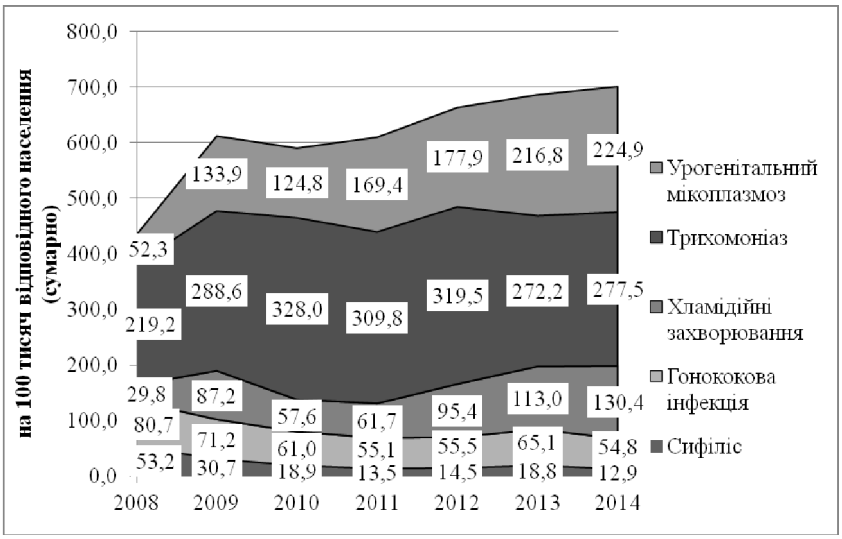

Рис. 5. Динаміка показників первинної захворюваності на інфекції, які передаються статевим шляхом, в Івано-Франківській області серед населення у віці 15-24 роки за 2008-2014 рр.

СНІД віковій групі 15-24 роки свідчать про необхідність застосування якомога ранніх профілактичних втручань із формування безпечної сексуальної поведінки.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та впровадження організаційних заходів боротьби з ІПСШ та ВІЛ серед підлітків та молоді.

Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні // інформаційний бюлетень, № 43. – Київ. – 2015 р. – 112 с.

2. Сергеєва Т. А. Епідемічна тенденція захворюваності на ВІЛ-інфекцію та інфекції, що передаються статевим шляхом, в сучасних умовах / Т. А. Сергеєва, Н. С. Бугаєнко // Профілактична медицина. – 2013. – № 3–4 (21). – С.20–28.

3. Щербакова Ю. В. Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ: проблема взаимовлияния / Ю. В. Щербакова // Дерматологія та венерологія. – 2011. – № 4 (54). – С. 5–12.

4. Мавров Г. И. Инфекции, передающиеся половым путем, и проблема сексуального и репродуктивного здоровья нации / Г.И. Мавров, А. Е. Нагорный, Г. П. Чинов // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2010. — № 1 (спец. выпуск: Дерматовенерология). — С. 5–14.

5. Кислих О. М. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію та інфекції, що передаються статевим шляхом, в Україні: чи існує взаємозв’язок? / О. М. Кислих, О. В. Максименюк, І. В. Нгуєв та ін. // Профілактична медицина. – 2014. – № 1–2 (22). – С. 35–40.

6. HIV/AIDS treatment and care in Ukraine / World Health Organization. — 2013. — 22 p.

7. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data / Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report. — Geneva. – 2011. — 224 p. — [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int

Одержано 15.07.2015 року.

УДК 618.17+57.04

ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЖІНОК З ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Л.В. Пахаренко
Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ СПОСОБА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Л.В. Пахаренко
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

FEATURES OF WAY OF LIFE IN WOMEN WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

L.V. Pakharenko
Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Сьогодні передменструальний синдром (ПМС) знаходиться на одній з провідних позицій ендокринної гінекології. Окрім гормональних, вегето-судинних, метаболічних механізмів в розвитку даної патології мають значення і біосоціальні фактори. Мета роботи – оцінка особливостей способу життя жінок з ПМС. Об’єктом дослідження були 200 жінок репродуктивного віку з діагнозом ПМС. Для діагностики захворювання використовували менструальний дистрес-опитувальник Р. Муса. Контрольну групу становили 50 жінок без діагнозу ПМС. Нами встановлено, що недостатнє фізичне навантаження асоціюється з наявністю

ПМС (χ^2=20,90, p<0,001, OR=0,22, 95%CI=0,12-0,43, p<0,001). У жінок з цим нейроендокринним синдромом виявлено високий відсоток осіб з нераціональним та незбалансованим режимом праці та відпочинку (χ^2=4,39, p=0,04, OR=2,11, 95%CI=1,10-4,05, p=0,02). Особливо виражена асоціація з цим фактором була у хворих з цефалгічною формою захворювання (χ^2=4,71, p=0,03, OR=3,73, 95% CI=1,23-11,29, p=0,02). Постійні систематичні стресові ситуації у хворих ПМС були значно частішими, ніж у здорових жінок (χ^2=10,91, p<0,001, OR=3,88, 95%CI=1,73-6,89, p=0,001), що найбільш було типовим для осіб з нейропсихічною формою захворювання. Нерегулярне харчування властиве для хворих всіх клінічних форм ПМС (χ^2=12,75, p<0,001, OR=3,30, 95%CI=1,73-6,30, p<0,001). Таким чином, результати наших досліджень свідчать про значення певних біосоціальних факторів у виникненні даного нейроендокринного синдрому. Це дозволить спрогнозувати виникнення ПМС, а також розробити заходи профілактики розвитку захворювання з урахуванням факторів ризику.

Ключові слова: передменструальний синдром, фактори ризику.

Резюме. Сегодня предменструальный синдром (ПМС) находится на одной из лидирующих позиций эндокринной гинекологии. Кроме гормональных, вегето-сосудистых, метаболических механизмов в развитии данной патологии имеют значение и биосоциальные факторы. Цель работы - оценка особенностей образа жизни женщин с ПМС. Объектом исследования были 200 женщин репродуктивного возраста с диагнозом ПМС. Для диагностики заболевания использовали менструальный дистресс-опросник Р. Муса. Контрольную группу составили 50 женщин без диагноза ПМС. Нами установлено, что недостаточная физическая нагрузка ассоциируется с наличием ПМС (χ^2=20,90, p<0,001, OR=0,22, 95%CI=0,12-0,43, p<0,001). У женщин с данным нейроэндокринным синдромом выявлен высокий процент лиц с нерациональным и несбалансированным режимом труда и отдыха (χ^2=4,39, p=0,04, OR=2,11, 95%CI=1,10-4,05, p=0,02). Особенно выражена ассоциация с этим фактором была у больных с цефалгической формой заболевания (χ^2=4,71, p=0,03, OR=3,73, 95%CI=1,23-11,29, p=0,02). Постоянные систематические стрессовые ситуации у больных ПМС встречались значительно чаще, чем у здоровых женщин (χ^2=10,91, p<0,001, OR=3,88, 95%CI=1,73-6,89, p=0,001), что наиболее было типичным для лиц с нейропсихические формой заболевания. Нерегулярное питание было характерно для больных всех клинических форм ПМС (χ^2=12,75, p<0,001, OR=3,30, 95%CI=1,73-6,30, p<0,001). Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о значении определенных биосоциальные факторов в возникновении данного нейроэндокринного синдрома. Это позволит спрогнозировать возникновение ПМС, а также разработать методы профилактики развития заболевания с учетом факторов риска.

Ключевые слова: предменструальный синдром, факторы риска.

Abstract. Today premenstrual syndrome (PMS) has leading positions in endocrine gynecology. In addition to hormonal, vegetative-vascular, metabolic mechanisms in the development of this disease biosocial factors are also important. **The objective of research** was to estimate features of lifestyle in women with PMS. The research included 200 women of reproductive age with diagnosis of PMS. Moos Menstrual Distress Questionnaire was used for diagnosis of this pathology. Control group consisted of 50 women without diagnosis of PMS. We found that lack of physical activity was associated with the presence of PMS (χ^2=20.90, p<0.001, OR=0.22, 95%CI=0.12-0.43, p<0.001). High percentage of individuals with irrational and unbalanced regime of work and rest was detected among women with this neuroendocrine syndrome (χ^2=4.39, p=0.04, OR=2.11, 95%CI=1.10-4.05, p=0.02). Specifically marked association of this factor was in patients with cephalgic form of the disease (χ^2=4.71, p=0.03, OR=3.73, 95%CI=1.23-11.29, p=0.02). Constant systematic stress situations in patients with PMS occurred much more frequently than in healthy women (χ^2=10.91, p<0,001, OR=3.88, 95% CI=1.73-6.89, p=0.001), and were the most typical for persons with neuropsychic form of the disease. Irregular diet was typical for patients of all PMS clinical forms (χ^2=12.75, p<0.001, OR=3.30, 95% CI=1.73-6.30, p<0.001). Thus, our results indicate the significance of certain biosocial factors in the incidence of this neuroendocrine syndrome. This will allow to predict PMS occurrence as well as to develop preventive measures of the disease taking into account risk factors.

Keywords: premenstrual syndrome; risk factors.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Сьогодні, незважаючи на покращення якості життя людства в останні десятиліття, в суспільстві все гостріше виникає проблема передменструального синдрому [3]. Нові технології, сучасні побутові прилади, розвиток медицини та ін. із однієї сторони мали б запобігати та знижувати виникнення різних захворювань. Однак, частота захворюваності населення зростає. Теперішній темп життя вимагає зміни його способу, який стає дуже часто неприроднім для людини. Зменшується фізична активність, порушується режим харчування та змінюється його склад, виникають розлади сну, більше стресового навантаження, змінюються відносини у сім'ї та ін. Все це сприяє розвитку різної патології, в тому числі і передменструльного синдрому. Якщо розвиток ПМС провокують біосоціальні механізми, то вони можуть бути відносно легко усунені. Відомо, що у жінок з цим діагнозом є нижчий рівень фізичної активності, ніж у здорових осіб [6]. Значне вживання жирів та недостатнє вживання продуктів з високим вмістом вуглеводів може бути пов'язано з виникненням даної патології [5]. Тому, ПМС може вважатись також і біосоціально обумовленим синдромом, що вимагає подальшого вивчення [4].

Мета дослідження. Оцінити особливості способу життя жінок з ПМС.

Матеріал і методи

Проведено обстеження 200 жінок з передменструальним синдромом, які становили основну групу. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу №676 МОЗ України від 31.12.2004 [1]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення циклічності маніфестацій захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самоспостереження протягом 2-3 менструальних циклів (менструальний дистрес-опитувальник Р. Муса). Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В. П. Сметник [2]. Жінки заповнювали анкети, в яких відповідали на питання щодо свого фізичного навантаження, способу харчування, стресових ситуацій та шкідливих звичок.

Критерії включення хворих до групи спостереження: репродуктивний вік, регулярний менструальний цикл, наявність ПМС, письмова згода пацієнта. Критерії виключення: вагітність, лактація, розлади менструального циклу, вогнищева патологія молочних залоз, дисфункціональні маткові кровотечі нез'ясованої етіології, гострі запальні процеси органів малого тазу, пухлини матки та яєчників нез'ясованої етіології, гіперпластичні процеси ендометрію, генітальний ендометріоз, тяжка соматична патологія в анамнезі, органічна патологія ЦНС, психічні захворювання, гормональні пухлини, цукровий діабет, захворювання наднирників, злоякісні утвори в даний час або в анамнезі, передменструальний дисфоричний розлад, жінки, які приймали психотропні препарати або гормональну терапію на протязі останніх 3 місяців.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0. Для порівняння двох незалежних груп за однією ознакою застосовували непараметричний критерій Манна-Уітні. Також вираховували критерій χ^2, відношення шансів (Odds Ratio, OR), відносний ризик (Relative Risk, RelR) та довірчий інтервал (Confidence Interval, CI). Різницю між величинами, які порівнювали вважали достовірною при p<0,05.

Результати та їх обговорення

В основній групі набрякову форму захворювання діагностовано у 70 жінок, нейропсихічну – у 72, цефалгічну – у 33, кризову – у 25. Середній вік жінок контрольної та основної груп статистично не відрізнявся та становив відповідно 28,82±0,76 та 30,13 ± 0,36 років (p=0,08). Вік менархе співпадав у двох дослідних групах та був 12,94±0,13 та 12,86 ± 0,06 років і не мав відмінностей залежно від форми ПМС (p>0,05). В анамнезі розлади менструального циклу у вигляді порушень їх циклічності мала однакова кількість жінок двох груп – 26,00 %.

При аналізі анкетування встановлено, що свою фізичну активність вважали достатньою більше половини жінок контрольної групи – 29 (58,00 %), що було в 2,47 рази більше, ніж в основній групі – 47 осіб (23,50 %; χ^2=20,90, p<0,001, OR=0,22, 95%CI=0,12-0,43, p<0,001, RelR=0,41, 95%CI=0,29-0,57, p<0,001). Серед груп жінок з різними формами ПМС цей показник був практично однаковим.

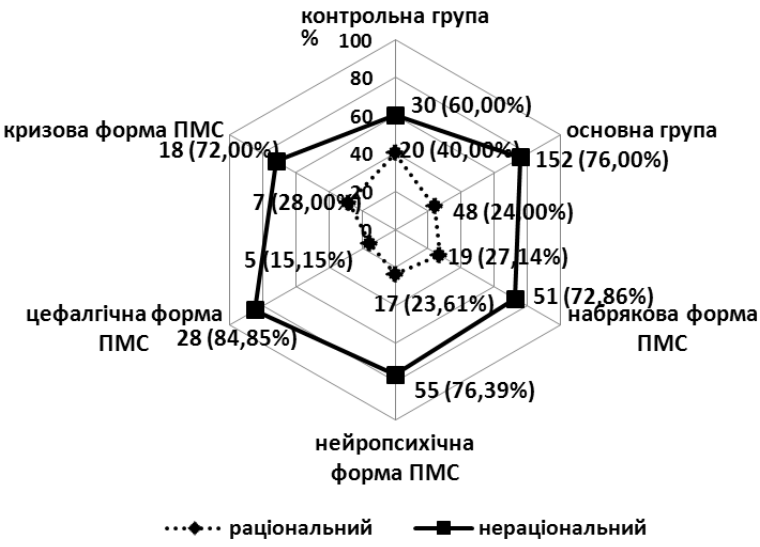

Рис. Характер режиму праці та відпочинку у обстежених жінок

Більшість жінок обох дослідних груп вважали свій режим праці та відпочинку нераціональним та незбалансованим (рис. 1). Проте, в основній групі цей показник (76,00 %) був в 1,27 рази більшим, ніж в контрольній (60,00 %; χ^2=4,39, p=0,04, OR=2,11, 95%CI=1,10-4,05, p=0,02, RelR=1,27, 95%CI=0,99-1,61, p=0,03). Статистично достовірні відмінності порівняно з контролем щодо нераціональності та незбалансованості режиму праці та відпочинку були особливо виражені в групі хворих з цефалгічною формою ПМС, кількість яких становила 84,85 % (χ^2=4,71, p=0,03, OR=3,73, 95%CI=1,23-11,29, p=0,02, RelR=1,41, 95%CI=1,08-1,85, p=0,01). Проте, у жінок з кризовою формою ПМС ці дані практично не відрізнялись від показника здорових осіб (^{2}=0,59, p=0,44, OR=1,71, 95%CI=0,61-4,85, p=0,31, RelR=1,20, 95%CI=0,86-1,67, p=0,28).

Половина жінок контрольної групи на питання "Як часто Ви зустрічаєтесь із стресовими ситуаціями?" відповіли, що "рідко", в той час як в основній групі тільки кожна п'ята жінка рідко зустрічалася із стресовими ситуаціями (табл. 1). Натомість, хворі ПМС в 2,65 рази частіше порівняно з контролем відмічали постійні та систематичні стресові стани (42,50% проти 16,00 % відповідно; χ^2=10,91, p<0,001, OR=3,88, 95%CI=1,73-6,89, p=0,001, RelR=2,66, 95%CI=1,38-5,11, p=0,004). Така закономірність була особливо виражена у осіб з нейропсихічною формою ПМС, у яких цей показник становив 48,61% та був в 3,04 рази більшим відносно у здорових жінок (χ^2=12,36, p<0,001, OR=4,97, 95%CI=2,05-12,05, p<0,001, RelR=3,04, 95%CI=1,54-5,99, p=0,001).

Таблиця 1. Характер стресових ситуацій у обстежених жінок

Групи жінок	n	Частота стресових ситуацій		
		Рідкі	Помірні	Часті
Набрякова форма ПМС	70	17 (24,29%)	26 (37,14%)	27 (38,57%)
Нейропсихічна форма ПМС	72	15 (20,83%)	22 (30,56%)	35 (48,61%)
Цефалгічна форма ПМС	33	6 (18,18%)	12 (36,36%)	15 (45,46%)
Кризова форма ПМС	25	5 (20,00%)	12 (48,00%)	8 (32,00%)
Основна група, всього	200	43 (21,50%)	72 (36,00%)	85 (42,50%)
Контрольна група	50	25 (50,00%)	17 (34,00%)	8 (16,00%)

Нерегулярне харчування у своїх анкетах вказали в 1,81 рази більше жінок з ПМС (130 жінок – 65,00 %), ніж здорових (18 осіб – 36,00 %, χ^2=12,75, p<0,001, OR=3,30, 95%CI=1,73-6,30, p<0,001, RelR=1,81, 95%CI1,23-2,65, p=0,003). Особливо високий цей показник встановлено серед хворих з цефалгічною формою хвороби – 30 чоловік (90,91%), що було в 2,53 рази більше проти контрольної групи (χ^2=22,38, p<0,001, OR=17,78, 95%CI=4,75-66,54, p<0,001, RelR=2,52, 95%CI=1,72-3,71, p<0,001). Найменший показник мали жінки з набряковою формою – 41особа (58,57 %) – в 1,63 рази більше, ніж в контрольній групі (χ^2=5,08, p=0,02, OR=2,51, 95%CI=1,19-5,31, p=0,02, RelR=1,63, 95%CI=1,07-2,47, p=0,02).

Частота жінок, які палять, була практично однаковою в обох групах та склала 9 (18,00 %) та 37 (18,50%) жінок.

Висновки

Таким чином, результати наших досліджень свідчать про значення певних біосоціальних факторів у виникненні ПМС:

1. Недостатнє фізичне навантаження асоціюється з наявністю даного нейроендокринного синдрому (χ^2=20,90, p<0,001, OR=0,22, 95%CI=0,12-0,43, p<0,001, RelR=0,41, 95%CI=0,29-0,57, p<0,001).

2. У жінок з ПМС встановлено високий відсоток осіб з нераціональним та незбалансованим режимом праці та відпочинку (χ^2=4,39, p=0,04, OR=2,11, 95%CI=1,10-4,05, p=0,02, RelR=1,27, 95%CI=0,99-1,61, p=0,03). Особливо достовірна асоціація з цим фактором виявлено у хворих з цефалгічною формою захворювання (χ^2=4,71, p=0,03, OR=3,73, 95% CI=1,23-11,29, p=0,02, RelR=1,41, 95%CI=1,08-1,85, p=0,01).

3. Постійні систематичні стресові ситуації у хворих ПМС були значно частішими, ніж у здорових жінок (χ^2=10,91, p<0,001, OR=3,88, 95%CI=1,73-6,89, p=0,001, RelR=2,66, 95%CI=1,38-5,11, p=0,004), що найбільш було типовим для осіб з нейропсихічною формою захворювання.

4. Нерегулярне харчування властивих для хворих всіх клінічних форм ПМС (χ^2=12,75, p<0,001, OR=3,30, 95% CI=1,73-6,30, p<0,001, RelR=1,81, 95% CI 1,23-2,65, p=0,003).

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати дозволяють спрогнозувати виникнення ПМС. Перспективою подальших досліджень є оцінка

ефективності заходів профілактики розвитку захворювання з урахуванням факторів ризику.

Література

1. Наказ № 676 МОЗ України від 31. 12. 2004 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги".

2. Сметник В. П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. Книга 1 / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 1995. – С. 129-138.

3. Direkvand-Moghadam A. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study / A. Direkvand-Moghadam, K. Sayehmiri, A. Delpisheh, Kaikhavandi Sattar // J. Clin. Diagn. Res. – 2014. – V. 8 (2). – P. 106–109.

4. Matsumoto T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder / T. Matsumoto, H. Asakura, T. Hayashi // Gynecol. Endocrinol. – 2013. – V. 29 (1). – P. 67-73.

5. Nagata C. Soy, fat and other dietary factors in relation to premenstrual symptoms in Japanese women / C. Nagata, K. Hirokawa, N. Shimizu, H. Shimizu // BJOG. – 2004. – Vol. 111 (6). – P.594-599.

6. Teixeira A. L. Relationship between the level of physical activity and premenstrual syndrome incidence / A. L. Teixeira, E. C. Oliveira, M. R. Dias // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. – 2013. – V. 35 (5). – P.210-214.

Одержано 21.09.2015 року.

УДК: 616.367—006.6—089.12+611.1

ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО БІЛІАРНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

В.І. Пилипчук

Івано-Франківський національний медичний університет

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В.И. Пилипчук

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY FOR CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY BILIARY HYPERTENSION

V.I. Pylypchuk

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Резюме. Впродовж 2009–2015 рр. у відділенні загальної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні прооперовано 127 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту (ХП). У 39 (30,7 %) хворих ХП супроводжувався біліарною гіпертензією (БГ). У 14 (11,1 %) хворих БГ поєднувалась з хронічною дуоденальною непрохідністю (ХДН), а у 4 (3,1 %) хворих виявлено поєднання БГ+ХДН та локальної венозної гіпертензії (ВГ) судин панкреатобіліарної зони. Чоловіків було 36 (92,3 %), жінок 3 (7,7 %), віком від 21 до 60 років. Оцінку віддалених результатів оперативного лікування проводили шляхом огляду хворих, проведення ультразвукового дослідження (УЗД) та заповнення анкети «Short Form Medical Outcomes Study» (SF-36). Всі хворі на ХП з БГ були прооперовані. 5 (12,8 %) хворим проведено панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) за Whipple, 11 (28,3 %) хворим - операцію Фрея, 2 (5,1 %) хворим - Бернську модифікацію операції Бегера, 8 (20,5 %) хворим - поздовжню панкреатоєюностомію (ППЄС), 7 (17,9 %) хворим застосовано ендоскопічні вручання на головній панкреатичній протоці (ГПП) (2 хворим - ендоскопічну цистодуоденостомію, 5 хворим – транспапілярні втручання на жовчовивідних шляхах та ГПП), 2 (5,1 %) хворим накладено біліодигестивні анастомози, 3 (7,7 %) хворим - цистоентеростомію. Якість життя вдалось прослідкувати у 24 (61,5 %) пацієнтів в термін від півроку до 5 років від часу проведеної операції. Показники якості життя виявились найнижчими в групі хворих, яким проводились ендоскопічні втручання. Резекційні оперативні втручання на підшлунковій залозі (ПЗ) при ХП з БГ (операція Фрея, Бернська операція, ПДР) супроводжуються кращими показниками якості життя у віддаленому післяопераційному періоді в порівнянні з дренуючими операціями (в т.ч. ендоскопічними), які не усувають морфологічного субстрату захворювання та не попереджають прогресування недуги. Для отримання добрих віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ХП з БГ та покращення якості їх життя необхідні повноцінне передопераційне обстеження хворих, адекватна оцінка інтраопераційної ситуації та вибір методу операції за індивідуальними показами.

Ключові слова: хронічний панкреатит, якість життя, біліарна гіпертензія.

Резюме. На протяжении 2009–2015 гг. в отделении общей хирургии Ивано-Франковской областной клинической больницы было прооперировано 127 больных с осложнёнными формами хронического панкреатита (ХП). У 39 (30,7 %) больных ХП сопровождался билиарной гипертензией (БГ). У 14 (11,1 %) больных БГ сочеталась с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН), а у 4 (3,1 %) больных обнаружено сочетание БГ+ХДН и локальной венозной гипертензии (ВГ) сосудов панкреатобилиарной зоны. Мужчин было 36 (92,3 %), женщин 3 (7,7 %), в возрасте от 21 до 60 лет. Оценку отдалённых результатов оперативного лечения проводили путём осмотра больных, проведения ультразвукового исследования (УЗИ) и заполнения анкеты «Short Form Medical Outcomes Study» (SF-36). Все больные ХП с БГ были прооперированы. 5 (12,8 %) больным проведено панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) по Whipple, 11 (28,3 %) больным - операцию Фрея, 2 (5,1 %) больным - Бернскую модификацию операции Бегера, 8 (20,5 %) больным - продольную панкреатоеюностомию (ППЕС), у 7 (17,9 %) больных проведены ендоскопические вмешательства на главном панкреатическом протоке (ГПП) (у 2 больных – эндоскопическую цистодуоденостомию, у 5 больных– транспапиллярные