

К., 2015. — 1024. — (Нормативний документ КМУ України. Постанова). — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>.

4. Слабкий В. Г. Сучасний стан організації стаціонарної медичної допомоги населенню України та інших країн / Слабкий В. Г., Крижина Н. П., Пархоменко Г. Я. // Сучасні медичні технології — 2013. — № 2. — С. 150 — 151.

5. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Кондратюк Н. Ю., Торжевська О. М. // Укр. мед. часопис. — 2014. — 5 (103), IX/X [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua).

6. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. — Київ, 2014. — 438 с.

7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. — К., 2006. — 278 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. — К., 2007. — 398 с.

9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 рік. — К., 2008. — 262 с.

10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. — К., 2009. — 360 с.

11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. — К., 2011. — С. 295 — 313.

*Бугро В.И., Горачук В.В.*

#### **Достижения и перспективы развития стационарной медицинской помощи в Украине**

**Резюме.** Цель исследования заключалась в проведении системного анализа деятельности стационарных учреждений здравоохранения с определением дальнейших направлений реформирования стационарной медицинской помощи. Исследование проводилось на примере отдельных регионов Украины - Ивано-Франковской, Черкасской, Черниговской областей – в период 2005-2014 гг. Использовались методы исследования социальной медицины: библиосемантический, системного подхода и системного анализа, медико-статистический. Результатами установлено, что количество коек на 10 тыс. населения сократилась в Ивано-Франковской области с 89,1 до 79,8, в Черкасской - с 85,6 до 80,8, в Черниговской - с 108,7 до 104,5, а среднее пребывание больного на койке соответственно с 13,5 до 11,7, с 12,1 до 11,1, с 14,6 до 12,8 дней.

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»,

Факультет медичний та лабораторної діагностики, кафедра хірургічних і стоматологічних дисциплін, Львів

**Резюме.** Отримавши статистичні дані стосовно хворих на гострий панкреатит з м'язкого 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 ситуації 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.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** На сьогодні актуальності набуває проблема хірургічного

Вместе с тем, обеспеченность койками не достигла своего нормативного уровня по каждому региону, продолжительность пребывания больного на койке остается выше, чем в среднем по Украине (11,6 дней) и среднеевропейского показателя (9,2 дня), а занятость койки за исследуемый период уменьшилась. Выводы: направления повышения эффективности использования коечного фонда заключаются в дальнейшем приведении его мощности в соответствие реальным потребностям населения и более активном развитии стационарзамещающих форм медицинской помощи.

**Ключевые слова:** коечный фонд, стационарная медицинская помощь, направления развития, региональный уровень.

*V.I. Buhro, V.V. Horachuk*

#### **Directions of Inpatient Care Development at the Regional Level of Ukraine**

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

E-mail: [valeriybugro@ukr.net](mailto:valeriybugro@ukr.net)

**Abstract.** The aim of the study was to conduct a systematic analysis of round-the-clock hospitals activity for developing future directions of inpatient care reform. The study was conducted at the example of some regions of Ukraine – Ivano-Frankivsk, Cherkasy, Chernihiv regions during 2005-2014 years. There were used the methods of social medicine: a systematic approach and systematic analysis, and medical-and-statistical method. The results revealed that the number of beds per 10 thousand populations declined in Ivano-Frankivsk region from 89.1 to 79.8, in Cherkasy from 85.6 to 80.8, in Chernihiv from 108.7 to 104.5, and the average patient stay in bed respectively from 13.5 to 11.7, from 12.1 to 11.1, from 14.6 to 12.8 days. However, the availability of beds did not reach the required level for each region, length of stay of the patient on the bed remained higher than the average in Ukraine (11.6 days) and the average European index (9.2 days), and bed occupancy for the study period decreased.

**Conclusions.** Directions to improve the efficiency of hospital bed fund are further bringing its capacity in accordance the real needs of the population and active promoting the alternative (replacement) forms of inpatient care.

**Keywords:** bed fund, inpatient care, directions of development, regional level.

Надійшла 15.02.2016 року.

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), і 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

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

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 жовчнокам'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, природ-

них, 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 заострення 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.

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 діагностично-лікувальні і за кінцевим результатом на «одно-моментно-остаточні», «етапні» і «стабілізуєчі стан хворого». Перший вид їх, який приводив до повного одужання пацієнтів, застосовано в 57% спостережень, переважно при рідинних сккупченнях (асептичних і інфікованих)



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

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 [3, 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 Веґер, або формування лапаротретоперетонеостомі. При поширені гнійно-некротичних парапанкреатичних параколярних та паранефральных процесів (більше двох зон) виконувалися етапні санації осередків запалення шляхом програмованих релaparотомій. Незважаючи на те, що гострий панкреатит відноситься до хірургічних захворювань органів черевної порожнини, 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 [2, с. 85].

**Метою дослідження.** Провести комплексну аналітичну оцінку хірургічного лікування гострого панкреатиту.

#### Матеріал і методи дослідження

В період з липня 2011 року по грудень 2013 року виконано загалом 221 черезшкірне дренивання рідинних скупчень під УЗ-контролем 81 хворим на гострий панкреатит (включаючи первинні і наступні етапні дренивання 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 (дренивання і пункції, корекція положення та заміна дренажів). Загальна кількість малоінвазивних сонографічних втручань склала 221. У 61 хворого (75%) черезшкірне дренивання супроводжувалось симультанним дрениванням інших рідинних скупчень.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл кратності виконаних втручань наведено в таблиці 3. В середньому дренивання проводилось на 9,43±6,8 добу (95% довірчий інтервал Вальда 8,42-10,45 дів; медіана 7 дів).

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 закінчились дрениванням.

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

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 компютерна томографія. Більшості пацієнтів основній групі та деяким – контрольної (104 і 23 хворих відповідно) виконували СКТ [1, 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 виконувалась 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.

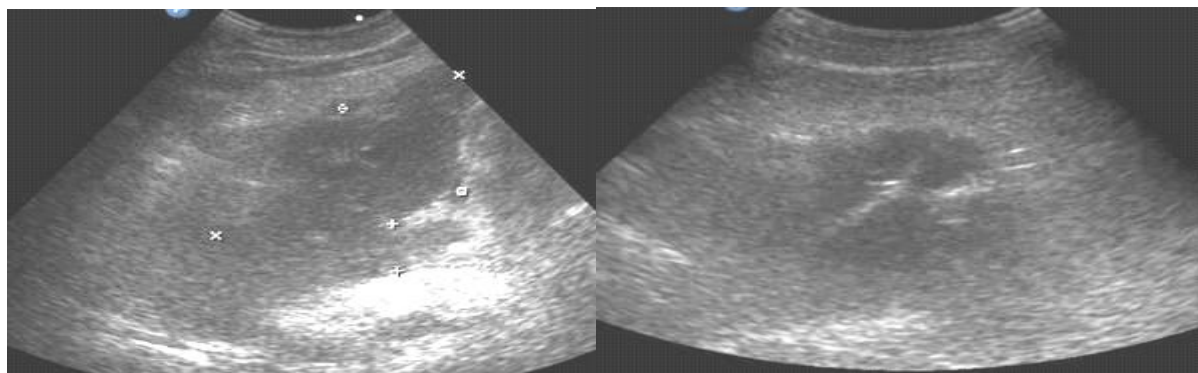
Загальна характеристика проведених втручань, включаючи повторні дренивання, заміну дренажів наведена в таблиці 4. Додаткове дренивання рідинних скупчень при неадекватному їх дрениванні проведено 2 хворим у групі А, 6 хворим у групі В, 5 хворим у групі С.

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

**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



**Рис 2** Сонограми пацієнта К. на гострий некротичний інфікований панкреатит: візуалізується рідинне скупчення чепцевої сумки (13 доба від початку захворювання). А – рідинне скупчення до дренивання. В – рідинне скупчення під час дренивання, в просвіті візуалізується дренаж

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-септичних ускладнень 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 дрениуючі 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 дрениуючі 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

**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 дрениуючих втручань під УЗ-контролем	83	98	40
Заміна дренажів (кількість заміни/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%

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.

### 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. Автором доведено, що саме хірургічний метод лікування хворих на панкреатит є найбільш ефективним і дієвим, ніж медика-

**Таблиця 5.** Характеристика виконаних традиційних оперативних втручань

Вид оперативного втручання	Кількість хворих
Некрсеквестрэктомія, розкриття флегмони заочеревинного простору, санація, дренивання заочеревинного простору, сальникової сумки, черевної порожнини	16
Некрсеквестрэктомія, розкриття флегмони заочеревинного простору, санація, дренивання заочеревинного простору, сальникової сумки, черевної порожнини + холецистектомія (зовнішнє дренивання холедоха за Піковським виконано 3 хворим)	9
Некрсеквестрэктомія, 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, екстарабдоміналізація ділянки висхідної ободової кишки з перфорацією	1
Відеоасистована за очеревинна некрсеквестрэктомія, санація, дренивання заочеревинного простору зліва	1
Люмботомія справа, розкриття, санація, дренивання параколярної флегмони справа, некрсеквестрэктомія	1
Декомпресійна фасціотомія	2
Трахеостомія	9
Діагностична лапароскопія	3
Ендоскопічна папілосфінктеротомія	11
<b>Всього виконано традиційних хірургічних втручань</b>	<b>32</b>

ментозна терапія. Адже, хворі, після операції мають значно менші шанси на ускладнення ніж після звичайного лікування ліками.

### Література

1. 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.
2. 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.
3. Губергріц Н.Б. Практична панкреатологія / Н.Б. Губергріц, С.В. Скопиченко. – Донецьк: Либідь, 2007. – 244 с.
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. 79–8.
6. Стандарти діагностики і лікування гострого панкреатиту : метод. рекомендації / ред. Є. П. Коновалова. – [3-є вид.]. – К., 2005. – 27 с. 66.
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 end management of infected necrosis in acute pancreatitis / O.I. Bakker, H.C. van Santvoot, M.G. Besselink // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2009. - Vol. 11, № 2. – P.104-110.

УДК: 616-053.2: 614.2

*Шушко А. Ф.*

### Розробка моделі системи етапної медичної допомоги хворим на бронхолегеневу дисплазію. Етап І: визначення потреби в регіональних центрах діагностики та лікування

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Дослідження виконано у межах міжкафедральної НДР Харківського національного медичного університету (ректор – член-кор. НАМН України, професор В.М. Лісовий) «Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах» (держреєстрація №0111U001400) та регіональних (Дніпропетровська та Харківська області) медико-соціальних програм, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення.

**Резюме.** Вперше обґрунтовано та складено і запропоновано для використання графічну та поліноміальну (кількісну) регіональну модель поширеності БЛД, залежно від кількості серед дочасно народжених дітей, що дозволяє виконувати узагальнений порівняльний (на державному рівні) аналіз рівня діагностики БЛД. Визначені коефіцієнти інцидентності БЛД в групах дочасно народжених дітей з різним рівнем дефіциту МТ шляхом обчислення співвідношення між кількістю дітей з БЛД та загальною кількістю

*Гончаров М.А., Шведя Ю.І.*

### Аналитическая оценка хирургического лечения острого панкреатита

ВНКЗ ЛОР «Львовский институт медсестринства и лабораторной медицины им. Андрея Крупинского»,

Факультет медицинский и лабораторной диагностики, кафедра хирургических и стоматологических дисциплин, Львов

**Резюме.** Получив статистические данные о больных острым панкреатитом с городского панкреатологического центра Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого, осуществлен подробный и комплексный анализ оценки хирургического лечения острого панкреатита. Прежде, чем проводить анализ, исследованы 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.

*M.P. Honcharov, Yu.I. Shveda*

### Analytical Evaluation of Surgical Treatment of Acute Pancreatitis

Andrei Krupynskyi Lviv Institute of Nursing and Laboratory Medicine, Lviv, Ukraine

**Abstract.** After receiving statistical data on patients with acute pancreatitis from the City Pancreatitis Center of Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, has been carried out a detailed and comprehensive analysis of the evaluation of surgical treatment of acute pancreatitis. Before conducting the analysis, there has been investigated the general situation in the incidence of pancreatitis in Ukraine, comparing it with the other countries. The international experience, including British recommendations, was considered as the basis of diagnosis and treatment of disease. A detailed description of the performed traditional surgery has been given. The role and importance of surgery in the system of treatment of patients with acute pancreatitis have been studied.

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

Надійшла 29.02.2016 року.

дітей у конкретних групах, стратифікованих за рівнем дефіциту МТ.

Вперше обґрунтовано та розроблено розширений (багатокриптеріальний) алгоритм кількісного визначення обсягів діяльності Центру діагностики та лікування БЛД з урахуванням регіональної частоти дочасно народжених дітей та ступеня дефіциту їхньої маси. Виконано інверсну верифікацію цього алгоритму та доведено його достатню високу точність для практичного застосування організаторами охорони здоров'я.

Новою є обґрунтована за результатами дослідження та розроблена номограма (графічний та табличний варіанти) для оперативного планування очікуваної абсолютної кількості хворих на БЛД залежно від регіональної кількості дочасно народжених дітей, що може застосовуватися при плануванні нових та оптимізації діяльності існуючих центрів діагностики та лікування.

**Ключові слова:** соціальна медицина, бронхолегенева дисплазія, інцидентність, регіональний центр, моделі, алгоритми, планування.