

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов, В.Д. Психофизиологические свойства личности и двигательная активность студентов первого курса / В.Д. Иванов, Е.Г. Кокорева // Вестник Челябинского государственного университета. - 2014. - № 13 (342). Образование и здравоохранение. - Вып. 4. - С. 60–67.
2. Сгонник, Л.В. Анализ двигательной активности студентов педагогического вуза / Сгонник Л.В., Иваненко Н.Н. // Таврический научный обозреватель. – 2016. - № 1. – С. 17-20.
3. Шихаева, М.В. Исследование структуры и содержания двигательной активности студентов / М.В. Шихаева, М.А. Павлычева, Т.Г. Ефремова // Материалы VIII студенческой международной заочной научно-практической конференции. – Новосибирск, 2013. - С. 212-220.
4. Duncan, M.J. Walk this way: validity evidence of iphone health application step count in laboratory and free-living conditions / M.J. Duncan, K. Wunderlich, Y. Zhao, G. Faulkner // J Sports Sci. – 2018. – Vol. 36 (15). – P. 1695-1704.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Белюк К.С.<sup>1</sup>, Гаврон И.В.<sup>2</sup>, Жандаров К.Н.<sup>1</sup>, Кречко К.Ю.<sup>1</sup>, Патонич И.К.<sup>1</sup>,  
Стельмах А.Г.<sup>1</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Хронический панкреатит является одним из лидирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, а широкий спектр патологических изменений при данном заболевании определяет большое разнообразие оперативных вмешательств на поджелудочной железе. Несмотря на совершенствование методов лечения хронического панкреатита, снижение смертности, уровень послеоперационных осложнений остаётся на достаточно высоком уровне.

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечение хронического панкреатита и его осложнений.

**Методы исследования.** С 2008 г. по сентябрь 2018г. на базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» оперативному вмешательству по поводу хронического панкреатита подверглись 184 пациента, из них 143 (77,7%) мужчин, 41 (22,3%) женщина. Средний возраст пациентов составил 47,1±3,2 года. Все пациенты предъявляли жалобы на боль, из них на стойкий болевой симптом жаловались 25 (13,7%), рецидивирующий характер боли выявлен у 35 (19%) пациентов, у которых отмечались неоднократные поступления

по поводу данного заболевания в стационар города. Все пациенты проходили общеклинические лабораторные и инструментальные исследования для диагностики основного заболевания и его осложнений. По данным результатов биохимического анализа крови уровень амилазы в крови составил  $307 \pm 81$  Ед/л, средний уровень диастазы в моче составил  $2091 \pm 147$ , средний показатель билирубина  $27,1 \pm 10,1$  мкмоль/л. По данным МРТ и УЗИ средний размер головки поджелудочной железы составил  $43,3 \pm 15$  мм, средний размер тела  $26 \pm 9,3$  мм и средний размер хвоста  $25,2 \pm 9,1$  мм. У 52 (28,3%) пациентов была диагностирована киста головки поджелудочной железы, средние размеры которой составили  $60,8 \pm 17,2$  мм. В 15 (8,15%) случаях была диагностирована киста тела, и у 5 (2,7%) киста хвоста поджелудочной. Поликистоз головки поджелудочной железы был обнаружен у 10 (5,43%) пациентов, кальциноз у 8 (4,35%). Вирсунголитиаз выявлен у 21 (11,41%) пациентов. Признаки панкреатической гипертензии с расширением Вирсунгова протока в среднем до  $4,3 \pm 1,3$  мм было выявлено в 55 (29,9%) случаях. Признаки билиарной гипертензии выявлены у 19 (10,3%) пациентов с расширением общего желчного протока в среднем до  $15 \pm 3$  мм. Признаки хронической дуоденальной непроходимости были диагностированы у 2 (1,09%).

Всем пациентам были выполнены резекционно-дренирующие операции. Продольная панкреатоюностомия выполнена 40 (21,74%) пациентам, для которых была не характерна выраженные фиброзно-воспалительные изменения в головке поджелудочной железы, панкреатоцистовирсунгоюностомия 46 (25%) пациентам, панкреатоцистоеюностомия была выполнена 29 (15,8%) при наличии крупной солитарной кисты, клиновидная резекция головки поджелудочной железы с последующей продольной панкреатоюностомией была выполнена 23 (12,5%) пациентам, интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы была проведена 23 (12,5%) пациентам с выраженными фиброзно-воспалительные изменения в головке поджелудочной железы, гемипанкреатэктомия – 1 (0,54%) пациенту с выраженными фиброзно-воспалительными изменениями хвоста и тела поджелудочной железы, срединная резекция в 1-м случае (0,54%), дистальная резекция поджелудочной железы – 6 (8,7%) пациентам.

15 пациентам, у которых хронический рецидивирующий панкреатит с протоковой гипертензией сочетается с протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока и механической желтухой, выполнены оперативные вмешательства по разработанным в клинике методикам: 11 (5,97%) пациентам был выполнен холедохопанкреатоюноанастомоз, 3 (1,6%) пациентам с гипертензивно-протоковым типом хронического панкреатита в сочетании с протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока и кистой головки поджелудочной железы был наложен холедохоцистопанкреатоюноанастомоз, 1 (0,54%) пациенту с кистой головки поджелудочной железы и стриктурой интрапанкреатической части холедоха без

расширения Вирсунгова протока был сформирован холедохоцистодуоденоанастомоз.

**Результаты и их обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 18 (9,8%) пациентов. Из них у 3 (16,6%) пациентов осложнение в виде микронесостоятельности панкреатоюноанастомоза, купировавшееся консервативными мероприятиями (благодаря его дренированию). В 4 (22,2%) случаях было выявлено внутрибрюшное кровотечение в послеоперационном периоде, у 3 (16,65%) пациентов, купировавшееся с помощью гемостатической терапии и в 1 (5,55%) случае для остановки кровотечения была выполнена релапаротомия. У 11 (61,1%) пациентов были отмечены воспалительные изменения в области послеоперационной раны.

Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии с хорошим результатом по шкале Visik при сроках наблюдения до 10 лет.

Средняя продолжительность госпитализации составила  $25,9 \pm 5,6$  койко-дней.

**Выводы.** Выполнение резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе позволяет улучшить результаты лечения хронического панкреатита и его осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы : рук. для врачей / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М. : Медицина, 1995. – 512 с.

2. Буклис Э. Р., Ивашкин В. Т. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 6. – С. 79-86.

#### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО МЕТОДИКЕ «MOS SF-36» ДО И ПОСЛЕ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ТРУПНОЙ ПОЧКИ

*Белюк К.С.<sup>1</sup>, Зверко О.И.<sup>1</sup>, Колонтай Е.В.<sup>1</sup>, Кондель С.В.<sup>1</sup>, Сорока О.С.<sup>2</sup>, Шваба Д.А.<sup>1</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,*

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Во всём мире отмечается тенденция нарастания распространенности хронической болезни почек (ХБП). Это можно связать с увеличением количества пациентов как с первичной патологией почек, так и с ростом заболеваний, которые приводят к развитию ХБП, таких как артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, подагра и др. При прогрессировании ХБП в терминальную стадию у пациентов наблюдается снижение витальных функций, что влечёт за собой