

но статистически значимых различий между группами не имелось.

Выводы:

Инtrateкальное введение морфин-спинала перед оперативным вмешательством и общей анестезией способствует снижению интенсивности болевого синдрома в первые сутки после операции.

Инtrateкальное введение морфин-спинала перед оперативным вмешательством и общей анестезией снижает потребность во введении промедола в первые сутки после операции.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ КИСТ У
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ И
ЦЕЛОСТНОСТИ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО
ПРОТОКА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

^{1,2}Ращинский С. М., ²Третьяк С. И., ²Рубахов О. И.,
^{1,2}Боровик Е. А., ¹Ращинская Н. Т., ¹Громак А. Ф.,
¹Невмержицкий М. П.

¹Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Минск, Республика Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Формирование панкреатической постнекротической псевдокисты (ППК) – наиболее часто встречающееся осложнение (30-60%) у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП).

Цель исследования: определить рациональный способ и сроки выполнения хирургического вмешательства в группе пациентов с ППК (типы II-III по D'Egidio and Schein), который позволит улучшить качество жизни и социальный статус пациентов, страдающих ППК на фоне ХП. С этой целью выполнено проспективное исследование по нескольким

критериям без рандомизации с оценкой результатов в отдаленном периоде (36 мес. и более).

Материалы и методы исследования. В период с 01.01.2008 г. по 01.01.2015 г. на базе 3-го хирургического отделения (гепатологического) УЗ «ГК БСМП» г. Минска были произведены хирургические вмешательства у 121 пациента по поводу ППК на фоне ХП, которые вошли в две группы проспективного анализа. В группу «ВД ППК» вошли 70 пациентов, которым одномоментно была выполнена панкреатоцистоеюностомия на петле тощей кишки, мобилизованной по принципам «Roux-en-Y anastomosis», из них 48 (68,6%) мужчин и 22 (31,4%) женщины в возрасте от 24 до 75 лет (Me – 44,5[35,0; 53,0] лет). Группу наружных дренирующих операций (дренирование ППК под контролем ультразвукового аппарата или во время лапаротомии) – «НД ППК» – составил 51 пациент в возрасте от 23 до 78 лет, в том числе 41 (80,4%) мужчина и 10 (19,6%) женщин (Me – 45,3[34,0; 54,0] лет). Группы пациентов были сопоставимы по полу ($\chi^2=2,119$, $df=1$, $p=0,145$) и возрасту (U-test – $U=1756,0$, $p=0,881$). Различия между сравниваемыми группами по длительности заболевания до операции статистически не были значимы ($U=1567,0$, $p=0,253$). На протяжении 6 месяцев в клинической картине заболевания у всех 70/100% (95% ДИ: 93,5-100) пациентов группы «ВД ППК» и в 51/100% (95% ДИ: 91,3-100) случае в группе «НД ППК» присутствовал болевой синдром. Алкоголь, как этиологическая причина развития ХП в группе «ВД ППК», имел место в 57/81,4% (95% ДИ: 70,0-89,4) случаях. В группе «НД ППК» этот этиологический фактор развития ХП присутствовал у 44/86,3% (95% ДИ: 73,1-93,8) пациентов. Различия между сравниваемыми группами по количеству пациентов, употреблявших алкоголь до операции, статистически не были значимы ($\chi^2=0,502$, $df=1$, $p=0,479$). Для обеих групп пациентов было характерно наличие интрапанкреатических или перипанкреатических ППК в проекции тела и хвоста поджелудочной железы (ПЖ) и отсутствие пациентов, у которых ППК ПЖ имели интрапанкреатическую и перипанкреатическую локализацию ППК в зоне головки ПЖ. Основополагающими признаками в

предпочтении варианта «ВД ППК», а не «НД ППК», были: наличие интрапанкреатических ППК ПЖ и их связь с ГПП ПЖ; наличие синдрома холестаза и панкреатогенного асцита.

Результаты и их обсуждение. Частота послеоперационных осложнений была меньше в группе «ВД ППК» – 12/17,1% (95% ДИ: 9,5-28,4) случаев, тогда как в группе «НД ППК» она равнялась 18/35,3% (95%И: 22,8-50,0) случаев (Fisher exact $p=0,032$). В каждой из проанализированных групп количество госпитализаций после операции уменьшилось (W test, $p<0,001$). Однако большее количество госпитализаций сохранилось в группе «НД ППК» ($U=874,0$ $p<0,001$). Число эпизодов обострения ХП у пациентов группы «ВД ППК» было 31/46,3% (95% ДИ: 34,2-58,8) случаев, что статистически достоверно меньше, чем у пациентов группы «НД ППК» – 35/76,1% (95% ДИ: 60,9-86,9) случаев ($\chi^2=9,982$, $df=1$, $p=0,002$). Различие по частоте рецидивов (обострений) ХП в отдаленном периоде после выполнения операции в группах «ВД ППК» и «НД ППК» статистически значимо (Yates test, $\chi^2=8,793$, $p=0,004$). Шанс (Ш) рецидива ХП в группе «ВД ППК» (Ш=0,861) меньше, чем в группе «НД ППК» (Ш=3,182). В группе «ВД ППК» на 10 пациентов «с рецидивом» приходилось 12 – «без рецидива» (1: 1,2). При использовании «НД ППК» шанс рецидива будет статистически достоверно выше (1:0,3). Немаловажную роль в оценке долгосрочных результатов оперативного вмешательства играет характер повторных хирургических вмешательств после их выполнения. Так, в группе «ВД ППК» его выполнение потребовалось у 18 (35,3%) пациентов, а в группе «НД ППК» – в 25 (35,7%) случаях ($\chi^2=17,319$, $df=6$, $p=0,008$). В большинстве случаев в обеих группах (38/84,4%) необходимость в них была обусловлена прогрессией или обострением ХП на фоне продолжающегося употребления алкоголя (все пациенты были в группе «Алк+»).

До выполнения проанализированных нами оперативных вмешательств у пациентов в группах сравнения была произведена операция у 41 пациента: группа «ВД ППК» – 28 (68,3%), группа «НД ППК» – 13 (31,7%). Статистически значимого различия в группах сравнения не подтверждено ($\chi^2=6,364$, $df=6$, $p=0,384$). Так как они выполнялись в подавляющем числе случаев (80,5%) в

группе «Алк+», можно однозначно сделать вывод о том, что необходимость выполнения оперативного вмешательства было связано с прогрессией ХП на фоне его первопричины.

Выводы. Согласно данным, полученным в двух группах исследования, предпочтение следует отдавать разным видам «ВД ППК», что свидетельствует о целесообразности оперативного лечения в плановом порядке при длительном существовании ППК в зоне тела и хвоста ПЖ на фоне ХП. Динамическое наблюдение данной категории пациентов приводит к появлению ряда осложнений, которые требуют выполнения экстренных хирургических вмешательств, объем которых заключается в некрсеквестрэктомии и наружном дренировании ППК ПЖ.

НАЛИЧИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Санец И. А., Силян А. Е.

РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Венозная тромбоземболия (ВТЭ) по-прежнему является актуальной проблемой современной хирургии. Частота развития венозного тромбоза после хирургических вмешательств, в том числе и по поводу желчнокаменной болезни, составляет 20-59%, причем свыше 70% случаев послеоперационного флеботромбоза протекает бессимптомно и своевременно не диагностируется. Развивающийся впоследствии посттромбофлебитический синдром часто приводит к длительной утрате трудоспособности, инвалидности. Тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА) – одна из основных причин внезапной смерти пациентов в стационаре.

Общепринятым считается выделение врожденных и приобретенных факторов риска венозного тромбоза. К наследственно обусловленным относят дефицит естественных антикоагулянтов (протеинов С и S, антитромбина III), генные мутации II, V факторов свертывания (Лейдена – FV:G1691A),