На правах рукописи

Бозова Евгения Юрьевна

**Операции внутреннего дренирования в лечении псевдокист поджелудочной железы.**

14.01.17 – Хирургия

Автореферат диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Тверь – 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре общей хирургии.

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор **Евгений Михайлович Мохов.**

**Официальные оппоненты:**

**Рыбаков Граф Сергеевич -** доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО «Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И.Евдокимова» Минздрава РФ**.**

**Ачкасов Евгений Евгеньевич -**  доктора медицинских наук, профессора кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первого Московского государственного университета имени И.М.Сеченова» Минздрава РФ.

**Ведущая организация -** ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.009.01при ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте www/tvergma.ru

Автореферат разослан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

 В.В.Мурга

**Список сокращений**

|  |  |
| --- | --- |
| ПЖ | - поджелудочная железа |
| КТ | - компьютераня томография |
| МРТ | - магниторезонансная томография |
| РХПГ | - ретроградная холангиопанкреатография |
| Эндо-УЗИ | -эндоскопическая ультрасонография |
| РЭА | -раково-эмбриональный антиген |
| МРТ ХПГ | -магниторезонансная холангиопанкреатография |
| ESGE | -European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Европейсое Общество Эндоскопистов) |
| ВАШ | - визуально-аналоговая шкала |
| ВОЗ | - Всемирная Организация Здравоохранения |
| ИМТ | - индекс массы тела |

**Общая характеристика работы**

**Актуальность проблемы**

Ложная киста поджелудочной железы (ПЖ) – серьезное и хорошо описанное осложнение панкреатита, которое в 5–70% наблюдений возникает после острого панкреатита (ОП) и в 30% – сопутствует хроническому панкреатиту (ХП) (Савельев B.C., 2000 г.). Некоторые авторы считают, что в 70% случаев происходит спонтанное разрешение панкреатических кист (ПК), однако большинство исследователей отмечает их самопроизвольное исчезновение только в 9% наблюдений (Cooperman A.M., 2001 г.; Gouyon B., 1997 г.). Болевой синдром и риск возникновения жизнеугрожающих деструктивных осложнений определяют активную хирургическую тактику в лечении ПК (Гостищев В.К.. 2006 г.; Данилов М.В., 1995 г.). Несмотря на относительно большой зарубежный опыт лапароскопических и эндоскопических внутренних дренирований ПК, включающий NOTES® технологии, с низкими цифрами послеоперационных осложнений и рецидивов, традиционное внутреннее дренирование кисты остается простым и эффективным способом ее лечения ([Ахмеров Д. Р](http://www.kgmu.kcn.ru:8888/cgi-bin/irbis64r_01/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=AVT&P21DBN=AVT&S21STN=1&S21REF=5&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%90%D1%85%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2,%20%D0%94%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D1%80%20%D0%A0%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87)., 2006 г.; Aljarabah M., 2007 г.; Giovannini M., 2005 г.). Различные анатомические характеристики ложных кист не позволяют выбрать универсальный подход к способу внутреннего дренирования. В отечественной литературе описано сравнительно небольшое совокупное число наблюдений внутреннего дренирования ложной ПК (прямого – гастро- и дуоденоцистомии и шунтирующего – еюноцистостомии с выключенной петлей тощей кишки). При этом остаются недостаточно изученными отдаленные результаты таких вмешательств, а также качество жизни и коморбидный фон у данной категории больных (Бахтин В.А.. 2011 г.; Евтихова Е. Ю., 2010 г.; Салимгараев И.З., 2011 г.; Устименко А. В., 2006 г.).

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы, которой посвящено настоящее исследование.

**Цель исследования:** повышение эффективности хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы методом внутреннего дренирования.

**Задачи исследования:**

1. Сопоставить ближайшие результаты операций прямого и шунтирующего внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы.
2. Дать оценку отдаленным результатам сравниваемых видов дренирующих вмешательств; выявить наиболее часто встречающиеся осложнения.
3. Изучить качество жизни больных до и после операций прямого и шунтирующего внутреннего дренирования псевдопанкреатических кист.
4. Исследовать коморбидный фон больных с ложными кистами поджелудочной железы до и после выполнения сравниваемых хирургических вмешательств.

**Научная новизна**

На большом клиническом материале прослежены ближайшие и отдаленные результаты операций внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы. Осуществлено сравнение эффективности использования прямого и шунтирующего дренирования кисты. Изучено качество жизни больных до и после дренирующих операций с анализом многочисленных факторов, влияющих на его показатели. Показана сопряженность коморбидного фона и социально-экономических факторов с результатами лечебных мероприятий, проводимых изучаемому контингенту больных.

**Практическая значимость**

Результаты исследования могут быть использованы в деятельности хирургических стационаров, занимающихся лечением пациентов с заболеваниями поджелудочной железы. Выявлено, что при ложных кистах поджелудочной железы в достаточной степени эффективны традиционные (открытые) операции их внутреннего дренирования (формирование цистодигестивных анастомозов). Упорядочен диагностический алгоритм при выборе способа внутреннего дренирования (прямого или шунтирующего). Установлено, что для объективной оценки итогов лечения рассматриваемой категории пациентов необходимо изучение его отдаленных результатов и качества жизни оперированных больных. Показано положительное влияние на результаты хирургического лечения больных учета их коморбидного фона и поведенческих стереотипов.

**Положения, выносимые на защиту**

1. При выборе способа внутреннего дренирования псевдокисты поджелудочной железы следует руководствоваться анатомическим положением кисты и состоянием ее стенки.
2. По числу осложнений раннего послеоперационного периода прямое дренирование кист поджелудочной железы дает лучшие результаты, чем шунтирующее.
3. При кистах поджелудочной железы возникших в результате ранее перенесенного острого панкреатита показано прямое дренирование, при кистах на фоне хронического панкреатита – шунтирующее.
4. Основными осложнениями в отдаленном послеоперационном периоде являются рецидив кисты и болевого синдрома. Рецидив кисты чаще возникает после прямого дренирования, рецидив болевого синдрома - после шунтирующего.
5. Качество жизни после хирургического вмешательства улучшается у всех оперированных больных. Отмечается связь отдаленных результатов операции с коморбидным фоном и степенью трудовой активности пациентов.

**Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования используются в работе хирургов отделения гнойной хирургии ГБУЗ ОКБ г.Твери и в учебном процессе на кафедре хирургических болезней последипломного образования ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ» Минздрава России.

**Личное участие автора в выполнении исследования**

Автор принимал участие в хирургических вмешательствах в качестве ассистента, самостоятельно выполнял операции, провел изучение архивного материала, обследование и анкетирование пациентов.

**Апробация работы и публикации**

Результаты работы докладывались на научно-практической конференции врачей России «VI Успенские чтения», г. Тверь, 2013 г.; на заседаниях Тверского регионального отделения Российского общества хирургов, 2012г., 2013 г., 2014 г.; на 72-й Всероссийской итоговой конференции молодых ученых г. Москва, 2013 г., на 30th ESRA Congress, г. Дрезден, 2011г., на 31th ESRA Congress, г. Париж, 2012 г..По теме диссертации опубликовано 32 печатных работ, в том числе 4 в журналах, учитываемых ВАК РФ, и 7 – в иностранной литературе. Получен патент РФ на изобретение «Способ предоперационной подготовки больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом» № 2479323 от 20.04.2013г.

**Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 153 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и указателя литературы, включающего 56 отечественных и 277 зарубежных публикаций. Работа иллюстрирована 3 рисунками и 33 таблицей.

**Содержание работы**

**Материалы и методы исследования**

C целью формирования групп вмешательств и контроля проанализированы архивные истории болезни всех пациентов, находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии ГБУЗ ОКБ с диагнозом «киста поджелудочной железы» за период с 2000 по 2012 гг. Из исследования были исключены лица с возрастом менее 20 лет и более 60 лет на момент формирования выборки, пациенты с двумя и более кистами, с неопластическими кистами, обязательным являлось наличие сформированного солитарного образования в проекции поджелудочной железы (хроническая киста), пациенты, имеющие не более двух сопутствующих заболеваний. Таким образом, в исследование вошло 178 респондентов, окончательный объем выборки составил 122 пациента. Выборка рассчитана для 95% вероятности и ±5% доверительного интервала погрешности [http://allcalc.ru/node/100]. Исследование было ретроспективным («случай-контроль»).

Среди оперированных пациентов были мужчины и женщины в возрасте от 20 до 60 лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 89 (73%), женщин – 33 (27%). Возраст 122 пациентов с кистой поджелудочной железы колебался от 21 до 59 лет, в среднем составил 41,9, стандартное отклонение 9,937.

Длительность существования у пациентов кисты поджелудочной железы составила 11,1±1,6 мес. и колебалась от 6 до 60 мес. Срок заболевания до 1 года отмечен у 70 (57,4%) больных, от 1 года до 3 лет – у 22 (18%), более 3 лет – у 6 (4,9%). Уточнить давность заболевания не удалось у 24 (19,7%) человек.

Подтвержденные медицинской документацией указания на перенесенный панкреонекроз имелись у 75 (61,5%) пациентов. Панкреонекроз возник у 38 (50,7%) на фоне приема алкоголя, у 11 (14,7%) – на почве желчнокаменной болезни. ХП имелся у 47 (38,5%) больных, алкогольный генез заболевания отмечен у 15 (31,9%) из них.

Ранее перенесли различные оперативные вмешательства по поводу заболеваний ПЖ 40 (32,8%) человек, санационная лапаротомия по поводу ОП проведена у 7 (5,7%) больных, дренирующие панкреатическую кисту операции – у 22 (18,0%), из них у 13 (59,9%) выполнялся наружный дренаж и у одного больного осуществлялись пункционные вмешательства (4,5%). Перенесли различные операции внутреннего дренирования 8 (36,4%) пациентов, из них 4 – цистогастроанастомоз (по Юрашу – 2, по Дос-Сантосу – 1, степлерный – 1) и 4 – цистоеюноанастомоз по Ру. Резекция хвоста ПЖ в связи с ХП выполнена 2 (1,6%) пациентам. Гемилатеральную торокоскопическую спланхниксимпатэктомию с целью уменьшения боли перенесли 2 (1,6%) больных. Холецистэктомия по поводу желчных камней выполнена у 4 (3,3%) пациентов (из них в лапароскопическом варианте – у 2).

В общей сложности до операции у 122 больных наблюдалось 143 осложнения (со стороны ПЖ, так и брюшной полости), характерных для ПК.

Для диагностики ПК и их осложнений применены различные современные диагностические методы исследования: КТ органов брюшной полости 39 (32,0%), МРТ органов брюшной полости 9 (7,4%), рентгеноконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки 51 (41,8%), эзофагогастродуоденоскопия 122 (100%), рентгенологическое исследование грудной клетки 122 (100%), УЗИ органов брюшной полости 122 (100%),

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Метод исследования | Число больных (абс.,%) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Эндоскопическая ультрасонография гепатобилиарной зоны | 7 (5,7%) |

Хирургические вмешательства были проведены с использованием общесбалансированной анестезии и верхнесрединной лапаротомии. По виду внутреннего дренирования все случаи разделены на 3 группы:

* формирование цистогастроанастомоза в различных модификациях выполнено у 50 (41%) больных.
* формирование цистодуоденоанастомоза в различных модификациях выполнено у 11 (9%) больных.
* формирование цистоеюноанастомоза выполнено у 61 (50%) больных.

С целью изучения сравнительных результатов внутреннего дренирования кисты поджелудочной железы 122 пациентов ретроспективно были разделены на две группы в зависимости от способа дренирования. Группа I состояла из 61 (50%) больных, у которых выполнено прямое дренирование кист поджелудочной железы в пищеварительный тракт, из них цистогастроанастмоз – у 50 (41%), цистодуоденоанастомоз – у 11 (9%). В группу II вошел 61 пациент (50%), у которого проведено шунтирующее дренирование кисты путем наложения цистоеюноанастомоза с петлей кишки, выключенной по Ру.

Общая характеристика выделенных групп больных представлена в таблице 2.

Таблица 2

Общая характеристика групп больных с ложной кистой поджелудочной железы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | I группа, n=61 | II группа, n=61 |  | р\* |
| Мужчин | 44 (72,13±5,74%) | 45 (73,77±5,63%) | t 0,20 | р>0,05 |
| Женщин | 17 (27,87±5,74%) | 16 (26,23±5,63%) | t 0,20 | р>0,05 |
| Возраст | 38,93±1,1 | 44,37±1,7 | t 0,0034 | р>0,05 |
| Длительность заболевания (мес.)  | 11,44±1,57 | 24,15±5,96 | t 2,06 | р<0,05 |
| Постнекротический характер кисты | 42 (68,85±5,93%) | 33 (54,10±6,38%) | t 1,69 | р>0,05 |
| Киста при хроническом панкреатите | 19 (31,15±5,93%) | 28 (45,90±6,38%) | t 1,69 | р>0,05 |
| Рецидивный характер кисты | 14 (22,95±5,38%) | 10 (16,39±4,74%) | t 0,91 | р>0,05 |
| Размер кисты, мм | 93,7±6,1451 | 102,4±11,25 | t 0,68 | р>0,05 |
| Главный панкреатический проток > 5мм | 10 (16,39±4,74%) | 5 (8,20±3,51%) | t 1,39 | р>0,05 |
| Инфицированный характер кисты | 3 (4,92±2,77%) | 7 (11,48±4,08%) | t 1,33 | р>0,05 |

\* t - критерий Стьюдента. Критическое значение критерия Стьюдента =1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

По абсолютному большинству представленных в таблице показателей сравниваемые группы были сопоставимы между собой.

Для контроля за результатами операции в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки (от 3 месяцев до 3 лет) использовались как общеклинические, так и инструментальные методы обследования. Ближайшие результаты операций оценивались по числу наблюдавшихся ранних послеоперационных осложнений.

Проводилось также анкетирование больных. До операции оно осуществлялось при помощи специально разработанной оригинальной анкеты №1, включающей 150 вопросов, затрагивающих коморбидный фон, различные стороны жизни и анамнеза больных. После операции для анкетирования использовалась анкета №2, включающая в себя 10 вопросов, затрагивающих коморбидный фон и различные стороны жизни.

Качество жизни пациентов мы определяли при помощи опросника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), адаптированного для условий России.

Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с использованием визуально-аналоговой шкалы. Оценку трофологического статуса при помощи измерения индекса массы тела.

Регистрация, обработка и анализ цифрового материала проводились при помощи персонального компьютера Pentium 4 с набором дистрибутивов фирменных прикладных программ Microsoft, Statistic. Статистическая оценка достоверности разницы полученных величин осуществлялась путем вычисления критерия χ2 или коэффициента Стъюдента с помощью программы StatPlus 2008, использовался автоматический расчет критерия Манни-Уитни с помощью программы - <http://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/> и онлайн калькулятор для расчета статистических показателей <http://medstatistic.ru/calculators.html>.

**Результаты и их обсуждение**

Ближайшие результаты операций оценивались по характеру течения послеоперационного периода, числу наблюдавшихся ранних послеоперационных осложнений, среднему показателю пребывания в стационаре и продолжительности послеоперационного периода.

Осложнения наблюдались осложнения у 34 (27,9%) оперированных больных, их характер и частота представлены в таблице.

Все наблюдаемые осложнения можно разделить на инфекционные (нагноение послеоперационной раны, пневмония, подпеченочные и абсцесс забрюшинного пространства, нагноение в полости кисты) и технические осложнения (внутрипросветные кровотечения, панкреатическое и кишечное истечение, стеноз желудка).

Послеоперационные осложнения оценивали по [Clavien*-*Dindo Classification](http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=clavien-dindo%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.surgicalcomplication.info%2Findex-2.html&ei=7cGlTpveCYS0-QbQlvSJBQ&usg=AFQjCNHRX-fw8NlAlo4uRUE6EM8cXMZAVg&sig2=okZi-hqj355MtfZtWFLVIg&cad=rjt). Если у больного было 2 и более осложнений, учитывалось одно, наиболее тяжелое. Частота и вид ранних послеоперационных осложнений представлены в таблице 3.

Таблица 3

Частота и вид ранних осложнений у больных после внутреннего дренирования кист поджелудочной железы по [Clavien*-*DindoClassification](http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=clavien-dindo%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.surgicalcomplication.info%2Findex-2.html&ei=7cGlTpveCYS0-QbQlvSJBQ&usg=AFQjCNHRX-fw8NlAlo4uRUE6EM8cXMZAVg&sig2=okZi-hqj355MtfZtWFLVIg&cad=rjt)*.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Степень | Вид осложнения | Группа I, n=61 | Группа II, n=61 | t | p |
| I | Нагноение послеоперационной раны | 2 (3,28±2,28%) | 2 (3,28±2,28%) | 0 | p>0,05 |
| Панкреатическое истечение | 5 (8,20±3,51%) | 3 (4,92±2,77%) | t 0,73 | p>0,05 |
| II | Пневмония | 5 (8,20±3,51%) | 1(1,64±1,63%) | t 1,69 | p>0,05 |
| Нарушение эвакуации из желудка | 2 (3,28±2,28%) | 0 | t 1,44 | p>0,05 |
| IIIа | Нагноение полости кисты | 3 (4,92±2,77%) | 3 (4,92±2,77%) | t 0 | p>0,05 |
| IIIб | Подпечёночный абсцесс | 1(1,64±1,63%) | 1(1,64±1,63%) | t 0 | p>0,05 |
| Псоас- абсцесс | 1(1,64±1,63%) | 0 | t 1,01 | p>0,05 |
| IV | Кровотечение в зоне анастомоза | 3 (4,92±2,77%) | 1(1,64±1,63%) | t 1,38 | p>0,05 |
| V | Кровотечение в зоне анастомоза приведшее к летальному исходу | - | - | - | - |
|  | Итого: | 22 (36,07±6,15%) | 11 (18,03±4,92%) | t 2,29 | p<0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента =1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

Осложнения I степени наблюдались у 12 (9,84±2,70%) пациентов. В I группе таких осложнений было 7 (11,48±4,08%), во II – 5 (8,2±3,51%) (t=0,61, p>0,05). Во всех наблюдениях осложнения I степени купированы коррекцией схемы ведения послеоперационного периода. Нагноение раны у всех больных ограничилось подкожной клетчаткой и ликвидировано местной терапией. Панкреатические свищи ликвидированы путем медикаментозного подавления секреторной функции поджелудочной железы.

Осложнения II степени (пневмония, гастростаз) отмечены в 8 (6,56±2,24%) наблюдениях, большинство указанных осложнений встречались в I группе больных – 7 (11,48±4,08%)), при этом разница статистически достоверна (t=2,24, р<0,05). Пневмония у всех 6 пациентов разрешилась в результате лечения в общей палате со сменой антибиотиков. При лечении гастростаза, развившегося у 2 больных и проявлявшегося преходящим нарушением эвакуации из желудка вследствие деформации его выходного отдела, обоим пациентам потребовалось проведение короткого курса полного парентерального питания.

Осложнения IIIa степени (нагноение полости кисты) наблюдались у 6 (4,92±1,96%) больных. В I группе они встретились у 3 (4,92±2,77%) пациентов и были излечены эндоскопическими санациями. Во II группе такого рода осложнения наблюдались также у 3 (4,92±2,77%) пациентов, воспаление в полости кисты у этих больных было купировано путем промывания полости через наружный дренаж.

При 3 (4,92±2,77%) осложнениях IIIб степени (подпеченочный абсцесс – 2, псоас-абсцесс – 1), встретившихся в I группе больных у 2 (3,28±2,28%) и во II группе у 1(1,64±1,63%) пациентов, выполнены хирургические вмешательства в объеме дренирования абсцесса под общей анестезией.

Осложнения IV степени, имевшие место у 4 (3,3%) пациентов (у 3 из I группы и у одного из II) были представлены кровотечениями в зоне анастомоза (t=1,38, p>0,05). В группе прямого дренирования источником кровотечения явились аррозии a. lienalis (1), a. pancreatoduodenalis ant.sup (1), внутренних артерий слизистой оболочки по линии цистогастроанастомоза (1). В группе шунтирующего дренирования кровотечение возникло у одного пациента из-за недостаточного гемостаза по периметру цистоеюноанастомоза. При релапаротомии в 4 случаях гемостаз достигнут прошиванием источника кровотечения.

Общее число осложнений в I группе (22 – 36,07±6,15%) было больше, чем во II (11 – 18,03±4,92%), статистически эта разница оказалась значимой (p<0,05).

Таким образом, выявлены значимые различия в общем числе ранних послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, их было достоверно больше при прямом дренировании кисты.

При анализе результатов операции выявлено, что инфекционные осложнения встречались у 11 (18,03±4,92%) больных I группы и у 5 (8,20±3,51%) больных II группы, разница статистически не достоверна (р>0,05). В I группе пациентов инфекционные осложнения наблюдались чаще у мужчин, при хроническом панкреатите, с меньшими сроками заболевания и размерами кист, при рецидивирующих кистах. Во II группе инфекционные осложнения наблюдались чаще у женщин, при более тяжелых сопутствующих заболеваниях и осложнениях до операции, при постнекротической кисте с более длительным анамнезом и большем размере кисты, при рецидивной и инфицированной кисте.

В связи с этим для уменьшения ранних послеоперационных инфекционных осложнений у больных с постнекротическими кистами лучше применять прямое дренирование, а у больных с кистами на фоне хронического панкреатита – шунтирующие. На осложнения в раннем послеоперационном периоде длительность заболевания статистически не влияла.

Технические осложнения наблюдались у 12 (9,84±2,70) больных, в I группе у 8 (13,11±4,32%) и во II группе у 4 (6,56±3,17%) (t=1,22, р>0,05). Технические осложнения во II группе чаще, чем в I группе встречались у пациентов с большей длительностью заболевания (р˃0,05) и при инфицированном характере кисты (р˂0,05).

При инфицированном характере кисты во избежание технических осложнений предпочтительнее использовать прямое дренирование как наиболее простой вариант анастомоза в техническом и временном аспектах.

Отдаленный период прослежен у всех больных через 2 года после проведения исследования. В I группе результаты изучены у 61 (100%) больных, во II – у 61 (100%). Умерли 15 (12,3%) пациентов, из них 8 (13,1%) из I группы и 7 (11,5%) – из II. Причины смерти известны у 13 больных. В числе этих причин: алкоголь-ассоциированный панкреонекроз (2), отравление суррогатами алкоголя (2), желудочное кровотечение (2), инфаркт миокарда (2), дорожная травма (1), острая спаечная кишечная непроходимость (1), разрыв посттравматической аневризмы печеночной артерии (1), рак поджелудочной железы (2).

Осталось в живых 107 (87,7%) больных, что определило окончательный объем выборки: 53 из I группы и 54 – из II.

Кисты, по данным ультразвукового обследования, выявлены в среднем через 2,2±0,1 года у 17 (15,89%) пациентов: в I группе у 14 (26,6±6,06%), во II – у 3 (5,56±3,12%) (р<0,05, t=3,06). Средний размер выявленной кисты составил 48,3±2,2 мм, в I группе 41,9±1,7 мм и во II – 32,4±1,2 мм (t=4,57, р<0,05). При этом у 9 (8,41%) (в I группе – у 7 (13,21±4,65%), во II – у 1 (1,85±1,83%) пациентов обнаруженное кистозное образование расценено как остаточная полость после внутреннего дренирования, оно не вызывало клинической симптоматики и не потребовало хирургической коррекции (t=2,27, р>0,05).

Повторно оперированы 20 (18,69%) пациентов, из них трое – неоднократно. В первой группе повторные операции выполнены 13 (24,53±5,91%) больным, и во второй группе – 7 (12,96±4,57%) (t=1,55, р>0,05).

Оперативные вмешательства в связи с вновь возникшими осложнениями хронического панкреатита в отдаленном периоде выполнены у 16 (14,95%) больных. 9 (16,98±5,16%) из этих больных принадлежали к I группе и 7 (12,96±4,57%) – ко II (t=0,58, р>0,05). Показанием к повторным хирургическим вмешательствам послужили либо рецидив кисты, либо рецидив болей (таблица 6).

Таблица 6

Виды оперативных вмешательств в отдаленном периоде у больных двух групп

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показания к операции | Вид оперативного вмешательства | I группа, n 53 | II группа, n 54 | р\* |
| Рецидив кисты | Цистогастроанастомоз  | 3 (5,66±3,17%) | 1 (1,85±1,83%) | p>0,05 |
| Панкреатодуоденальная резекция | 1 (1,89±1,87%) | 1 (1,85±1,83%) | p>0,05 |
| Резекция головки ПЖ | 1 (1,89±1,87%) | 0 | p>0,05 |
| Наружное дренирование кисты | 2 (3,77±2,62%) | 0 | p>0,05 |
| Всего: | 7 (13,21±4,65%) | 2 (3,70±2,57%) | p>0,05 |
| Рецидив боли | Продольный панкреатоеюноанастомоз | 0 | 1 (1,85±1,83%) | p>0,05 |
| Продольный панкреатогастроанастомоз | 0 | 1 (1,85±1,83%) | p>0,05 |
| ТССЭ | 2 (3,77±2,62%) | 5 (9,26±3,94%) | p>0,05 |
| Дистальная резекция поджелудочной железы | 0 | 1 (1,85±1,83%) | p>0,05 |
| Всего:  | 2 (3,77±2,62%) | 8 (14,81±4,83%) | p<0,05 |
| ЖКБ | Холецистэктомия  | 2 (3,77±2,62%) | 0 | p>0,05 |
| Рак ПЖ  | Холецистоэнтеро-анастомоз по Брауну | 1 (1,89±1,87%) | 0 | p>0,05 |
| Абсцесс печени | Дренирование абсцесса печение | 1 (1,89±1,87%) | 0 | p>0,05 |

\*сумма повторных операций больше, количества прооперированных пациентов, т.к. 3 больным было выполнено несколько вмешательств.

По поводу рецидива кисты операции проведены 9 (8,4%) пациентам: 7 (13,21±4,65%) из I группы и 2 (3,70±2,57%) – из II (t=1,79, р>0,05). При этом в I группе у 3 пациентов выполнена цистогастростомия, у одного – панкреатодуоденальная резекция, у одного – резекция головки поджелудочной железы, у 2 – наружное дренирование кисты. Во II группе одному больному проведена цистоеюностомия и одному – панкреатодуоденальная резекция.

По поводу рецидива болей повторно оперированы 7 (6,5%) больных: из I группы – 2 (3,77±2,62%), из II группы – 5 (9,26±3,94%), при этом 3 больных II группы оперированы неоднократно в связи с рецидивом болевого синдрома, т.е. 5 пациентам выполнено 8 оперативных вмешательств (t=1,16, р>0,05). Разница в числе операций по поводу рецидива болей в сравниваемых группах достоверна (t=2,01, р<0,05). Основным вмешательством при болевом синдроме была торакоскопическая спланхниксимпатэктомия, и только у одного больного из II группы при рецидиве болей осуществлена продольная панкреатоеюностомия, затем продольный панкреатогастроанастомоз и e одной пациентки – дистальная резекция поджелудочной железы.

В одном случае наблюдались инфекционные осложнения с развитием абсцесса печени, что потребовало хирургического вмешательства.

При раке поджелудочной железы через 7,7 мес. выполнено паллиативное оперативное вмешательство – холецистоэнтероанастомоз с анастомозом по Брауну.

У двоих пациентов при проведение контрольного обследования через 13,1 мес. выявлен калькулезный холецистит и выполнена холецистэктомия.

Как видно из представленных данных, наиболее часто показанием к повторной операции служил либо рецидив кисты, либо рецидив болей.

Общая характеристика повторно оперированных больных по поводу рецидива кисты группы после прямого и шунтирующего вмешательств представлена в таблице 7.

Таблица 7

Общая характеристика повторно оперированных больных с рецидивом кисты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | Рецидив кисты | t | p\* |
| I группа, n 7 | II группа, n 2 |
| Мужчины/женщины | 4/3 | 1/1 |  |  |
| Средний возраст | 46,7 | 31,5 |  |  |
| Постнекротический характер кисты | 3 (42,86±20,2%) | 2 (100,0±0%) | t=2,83 | р˂0,05 |
| Киста при хроническом панкреатите | 4 (57,14±20,20%) | 0 (0,00±0,00%) | t =2,83 | р˂0,05 |
| Осложнения кисты | 5 (71,43±18,44%) | 0 (0,00±0,00%) | t =3,87 | р˂0,05 |
| Сопутствующие заболевания | 6 | 1 | t =0,69 | р˃0,05 |
| Алголь | 3 | 1 | t =0,13 | р˃0,05 |
| ЖКБ | 2 | 0 | t =1,55 | р˃0,05 |
| Длительность заболевания | 15,9 | 15,0 |  |  |
| Средний размер кисты | 114,9 | 82,0 |  |  |
| Ранее оперированы | 3 | 1 | t =0,13 | р˃0,05 |
| Продолжительность операции | 78,6 | 90,0 |  |  |
| Не инфицированный характер кисты | 7 | 2 |  |  |
| Фиброзная ткань (гистологическое заключение стенки кисты) | 2 (28,57±18,44%) | 2 (100,0±0%) | t =3,87 | р˂0,05 |
| Аппаратный анастомоз | 1 | 0 | t =1,0 | р˃0,05 |
| Двухрядный анастомоз | 0 | 1 | t =1,0 | р˃0,05 |
| Дренаж Фелкера | 4 | 1 | t =0,13 | р˃0,05 |
| Осложнения в послеоперационном периоде | 1 | 1 | t =0,69 | р˃0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 2,365 при уровне значимости ɑ = 0,05

Как видно из представленных данных, рецидив кисты наблюдался чаще в I группе пациентов. Но при этом необходимо учесть, что данная группа пациентов была старше, имела осложненный характер кист, здесь чаще встречались больные с сопутствующей патологией и большей длительностью заболевания, с большим кистами и наличием ранее выполненных оперативных вмешательств, т.е. данная группа пациентов была значительно тяжелее, чем группа II. При шунтриующих вмешательствах рецидив кист наблюдался у больных с постнекротическими кистами, имеющими сформированную стенку.

При применении прямого дренирования в отдаленном периоде чаще наблюдается рецидив кисты, который требует повторных оперативных вмешательств. Однако у больных с постнекротическими кистами рецидив возникает достоверно чаще при применении шунтирующих вмещательств.

Характеристика больных с рецидивом болевого синдрома представлена в таблице 8.

Таблица 8

Общая характеристика повторно оперированных больных с рецидивом болевого синдрома

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | Рецидив боли | t | p\* |
| I группа, n 2 | II группа, n 5 |
| Мужчины/женщины | 2/0 | 4/1 |  |  |
| Средний возраст | 40,5 | 39,8 |  |  |
| Постнекротический характер кисты | 1 (50,00±50,0%) | 2 (40,00±24,49%) | t =0,18 | р˂0,05 |
| Осложнения кисты | 2 | 4 | t =1,0 | р˂0,05 |
| Сопутствующие заболевания | 2 | 1 | t =4,0 | р˃0,05 |
| Алголь | 1 | 1 | t =0,56 | р˃0,05 |
| ЖКБ | 1 | 0 | t =1,0 | р˃0,05 |
| Длительность заболевания | 3,5 | 29 |  |  |
| Средний размер кисты | 135 | 73 |  |  |
| Ранее оперированы | 0 | 3 | t =2,45 | р˃0,05 |
| Продолжительность операции | 117,5 | 116,3 |  |  |
| Не инфицированный характер кисты | 2 (100,00±0,00%) | 4 (80,00±20,00%) | t =1,0 | р˃0,05 |
| Фиброзная ткань (гистологическое заключение стенки кисты) | 0 | 2 | t =1,63 | р˃0,05 |
| Дренаж Фелкера | 1 | 3 | t =0,18 | р˃0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 2,571 при уровне значимости ɑ = 0,05

Их данных, представленных в таблице следует, что рецидив болевого синдрома достоверно чаще возникает после шунтирующих операций, несмотря на то, что в группе прямого дренирования были более тяжелые больные; с кистами больших размеров, с осложненным течением заболевания и сопутствующей патологией.

Таким образом, отдаленные результаты операций внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы свидетельствовали о довольно высоком проценте смертности больных. Выявлен достаточно большой удельный вес рецидивов псевдокист, потребовавших повторного хирургического лечения (чаще дренирующих, реже резекционных вмешательств). Ретроспективный анализ дает основание предполагать, что предпосылкой рецидива является продолжающийся дегенеративный хронический процесс в поджелудочной железе. Показанием к повторному хирургическому лечению в ряде случаев служил рецидив болевого синдрома. По абсолютному количеству больше повторных операций проведено у пациентов группы прямого дренирования, это были, главным образом, вмешательства по поводу рецидива кисты. Во II группе значимо чаще, чем в I выполнялись операции по поводу рецидива болей.

Анализ других факторов, которые могли бы повлиять на отдаленные результаты операции, не выявил статистически значимой зависимости между возникновением рецидивов кисты или болей и полом больных, их возрастом, длительностью заболевания, характером кист, осложнениями в раннем послеоперационном периоде. Хотя при сравнении I и II групп больных нельзя не отметить, что пациенты с рецидивом кист или боли в группе прямого дренирования были более тяжелыми, чем пациенты в группе шунтирующего дренирования (чаще встречалось осложненное течение кисты, было больше пациентов с сопутствующими заболеваниями, с большим размером кист).

С целью оценки результатов операции нами были изучены некоторые «поведенческие стереотипы» пациентов, так как этот фактор, по нашему предположению, не мог не сказаться на результатах операций и качестве жизни данной категории больных.

Социальная занятость населения. Более 66 (54,10%) больных оказались вне трудовой деятельности (в I группе 30 человек (49,18%), во II группе - 36 (59,02%)): по причине пенсионного возраста – 12 (9,84%), инвалидности – 14 (11,48%) (таблица 15). Изменили условия труда на более легкие по причине панкреатита 43,5% больных, оставили работу 30,6%, получили группы инвалидности в связи с заболеванием поджелудочной железы 5,9%.

Состав не работающих пациентов до операции представлен в таблице 9.

Таблица 9

Группа не работающих пациентов до операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 61 | II группа, n 61 | t | p\* |
| Не работают | 30 (49,18±6,40%) | 36 (59,02±6,30%) | t=1,10 | p>0,05 |
| Пенсионеры | 5 (8,20±3,51%) | 7 (11,48±4,08%) | t=0,61 | p>0,05 |
| Инвалид | 9 (14,75±4,54%) | 5 (8,20±3,51%) | t=1,14 | p>0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

Как видно из представленных данных, сравниваемые группы по своему составу достоеврно не различались.

Согласно данным опроса, после операции в отдаленном периоде 42 (46,2%) больных работают, 49 (53,8%) – не работают, см. таблица 10.

Таблица 10

Социальный статус пациентов в отдаленном периоде после операции внутреннего дренирования

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 53 | II группа, n 54 | t | p\* |
| Работают | 24 (45,28±6,84%) | 22 (40,74±6,69%) | t=0,47 | p>0,05 |
| Не работают | 29 (54,72±6,84%) | 32 (59,26±6,69%) | t=0,47 | p>0,05 |
| Пенсионеры | 6 (11,32±4,35%) | 8 (14,81±4,83%) | t=0,54 | p>0,05 |
| Инвалид | 9 (16,98±5,16%) | 5 (9,26±3,94%) | t=1,19 | p>0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

В отдаленном периоде 3 (5,7%) больных из I группы начали трудовую деятельность. Продолжают работать по специальности 15 (28,3%) больных I группы, сменили работу на более легкую 9 (16,98%) больных, перестали работать 6 (11,3%). Во II группе продолжают работать по специальности 19 (35,2%) больных, сменили работу на более легкую 3 (5,6%), перестал работать 1 (1,9%) пациент.

Из приведенных данных следует, что процент неработающих пациентов в I группе увеличился, тогда как во второй группе уменьшился, аналогичная закономерность прослеживается и у больных, имеющих инвалидность.

До операции у пациентов как I, так и II групп физический и психический компоненты здоровья в группе работающих и неработающих достоверно не отличались (р<0,05).

При анализе качества жизни у больных до и после операции в зависимости от их занятости (таблица 11) выявлено, что в I и II группах показатели физического здоровья достоверно стали выше, показатели психического здоровья достоверно улучшилось в I группе, во II они также улучшилсиь, однако достоверной разницы их не выявлено.

Среди работающего населения в I группе показатели психического здоровья после операции были достоверно лучше, чем во II группе среди работающего населения (р<0,05), у не работающей части населения показатели не отличались друг от друга.

Физический компонент здоровья в I и II группах после операции достоверно улучшился независимо от социальной занятости населения.

Таблица 11

Показатели качества жизни у больных до и после операции в зависимости от социального статуса

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Социальный статус | I группа | р | II группа | р |
| n | До операции | n | После операции | n | До операции | n | После операции |
| Психический компонент здоровья |
| Работают | n=31 | 39,5±1,5 | n=24 | 49,8±2,5 | р˂0,05 | n=25 | 38,4±4,9 | n=22 | 40,3±2,6 | р˃0,05 |
| Не работают | n=30 | 37,5±1,3 | n=29 | 45,9±2,1 | р˂0,05 | n=36 | 44,8±2,9 | n=32 | 46,1±6,5 | р˃0,05 |
| Физический компонент здоровья |
| Работают | n=31 | 42,8±1,3 | n=24 | 49,1±1,8 | р˂0,05 | n=25 | 43,2±2,1 | n=22 | 51,9±2,1 | р˂0,05 |
| Не работают | n=30 | 45,6±1,2 | n=29 | 51,4±0,8 | р˂0,05 | n=36 | 38,1±1,4 | n=32 | 50,9±3,2 | р˂0,05 |

Таким образом, после операции больные I группы чаще переходили на более легкую работу или переставали работать, чаще получали группу инвалидности, чем пациенты II группы. Качество жизни (как психический, так и физический компоненты здоровья) после операции улучшилось в обеих группах, среди как работающих, так и неработающих пациентов.

Визуально-аналоговая шкала. Оценка интенсивность болевого синдрома у лиц с ложной кистой поджелудочной железы по визуально-аналоговой шкале до операции выполнена у всех 122 пациентов (100%), после операции у 107 (87,7%).

Средний балл интенсивности болевого синдрома до операции составил 5,7 (таблица 12). Преобладали лица с интенсивностью болевого синдрома 5 и 8 баллов (19,1% и 17,6% соответственно). Достоверной разности в интенсивности болевого синдрома у лиц I и II групп не выявлено.

Таблица 12

Интенсивность болевого синдрома в баллах у больных с псевдокистой поджелудочной железы до операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 61 | II группа, n 61 | t | р\* |
| Мужчины | 5,4±0,4 | 5,9±0,6 | 0,69 | р˃0,05 |
| Женщины  | 6,5±0,6 | 4,5±1,7 | 1,11 | р˃0,05 |
| Среднее | 5,7±0,3 | 5,7±0,5 | 0,0 | р˃0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

В отдаленном периоде после выполненных операций средний балл по визуально-аналоговой шкале значительно уменьшился (таблица 19) и составил 1,5. Боль оценивалась пациентами в диапазоне от 0 до 4 баллов, у большей части пациентов болевой синдром отсутствовал.

Показатели интенсивности болевого синдрома в сравниваемых группах достоверно не отличались друг от друга (0,8 в группе прямого и 1,3 в группе шунтирующего дренирования) таблица 13.

Таблица 13

Интенсивность болевого синдрома в баллах у больных с псевдокистой поджелудочной железы после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 53 | II группа, n 54 | t | р\* |
| Мужчины | 0,8±0,3 | 2,0±1,2 | 0,97 | р˃0,05 |
| Женщины  | 0,7±0,5 | 0,25±0,2 | 0,84 | р˃0,05 |
| Среднее | 0,8±0,2 | 1,3±0,7 | 0,69 | р˃0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Как видно из таблицы 20, до операции в группе прямого дренирования преобладал болевой синдром интенсивностью в 8 баллов, в группе шунтирующего дренирования – в 5 баллов, в послеоперационном периоде у значительной части пациентов обеих групп болевой синдром полностью отсутствовал, у 64,15% в I группе и у 46,3% во II группе (t-критерий Стьюдента 1,89, р>0,05).

Таблица 14

Частота встречаемости различной интенсивности болевого синдрома по ВАШ в двух группах больных до и после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа |  | II группа |  |
|  | До операции, n 61 | После операции, n 53 | p\* | До операции, n 61 | После операции, n 54 | p\* |
| 0 | 0 (0%) | 34(64,15±6,59%) | p<0,05 | 0 (0%) | 25(46,3±6,79%) | p<0,05 |
| 1 | 2 (3,28±2,28%) | 6(11,32±4,35%) | p>0,05 | 0 (0%) | 5(9,26±3,94%) | p<0,05 |
| 2 | 4(6,56±3,17%) | 5(9,43±4,02%) | p>0,05 | 7(11,48±4,08%) | 10(18,52±5,29%) | p>0,05 |
| 3 | 5(8,20±3,51%) | 3(5,66±3,17%) | p>0,05 | 3(4,92±2,77%) | 0 (0%) | p>0,05 |
| 4 | 6 (9,84±3,81%) | 5(9,43±4,02%) | p>0,05 | 7(11,48±4,08%) | 14(25,93±5,96%) | p<0,05 |
| 5 | 10(16,39±4,74%) | 0 (0%) | p<0,05 | 17(27,87±5,74%) | 0 (0%) | p<0,05 |
| 6 | 10(16,39±4,74%) | 0 (0%) | p<0,05 | 7(11,48±4,08%) | 0 (0%) | p<0,05 |
| 7 | 5(8,20±3,51%) | 0 (0%) | p<0,05 | 3(4,92±2,77%) | 0 (0%) | p>0,05 |
| 8 | 11(18,03±4,92%) | 0 (0%) | p<0,05 | 11(18,3±4,92%) | 0 (0%) | p<0,05 |
| 9 | 4(6,56±3,17%) | 0 (0%) | p<0,05 | 3(4,92±2,77%) | 0 (0%) | p>0,05 |
| 10 | 4(6,56±3,17%) | 0 (0%) | p<0,05 | 3(4,92±2,77%) | 0 (0%) | p>0,05 |
| Всего | 100% | 100% |  | 100% | 100% |  |

Таким образом, после операции как в группе прямого, так и в группе шунтирующего дренирования достоверно отмечено уменьшение болевого синдрома до 0 баллов у большей части пациентов. Однако во II группе чаще встречались пациенты с интенсивностью болевого синдрома до 4 баллов, разница статистически достоверна (t=2,29, р<0,05).

Оценка трофологического статуса. Изучение трофологического статуса показало, что средний индекс массы тела до операции составил 22,5±0,6 кг/м2, после оперативного вмешательства – 22,8±1,2 кг/м2 (р<0,05) ?.

Значимых различий в показателях индекса массы тела до операции в I и II группах не наблюдалось, показатели составили 23,0±0,9 кг/м² и 26,3±2,5 кг/м² (р>0,05). При этом в I и II группах масса тела была достоверно больше у женщин, чем у мужчин (р<0,05) (таблица 15).

Таблица 15

Показатели индекса массы тела у больных с псевдокистой поджелудочной железы до операции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 61, кг/м² | II группа, n 61, кг/м² | р |
| Мужчины | 21,6±0,4 | 22,1±0,6 | р˃0,05 |
| Женщины  | 23,6±1,1 | 27,9±2,8 | р˃0,05 |
| Среднее, кг/м² | 23,0±0,9 | 26,3±2,5 | р˃0,05 |

Достоверных различий между видом анастомоза и индексом массы тела в отдаленном периоде не отмечено, хотя несколько лучшие результаты наблюдались у лиц с цистоеюноанастомозом. В то же время в отдаленном периоде имелась тенденция к увеличению среднего показателя индекса массы тела как в группе прямого, так и в группе шунтирующего дренирования (таблица 16). У мужчин этот показатель возрос в первой группе до 22,5±1,0 кг/м² (при изначальной его величине 21,6±0,4 кг/м²), во второй группе – до 23,6±1,1 кг/м² (при изначальной его величине 22,1±0,6 кг/м²). У женщин данный показатель увеличился в первой группе до 24,2±1,9 кг/м² (при изначальной его величине 23,6±1,1 кг/м²), во второй группе – до 32,4±2,5 кг/м² (при изначальной его величине 27,9±2,8 кг/м²) (р>0,05). В целом же у всех больных сохранялась тенденция к преобладанию лиц с нормальной массой тела.

Таблица 16

Показатели индекса массы тела у лиц группы прямого и шунтирующего дренирования после операции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 53, кг/м² | II группа, n 54, кг/м² | р |
| Мужчины | 22,5±1,0 | 23,6±1,1 | р˃0,05 |
| Женщины  | 24,2±1,9 | 32,4±7,5 | р˃0,05 |
| Среднее, кг/м² | 23,0±0,9 | 26,3±2,5 | р˃0,05 |

Как в первой, так и во второй группах преобладали лица с нормальной массой тела. Избыточная масса тела наблюдалась у 14,75% больных первой группы и у 22,95% – второй, недостаточность питания легкой степени соответственно у 8,2% и 9,84%, ожирение 1 степени у 8,2% и 4,92%, недостаточность питания средней степени у 6,56% и 3,28%, недостаточность питания тяжелой степени у 4,92% и 0%, ожирение 2 и 3 степени у 1,64% лиц как в первой, так и во второй группах. Значимых различий до операции по числу пациентов с различными нарушениями питания между I и II группами не наблюдалось. При этом в первой группе преобладали пациенты с недостаточностью питания. Таких больных в первой группе насчитывалось 12 (19,67±5,09%), а во второй – 8 (13,11±4,32%) (t=0,98, р>0,05). Пациентов с избыточной массой тела в первой группе было 15 (24,59±5,51%), а во второй – 18 (29,51±5,84%) (t=0,61, р>0,05).

После операции отмечено уменьшение пациентов с нормальной массой тела в обеих группах. В первой группе больные с нормальной массой тела стали встречаться реже, возросло количество пациентов с недостаточностью питания, стало меньше больных с избыточной массой тела. Наиболее вероятно, данное обстоятельство связано с тем, что у пациентов с постнекротическими кистами продолжались воспалительные изменения в поджелудочной железе. Во второй группе, напротив, после операции отсутствовали пациенты с недостаточностью питания (разница статистически достоверна), и увеличилось число пациентов с избыточной массой тела (таблица 17).

Таблица 17

Частота встречаемости пациентов с различными степенями нарушения питания до и после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы |  | Недостаточностьпитнаия | Нормальная масса тела | Избыточная масса тела |
| I | До операции,n 61 | 12 (19,67±5,09%) | 34 (55,74±6,36%) | 15 (24,59±5,51%) |
| После операции, n 53 | 13 (24,53±5,91%) | 27 (50,94±6,87%) | 13 (24,53±5,91%) |
| t | 0, 62 | 0,51 | 0,01 |
| p | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 |
| II | До операции, n 61 | 8 (13,11±4,32%) | 35 (57,38±6,33%) | 18 (29,51±5,84%) |
| После операции, n 54 | 0 (0,00±0,00%) | 33 (61,11±6,63%) | 21 (38,89±6,63%) |
| t | 3,03 | 0,41 | 1,06 |
| p | p<0,05 | p>0,05 | p>0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, согласно полученным данным средние показатели массы тела в двух группах после операции не изменились, хотя при анализе данных имеется тенденция к увеличению массы тела после операции в обеих группах, как у мужчин, так и у женщин. В то же время необходимо отметить улучшение послеоперационных показателей ИМТ по ВОЗ у пациентов II группы (увеличение количества пациентов с избыточной массой тела при полном отсутствии лиц с недостаточностью питания). В I группе наблюдается противоположная тенденция: после операции число пациентов с недостаточностью питания возросло, а пациентов с нормальной или избыточной массой тела стало меньше.

Опросник The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Исследовано 122 пациентов с ложной кистой поджелудочной железы перед операцией. При изучении отдаленных результатов лечения анкетированию подверглись 107 или 87,7% ранее опрошенных.

Показатели физического и психического компонентов здоровья достоверно не отличались друг от друга как до, так и после операции (таблица 18).

Таблица 18

Показатели качества жизни пациентов с панкреатической кистой до и после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | I группа | II группа | p |
| До операции, nI, II 61\* | Mh | 38,8±1,2 | 42,0±2,5 | p>0,05 |
| Ph | 43,7±0,9 | 40,7±1,3 | p>0,05 |
| После операции, nI 53, nII 54\*\* | Mh | 47,7±1,9 | 42,0±2,6 | p>0,05 |
| Ph | 47,9±1,1 | 51,5±1,6 | p>0,05 |

После операции в первой группе физический и психические компоненты здоровья стали достоверно лучше (р<0,05), тогда как во второй группе улучшился только физический компонент (р<0,05), психический же остался на прежнем уровне (разница не достоверна, р>0,05) (таблица 19).

Таблица 19

Показатели физического и психического компонентов здоровья у пациентов I и II групп до и после операции

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | До операции, nI, II 61 | После операции, nI 53, nII 54 | t | p |
| I группа | Mh | 38,8±1,2 | 47,7±1,1 | 5,47 | p<0,05 |
|  | Ph | 43,7±0,9 | 47,9±1,1 | 2,96 | p<0,05 |
| II группа | Mh | 42,0±2,5 | 42,0±2,6 | 0,00 | p>0,05 |
|  | Ph | 40,7±1,3 | 51,5±1,6 | 5,24 | p<0,05 |

\* t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Статистически достоверной разницы показателей физического и психического компонентов здоровья среди мужчин и женщин в двух группах выявлено не было (таблица 20).

Таблица 20

Показатели качества жизни пациентов с панкреатической кистой до и после операции в зависимости от гендерной принадлежности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| До операции |  | I группа, n 61 | p | II группа, n 61 | p |
| Женщины, n 17 | Мужчины, n 44 | Женщины, n 16 | Мужчины, n 45 |
| Mh | 38,5±2,3 | 38,7±1,4 | p>0,05 | 46,8±6,1 | 40,9±3,2 | p>0,05 |
| Ph | 41,0±1,4 | 44,4±1,1 | p>0,05 | 40,2±1,4 | 40,1±1,7 | p>0,05 |
|  |  | I группа, n 5 | II группа, 54 |
| После операции |  | Женщины, n 15 | Мужчины, n n 38 |  | Женщины, n 15 | Мужчины, n 39 |  |
| Mh | 43,7±3,6 | 49,4±2,3 |  p>0,05 | 38,7±6,7 | 44,5±2,8 | p>0,05 |
| Ph | 47,6±1,9 | 48,6±1,4 | p>0,05 | 55,4±2,4 | 50,6±2,0 | p>0,05 |

Таким образом, после операции шунтирующего дренирования показатели психического компонентов здоровья были хуже, чем при прямом дренировании, хотя до операции прослеживалась обратная связь. При более подробном анализе показатели психического компонента здоровья после операции стали достоверно ниже во II группе, как среди мужчин, так и женщин. Физический компонент здоровья достоверно улучшился после операции у пациентов обеих групп, однако во II группе после операции показатель стал лучше, чем в I группе (разница не достоверна), хотя до операции показатели были лучше у пациентов I группы (разница статистически не достоверна).

При более подробном анализе показателей качества жизни в двух группах до и после операции, наблюдалось улучшение по всем параметрам как в группе прямого, так и шунтирующего дренирования, улучшение статистически достоверно по большинству показателей, таблица 21.

Таблица 21

Показатели качества жизни больных I и II групп до и после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели качества жизни | I группа | p | II группа | p |
| До операции, 61 | После операции, 53 | До операции, 61 | После операции, 54 |
| Физическое функционирование (PF) | 50,1±3,3 | 64,3±3,9 | р<0,05 | 48,3±7,5 | 75,0±4,5 | р<0,05 |
| Ролевое физическое функционирование (RP) | 26,1±3,8 | 48,6±6,3 | р<0,05 | 48,1±2,4 | 57,1±1,0 | р<0,05 |
| Интенсивность боли (BP) | 39,4±3,3 | 67,1±3,1 | р<0,05 | 36,4±4,3 | 61,4±6,9 | р<0,05 |
| Общее состояние здоровья (GH) | 34,9±1,9 | 38,5±1,8 | p>0,05 | 32,2±5,6 | 36,9±3,9 | p>0,05 |
| Жизненная активность (VT) | 40,4±2,3 | 62,4±3,0 | p<0,05 | 36,0±6,7 | 51,4±5,8 | p>0,05 |
| Социальное функционирование (SF) | 51,2±2,8 | 72,0±2,9 | p<0,05 | 46,2±5,7 | 64,3±6,6 | p<0,05 |
| Ролевое эмоциональное функционирование (RE) | 29,5±3,4 | 59,3±5,5 | p<0,05 | 25,6±8,6 | 63,5±8,3 | p<0,05 |
| Психическое здоровье (MH) | 46,5±2,0 | 66,5±2,7 | p<0,05 | 48,3±3,6 | 58,3±5,7 | p>0,05 |

До операции показатели физического функционирования, интенсивности боли, общего состояния здоровья, жизненной активности и социального и ролевого эмоционального функционирования были лучше в I группе (р>0,05), при этом ролевое физическое функционирование было лучше в группе шунтирующего дренирования (разница статистически достоверна). После операции показатели интенсивности боли, общего здоровья, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья стали лучше в I группе (р>0,05), тогда как физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование стали лучше во II группе (р>0,05) (таблица 22).

Таблица 22

Показатели качества жизни до и после операции у пациентов I и II групп

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели качества жизни | До операции\* | tp | После операции\*\* | tp |
| I группа, 61  | II группа, 61  | I группа, 53 | II группа, 54 |
| Физическое функционирование (PF) | 50,1±3,3 | 48,3±7,5 | р>0,05 | 64,3±3,9 | 75,0±4,5 | р>0,05 |
| Ролевое физическое функционирование (RP) | 26,1±3,8 | 48,1±2,4 | р<0,05 | 48,6±6,3 | 57,1±1,0 | р>0,05 |
| Интенсивность боли (BP) | 39,4±3,3 | 36,4±4,3 | р>0,05 | 67,1±3,1 | 61,4±6,9 | р>0,05 |
| Общее состояние здоровья (GH) | 34,9±1,9 | 32,2±5,6 | p>0,05 | 38,5±1,8 | 36,9±3,9 | p>0,05 |
| Жизненная активность (VT) | 40,4±2,3 | 36,0±6,7 | p>0,05 | 62,4±3,0 | 51,4±5,8 | p>0,05 |
| Социальное функционирование (SF) | 51,2±2,8 | 46,2±5,7 | p>0,05 | 72,0±2,9 | 64,3±6,6 | p>0,05 |
| Ролевое эмоциональное функционирование (RE) | 29,5±3,4 | 25,6±8,6 | p>0,05 | 59,3±5,5 | 63,5±8,3 | p>0,05 |
| Психическое здоровье (MH) | 46,5±2,0 | 48,3±3,6 | p>0,05 | 66,5±2,7 | 58,3±5,7 | p>0,05 |

Таким образом, пациенты после операции прямого дренирования отмечают значительное уменьшение болевых ощущений (р<0,05), улучшение общего здоровья (р>0,05), повышение жизненного тонуса (р<0,05), респонденты стали выше оценивать уровень своих социальных связей (р<0,05) и отметили улучшение настроения (р<0,05), чем пациенты после шунтирующих вмешательств. Однако показатели физической работоспособности и физического состояния в большей степени улучшились у пациентов II группы (р<0,05), у них же отмечено улучшение показателя эмоционального состояния (р<0,05). Наиболее вероятно. это связано с более быстрой реабилитацией пациентов I группы после менее травматичной операции, хотя пациенты II группы быстрее восстанавливаются по физическим параментрам.

При более подробном анализе качества жизни у больных после операции отмечено улучшение показателей физического компонента здоровья в группе прямого и шунтрирующего дренирования независимо от этиологии кисты (таблица 23), хотя до операции показатели были лучше в первой группе, чем во второй, после операции прослеживаются противоположные данные: показатели качества жизни стали лучше во второй группе по сравнению с первой (p>0,05).

Таблица 23

Качество жизни пациентов I и II групп до и после операции в зависимости от этиологии кистозного образования (физический компонет здоровья)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До операции |  | После операции |  |
|  | I группаn1 19n2 42 | II группаn1 28n2 33 |  | I группаn1 15n2 38 | II группаn1 24n2 30 |  |
| Киста при хроничсокм панкреатите (1) | 43,02±1,79 | 42,75±0,90 | p>0,05 | 48,89±2,79 | 50,99±3,62 | p>0,05 |
| Постнекротическая киста (2) | 43,86±1,07 | 39,88±1,56 | p<0,05 | 47,66±1,30 | 50,84±1,80 | p>0,05 |

Психический компонет здоровья улучшился у больных группы прямого дренирования после операции при кистах на фоне хронического панкреатита и при постнекротических кистах. В группе шунтирующего дренированиЯ отмечено улучшение показателей психического компонента здоровья только при кистах на фоне хронического панкреатита, при постнекротических кистах, напротив, отмечено его уменьшение (таблица 31).

Таблица 31

Качество жизни пациентов I и II групп до и после операции в зависимости от этиологии кистозного образования (психический компонет здоровья)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До операции |  | После операции |  |
|  | I группаn1 19n2 42 | II группаn1 28n2 33 |  | I группаn1 15n2 38 | II группаn1 24n2 30 |  |
| Киста при хроничсокм панкреатите (1) | 38,94±1,88 | 37,62±4,0 | p>0,05 | 42,99±3,39 | 46,69±2,36 | p>0,05 |
| Постнекротическая киста (2) | 38,96±1,52 | 43,60±3,18 | p>0,05 | 49,88±2,17 | 41,17±3,81 | p>0,05 |

 Таким образом, этиология кисты практически не влияет на физический компонент здоровья пациентов независимо от вида дренирования, тогда как психический компонент лучше у больных с кистами на фоне хронического панкреатита, которым выполнено шунтирующее дренирование.

**Выводы**

1. Анализ непосредственных результатов выполненных операций свидетельствует о том, что осложнения раннего послеоперационного периода при прямом внутреннем дренировании ложных кист поджелудочной железы встречаются чаще, чем при шунтирующем. Наименьшее число осложнений получено у пациентов, перенесших прямое дренирование постнекротических кист и шунтирующее дренирование кист, развившихся на фоне хронического панкреатита.
2. Наиболее частыми осложнениями в отдаленном периоде после выполненных операций являются рецидив кисты и рецидив болевого синдрома. Первое из указанных осложнений чаще встречается после прямого дренирования кисты, второе – после шунтирующего.
3. В отдаленный период после операции у всех больных отмечается улучшение показателей качества жизни, при этом физический компонент здоровья бывает лучше у пациентов, перенесших шунтирующее дренирование кисты, а психический – у больных, перенесших ее прямое дренирование. В группе прямого дренирования повышается процент не работающих, инвалидов и лиц с недостаточностью питания.
4. Отдаленные результаты операций внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы имеют связь с коморбидным фоном. Как правило, у работающих пациентов эти результаты лучше, чем у не работающих, имеющих инвалидность и пенсионеров.

**Практические рекомендации**

1. В качестве эффективного метода лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы может быть рекомендовано выполнение операции ее внутреннего дренирования.
2. У больных с постнекротической кистой поджелудочной железы, если позволяют ее анатомическое положение и структура стенки, показана операция прямого дренирования (наложение цистогастро- или цистодуоденоананастомоза).
3. У больных с кистой на фоне хронического панкреатита оптимальным является выполнение операции шунтирующего дренирования (цистоеюностомии).
4. Для улучшения качества жизни и коморфидного фона у рассматриваемой категории больных необходимо проводить профилактичскую работу, направленную на социальную реабилитацию пациентов.

**Список работ, опубликованных по теме диссертации.**

1. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Бондаренко С.П., Червонцев С.В. Денервирующие вмешательства при хроническом панкреатите. Актуальные вопросы хирургии // Материалы научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской федерации. - Орел. - 2009.- С.175.
2. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л. Цистогастростомия в лечении псевдокист поджелудочной железы // Харьковская хирургическая школа. - 2009.- №3.- С.77-78.
3. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Ломоносов А.Л., Ломоносов Д.А. Цистогастростомия в лечении псевдокист поджелудочной железы // XYI международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». Тезисы докладов. – Екатеренбург. - 2009.- С.166.
4. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю. Внутреннее дренирование ложных кист поджелудочной железы // Материалы научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации / под редакцией академика РАН и РАМН Савельева В.С. – Изд-во: Белгородская областная типография. – Белгород.- 2010. – С. 283-285.
5. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю. Ближайшие и отдаленные результаты операции JURASZ в хирургии кист поджелудочной железы // Верхневолжский медицинский журнал.- 2011. –Т.9, вып 3.- С. 9-14.
6. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Ситкин С.И., Асланян Л.С. Редкое осложнение кисты поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. -2012.- №1.- С.116-119.
7. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Бахарева О.Н., Назаров М.В., Чичановская Л.В. Особенности биоэлектрической активности голвоного мозга у больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом // Материалы конгресса Вестник аритмологии.- 2012.- С.102.
8. Silaev V.N., Sitkin S.I., Bozova E.Y., Aslanyan L.S. The results of thoracoscopic sympathectomy in the treatment of pain associated with chronic pancreatitis // European journal of anaesthesiology. -V29/S 50 - Р.210.
9. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Ситкин С.И., Петрушин М. А. Цистогастроанастомоз в лечении больных псевдокистой поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. - 2012.- №2.- С.80-86.
10. Ситкин С.И., Петрушин М.А., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю. Длительная эпидуральная анальгезия как главный компонент подготовки к операции больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом // Вестник интенсивной терапии. Научно-практический журнал. Москва. - 2012.- С.53-54.
11. Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Ситкин С.И., Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л. Результаты внутреннего дренирования постнекротических кист поджелудочной железы // Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов. Красноярс. - 2012.- С.184-186.
12. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Петрушин М.А., Бозова Е.Ю. Вегетативная регуляция сердечного ритма у больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом // Вестник аритмологии. Приложение А. Материалы конгресса «Кардиостим». - 2012- С.77.
13. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю. Изменение качества жизни после панкреатодуоднеальной резекции при лечение тяжелых форм болевого синдрома при хроническом панкреатите // Материалы научно-практической конференции Центрального федерального округа России «Проблемы боли и обезболивания в неврологии и анестезиологии». Тверь. - 2012.- С.134-137.
14. Силаев В.Н., Терехов О.В., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Асланян Л.С. Отдаленные результаты торакоскопической симпатэктомии при лечении болевого синдрома, связанного с хроническим панкреатитом // Материалы научно-практической конференции Центрального федерального округа России «Проблемы боли и обезболивания в неврологии и анестезиологии». Тверь. - 2012. - С.138-140.
15. Ситкин С.И., Петрушин М.А., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю. Влияние эпидуральной анальгезии в предоперационном периоде на состояние гемостаза у больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом // Материалы научно-практической конференции Центрального федерального округа России «Проблемы боли и обезболивания в неврологии и анестезиологии». Тверь. - 2012. - С.140-142.
16. Ovechkin A.M., Sitkin S.I., Petrushin M.A., Silaev V.N., Bozova E.Y. Using prolonged epidural analgesia in preparation to operative treatment of patients having chronic pancreatitis with severe pain syndrome // CD Abstracts 30th ESRA Congress 2011 Материалы 30 конгресса ESRA (европейского общества регионарной анестезии) Дрезден. [www.kenes.com/esra 2011](http://www.kenes.com/esra%202011)
17. Sitkin S.I., Petrushin M.A., Silaev V.N., Bozova E.Y. Pharmacologial and surgical treatments of pain in chronic pancreatitis // CD Abstracts 31th ESRA Congress 2012 Материалы 31 конгресса ESRA (европейского общества регионарной анестезии) Париж.
18. Sitkin S.I., Silaev V.N., Bozova E.Y., Petrushin M.A. Influence of different types of surgeries on the pancreas with cronic pancreatitis on abdominal pain in the long term // CD Abstracts 32th ESRA Congress 2013 Материалы 32 конгресса ESRA (европейского общества регионарной анестезии) Glasgow, UK.
19. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Ломоносов Д.А. Ранние осложнения и повторные операции после внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы // Сборник докладов Материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ.”Актуальные проблемы хирургической гепатологии” Иркутск.– 2012. - С.72.
20. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю. Изменение качества жизни после панкреатодуоденальной резекции при лечении тяжелых форм болевого синдрома при хроническом панкреатите // Сборник докладов Материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ.”Актуальные проблемы хирургической гепатологии” Иркутск.– 2012. - С.192.
21. Силаев В.Н., Терехов О.В., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Асланян Л.С. Результаты торакоскопической симпатэктомии при лечении болевого синдрома, связанного с хроническим панкреатитом // Сборник докладов Материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ.”Актуальные проблемы хирургической гепатологии” Иркутск. – 2012.- С.192-193.
22. Ситкин С.И., Петрушин М.А., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю. Использование длительной эпидуральной анальгезии для предоперационной подготовки больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом // Сборник докладов Материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ.”Актуальные проблемы хирургической гепатологии” Иркутск.- 2012.- С.194-195.
23. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю. Гнойные осложнения после внутреннего дренирования и панкратодуоденальной резекции при лечении больных хроническим панкреатитом // Международный конгресс посвященный 90-летию проф. Б.М. Костюченка Раны и раневая инфекция. Москва. - 2012.- С.306-307.
24. Silaev V., Sitkin, S.Bozova E., Aslanyan. L. The result of sympathectomy in the treatment of pain associated with chronic pancreatitis // European Journal of Anaesttheology. – 2012. -V 29. - Р.210.
25. Бозова Е.Ю. Качество жизни после внутреннего дренирования панкератической псевдокисты методом цистогастростомии // Сборник докладов Материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ.”Актуальные проблемы хирургической гепатологии”. Иркутск. - 2012.- С. 223.
26. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю. Оценка результатов внутреннего дренирования и панкреатодуоденальной резекции в лечение больных с хроническим панкреатитом// Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. - 2012. - Т. 7, №4. - С.68-71.
27. Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю. Хирургическое лечение кист головки поджелудочной железы, используя панкреатодуоденальную резекцию // Актуальные вопросы современной хирургии . Сборник научно-практических работ, посвященный 65-летию почетного профессора КрасГМУ Ю.С.Винника. Красноярск. - 2013.- С.103-104.
28. Бозова Е.Ю. Результаты панкреатодуоденальной резекции у больных с кистой головки поджелудочной железы на фоне хронического панкреатита // Вестник Российского государсвенного медицинского университета. Специальный выпуск. -2013. - №1. -С.349.
29. Silaev V.N., Bozova E.Y., Sytkin S.I. The results of direct and bypass ways of internal drainage of pancreatic pseudocysts // Российско-германский мкдицинский форум. Фундаментальные основы и новые технологии в лечение заболеваний поджелудочной железы. - 2013.- Р. 129.
30. Silaev V.N., Bozova E.Y., Sytkin S.I. Opportunities thoracoscopic splanchniksympathectomy treatment of relapse in pain after surgery of chronic pancreatitis // Российско-германский мкдицинский форум. Фундаментальные основы и новые технологии в лечение заболеваний поджелудочной железы. - 2013.- Р.131.
31. Мохов Е.М., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю. Сравнительная оценка операций прямого и шунтирующего внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы // Хирургическая практика. – 2013. - №2. -С.40-44.
32. Ситкин С.И., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Токарева С.И. Соверменнаые подходы к лечению острого панкреатита (обзор междунарожных рекомендаций) // Верхневолжский медицинский журнал. – 2015. - №1. – С.17-21.
33. Ситкин С.И., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю., Петрушин М.А. Способ предоперационной подготовки больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом. Патент РФ на изобретение № 2479323 от 20.04.2013г.