии I степени, еще у четверых больных в условиях II степени гепатодепрессии. Методики выполнения ПДР и ППДР отличались способом мобилизации панкреатодуоденального комплекса, различной техникой выполнения панкреато- (панкреатико) еюно- и гепатикоеюноанастомозов в зависимости от морфологической характеристики поджелудочной железы, диаметра и структуры стенки общего желчного протока.

*Выводы.* Большой размер опухоли у целого ряда больных позволяет выполнить стандартный объем панкреатодуоденальной резекции. Не существует уникального «наилучшего» способа панкреатодигестивного анастомоза, его выбор определяется особенностями морфологии поджелудочной железы, диаметром и расположением ГПП и рядом других обстоятельств. При определении сроков оперативного лечения следует руководствоваться не уровнем общего билирубина плазмы, а степенью гепатодепрессии. Радикальность операции по поводу рака головки поджелудочной железы во многом определяется способом и полнотой удаления крючковидного отростка и его связки. Радикальные операции при злокачественных новообразованиях панкреатодуоденальной зоны сопровождаются низкой ранней послеоперационной летальностью, существенно повышая качество жизни больного, как минимум в первые пять месяцев послеоперационного периода.