

5. Синаташвили К.Т. Клинико-лабораторные критерии диагностики, прогнозирования преждевременных родов и перинатальных исходов // Автореф. дис., М., 2010, 23 с.

6. Сичинава Л.Г. Перинатальные гипоксические поражения ЦНС плода и новорожденного // Автореф. дисс. д.м.н., М., 1993, 40 с.

7. Сорокина С.Э. Акушерские аспекты перинатальной смертности // Автореферат дис., Санкт-Петербург, 2006, 40с.

8. Ananth C.V. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes // J Matern Fetal Neonatal Med., 2006, vol. 19, №12, p. 773-782.

9. Alfirevic Z., Allen-Coward F., Molina F. Targeted therapy for threatened preterm labor based on sonographic measurement of the cervical length: a randomized controlled trial // Ultrasound Obstet. Gynecol., 2007, №29, p. 47-50.

10. American College of Obstetricians and Gynecologists Management of preterm labor // ACOG practical bulletin no. 43. Washington, 2003.

**Онищенко В.И.**

*студент,*

*Одесский национальный медицинский университет*

**Научный руководитель: Грубник В.В.**

*доктор медицинских наук, профессор,*

*заведующий кафедрой,*

*Одесский национальный медицинский университет*

## **РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

По данным Министерства здравоохранения Украины за 2012-2014 гг. наблюдается:

1. Неуклонная тенденция к росту заболевания панкреатитом, постоянное увеличение частоты панкреонекроза от 11,5 до 64%.

2. Летальность при данной патологии составляет 25-85% [1].

3. Заболевания поджелудочной железы в 10,9% случаев является причиной инвалидизации больных с патологией органов пищеварения [4].

Сравнительный анализ результатов лечения больных острым деструктивным панкреатитом «классическими» методами и лапароскопическими. Был проведен сравнительный анализ хода и результатов лечения двух групп по 30-ть больных острым

деструктивним панкреатитом за десятилетний отрезок времени (с 2004 по 2014 гг.) с использованием лапаротомных и лапароскопических методов лечения.

Для корректности исследования и сравнения различных методик лечения моим научным руководителем – доктором медицинских наук, профессором Грубником Владимиром Владимировичем, было решено отобрать по 30-ть больных одной возрастной категории, со схожими этиологией, сроками обращения за медицинской помощью, прошедших приблизительно одни методы обследования за 10-и летний период.

Основным отличием одной группы от другой служило применение лапароскопических методов лечения в одной из них.

Материалами исследования стали истории болезни пациентов Раздельнянской центральной районной больницы Одесской области и хирургического отделения ГКБ № 10 г. Одессы.

**Пациенты в Раздельной ЦРБ распределились следующим образом:**

***Суммарное количество отобранных пациентов – 30.***

Из них: мужчин – 27 человек (90%) в возрасте 21-77 лет; женщин – 3 человека (10%) в возрасте 37-66 лет.

***Этиологией служило:*** заболевания внепеченочных желчных путей – 44%; хронический алкоголизм, прием суррогатов алкоголя – 36%; тупая травма живота – 12%; другие причины – 8%.

***Сроки обращения за медицинской помощью:*** 0-24 часа – 10%; 24-48 – 15%; от 3-х суток – 75%.

***Жалобами при поступлении служили:*** болевой синдром, многократная рвота, сухость во рту, жажда, повышение температуры тела – в 100% случаев; задержка стула – в 30% случаев.

***Лабораторными показателями были:*** лейкоцитоз, повышение СОЭ, гиперамилаземия, повышение С-реактивного белка – 100% случаев.

***Объективная оценка тяжести и прогноз течения болезни:*** лейкоцитарный индекс интоксикации по Рейсу 4-9 ед.; APACHE 2 (26% свыше 30 баллов, 10-30 баллов – 73%); SAPS 237 баллов в среднем.

***Инструментальные способы диагностики:*** УЗИ органов брюшной полости – 100%; рентгенологическое исследование органов брюшной полости – 60%; лапароцентез – 13,3%;

КТ – 30%; ЭГФДС – 100%; лапароскопия – 0%.

**Сроки оперативных вмешательств:** 0-24 часа – 30%; **24 часа и более – 70%.**

**Операции выбора:** оментобурсостомия, дренирование БП – 75,3%; некрэктомия – 75,3%; секвестрэктомия – 33%; оментопанкреатопексия – 10%; дренирование нагноившихся псевдокист, абсцессов ПЖ и около панкреатической клетчатки – 4-8%.

**Осложнениями** являлись: объемные жидкостные образования забрюшинной локализации – 18,7%; аррозивные кровотечения – 12,5%; перитонит – 62,5%; полиорганная недостаточность – 6,3%. **(16 суммарно).**

Повторные лапаротомии проводились 10 раз (33,3%).

Статистическая обработка производилась в программе Excel.

**Койко-дни, в среднем, – 43 дня.**

**Послеоперационная летальность составила 20%.**

**Больные в хирургическом отделении ГКБ № 10 г. Одессы** распределились следующим образом:

**Суммарное количество отобранных пациентов – 30.**

Из них: мужчин – 25 человек (83,3%) в возрасте 23-66 лет; женщин – 5 человек (16,6%) в возрасте 41-69 лет.

**Этиологией служило:** заболевания внепеченочных желчных путей – 56%; хронический алкоголизм, прием суррогатов алкоголя – 28%; тупая травма живота – 12%; другие причины – 4%.

**Сроки обращения за медицинской помощью:** 0-24 часа – 10%; 24-48 часов – 30%; от 3 суток – 60%.

**Жалобами при поступлении служили:** болевой синдром, многократная рвота, сухость во рту, жажда, повышение температуры тела в 100% случаев; задержка стула – в 20% случаев.

**Лабораторными показателями были:** лейкоцитоз, повышение СОЭ, гиперамилаземия, повышение С-реактивного белка – 100% случаев.

**Объективная оценка тяжести и прогноз течения болезни:** лейкоцитарный индекс интоксикации по Рейсу 4-9 ед.; АРАСНЕ 2 (10-30 баллов-72%, свыше 30-28%); SAPS 238 баллов в среднем.

**Инструментальные способы диагностики:** УЗИ органов брюшной полости у 100%; рентгенологическое исследование органов брюшной полости – 12%; лапароцентез – 28%; КТ – 50%; ЭГФДС – 100%; лапароскопия – 70%.

**Сроки оперативных вмешательств:** 0-24 часа – у 70%; **24 часа и более – 30%.**

**Операции выбора:** лапароскопическая санация –72%, оментобурсостомия, дренирование БП, некрэктомия –56.6%; диагностическая лапароскопия – 20%, дренирование нагноившихся псевдокист, абсцессов ПЖ и околопанкреатической клетчатки – 4,8%.

**Осложнениями являлись: (12 суммарно)** объемные жидкостные образования забрюшинной локализации – 8,3%; аррозивные кровотечения -25%; перитонит – 58,3%; полиорганная недостаточность – 8.3%.

Лапаротомия с дренированием брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства была выполнена у 7-и больных (23,3%). Показаниями для ее проведения служило нарастание перитониальной симптоматики, отсутствие позитивной ультразвуковой динамики. Лапаротомия выполнялась через 1-1,5 недели от начала госпитализации.[2]

**Койко-дни, в среднем, – 31 день.**

**Послеоперационная летальность – 10%.**

Изучение и сравнение полученных объективные данных приводит к следующим результатам исследования:

1. В Раздельнянской ЦРБ в большинстве обращений пациентам была проведена поздняя диагностика, поздно проведено оперативное пособие. Следствием этого стали большее количество койко-дней (43 против 31-го дня при применении лапароскопических методик лечения).

2. Есть ощутимый вклад в меньшую смертность высокоинформативных диагностических процедур (КТ применялось в 50% обращений в условиях Одесской городской больницы, в то время, как в Раздельнянской ЦРБ всего в 30% случаев).

3. Лапароскопические оперативные вмешательства в 70% случаев в ГКБ № 10 были выполнены в первые 72 часа от момента госпитализации.

4. Применение лапароскопии дает меньше осложнений (16 суммарно в условиях ЦРБ и 12 в ГКБ № 10).

5. В сомнительных случаях применение лапароскопии даже с диагностической целью дает только положительный результат.

6. Летальность в ГКБ № 10 г. Одессы после применения лапароскопических методов лечения острого деструктивного панкреатита меньше в 2 раза.

### **Список использованных источников:**

1. Эндоскопическая хирургия: практ. рук. для врачей-хирургов, гинекологов, эндоскопистов, онкологов, гастроинтестин. хирургов / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, Ю. В. Грубник, А. В. Малиновский; под ред.: В. Н. Запорожана, В. В. Грубника. – О.: ОНМедУ, 2011. – 284 с ил., табл.
2. Малоинвазивные методы хирургического лечения панкреонекроза. Ю. В. Иванов, Д. Н. Панченков, А. А. Алехнович, Г. В. Дятчина, Н. А. Соловьев // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 2. – С. 3-13.
3. Систематизований підхід до застосування міні інвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень. В. П. Андриющенко, Л. М. Когут, Д. В. Андриющенко // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2010. – № 8. – С. 19-23.
4. Bober J., Harbulak P. Continuous lavage in the treatment of severe necrotizing pancreatitis. *RozhlChir.* – 2003. – 82: 5. – P. 245-249.
5. Gotzinger P., Wamser P., Exner R. et al. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival. *Surg Infect (Larchmt).* – 2003. – 4: 2. – P. 205-211.

### **Павлов С.Б.**

*кандидат биологических наук,*

*заведующий Центральной научно-исследовательской лаборатории*

### **Литвинова О.Б.**

*младший научный сотрудник*

*Центральной научно-исследовательской лаборатории*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

## **ОСОБЕННОСТИ ЗАПУСКА ФИБРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Процессы воспаления тесно связаны с функциональной активностью тромбоцитов. Под влиянием интерлейкина-1, фактора некроза опухоли- $\alpha$  тромбоциты активируются и высвобождают АТФ и АДФ, а также вещества, способствующие активации коллагенообразования и запуску фибротических процессов в органе [1].

В настоящее время представляет интерес изучение функциональной активности тромбоцитов при моделировании