

ISSN 2181-7812

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

№ 1
2015

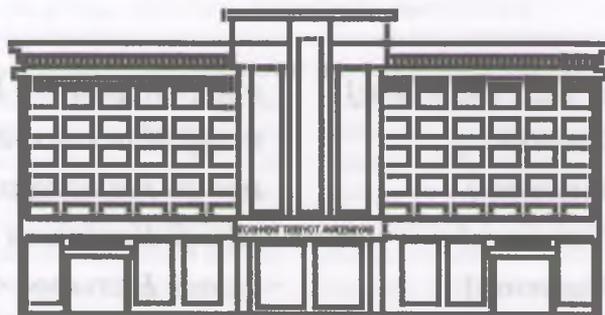
TOSHKENT

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИҒИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2015, № 1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХБОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

• Новые педагогические технологии •

ҲАЛОКАТЛАР ТИББИЁТИНИ ЎҚИТИШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР А.В. Любин, М.С. Малезик, Н.И. Перепелицын	3
---	---

• Обзоры •

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ, БЕЛОК-БЕЛКОВЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ) Б.У. Ирискулов, Б.Т. Муинжанов	5
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ Д.Ю. Юлдашева, Д.К. Нажмутдинова	9

• Экспериментальная биология и медицина •

НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ И.А. Зиякулов	12
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕСБОХОЛА В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ХРОНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ Ш.Р. Мавланов	16

• Клиническая медицина •

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННОГО И ЕГО АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА Ф.М. Гафарова	19
ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ Э.Р. Гафуров, Ш.Т. Махмудов, Б.Б. Усманов, Э.Э. Джурраев	22
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ С.С. Давлатов	25
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ Ф.А. Даминов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, Л.М. Хайитов, М. Казаков	30
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА М.З. Дусмухамедов, К.М. Ахмедова	33
ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК МАРКЕР СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ М.М. Каримов, Б.Т. Даминов, У.К. Каюмов	36
КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПУТЕМ АДЕКВАТНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НУТРИТИВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ С.З. Каримов, Р.О. Шарипов, Н.Н. Ходжибекова	39
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, А.А. Асраров, Ш.Т. Холматов, Д.П. Сахибоев, В.Э. Цай	42
МЕСУЛИД В ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА И АРТРОПАТИИ Р.Ю. Каттаханова, Б.С. Мамаджанов, Г.Н. Райимов, У.А. Матхаликова	46
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ З.Б. Курбаниязов, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов, С.А. Кан	49

	КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ НОСОГЛОТКИ	
	А.А. Маматисаев, Д.Б. Юсупова, М.С. Худоёров, М.А. Маликов	54
3	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ	
	М.М. Мирзахмедов	57
5	ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СЫВОРОТКИ КРОВИ	
	Д.Ф. Нажметдинова, М.Н. Негматуллаева	59
9	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ	
	Ф.Р. Насиров, А.И. Хасанов, Д.Х. Мирхамидов, Х.Б. Худойбердиев, О.М. Рахмонов, С.С. Касымов, Р.А. Хашимов	62
12	IMPORTANCE OF REFLUXATE NATURE IN THE MANIFESTATION OF CLINICAL AND ENDOSCOPIC SIGNS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE	
	Z.M. Orziev, D.H. Yuldasheva, B.Y. Muzaffarov	65
15	УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	
	К.Э. Рахманов, З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, А.А. Эгамбердиев	68
19	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ	
	Г.У. Самиева, Х.Э. Карабаев	71
22	ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ГЭК (НИРХЕС 200/0,5)	
	З.Б. Урунов, Б.Ю. Юсупова, С.Н. Наврузов, Ж.Б. Бобоев	75
25	ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ	
	М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев	78
30	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
	С.А. Хасанов, У.А. Иргашева	83
33	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ	
	Ш.Н. Худайбергенов, О.Т. Ирисов, О.Д. Эшонходжаев, Р.Я. Хаялиев, Н.Т. Турсунов	86
36	• Гигиена, санитария и эпидемиология •	
39	САЛАР ОЧИҚ СУВ ҲАВЗАСИНИ САНИТАР-ТОПОГРАФИК ТЕКШИРИШ	
	Г.Т. Искандарова, А.М. Юсупхўджаева, Ф.М. Тўрахонова	91
42	РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ	
	Б.М. Маматкулов, Д.А. Устамадалиева	94
45	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ МЕДСЕСТЕР, РАБОТАЮЩИХ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ	
	Х.Е. Рустамова, И.И. Идрисова, К.У. Эшбаева	97
49	МАРКАЗЛАШТИРИЛГАН ИЧИМЛИК-ХЎЖАЛИК СУВИНИ АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИ УЧУН ХАВФСИЗЛИГИНИ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ	
	З.Б. Торемуратова, Ш.Ф. Шодиев, Д.А. Ақромов	100
	К ВОПРОСУ ОБ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
	У.А. Туймачев, М.Д. Махсумов, М.М. Мўяссарова, Ф.У. Юлдашева, Н.К. Стожарова	103
	• В помощь практическому врачу •	
	РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ОСНОВА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В СТАРОСТИ	

ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев

ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ РЕЗЕКЦИЯДА УМУМИЙ ПАНКРЕАТИК ЙЎЛИНИ ДРЕНАЖЛАШ

М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев

DRAINAGE OF MAIN PANCREATIC DUCT IN GASTROPANCREATOINTESTINAL RESECTION

M.Sh. Khakimov, A.A. Adylkhodjaev

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: гастропанкреатодуоденал резекцияда, умумий панкреатик йўлини ташқи дренажлаш усули билан периампуляр ўсмаларда хирургик натижаларни яхшилаш. **Материал ва усуллар:** 2008-2014 йилларда 38 беморларга периампуляр ўсмалар билан гастропанкреатодуоденал резекция (ГПДР) амалиёти бажарилди. 12 беморга ГПДР умумий панкреатик йўли ички дренаж йўли билан бажарилди, 16 беморга реконструктив босқичда умумий панкреатик йўлини ташқи дренажлаш усули билан амалиётлар бажарилди (умумий гуруҳ). **Натижалар:** контрол гуруҳда 2 (16,7%) беморда "С" турли панкреатик фистула аниқланди ва ўлим билан кузатилди. 1 (8,3%) беморда "В" турли панкреатик фистула аниқланди, консерватив чоралар билан даволланган. Умумий гуруҳда 1 (6,3%) беморда "А" турли панкреатик фистула аниқланди. **Хулоса:** гастропанкреатодуоденал резекцияда панкреатик йўлини ташқи дренажлаш усули кўрсатмалари: меъда ости безини юмшоқ паренхимаси, ва кичик диаметрли умумий панкреатик йўли. Панкреатик фистулани ривожланишига ушбу усул хавфлигини камайтиради.

Калит сўзлар: гастропанкреатодуоденал резекция, периампуляр ўсмалари, умумий панкреатик йўли, панкреатик фистула.

Objective: To improve the results of surgical treatment for tumors of periampular zone by external drainage of the main pancreatic duct at gastropancreatointestinal resection. **Materials and Methods:** Gastropancreatointestinal resection (GPIR) was performed in 38 patients with periampular tumors. In 12 patients was conducted GPIR with internal drainage of the main pancreatic duct (control group), in 16 patients at the reconstructive stage was implemented external drainage of the main pancreatic duct (main group). **Results:** In control group 2 (16,7%) patients were diagnosed with pancreatic fistula type C with lethal outcome. 1 (8,3%) patients had pancreatic fistula type B, treated conservatively. In main group 1 (6,3%) patient had pancreatic fistula type A. **Conclusions:** External drainage of the main pancreatic duct at gastrointestinales GPIR is indicated for friable parenchyma of the pancreas and small diameter of the main pancreatic duct. It helps to reduce the risk of pancreatic fistula.

Key words: gastropancreatointestinal resection, periampular tumor, main pancreatic duct, pancreatic fistula.

На сегодняшний день единственным радикальным методом лечения периампулярных опухолей (ПАО) является хирургический – панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Необходимо отметить, что хирургия поджелудочной железы (ПЖ) сопряжена с высоким риском развития таких осложнений, как несостоятельность панкреатодигестивного соустья, острый послеоперационный панкреатит и панкреонекроз. Разработка множества технологических приемов и внедрение в клиническую практику различных медикаментозных способов их профилактики не привели к существенному снижению количества послеоперационных осложнений, которые диагностируются при ПДР с частотой от 32,5 до 100% с госпитальной летальностью от 3,0 до 25,7% [3,4,13].

Важнейшим элементом профилактики осложнений со стороны культи поджелудочной железы и обеспечения благоприятных условий для заживления анастомоза и его герметичности является адекватная декомпрессия протоковой системы культи железы в раннем послеоперационном периоде, которая достигается временным наружным, наружно-внутренним или внутренним дренированием панкреатической культи. Временная декомпрессия протоковой системы особенно показана больным с неадаптированной и условно-адаптированной культей ПЖ, малым и средним диаметром главного панкреатического протока культи, а также при технических сложностях формирования панкреатоэнтероанастомоза [15].

Причиной, обуславливающей необходимость временного дренирования протоковой системы культи ПЖ, является обеспечение свободного оттока секрета из культи, поддержание интрадуктального давления на секреторном уровне, протезирование элиминационной функции панкреатокишечного соустья и изоляция его от панкреатического секрета на период заживления анастомоза [1,11].

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения опухолей периампулярной зоны путем наружного дренирования главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции.

Материал и методы

Нами проанализирован опыт лечения 38 больных с ПАО в возрасте от 28 до 64 лет, находившихся на стационарном лечении во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии в 2008-2014 гг., из них 21 (55,3%) мужчина и 17 (44,7%) женщины. По результатам проведенного лабораторно-инструментального обследования у 24 (63,2%) пациентов диагностировано поражение головки ПЖ, у 10 (26,3%) – фатерова соска, у 3 (7,9%) – терминального отдела холедоха, у 1 (2,6%) – двенадцатиперстной кишки.

Все больные поступали в клинику с механической желтухой, длительность которой составила от 18 до 45 дней. Большинство пациентов имели субкомпенсированную стадию печеночной недостаточности (классификация К.З. Мининной, 1988).

Диагноз ставили на основании результатов комплексного обследования, включающего мультислайсную компьютерную томоангиографию (МСКТА), МРТ-панкреатохолангиографию (МРПХГ), определение уровня опухолевых маркеров СА 19-09, РЭА, диагностическую лапароскопию.

На основании обследования нерезектабельными считали случаи, когда опухолевая инвазия распространялась на стенки сосудов со стенозированием и окклюзией её просвета более 50%, при наличии асцита, канцероматоза брюшины, метастатических узлов корня брыжейки, чревного стола, ворот печени, паракавальных, парааортальных, ретрокруральных лимфатических узлов.

В качестве радикального метода лечения всем больным была выполнена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). На реконструктивном этапе панкреатикодигестивный анастомоз накладывался между тощей кишкой. С целью профилактики несостоятельности выполнялось дренирование главного панкреатического протока.

В зависимости от вида дренирования все пациенты были разделены на 2 группы. 12 больным 1-й группы выполнена ГПДР с внутренним дренированием главного панкреатического протока. 2 группу (основную) составили 16 пациентов, которым на реконструктивном этапе выполнено наружное дренирование главного панкреатического протока.

В послеоперационном периоде несостоятельность панкреатического анастомоза (панкреатическая фистула) определяли согласно классификации, предложенной Международным панкреатическим комитетом (2005), согласно которой под панкреатической фистулой понимали состояние, характеризующееся нарушением герметичности между железой и окружающими тканями (кишкой) и попаданием сока в окружающее пространство (и через дренаж наружу), с отделяемым в любом количестве через дренаж на 3-и сутки после операции, с уровнем амилазы, более чем в 2,5 раза превышающем уровень амилазы в крови. При этом количество отделяемого значения не имело.

По клиническим проявлениям панкреатические фистулы делились на три типа. Тип А, наиболее часто называемый «транзиторной фистулой», – фистула без клинических проявлений. Пациент питается через рот и чувствует себя нормально, назначения антибиотиков или аналогов соматостатина не требуется.

Фистула типа В – этот уровень фистулы требует смены лечения. Наиболее часто пациент требует частичного или полного парентерального питания; если дренаж стоит неадекватно, и на КТ определяются скопления жидкости, проводится дополнительное дренирование. Эта стадия сопровождается болями, повышением температуры, лейкоцитозом. Таким больным часто назначают антибиотики и аналоги соматостатина. Как правило, этот уровень несостоятельности приводит к увеличению количества койко-дней или повторной госпитализации. При неадекватном лечении эта стадия может переходить в более тяжелую форму.

Фистула типа С – наиболее тяжелая форма, состояние пациента может быть тяжелым, требуется тотальное парентеральное питание, часто необходима интенсивная терапия, назначаются внутривенные антибиотики и аналоги соматостатина. Возможно развитие сепсиса и поли-

органной недостаточности. В этом случае возможны релапаротомии.

Результаты

Лечение было двухэтапным. На первом этапе после интенсивной подготовки осуществляли декомпрессию и санацию желчных протоков с последующей терапией, направленной на восстановление функционального состояния печени и гомеостаза. С целью декомпрессии желчных путей мы применяли методику чрескожной чреспеченочной холангиостомии.

После нормализации лабораторных данных и функционального состояния организма переходили к радикальным операциям.

Для этого всем больным основной группы с целью профилактики несостоятельности панкреатикоюноанастомоза выполнена ГПДР с наружным дренированием главного панкреатического протока. (Заявка на изобретение №IAP 20140342 от 21.08.14 г.).

Методика осуществлялась следующим образом: после удаления гастропанкреатодуоденального комплекса реконструктивный этап начинали с подготовки тощей кишки для наложения гепатикоюно- и панкреатикоюноанастомозов. Для этого, отступя 5 см от культи тощей кишки по противобрыжечному краю электрокоагулятором формировали отверстие диаметром 2-3 мм, далее выше указанного отверстия на 4-5 см формировали отверстие диаметром от 5 до 8 мм, равное диаметру гепатикохоледоха. После этого в главный панкреатический проток через правый печеночный проток, гепатикохоледох, проксимальное и дистальное отверстие тощей кишки заводили полихлорвиниловую дренажную трубку диаметром от 2 до 4 мм, имеющую на своем основании 2-4 боковых отверстия. Диаметр дренажной трубки соответствовал диаметру главного панкреатического протока (рис. 1-2).

После установки дренажа между задней стенкой поджелудочной железы над протоком и стенкой тощей кишки накладывали узловые швы, после чего накладывали узловые швы между главным панкреатическим протоком и тощей кишкой по типу «проток-слизистая» с использованием прецизионной техники (рис. 3).

После сформированного панкреатикоюноанастомоза выполнялась гепатикоюностомия по стандартной методике (рис. 4-5).

Дренаж выводили на боковую стенку живота, для визуального контроля отделяемого по дренажу и санации дренажной системы. Дополнительно дренировали подпеченочное пространство, область панкреатикоюноанастомоза и зону хвоста поджелудочной железы.

Клиническую эффективность контролировали по количеству панкреатического сока, отделяемого по дренажу, установленному в главный панкреатический проток, качеству и количеству отделяемого по дренажам, установленным в брюшной полости.

В ближайшем послеоперационном периоде в контрольной группе у 2 (16,7%) больных была диагностирована панкреатическая фистула типа С с аррозивным внутрибрюшным кровотечением, потребовавшим повторного оперативного вмешательства. Было выполнено ушивание культи поджелудочной железы. Оба пациента погибли от прогрессирующей полиорганной недостаточности и острой постгеморрагической анемии.



Рис. 1. Дренаж проведен через проксимальное и дистальное отверстие тощей кишки.

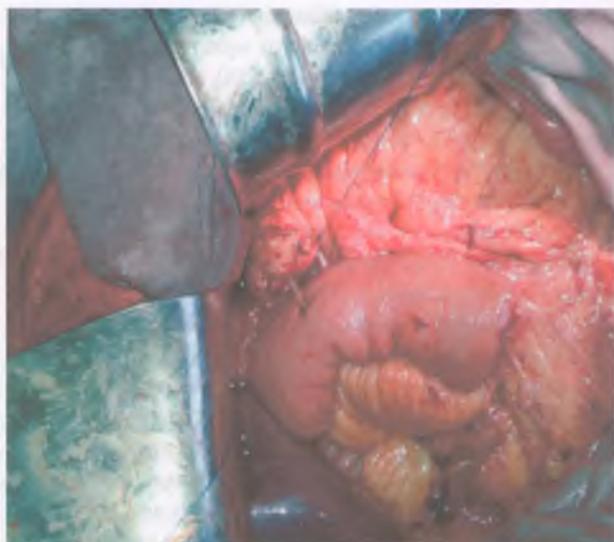


Рис. 2. Боковые отверстия дренажа находятся в просвете главного панкреатического протока, сформирован гепатикоюноанастомоз.

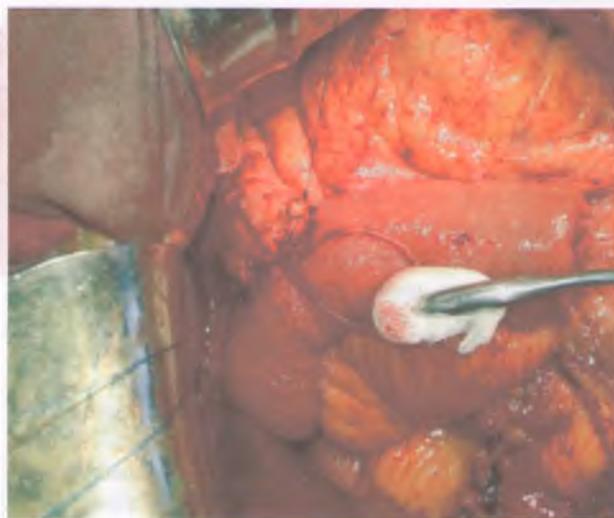


Рис. 3. Наложена задняя губа панкреатикодигестивного анастомоза и швы между главным панкреатическим протоком по типу «проток-слизистая».

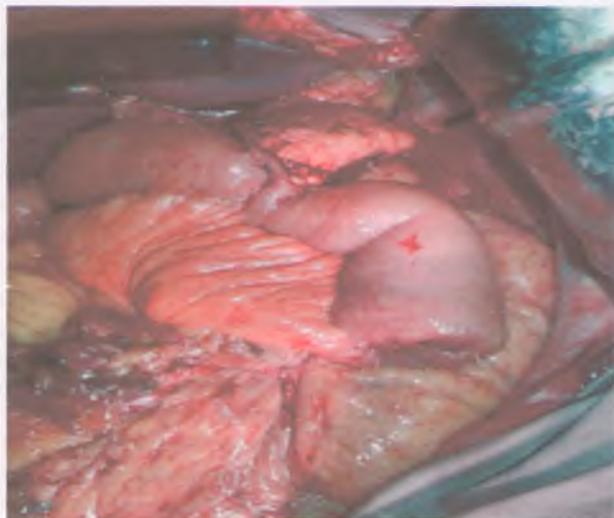


Рис. 4. Окончательный вид сформированных анастомозов.

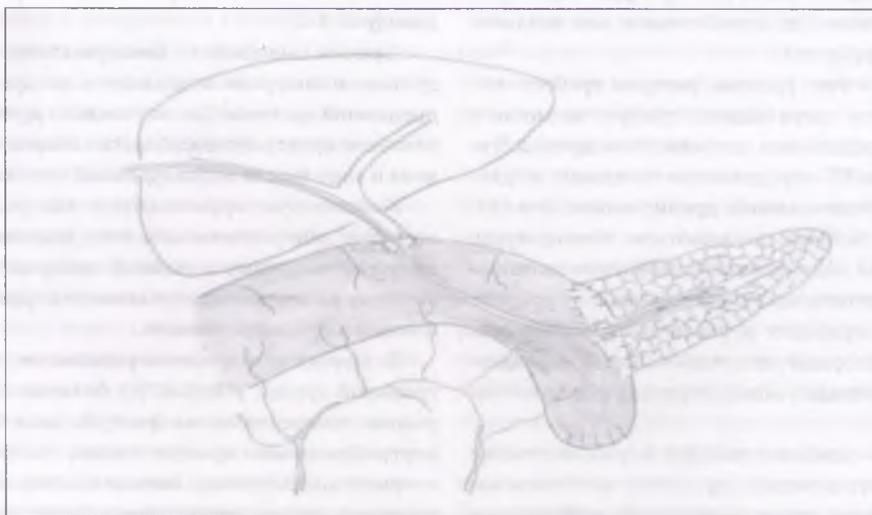


Рис. 5. Наружное дренирование главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции.

У 1 (8,4%) больного отмечалось подтекание панкреатического сока по дренажу, установленному в брюшную полость – состояние расценено как панкреатическая фистула типа В. Назначение консервативной терапии позволило избежать фатальных последствий, пациент был выписан на 34-е сутки после операции. У 4 (33,4%) пациентов имела место миграция внутренних дренажей.

У больных основной группы наружное дренирование главного панкреатического протока позволяло контролировать количество отделяемого панкреатического сока.

У 1 (6,3%) больного отмечалось транзиторное повышение уровня L-амилазы в дренажной трубке, установленной в области панкреатикоеюноанастомоза, до 150 Ед/л. Коррекция проводимой консервативной терапии позволила добиться нормализации состояния пациента к 14-м суткам после операции. Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 18-е сутки послеоперационного периода. В 1 наблюдении наблюдался летальный исход, причиной которого стал желчный перитонит вследствие подтекания желчи вокруг холангиостомы из-за миграции её в кишечник (табл.).

Таблица

Характер специфических осложнений в раннем послеоперационном периоде, абс. (%)

Осложнение	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Панкреатическая фистула типа А	3 (25)	1 (6,25)	4
Панкреатическая фистула типа В	1 (8,33)	-	1
Панкреатическая фистула типа С	2 (16,6)	-	2
Желчный перитонит	-	1 (6,25)	1
Итого	6 (49,6)	2 (12,5)	7 (28,6)

Время пребывания больных основной группы в стационаре в среднем составляло 14,2±2,4 койко-дня, в контрольной группе – 19,4±3,4 койко-дня. В отдаленном периоде каких-либо достоверных различий в результатах хирургического лечения в двух группах не выявлено. Таким образом, предложенная методика показала свою простоту и эффективность.

Обсуждение

Только хирургическое лечение позволяет надеяться на долгосрочную выживаемость больных с периампулярными опухолями, поэтому панкреатодуоденальная резекция остается единственным радикальным методом.

В настоящее время благодаря успехам развития хирургии, анестезиологии и реанимации ГПДР стала более распространенной операцией, однако количество послеоперационных осложнений достаточно велико, что обуславливает высокую послеоперационную летальность, которая, по разным данным, составляет 10-57,4% и только в некоторых крупных специализированных клиниках не превышает 5-15% [2,4,5,10,15].

Разработка технических аспектов и улучшение возможностей послеоперационного ведения больных позволили значительно снизить послеоперационную летальность при выполнении этого вмешательства, но «краеугольным камнем» операции остается панкреатодигестивный анастомоз, на долю недостаточности которого приходится наибольший процент послеоперационных осложнений. В частности, восстановление непрерывности пищеварительного тракта после ГПДР и основной момент – формирование панкреатикодигестивных анастомозов, остается весьма актуальной проблемой, которая еще далека от своего разрешения из-за развития множества осложнений. При этом самым грозным и порой фатальным

является несостоятельность панкреатикодигестивных анастомозов [2,8,9,15].

Одним из ключевых моментов наложения панкреатикодигестивных анастомозов является использование прецизионной техники [6,12]. Анализ полученных результатов подтвердил тот факт, что использование прецизионной техники с наложением анастомоза с сопоставлением слизистого и мышечных слоев позволяют повысить герметичность анастомоза и предотвратить прорезывание швов. Необходимо отметить что факторами, предрасполагающими к несостоятельности, являются жировая инфильтрация ПЖ, «сочная», мягкая ПЖ без признаков фиброза, нерасширенный ППЖ, массивная интраоперационная кровопотеря и мультивисцеральная резекция [1,2,7,14,15-17]. Дренирование главного панкреатического протока, особенно при неадаптированной железе и малого диаметра главного панкреатического протока, предотвращают попадание агрессивного сока в зону анастомоза и предупреждает развитие панкреатической фистулы [15].

Выводы

1. Основной задачей, направленной на предупреждение развития панкреатической фистулы, является создание герметичности между кишкой и культей железы, которую можно добиться путем наружного дренирования главного панкреатического протока.

2. Наружное дренирование главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции позволяет определять дебит панкреатического сока, его качественный состав, а установленные парапанкреатические дренажи – прогнозировать риск развития панкреатической фистулы.

3. Наружное дренирование главного панкреатического протока показано при рыхлой паренхиме поджелудоч-

ной железы и малом диаметре главного панкреатического протока.

4. Применение методики «проток-слизистая» с одновременным дренированием протоковой системы поджелудочной железы способствует быстрому заживлению шва анастомоза и предотвращает риск развития панкреатической фистулы.

5. При появлении панкреатической фистулы типа В необходимо динамическое наблюдение, при появлении перитонита или арозивного кровотечения – решение вопроса о релапаротомии.

Литература

1. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.В. и др. Двухэтапная обработка культи поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции // *Анналы хир. гепатол.* – 1998. – №3(2). – С. 51-58.
2. Кригер А.Г., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. и др. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе // *Хирургия.* – 2012. – №4. – С. 14-19.
3. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – С. 76-78.
4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. – М.: Медицина, 2007. – 448 с.
5. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы. – СПб: Питер, 2005. – 396 с.
6. Aranha G.V., Aaron J.M., Shoup M. Critical analysis of a large series of pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy // *Arch. Surg.* – 2006. – Vol. 141, №6. – P. 574-579.
7. Ball C.G., Howard T.J. Does the type of pancreaticojejunostomy after Whipple alter the leak rate? // *Adv. Surg.* – 2010. – Vol. 44. – P. 131-148.
8. Choon-Kiat H.O., Friess H., Buchker M.W. et al. Complications of pancreatic surgery // *HPB.* – 2005. – Vol. 7. – P. 99-108.
9. De Castro S.M., Kuhlmann K.F., Busch O.R. et al. Delayed massive hemorrhage after pancreatic and biliary surgery: embolization or surgery? // *Ann. Surg.* – 2005. – Vol. 241. – P. 85-91.
10. Gueroult S., Parc Y., Duron F. et al. Completion pancreatectomy for postoperative peritonitis after pancreaticoduodenectomy: early and late outcome // *Arch. Surg.* – 2004. – Vol. 139, №1. – P. 16-19.
11. Hamaoka Y., Suzuki T. Total pancreatic duct drainage for leakpro of pancreatojejunostomy // *Surgery.* – 1994. – Vol. 115, №1. – P. 22-26.
12. Hashimoto Y., Traverso L.W. Pancreatic anastomotic failure rate after pancreaticoduodenectomy decreases with microsurgery // *J. Amer. Coll. Surg.* – 2010. – Vol. 211, №4. – P. 510-521.
13. Kelemen D., Papp R., Baracs J. et al. Treatment of pancreatic and periampullary tumours in our department in the last 10 years // *Magy Seb.* – 2009. – Vol. 62, №5. – P. 287-292.
14. Ramacciato G., Mercantini P., Petrucciani N. et al. Risk factors of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy: a collective review // *Amer. Surg.* – 2011. – Vol. 77, №3. – P. 257-269.
15. Ribero D., Amisano M., Zimmiti G. et al. External tube pancreatectomy reduces the risk of mortality associated with completion pancreatectomy for symptomatic fistulas complicating pancreaticoduodenectomy // *J. Gastrointest. Surg.* – 2013. – Vol. 17, №2. – P. 332-338.
16. Van Berge M.I., Allema J.H., van Gulik T.M. et al. Delayed massive haemorrhage after pancreatic and biliary surgery // *Brit. J. Surg.* – 1995. – Vol. 82. – P. 1527-1531.
17. Z'Graggen K., Uhl W., Friess H., Buchler M.W. How to do a safe pancreatic anastomosis // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2002. – Vol. 9. – P. 733-737.

ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев

Цель: улучшение результатов хирургического лечения опухолей периапулярной зоны путем наружного дренирования главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР). **Материал и методы:** ГПДР выполнена 38 больных с периапулярными опухолями. У 12 пациентов ГПДР произведена с внутренним дренированием главного панкреатического протока (контроль), 16 на реконструктивном этапе осуществлено наружное дренирование главного панкреатического протока (основная группа). **Результаты:** в контрольной группе у 2 (16,7%) больных была диагностирована панкреатическая фистула типа С с летальным исходом. У 1 (8,3%) пациента была панкреатическая фистула типа », купированная консервативно. В основной группе у 1 (6,3%) пациента была панкреатическая фистула типа А. **Выводы:** наружное дренирование главного панкреатического протока при гастропанкреатодуоденальной резекции показано при рыхлой паренхиме поджелудочной железы и малом диаметре главного панкреатического протока, и способствует снижению риска развития панкреатической фистулы.

Ключевые слова: гастропанкреатодуоденальная резекция, периапулярные опухоли, главный панкреатический проток, панкреатическая фистула.