

Abstract. Popular anesthetic known nowadays as aspirin has been discovered in the XX-th century as a mean for headache and arthritis. Acetylsalicylic acid inhibits prostaglandins synthesis and possesses a plenty of pharmacological features among which are analgesic, anti-inflammatory and antiaggregative actions as well as possibility to prevent oncological diseases.

Without taking into account all the advantages of a given preparation conclusions about 2-acetyloxybenzoic acid negative influence on human organism are published nowadays more and more often. That is why a question of this medical mean replacement with other pharmacological objects with side effects less amount became very actual. Plants-salicylates are applied rather widely in a practical phytotherapy for this aim namely.

Nowadays one can see many recommendations from non-checked sources proposing replacement 2-hydroxybenzoic acid artificially acetylated form with plant-origined salicylates for thromboses prevention. Despite this exact data about these compounds quantitative content in a plant raw are still absent.

Thus taking as a background theoretical data concerning salicylic acid derivative compounds chemical-pharmacological properties we decided to use titration method of sodium 2-oxybenzocarboxylate quantitative determining in plants salicylates extracts and to compare the data received with the dosage of acetylsalicylic acid necessary for thrombi formation prevention.

The investigation aim was determining the sodium salicylate quantitative content in plant extracts and further comparison with acetylsalicylic acid preventive dosage.

Watery extracts of white Willow cork (*Salix alba*), garden Rasp berries (*Rubus idaeus*), small-leaved Lime (Basswood) flowers as well as black Currant (*Ribes nigrum*) as sodium salicylate natural source.

We applied qualitative reactions methods; quantitative analysis titration method during sodium 2-oxybenzocarboxylate content determining in a plant raw; gravimetric quantitative method during salicylic acid content assessment in aspirin tablets.

It was established that black currant was a leader on salicylic acid sodium salt content among the investigation objects. Also garden Raspberries were distinguished by given compound relatively high content in a raw.

Acetylsalicylic acid hydrolysis investigation demonstrated that its complete hydrolysis had been only at temperature rising up to 100 degrees by Centigrade. Average content of salicylic acid formed in a human organism as a result of aspirin 0,075 g hydrolysis comprises 0,0136 g.

It was established as estimation result of plants-salicylates watery extracts amounts necessary for acetylsalicylic acid preventive dosage replacement that decoction maximal quantity that a human being must use per 24 hours had been 121,95 ml (Willow cork extract from old tree).

It was established that sodium 2-oxybenzocarboxylate quantitative content in plants-salicylates had allowed using these objects as acetylsalicylic acid preventive dose replacers. However, since natural salicylates can influence on platelets aggregation in significantly less extent than aspirin and even provoke thrombosis in big dosages people with thrombi occurrence high risk are worth changing the checked preparation with plants-salicylates decoctions.

Keywords: plants-salicylates extracts, salicylic acid sodium salt, acetylsalicylic acid.

Рецензент — проф. Дев'яткіна Т. О.

Стаття надійшла 19.03.2017 року

УДК: 616.37-002.4-089.1-073.43:616.381-089.85]-035

Фелештинський Я. П., Бондаренко О. М., Бондаренко М. Д.

РЕЗУЛЬТАТИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТА ВІДКРИТИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика (м. Київ)

b27@ukr.net

Робота є фрагментом НДР «Розробка нових методів діагностики та хірургічного лікування захворювань передньої черевної стінки та органів черевної порожнини», № державної реєстрації 0115U002170.

Вступ. Останніми роками відмічається значний ріст захворюваності та смертності від гострого панкреатиту (ГП), який протягом тривалого часу утримує третє місце серед гострої хірургічної патології [11]. Частота захворюваності на ГП в світі складає від 20 до 120 на 100000 населення [8]. В Україні цей показник дорівнює 102 на 100000 населення [1]. Некротичний панкреатит (НП) в цьому списку займає 15% всіх випадків ГП [7]. Незважаючи на певні успіхи у лікуванні даної категорії хворих загальна летальність при ГП

залишається 4,5-15%, при деструктивному панкреатиті вона коливається у межах від 24 до 60%, а післяопераційна смертність сягає 70%, залежно від форми захворювання, і характеру оперативного втручання [9, 10].

ГП визначають як гостре запалення ПЗ, в основі якого лежать процеси аутоферментативного некробіозу, некрозу і ендогенного інфікування із залученням до процесу навколишнього заочеревинного простору, черевної порожнини і органних системних змін позаочеревинної локалізації [3].

Пошук сучасних способів діагностики та лікування ГП вимагає поглиблених знань про етіологію і патогенез захворювання. В літературі описано близько 140

причин, що викликають ГП [4,5]. Сучасні уявлення про причини розвитку ГП, включаючи його некротичні форми, базуються на фактах, що свідчать про поліетіологічний характер захворювання [6].

Незважаючи на дискусійну неузгодженість ряду питань, малоінвазивні технології все частіше застосовуються у практиці. Ці методи дозволяють на високому рівні провести діагностичний пошук за рахунок об'єктивної оцінки процесу і, як наслідок, попередити відкрите оперативне втручання.

Впровадження діагностичного та лікувального алгоритму з пункцією рідинних скупчень під УЗД-контролем та патогенетично обґрунтованим консервативним лікуванням зменшує кількість тяжких ускладнень, а при їх виникненні дає змогу вчасно виконати відкрите оперативне втручання. Таким чином сучасна моніторингова ультразвукова та комп'ютерно-томографічна діагностика дає змогу вчасно виявити та ліквідувати ускладнення упереджуючи виникнення інфікування.

Мета роботи – оцінити результати лікування малоінвазивних та відкритих оперативних втручань у хворих з ускладненнями гострого панкреатиту.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено аналіз лікування 177 хворих на гострий панкреатит за період з 2011 по 2016 роки, що отримували комплексне лікування у клініці кафедри хірургії та проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Вік хворих від 17 до 79 років. Чоловіків було 128 (71,3%), жінок – 49 (28,7%).

У всіх 177 хворих лікування проводилось за розробленим алгоритмом з використанням малоінвазивних методик за період 2011-2017 рр.

Алгоритм комплексної програми у хворих передбачав постійний моніторинг загальноклінічних, лабораторних, біохімічних та інструментальних методів обстеження. Кожні 3-5 днів, проводили УЗД, а комп'ютерну томографію кожні 14-16 днів. У важких діагностичних випадках алгоритмом передбачалася лапароскопія.

Для оцінки стану хворого використовувалися прогностичні показники за Ranson. До дослідження включені хворі, які за шкалою Ranson мали від 3 до 11 балів. Середній показник склав $5,2 \pm 0,4$ бали.

Традиційно консервативна терапія залишалася важливою складовою лікування ГП на всіх етапах і була спрямована на основні патогенетичні механізми пригнічення аутолізу та органних змін. Терапія призначалася всім хворим одразу при поступленні. Застосовували активну тактику консервативного лікування паралельно з клініко-лабораторним та інструментальним моніторингом стану хворого. Якщо стан хворого стабілізувався займали активно-очікувану тактику не знімаючи хворого з лабораторно-інструментального контролю. При виявленні ускладнень застосовували хірургічну тактику, яку починали з малоінвазивних втручань.

Завдяки розробленому алгоритму [2] у 87 хворих (49%) було ефективним консервативне лікування. Хворим, що поступали у клініку з ускладненнями ГП на перших етапах виконувалися малоінвазивні втручання. Які були ефективні при оментобурситах у 32 хворих, заочеревинних флегмонах – 26, панкреатогенних абсцесах – 17, гострих псевдокістах підшлун-

кової залози – 10. Пункційні втручання проводилися під місцевою анестезією. Отриманий вміст рідинного утворення відправлявся на бактеріологічне і біохімічне дослідження. Всі хворі після пункції залишалися під наглядом чергового персоналу.

При ферментативному перитоніті виконувалися лапароскопічні втручання з дрениванням черевної порожнини.

У 21,7% хворих виконані одномоментні пункції, етапні (одно-дворазові) – у 10,6%. У 73% пунктованих хворих отримано ексудат «шоколадного» кольору. У 27,7% — після виконання пункції та дренивання була потреба виконати некрсеквестректомію, яка виконувалася з люмбального доступу.

При наявності сполучення кісти з протоковою системою ПЗ у 7 хворих формували панкреатичну норицю. При подальшому консервативному лікуванні у 6 хворих нориця закрилася.

Проте, у 24 із 177 хворих основної групи можливості консервативної терапії і малоінвазивні втручання по тій чи іншій причині були недостатніми (**табл.**). Цим хворим виконувалися відкриті оперативні втручання.

Таблиця.

Розподіл хворих основної групи в залежності від методів лікування

	Кількість хворих (абс. числа)	Відсоток
Консервативне лікування	87	49,15%
Малоінвазивні методи	66	37,29%
Лапаротомія	24	13,56%
Всього	177	100%

Відкриті оперативні втручання ми виконували при:

- наявність панкреатогенного абсцесу, інфікованої псевдокісти, септичної флегмони заочеревинного простору після дренивання – 5 хворих,
- флегмона заочеревинного простору з розповсюдженням на брижу тонкої кишки – 7 хворих,
- злукова непрохідність за рахунок інфікування стеатонекрозів, секвестрів – 2 хворих,
- арозивна кровотеча в кісту – 3 хворих,
- перфорація полого органу – 4 хворих,
- міжпетельні абсцеси – 2 хворих,
- наявність панкреатичної нориці – 1 хворий.

Таким чином відкриті оперативні втручання були виконані у 24 хворих, основної групи.

Результати дослідження та їх обговорення.

Консервативна терапія була ефективною у хворих з рідинними утвореннями об'ємом до 30 см³, таких хворих було 85 (48,5%), двоє з них, що лікувалися консервативним методом померли від іншої патології. Малоінвазивні втручання були ефективними у 65 хворих (37,3%), один хворий помер від ТЕЛА. У хворих з абсцесами парапанкреатичної клітковини та саль-

никової сумки, оментобурситами, заочеревинними флегмонами пункції під контролем УЗД закінчувалися встановленням дренажу з послідуочим промиванням антисептиком.

Не дивлячись на проведені лікування у частини хворих позитивного ефекту не було досягнуто. Таким хворим застосовували інші методи лікування. 5 хворим (20,8%) з кістозними утвореннями, яким не змогли застосувати малоінвазивні методики, виконані лапаротомні операції. Це хворі з кістами у яких не було можливості виявити безпечно «вікно» для проходження дренажної трубки. Також хворі з багатокаммерними псевдокістами з наявністю великої кількості щільних тканин — секвестрів. Основними етапами операцій були: секвестрнекректомії з дрениванням гнійних порожнин та формуванням бурсостоми.

У 3 хворих виконано відкрите оперативне втручання із-за нориці тонкої кишки, а у 1-го хворого — ободової. У 1 хворого виконана операція з приводу нориці нижньої горизонтальної частини 12-ти палої кишки, яка виникла на 21 добу, а ще через 7 днів повторно утворилася така ж нориця на 3 см проксимальніше попереднього дефекту. Оперативне втручання полягало у зашиванні перфоративного отвору однорядним швом з дрениванням. На 10 добу після останнього оперативного втручання хворий виписаний на амбулаторне лікування. У 2 хворих з перфорацією тонкої кишки і 3 товстої було успішним консервативне лікування.

У 3 хворих (12%) виконано відкрите оперативне втручання із-за арозивного крововиливу у кісту. Хворі поступили у хірургічне відділення з діагнозом ГП. При УЗД дослідженні у них виявлено рідинне утворення сальникової сумки. При пункції рідинного утворення отримано кров. В таких випадках ми віддаємо перевагу відкритій операції. Інтраопераційно виявлено кісту сальникової сумки розмірами 19 x 16 (см) заповнену згортком і свіжою кров'ю. При розкритті оболонки кісти під тиском з шумом виділилась до 100 мл крові. Ревізією виявлено отвір до 1 мм діаметром на селезінковій артерії. Отвір зашито атравматичною голкою. На 12 добу після операції хворий виписаний на амбулаторне лікування.

Особливі складнощі для хірургічного лікування набували випадки, коли відмічались ділянки стеатонекрозів в брижі товстої кишки та між петлями тонких кишок. 2 хворих, після консервативного лікування ГП у районній лікарні, були переведені в клініку з такими ускладненнями. Якщо не діагностувати це ускладнення на ранньому етапі та не прооперувати хворого, то в післяопераційному періоді стеатонекрози викликають настільки щільні злукові зрощення, що навіть при відкритій операції виникають технічні труднощі, які призводять до масивних десерозацій і пошкоджень стінки кишок. У таких хворих ми мали величезні технічні труднощі, коли їх були вимушені взяти на відкриту операцію з приводу кишкової непрохідності. В зв'язку з цим, широко використовуємо лапароскопічний метод для виявлення подібних ускладнень.

Операція дає можливість виконати повну санацію гнійно-некротичних ділянок і встановити дренажі таким чином, щоб упередити поширення інфікування. Принцип етапного виконання хірургічних втручань

визначається провідними хірургами, так як не існує критеріїв оцінки межі розповсюдження незворотних деструктивних змін ПЗ. Навіть видалення секвестру не гарантує припинення некротичного процесу.

У 7 хворих (29,2% з відкритих оперативних втручань) виконано втручання при розповсюдженій флегмоні заочеревинного простору. У 2-х випадках флегмона опускалася у калитку. Таким хворим виконано розкриття та дрениванням флегмони з люмбального доступу.

З 8 летальних випадків після відкритих оперативних втручань померло 5 хворих. Це склало післяопераційну летальність 20,8%. Така летальність ненабагато відрізняється від показників інших авторів. Але треба відмітити, що у нашому варіанті сконцентровані і відібрані хворі з тяжкими інфікованими ускладнення, у яких було неефективним консервативне лікування, а малоінвазивні технології не дали позитивного ефекту. Основною причиною смерті хворих при панкреонекрозі були явища поліорганної недостатності. Поліорганна недостатність склала 62,5% летальності у наших хворих. До неї призводили прогресуючий панкреонекроз, перитоніт. Проте необхідно відзначити, що серед померлих у 3-х випадках причиною смерті були супутні захворювання. У одного хворого інфаркт міокарду і у двох тромбоемболія легеневої артерії.

Проводячи ретроспективний аналіз з хворими, які були прооперовані в попередні 2007-2011 роки (175 хворих) і яким проводилось традиційне лікування гострого панкреатиту та його ускладнень — 99 (56,6%) встановлено суттєве збільшення терміну перебування хворого в стаціонарі, значна кількість ускладнень призвела до інвалідизації хворих та зростанню матеріальних витрат.

Кількість відкритих оперативних втручань склала 13,6%. У групі порівняння кількість відкритих оперативних втручань була 56,6%. Нам вдалося зменшити кількість відкритих операцій завдяки широкому впровадженню малоінвазивних втручань.

Таким чином, внаслідок індивідуального підходу до лікування хворих з ГП згідно розробленого алгоритму, вдалося знизити кількість гнійно-септичних ускладнень на 9%, у порівнянні з другою групою.

Висновки. Результати використання малоінвазивних хірургічних втручань у хворих з ускладненнями гострого панкреатиту є домінуючими і складають 84,6% від усіх пролікованих. Ці методи сприяють зменшенню травми хворому, скороченню терміну перебування в стаціонарі, та зниженню летальності до 4,52% проти 17,7% у хворих з групи порівняння.

Відкриті оперативні втручання при ускладненнях гострого панкреатиту виконують у 13,6% хворих і показані при прогресуванні інфікованого панкреонекрозу після дообстеження КТ, переважно після 14-16 доби з моменту захворювання і формуванням секвестрів, флегмоні заочеревинного, тотальному панкреонекрозу та перитоніті.

Література

1. Велигоцкий Н.Н. Острый панкреатит / Н.Н. Велигоцкий, А.В. Горбулич, А.Ю. Бодрова // Междунар. мед. журнал. – 2009. – № 1. – С. 63-69.
2. Декларацийний патент на корисну модель UA 110517 U від 10.10.2016 МПК А61В: Спосіб діагностики та лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту / Бондаренко О.М., Фелештинський Я.П., Бондаренко М.Д.; публікація відомостей 10.10.2016, Бюл. № 19.
3. Острый деструктивный панкреатит / Э.Х. Байчоров, В.И. Гремясов, А.К. Гагуа [и др.]. – М.: Литтерра, 2015. – 200 с.
4. Острый панкреатит / под ред. Э.В. Недашковского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 266 с.
5. Acute pancreatitis: a prospective study on incidence, etiology, and outcome / H. Vidarsdottir, P.H. Müller, H. Vidarsdottir [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2013. – Vol. 25, № 9. – P. 1068-1075.
6. Cochior D. Factors involved in the pathogenesis of acute pancreatitis / D. Cochior, S. Constantinoiu // Chirurgia. – 2010. – Vol. 105, № 4. – P. 445-453.
7. Maheshwari R. Severe acute pancreatitis and necrotizing pancreatitis / R. Maheshwari, R.M. Subramanian // Crit. Care Clin. – 2016. – Vol. 32, № 2. – P. 279-290.
8. Morbimortality indicators in severe acute pancreatitis / T. De Campos, C. Cerqueira, L. Kuryura [et al.] // JOP. – 2008. – Vol. 9, № 6. – P. 690-697.
9. Mortality of acute pancreatitis in a 20 years period / M. Gompertz, I. Lara, I. Fernández [et al.] // Rev. Med. Chil. – 2013. – Vol. 141, № 5. – P. 562-567.
10. Rohan Jeyarajah D. Severe acute pancreatitis attacks are associated with significant morbidity and mortality / D. Rohan Jeyarajah, H.G. Osman, S. Patel // Curr. Probl. Surg. – 2014. – Vol. 51, № 9. – P. 370-372.
11. Sato A. Acute pancreatitis. 1. Epidemiology and symptoms / A. Sato // Nihon Naika Gakkai Zasshi. – 2010. – Vol. 99, № 1. – P. 4-8.

УДК: 616.37-002.4-089.1-073.43:616.381-089.85]-035

РЕЗУЛЬТАТИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТА ВІДКРИТИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Фелештинський Я. П., Бондаренко О. М., Бондаренко М. Д.

Резюме. Проаналізовані результати лікування 177 хворих з ускладненнями гострого панкреатиту з використанням малоінвазивних і відкритих оперативних втручань за період з 2011 по 2016 роки, що отримували комплексне лікування у клініці кафедри хірургії та проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Вік хворих від 17 до 79 років. Завдяки розробленому алгоритму 87 хворих (49,1%) проліковані консервативно. Малоінвазивні втручання були виконані у 66 хворих (37,3%), при таких ускладненнях як оментобурсити, заочеревинні флегмони, панкреатогенні абсцеси, гострі псевдокисти підшлункової залози. Відкриті оперативні втручання виконані у 24 (13,6%) хворих з панкреатогенними абсцесами, інфікованими псевдокистами, септичними флегмонами заочеревинного простору після дренажів, флегмонами заочеревинного простору з розповсюдженням, злуковій непрохідності за рахунок інфікування стеатонекрозів, секвестрів, арозивними кровотечами в кисту, перфорацією полого органу, міжпетельними абсцесами, панкреатичній нориці. Малоінвазивні хірургічні втручання у хворих з ускладненнями гострого панкреатиту сприяють зменшенню травми хворому, скороченню терміну перебування в стаціонарі, та зниженню летальності до 4,52%, проти 17,7% у хворих з групи порівняння.

Ключові слова: гострий панкреатит, ускладнення панкреатиту, малоінвазивні операції, відкриті оперативні втручання.

УДК: 616.37-002.4-089.1-073.43:616.381-089.85]-035

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Фелештинский Я. П., Бондаренко А. Н., Бондаренко Н. Д.

Резюме. Проанализированы результаты лечения 177 больных с осложнениями острого панкреатита с использованием малоинвазивных и открытых оперативных вмешательств за период с 2011 по 2016 годы, получивших комплексное лечение в клинике кафедры хирургии и проктологии НМАПО им. П.Л. Шупика. Возраст больных от 17 до 79 лет. Благодаря разработанному алгоритму 87 больных (49,1%) пролечены консервативно. Малоинвазивные вмешательства были выполнены у 66 больных (37,3%), при таких осложнениях как оментобурсит, забрюшинные флегмоны, панкреатогенные абсцессы, острые псевдокисты поджелудочной железы. Открытые оперативные вмешательства выполнены у 24 (13,6%) больных с панкреатогенными абсцессами, инфицированными псевдокистами, септическими флегмонами забрюшинного пространства после дренирования, флегмонами забрюшинного пространства с распространением, спаечной непроходимости за счет инфицирования стеатонекроза, секвестров, арозивными кровотечениями в кисту, перфорацией полого органа, межпетельными абсцессами, панкреатическими свищами. Малоинвазивные хирургические вмешательства у больных с осложнениями острого панкреатита способствуют уменьшению травмы больному, сокращению срока пребывания в стационаре, и снижению летальности до 4,52%, против 17,7% у больных из группы сравнения.

Ключевые слова: острый панкреатит, осложнения панкреатита, малоинвазивные операции, открытые оперативные вмешательства.

UDC: 616.37-002.4-089.1-073.43:616.381-089.85]-035

THE RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE AND OPEN SURGICAL PROCEDURES FOR COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATITIS

Feleshhtynskyy Ya. P., Bondarenko O. M., Bondarenko M. D.

Abstract. The treatment results of 177 patients, who received comprehensive treatment in clinic on the basis of surgical and colorectal departments of P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, with complicated acute pancreatitis with the usage of minimally invasive and open surgeries for the period of 2011-2016, were analyzed. The age of patients is 17-79. All 177 patients were treated according to the developed scheme with the help of minimally invasive techniques. The scheme includes general monitoring of clinical, laboratorial, biochemical and instrumental survey techniques. Each 3-5 days ultrasound investigation was made, and computer tomography – each 14-16 days. According the scheme, in complicated cases laparoscopy was provided. The conservative therapy was the base for acute pancreatitis treatment on all levels and was aimed at the basic pathogenic mechanisms of autolysis arrest and organ changes.

Thanks to the developed scheme conservative therapy was effective among patients with liquid formation up to 30 sm³ extension. There were 85 such patients (48,5%), two of them, being treated by conservative method, died from another pathology.

Minimally invasive operative interventions were made among 66 patients (37,3%) with such complications as omentobursitis, retroperitoneal phlegmons, pancreatogenic abscess, acute pancreatic pseudocysts.

The positive effect was not achieved among 24 patients despite the provided treatment. Laparotomic surgeries were made among 5 patients (20,8%) with cystic formations, where minimally invasive techniques couldn't be made. Those are cases, where was no possibility to detect safe «window» for drain tube passing.

Open operative interventions were made among 3 patients with small intestine fistula, 1 patient with middle intestine fistula.

Open operative interventions were made among 3 patients (3%) with arosive cyst hemorrhage.

Special difficulties for surgical treatment were the cases, where steatonecrosis occurred in mesocolon and between jejunal loops, which led to the formation of interloop abscess and adhesive obstruction. 4 patients, after conservative treatment of acute pancreatitis in district hospital, were transferred to the clinic with such complications. If not to detect this complication on early stage and operate the patient, during postoperative treatment steatonecrosis causes such consistent adhesive obstructions, that even during open surgeries occur technical difficulties, which leads to massive deserozation and bowel wall destruction. That's why laparoscopic technique is used for detecting of such complications.

Pancreatic hole was diagnosed among 7 patients. Holes were covered among 6 patients during conservative treatment. 1 patient was treated by open operative intervention after long-term conservative treatment.

7 patients (29,2% of open operative interventions) were operated with the extension of retroperitoneal phlegmon. In 2 cases phlegmon moved to scrotum. The amount of open operative interventions in general group was 13,6%. In comparison group the amount was 56.6%. We managed to reduce the amount of open operative interventions due to the vast implementation of minimally invasive interventions.

Consequently we succeeded in reducing the amount of purulent-septic complications to 9%, comparing with another group, as a result of individual approach to the treatment of acute pancreatitis.

Minimally invasive interventions with acute pancreatitis complications influences the decrease of patient injuries, reduction in duration of hospital stay, reduction of mortality case down to 4,52% opposite 17,7% among patients in comparison group.

Keywords: acute pancreatitis, complications of pancreatitis, minimally invasive surgery, open surgery.

Рецензент – проф. Лігоненко О. В.

Стаття надійшла 17.03.2017 року

УДК: 577.352.333:612.111.94:616-056.3-053.2.

Шмуліч О. В., Загоруйко Ю. В.

ФОСФОЛІПІДНИЙ СКЛАД ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОСНОВНІ НОЗОЛОГІЧНІ ФОРМИ АТОПІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

sashashmulich1979@mail.ru

Дослідження виконано у Харківському національному медичному університеті в рамках наукової проблеми «Визначення етіологічного спектру алергійних захворювань у дітей залежно від статі та віку номографічним методом» відповідно до загальної програми «Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах» (№ державної реєстрації 0111U001400).

Вступ. У структурі дитячої патології постійно зростає відсоток алергійних захворювань (АЗ). Перші місця серед неінфекційних захворювань дитячого віку посідають atopічна форма бронхіальної астми (БА), atopічний дерматит (АД), кропив'янка, набряк Квінке. Вищенаведені алергійні захворювання об'єднані під

назвою «атопічна патологія» за умов єдиного механізму розвитку [1,6].

На теперішній час немає системного підходу щодо урахування основних біохімічних показників обміну ліпідів у пацієнтів, хворих на АЗ, що суттєво знижує ефективність діагностики, терапевтичних заходів та підвищує частоту побічних ефектів при використанні лікарських засобів [2,6]. Ліпіди відіграють важливу роль в організмі: жирні кислоти є джерелом енергії для метаболічних процесів, холестерол (Хс), ефіри Хс і фосфоліпіди – важливими компонентами клітинних мембран. Деякими авторами показано зміни обміну ліпідів у дітей, хворих на atopічні захворювання (АЗ), але проведено дослідження окремих показників, зо-