

© Гончаров М. П., Шведа Ю. І.

УДК 616.37-002-036.11:616.

Гончаров М. П., Шведа Ю. І.

АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

ВНКЗ ЛОР «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини
ім. Андрея Крупинського» (м. Львів)

jarunatanchak@mail.ru

Робота є фрагментом пошукової теми.

Вступ. На сьогодні актуальності набуває проблема хірургічного лікування панкреатиту, оскільки останніми роками в Україні та світі спостерігається різке зростання випадків гострого панкреатиту, а також летальних результатів захворювання, незважаючи на можливості сучасної медицини.

Захворюваність на хронічний панкреатит в країнах Європи складає 4-8 випадків, а поширеність – 25 випадків на 100 тис. населення, за даними аутопсій – 0,3-0,4%. Справжня частота гострого панкреатиту залишається предметом дискусій, має географічні особливості (у т. ч. етіологія ГП), її оцінка залежить від розвитку діагностики. Наприклад, у Великобританії вона коливається від 150 до 420 випадків на мільйон населення, панкреатит становить близько 3% усіх причин госпіталізації з приводу болю в животі. У США частоту гострого панкреатиту оцінюють як 270 випадків на 100 000 населення віком 15-44 роки і 540 випадків на 100 000 населення віком понад 65 років. У цій країні за 1998 р. зареєстровано 183 тисячі випадків цього захворювання [6, с. 5].

У деяких країнах (Великобританія) вважають, що гострий панкреатит частіше трапляється в чоловіків, в інших (США) його частоту в чоловіків і жінок оцінюють як приблизно однакову. Загалом вважають, що у чоловіків панкреатит має переважно алкогольну етіологію, натомість у жінок, здебільшого пов'язаний із жовчокам'яною хворобою.

За даними досліджень в Україні рівень захворюваності патологією підшлункової залози в 2012 р. склав 226 випадків на 100 тис. населення, поширеність – 2471 на 100 тис. населення. Така різниця в кількості хворих на хронічний панкреатит в Україні та в інших країнах може бути пов'язана з гіпердіагностикою при встановленні діагнозу панкреатит, а також більш високим рівнем зловживання алкоголем, що є однією з основних причин розвитку хвороби, незбалансованим харчуванням [6, с. 8].

Панкреатит входить до списку захворювань, що жорстко контролюються Міністерством охорони здоров'я України. Але варто відзначити, що дані, які збираються панкреатологічними центрами, мають доволі мало критеріїв градації, які не повністю описують структуру та можливі причини захворювання.

Статистичні дані свідчать, що панкреатит частіше зустрічається в чоловіків (56,7%), ніж у жінок – (43,3) (табл. 1).

За повідомленнями центру медичної статистики МОЗ України, в останні роки хворобам підшлункової залози притаманний найбільший приріст. Захворюваність на хронічний панкреатит має тенденцію до зростання і виросла за десять років на 74%. Вражаючи насамперед осіб працездатного віку 82,7% (25-59 років), маючи рецидивуючий перебіг з прогресуванням функціональної недостатності підшлункової залози. Тому, своєчасне виявлення, лікування і профілактика панкреатиту є не лише медичною, а й соціально-економічною проблемою.

Панкреатит має чіткі симптоми та перевірені часом методи діагностування, до того ж це хірургічна хвороба, яка часто закінчується оперативним втручанням, де помилки діагностування неприпустимі. Тому сумнівів у точності діагностування захворювання не виникає. Водночас з наявністю доволі точних річних звітів зі статистичними даними по кількості хворих на панкреатит різних форм в Україні проводиться вкрай мало аналітичних досліджень цих даних. У результаті планування роботи панкреатологічних центрів виділення коштів на їх утримання та лікування хворих здійснюється плановими методами, спираючись на попередні роки.

Окрім того, відсутність детального аналізу зібраних даних не дає змоги виявити вплив соціальних, природних, екологічних, фізичних та інших чинників на імовірність виникнення захворювання, а отже, і розроблення ефективних засобів попередження хвороби є неможливою. Сьогодні статистика ведеться на річній базі тільки по кількості хворих та кількості померлих залежно від комбінації критеріїв: причина загострення хвороби, форма захворювання, спосіб лікування. Визначення додаткових критеріїв та чинників, що впливають на виникнення та перебіг захворювання є важливим завданням галузі, яке сьогодні не виконується. Тому проведення детального аналізу статистики є актуальним та необхідним для галузі.

Таблиця 1.

Розподіл хворих за віком та статтю

Вік, років	До 30	30-39	40-49	50-59	60-69	> 70	Всього
Стать	(%)						
Чоловічий	4,9	19,8	16,1	11	1,2	3,7	56,7
Жіночий	2,5	7,4	12,4	8,6	6,2	6,2	43,3

Незважаючи на застосування численних технологій візуалізації, діагностика гострого панкреатиту може становити важку проблему. Кардинально важливим при цьому є виключення інших життєво загрозливих захворювань: мезентеріальної ішемії, розриву аневризми аорти тощо.

Важливим при діагностуванні та лікуванні гострого панкреатиту є врахування зарубіжних рекомендацій, зокрема британських лікарів (рис. 1).

Багатофакторні системи оцінки важкості стану в балах дають змогу поліпшити точність прогнозу до 70-80%. Так, при оцінці за системою Глазго або системою Ренсона (табл. 2) наявність 3 або більше критеріїв під час прибуття хворого та при повторних оглядах протягом перших 48 год. дає змогу говорити про важкий перебіг захворювання. Зокрема, при 1-2 критеріях Ренсона летальність становить < 1%, 3-4 критеріях – 16%, а при 5 і більше – перевищує 40% [9, с. 55].

Безсумнівне центральне місце в лікуванні хворих на гострий панкреатит, зокрема панкреонекрозу, з наявними місцевими ускладненнями, складає хірургічне втручання з використанням сучасних мінімально інвазивних операційних технологій, традиційних відкритих операцій, а також в їх поєднанні.

Так, мінімально інвазивні втручання за методикою проведення були виокремлені на інтервенційно-сонографічні, відеолапароскопічні та поєднані, за метою – на діагностичні, лікувальні і діагностич-

но-лікувальні і за кінцевим результатом на «одномоментно-остаточні», «етапні» і «стабілізуючі стан хворого». Перший вид їх, який приводив до повного одужання пацієнтів, застосовано в 57% спостережень, переважно при рідинних скупченнях (асептичних і інфікованих) у чепцевій сумці, парапанкреатичних та параколярних заочеревних просторах. Етапні операції, які проведено в 25% випадків, сприяли обмеженню та демаркації осередку гнійно-некротичного ураження, що дозволяло здійснювати розкриття, санацію та дренивання його з малих прецизійних доступів [1, с. 45-46].

Стабілізуючі стан пацієнта втручання здійснено у 18 % осіб при поширених гнійно-некротичних ураженнях заочеревних просторів, що надавало можливість впродовж 24-48 годин нівелювати прояви поліорганної недостатності і виконати традиційні операції в кращих умовах. При обмежених гнійно-некротичних ураженнях заочеревинних просторів (до двох топографо-анатомічних ділянок) здійснювалися традиційні втручання з налагодженням проточно-промивного дренивання за Vegeг, або формування лапаро-ретроперетонеостоми. При поширені гнійно-некротичних парапанкреатичних параколярних та паранефральних процесів (більше двох зон) виконувалися етапні санації осередків запалення шляхом програмованих релапаротомій. Незважаючи на те, що гострий панкреатит відноситься до хірургічних захворювань органів черевної порож-

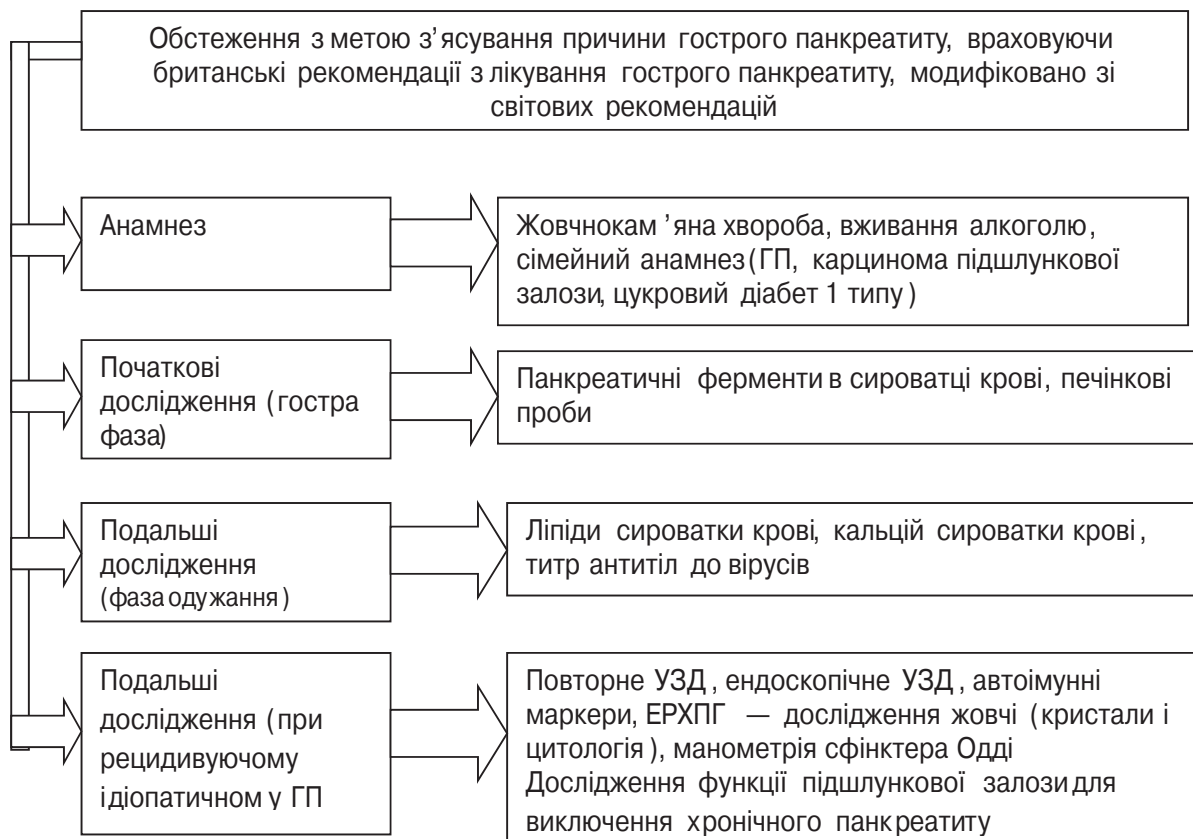


Рис. 1. Обстеження з метою з'ясування причини гострого панкреатиту.

Таблиця 2.

Системи Глазго та Ренсона для передбачення важкості гострого панкреатиту

Система Глазго	Система Ренсона
Вік > 55 р.	Під час госпіталізації
	Вік > 55 років
	Цукор крові > 11 ммоль/л
	Лейкоцити > 16,0 X 10 ⁹ /л
	Лактатдегідрогеназа > 350 Од/л
	АсАТ > 120 Од/л
Дослідження крові:	Протягом перших 48 годин
Лейкоцити > 15 X 10 ⁹ /л	Зниження гематокриту > 10%
Глюкоза > 10 ммоль/л	Кальцій сироватки крові < 2 ммоль/л
Сечовина > 16 ммоль/л	Лужний дефіцит > 4 ммоль/л
Парціальний тиск O ₂ < 60 мм рт. ст.	Підвищення рівня азоту сечовини > 1,8 ммоль/л
Кальцій < 2 ммоль/л	Парціальний тиск O ₂ в артеріальній крові < 60 мм рт. ст.
Альбумін < 32 г/л	Секвестрація рідини > 6 л
Лактатдегідрогеназа > 600 Од/л	
АсАТ (АлАТ) > 100 Од/л	

нини, категорії невідкладної абдомінальної хірургії, і це само по собі передбачає операційну активність стосовно даного виду патології, однак переважна більшість дослідників відстоюють принцип комплексного хірургічного лікування захворювання, який поряд із операційним втручанням включає широке коло медикаментозних компонентів [3, с. 85].

Мета дослідження. Провести комплексну аналітичну оцінку хірургічного лікування гострого панкреатиту.

Об'єкт і методи дослідження. В період з липня 2011 року по грудень 2013 року виконано загалом 221 черезшкірне дронування рідинних скупчень під УЗ-контролем 81 хворим на гострий панкреатит (включаючи первинні і наступні етапні дронування

Таблиця 3.

Розподіл кратності виконаних малоінвазивних втручань

Кількість виконаних втручань	Кількість хворих	
	Абс.	%
1	13	16
2	30	37
3	12	14,8
4	10	12,4
5	12	14,8
6	2	2,5
≥ 7	2	2,5

і пункції, корекцію положення та заміну дренажів). З діагностованих 187 рідинних скупчень було дреновано під УЗ-контролем 172 (91,9%), та в наступному виконано 49 етапних втручань (дронування і пункції, корекція положення та заміна дренажів). Загальна кількість малоінвазивних сонографічних втручань склала 221. У 61 хворого (75%) черезшкірне дронування супроводжувалось симультанним дронуванням інших рідинних скупчень.

Результати досліджень та їх обговорення. Розподіл кратності виконаних втручань наведено в таблиці 3. В середньому дронування проводилось на 9,43 ± 6,8 добу (95% довірчий інтервал Вальда 8,42-10,45 діб; медіана 7 діб).

В середньому кількість сонографічних втручань у одного хворого склала 2,93 ± 1,61 (Md = 2,95% довірчий інтервал 2,58-3,28), без врахування традиційних хірургічних втручань. В дану групу не включались хворі, у яких черезшкірні втручання не закінчилися дронуванням.

Зауважимо, що необхідність виконання операційного втручання залежить в значній мірі від об'єму некрозів підшлункової залози та поширеності гнійно-некротичного процесу в заочеревинному просторі, що обумовлює важкість стану хворих на ГНП.

Сонограми пацієнта К. на гострий некротичний інфікований панкреатит, де візуалізується рідинне скупчення чепцевої сумки зображено на **рисунку 2**.

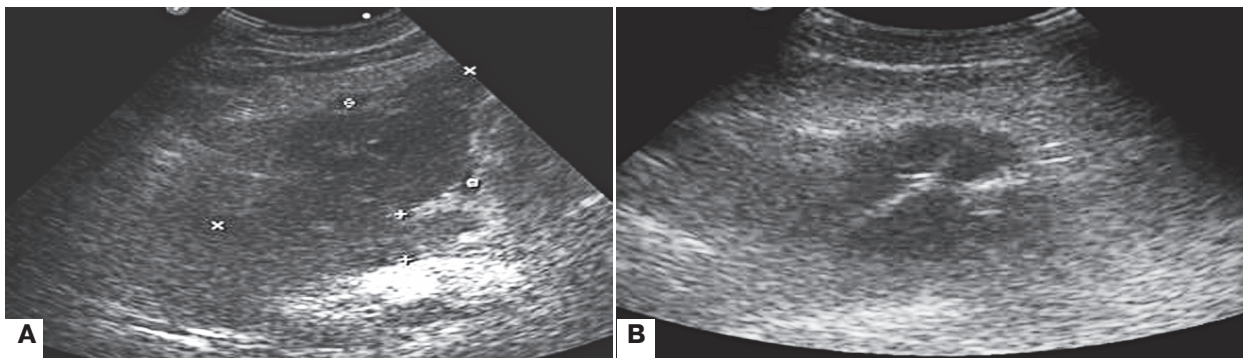


Рис. 2. Сонограми пацієнта К. на гострий некротичний інфікований панкреатит: візуалізується рідинне скупчення чепцевої сумки (13 доба від початку захворювання) [1, с. 56], де, А – рідинне скупчення до дронування; В – рідинне скупчення під час дронування, в просвіті візуалізується дренаж.

На сьогодні дуже широкого поширення отримав такий метод хірургії як лапароскопія, яка застосовується з метою диференціальної діагностики гострого панкреатиту з іншими гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. Крім неї, для лікування хвороби застосовувалась спіральна комп'ютерна томографія. Більшості пацієнтів основній групі та деяким – контрольній (104 і 23 хворих відповідно) виконували СКТ [2, с. 50].

Перед дослідженням виконували пероральне заповнення шлунка, дванадцятипалої кишки та проксимальних відділів тонкої кишки 600-800 мл води для забезпечення негативного контрастування. Цей методичний прийом важливий для визначення стану стінки шлунка та тонкої кишки, що особливо проявляється на фоні введення контрастної речовини, а також наступних реконструкцій зображень.

Стандартне сканування проводили в краніокаудальному напрямку з товщиною зрізу 5 мм і шагом реконструкції 4 мм. Потім, за допомогою автоматичного інжектора, з швидкістю 3,5 мл/с внутрішньовенно вводили контрастну речовину – «Омніпак» чи «Ультравіст» з концентрацією йоду 350 мг/мл з розрахунку 1 мл на 1 кг маси тіла хворого. Артеріопаренхіматозна фаза сканування виконувалася на 30-й секунді, портальна – на 65-й-75-й с. після початку ін'єкції контрасту, відстрочена – на 4-6-й хвилині. Наступна обробка даних СКТ містила обов'язкову побудову багатоплощинних (реконструкція зображень в інших, ніж аксіальна, площинах) і об'ємних (3D – тривимірних) реформацій на основі зображень, отриманих як в артеріальну, так і в портальну фазу. СКТ органів черевної порожнини з контрастуванням виконано 24 хворим.

Загальна характеристика проведених втручань, включаючи повторні дренивання, заміну дренажів наведена в **таблиці 4**. Додаткове дренивання рідинних скупчень при неадекватному їх дрениванні проведено 2 хворим у групі А, 6 хворим у групі В, 5 хворим у групі С.

Загалом додаткове дренивання знадобилось 16% хворих, а збільшення діаметру дренажа 14,8% хворих. Можна зробити висновок, що як правило, достатньо одного адекватного за діаметром дренажа, відповідного характеру виділень по ньому, для одного рідинного скупчення. Однак при інфікованих рідинних скупченнях за наявності гнійних з некротичним детритом виділень по дренажу необхідно, по-перше, збільшувати діаметр дренажа для забезпечення адекватного відтоку ексудату, по-друге доцільним є встановлення додаткового дренажа в порожнину того ж рідинного скупчення, або встановлення двухканального дренажа для проточного промивання порожнини гнійника.

Важливо зазначити, що з 32 хворих групи А, 8 хворим в подальшому виконані традиційні оперативні втручання, в той час як з 33 хворих групи В в подальшому оперовано традиційним шляхом 14 хворих ($\chi^2 = 2,679$, $p = 0,102$), з 16 хворих групи С 10 оперовано традиційним шляхом, що в порівнянні з групами А і В достовірно більше ($p < 0,01$).

За умови розвитку гнійно-септичного ускладнення та наявності показань до традиційного оперативного втручання черезшкірні сонографічні втручання були І етапом лікування, що дозволяли відстрочити операцію до моменту формування відмежованих некротів та секвестрів. У 23 (71,8%) оперованих традиційно пацієнтів вдалося відстрочити оперативне втручання пізніше 21 доби від початку захворювання.

Серед 81 хворих, яким в якості першого етапу виконувались малоінвазивні дренируючі втручання під УЗ-контролем, в подальшому оперовано традиційним шляхом 32 хворих (39,5%) (без урахування діагностичної лапароскопії, трахеостомії). Характер виконаних втручань наведено в **таблиці 5**.

Малоінвазивні сонографічні дренируючі втручання стали кінцевим методом лікування у 45 (55,6%) хворих (традиційні оперативні втручання не виконувались).

Традиційні оперативні втручання виконувались 3 15 по 60 добу від початку захворювання, середній показник $30,6 \pm 16,6$ діб. У 1 хворого оперативне втручання виконано на 7 добу у зв'язку з перфорацією висхідної ободової кишки. Показник летальності у всіх трьох групах статистично не відрізнявся ($p > 0,05$).

Можна зробити висновок, що, як правило, достатньо одного адекватного за діаметром дренажа, відповідного характеру виділень по ньому, для одного рідинного скупчення. Однак при інфікованих рідинних скупченнях за наявності гнійних

Таблиця 4.

Загальна характеристика втручань, проведених хворим на гострий панкреатит за групами

Характеристики	Група А	Група Б	Група С
Кількість пацієнтів, яким проведено традиційне оперативне втручання	8 (25%)	14 (42,4%)	10 (62,5%)
Кількість пацієнтів, яким виконувались повторні дренивання, заміна дренажів	5 (15,6%)	13 (39,4%)	7 (43,8%)
Кількість пацієнтів з первинно стерильними рідинними скупченнями, які в подальшому інфікувались	7 (21,8%)	12 (36,4%)	4 (25%)
Загальна кількість дренируючих втручань під УЗ-контролем	83	98	40
Заміна дренажів (кількість заміні/кількість пацієнтів)	9/5	26/13	14/7
Термін перебування дренажів, діб, середнє (стандартне відхилення)	$7,29 \pm 4,41$	$10,69 \pm 6,07$	$11,29 \pm 7,23$
Тривалість лікування в стаціонарі, діб	$26,12 \pm 20,37$	$32,72 \pm 17,27$	$41,33 \pm 14,69$
Летальність, абс/%	3/9,5%	6/18,1%	3/18,5%

Характеристика виконаних традиційних оперативних втручань

Вид оперативного втручання	Кількість хворих
Некрсеквестректомія, розкриття флегмони заочеревинного простору, санація, дренивання заочеревинного простору, сальникової сумки, черевної порожнини	16
Некрсеквестректомія, розкриття флегмони заочеревинного простору, санація, дренивання заочеревинного простору, сальникової сумки, черевної порожнини + холецистектомія (зовнішнє дренивання холедоха за Піковським виконано 3 хворим)	9
Некрсеквестректомія, розкриття абсцесу сальникової сумки, санація, дренивання сальникової сумки	2
Розкриття, санація, дренивання парапанкреатичних абсцесів (в тому числі одне втручання супроводжувалось розкриттям, санацією флегмони передньої черевної стінки, лапаростомією)	3
Санація, дренивання заочеревинного простору, сальникової сумки, черевної порожнини, екстарабдомінізація ділянки висхідної ободової кишки з перфорацією	1
Відеоасистована за очеревинна некрсеквестректомія, санація, дренивання заочеревинного простору зліва	1
Люмботомія справа, розкриття, санація, дренивання параколярної флегмони справа, некрсеквестректомія	1
Декомпресійна фасціотомія	2
Трахеостомія	9
Діагностична лапароскопія	3
Ендоскопічна папілосфінктеротомія	11
Всього виконано традиційних хірургічних втручань	32

Таблиця 5. з некротичним детритом виділень по дренажу необхідно, по-перше, збільшувати діаметр дренажа для забезпечення адекватного відтоку ексудату, по-друге доцільним є встановлення додаткового дренажа в порожнину того ж рідинного скупчення, або встановлення двухканального дренажа для проточного промивання порожнини гнійника.

Висновки. Із проведеного дослідження можемо зробити висновок, що гострий панкреатит часто дає ускладнення у вигляді почервоніння та гнійних набряків, при яких звичайні методи лікування стають вже неефективними. Тому, допомогти хворому можна лише шляхом оперативного втручання. Авторами доведено, що саме хірургічний метод лікування хворих на панкреатит є найбільш ефективним і дієвим, ніж медикаментозна терапія. Адже, хворі, після операції мають значно менші шанси на ускладнення ніж після звичайного лікування ліками.

Перспективи подальших досліджень. Результати досліджень можуть бути впроваджені на практиці при лікуванні хворих на панкреатит. В подальшому потребує дослідження вдосконалення методики лікування гострого панкреатиту.

Література

1. Губергріц Н. Б. Практична панкреатологія / Н. Б. Губергріц, С. В. Скопиченко. – Донецьк: Либідь, 2007. – 244 с.
2. Дацюк О. І. Клініко-морфологічні аспекти при експериментальному гострому панкреатиті в умовах внутрішньоартеріальної інфузійної терапії з використанням ГЕК 130/0,4 / О. І. Дацюк // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2011. – № 2 (д). – С. 49-51.
3. Дронов О. І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. – 2008. – № 4 (додаток 1). – С. 80-90.
4. Русин В. І. Можливості мініінвазивних технологій при лікуванні гострого панкреатиту / В. І. Русин, С. С. Філін, С. М. Чобей // Шпитальна хірургія. 2012. – № 3. – С. 9-11.
5. Склярів Є. Я. Деякі аспекти діагностики хронічного панкреатиту / Є. Я. Склярів, Н. В. Кругляк, І. В. Шальке // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2010. – № 2. – С. 79-80.
6. Стандарти діагностики і лікування гострого панкреатиту: метод. рекомендації / ред. Є. П. Коновалова. – [3-є вид.]. – К., 2005. – 27 с.
7. Стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим із невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. – [Чинний від 2010-04-02]. – К.: МОЗ України, 2010. – 523 с.
8. Сусак Я. М. Острый отечный панкреатит – хирургические и терапевтические аспекты лечения / Я. М. Сусак, Э. В. Светличный // Consilium Medicum. – 2012. – Т. 6, № 3. – С. 4-6.
9. Теслюк І. І. Гострий панкреатит. Проблеми діагностики та лікування / І. І. Теслюк, В. В. Сулік, Р. М. Матвеев // Хірургія України. – 2013. – № 2 (21). – С. 54-59.
10. Bakker O. I. Prevention, detection and management of infected necrosis in acute pancreatitis / O. I. Bakker, H. C. van Santvoort, M. G. Besselink // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2009. – Vol. 11, № 2. – P. 104-110.

УДК 616.37-002-036.11:616.

АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Гончаров М. П., Шведа Ю. І.

Резюме. Отримавши статистичні дані стосовно хворих на гострий панкреатит з міського панкреатологічного центру Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, здійснено детальний та комплексний аналіз оцінки хірургічного лікування гострого панкреатиту. Перш, ніж проводити аналіз, досліджено загальну ситуацію захворюваності на панкреатит в Україні, порівнюючи її із зарубіжними країнами. В основу діагностування та лікування хвороби покладено світовий досвід, зокрема британські

рекомендації. Подано детальну характеристику виконаних традиційних оперативних втручань. Досліджено роль та значення хірургії в системі лікування хворих на гострий панкреатит.

Ключові слова: гострий панкреатит, хронічний панкреатит, діагностика, хірургія, лікування, хворі, оперативні втручання, летальність.

УДК 616.37-002-036.11:616.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Гончаров М. П., Шведа Ю. И.

Резюме. На сегодня актуальность приобретает проблема хирургического лечения панкреатита, поскольку в последние годы в Украине и мире наблюдается резкий рост случаев острого панкреатита, а также летальных исходов заболевания, несмотря на возможности современной медицины.

Получив статистические данные о больных острым панкреатитом с городского панкреатологического центра Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, осуществлен подробный и комплексный анализ оценки хирургического лечения острого панкреатита.

Прежде, чем проводить анализ, исследовано общую ситуацию заболеваемости панкреатитом в Украине, сравнивая ее с зарубежными странами. В основу диагностики и лечения болезни положено мировой опыт, в частности британские рекомендации. Подано подробную характеристику выполненных традиционных оперативных вмешательств. Исследована роль и значение хирургии в системе лечения больных острым панкреатитом.

Ключевые слова: острый панкреатит, хронический панкреатит, диагностика, хирургия, лечение, больные, оперативные вмешательства, летальность.

UDC 616.37-002-036.11:616.

ANALYTICAL EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT ACUTE PANCREATITIS

Goncharov M. P., Shveda Y. I.

Abstract. Today the urgency is the issue of surgical treatment of pancreatitis, as in recent years in Ukraine and the world has seen a sharp increase in cases of acute pancreatitis and deaths of the disease, despite the possibilities of modern medicine.

The incidence of chronic pancreatitis in Europe is 4-8 cases and prevalence – 25 cases per 100 thousand. Population, according to autopsy – 0.3-0.4%. The true incidence of acute pancreatitis remains a subject of debate, has geographical features (in t. H. Etiology GP) and its rating depends on the development of diagnostics. For example, in the UK it varies from 150 to 420 cases per million population, pancreatitis is about 3% of all causes of hospitalization for abdominal pain. In the US, the incidence of acute pancreatitis estimated as 270 cases per 100 000 population aged 15-44 years and 540 cases per 100 000 population aged over 65 years. In this country in 1998 recorded 183,000 cases of the disease.

In some countries (Great Britain) believe that acute pancreatitis is more common in men, the other (US) its frequency in men and women estimated as roughly equal. Overall believe that men pancreatitis is mainly alcoholic etiology, whereas women mostly associated with cholelithiasis.

According to research in Ukraine the incidence of disorders of the pancreas in 2012 was 226 cases per 100 thousand. Population prevalence – 2 471 100 thousand population. This difference in the number of patients with chronic pancreatitis in Ukraine and other countries may be associated with overdiagnosis at diagnosis pancreatitis, as well as higher levels of alcohol abuse, which is a major cause of the disease, unbalanced nutrition.

Pancreatitis is on the list of diseases that are tightly controlled by the Ministry of Health of Ukraine.

According to Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine in recent years, diseases of the pancreas inherent largest increase. The incidence of chronic pancreatitis is growing and has grown over the decade to 74%. Striking first persons of working age 82.7% (25-59 years) with recurrent course of progression of functional pancreatic insufficiency. Therefore, early detection, treatment and prevention of pancreatitis is not only medical but also social and economic problem.

Acute pancreatitis often gives complication in the form of redness and swelling purulent in which conventional treatment methods have become ineffective. So you can only help the patient through surgery. The authors proved that surgical treatment of patients with pancreatitis is the most efficient and effective than medical therapy. In fact, patients after surgery have a significantly lower chance of complications than after conventional treatment medications.

Keywords: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, diagnosis, surgery, treatment, sick, surgery, mortality.

Рецензент – проф. Шейко В. Д.
Стаття надійшла 27.01.2016 року