## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

 **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

 **ІМ. І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

 На правах рукопису

  **Коробко Лариса Ростиславівна**

 УДК 616. 37- 002 – 036. 11 -06:

 616. 12 -008. 6 ] -089.15

 **ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ТА ОБ’ЄМУ ОПЕРАТИВНОГО**

 **ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ**

 **СУПРОВІДНОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

 14. 01. 03 - хірургія

 Дисертація

 на здобуття наукового ступеня

 кандидата медичних наук

 Науковий керівник:

 Сабадишин Ростислав Олексійович

 доктор медичних наук, професор

 Вінниця - 2007

 ЗМІСТ

І.ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕТИЧНЕ

ОБГРУНТУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ

ПАНКРЕАТИТОМ 14

 1.1 Особливості патогенезу та клінічного перебігу гострого

панкреатиту у хворих з супровідною серцево-судинною

патологією 14

* 1. Прогнозування перебігу гострого панкреатиту, синдрому

 ендогенної інтоксикації і поліорганної дисфункції на фоні

 кардіоваскулярного синдрому 27

* 1. Особливості лікування хворих на гострий панкреатит з

 супровідною серцево-судинною патологією 32

РОЗДІЛ 2 КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ І МЕТОДИ

 ДОСЛІДЖЕННЯ 39

 2.1 Клінічна характеристика хворих 39

 2.2. Методи обстеження 56

 2.2.1Вивчення функціонального стану міокарду i

показників центральної гемодинаміки 56

 2.2.2. Визначення вмiсту продуктiв перекисного окис

лення лiпiдiв i показників антиоксидантної системи 58

 2.2.3 Вивчення водних секторів організму 58

 2.2.4 Вивчення середньо молекулярних пептидів 59

 2.2.5 Статистичні методи дослідження 60

РОЗДІЛ 3 ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ

ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З СУПРОВІДНОЮ СЕРЦЕВО - СУДИННОЮ

ПАТОЛОГІЄЮ 61

 3.1 Механізми змін функціонального стану міокарду

та центральної гемодинаміки у хворих на гострий панкреатит 64

* 1. Перекисне окислення ліпідів та стан антиоксидантного

 захисту у хворих з гострим панкреатитом з супровідною серцево-

судинною патологією 76

 3.3 Оцінка стану гідратації тканин та синдром ендогенної

інтоксикації у хворих на панкреатит на фоні змін серцево-судинної

системи 81

 3.4 Оцінка поліорганної дисфункції в прогнозі перебігу

та тяжкості гострого панкреатиту на фоні супровідної серцево-

судинної патології 96

РОЗДІЛ 4 ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

З СУПРОВІДНОЮ СЕРЦЕВО - СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ 101

 4.1 Інтенсивна консервативна терапія різних форм панкреатиту

 та супровідних кардіоваскулярних змін 102

 4.2 Критерії оцінки ефективності консервативного лікування

хворих з гострим панкреатитом 107

* 1. Показання та вибір об’єму хірургічного втручання у

 хворих на гострий панкреатит з врахуванням супровідної серцево-

 судинної патології 115

 4.4 Аналіз результатів лікування хворих на гострий панкреатит

 із врахуванням функціонального класу серцево-судинної патології 124

РОЗДІЛ 5 ОБГОВОРЕННЯ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

 ДОСЛІДЖЕННЯ 131

ВИСНОВОК 143

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 146

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 148

 С П И С О К УМОВНИХ С К О Р О Ч Е НЬ

 АЛТ – аланіноамінотрансфераза (АЛАТ)

 АЧР- активований час рекальцифікацій

 АОЗ- антиоксидантний захист

 АОС – антиоксидантна система

 АСТ – аспартатамінотрансфероза (АСАТ)

 АТ – артеріальний тиск

 АПФ – ангіотензинперетворюючий фермент

 АТФ – аденозинтрифосфорна кислота

 АЧТЧ –активований частковий тромбопластиновий час

 ВРОЛ – вільно радикальне окислення ліпідів

 ВГ – відновлений глутатіон

 ГО – глутатіон оксид

 ГП – гострий панкреатит

 ГПО –глутатіонпероксидаза

 ГР – глутатіопредуктоза

 ГССН – гостра серцево-судинна недостатність

 ГТ – глутатіон - s - трансфераза

 ГХ – гепатохоледох

 Г-6-ФДГ-глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа

 ДВЗ – дисеміноване внутрісудинне згорання

 ДНК – динуклеїнова кислота

 ЖЄЛ – життєва ємкість легень

 ЗК – заочеревинна клітковина

 ЗНПЗ – зовнішньо - секреторна недостатність підшлункової залози

 ЗСЛШ – задня стінка лівого шлуночка

 ЕПТ – ендоскопічна папілотомія

 ЕХОКГ – ехокардіографія

 ІПВ –індекс прогнозування важкості

 ІПВГП –індекс прогнозування важкості гострого панкреатиту

 КДО – кінцевий діастолічний об’єм

 КДР – кінцевий діастолічний розмір

 КСО – кінцевий систолічний об’єм

 КСР – кінцевий систолічний розмір

 КТ – каталаза

 ЛДГ –лактатдегідрогеназа

 ЛІ – лейкоцитарний індекс

 ЛПНГ –ліпопротеїди низької густини

 ЛФ –лужна фосфатаза

 ЛШ – лівий шлуночок

 МДА – малоновий діальдегід

 МШП – міжшлуночкова перегородка

 НАД –нікотинамідаденін

 НАДН – нікотинамідаденіндинуклеотид

 ПОЛ – перекисне окислення ліпідів

 РХПГ – ретроградна холангіопанкреатографія

 СГЛП – синдром гострого легеневого пошкодження

 СЕІ – синдром ендогенної інтоксикації

 СМП – середньо молекулярні пептиди

 СОД – супероксиддисмутаза

 СПОН – синдром поліорганної недостатності

 СС – сальникова сумка

 СФ – 26 – спектрофотометр

 ТМШП – товщина міжшлуночкової перегородки

 УО – ударний об’єм

 ФВ – фракція викиду

 ФГДС -фіброгастроуденоскопія

 ФК – функціональний клас

 ФНП –£ – фактор некрозу пухлини - альфа

 ХЕ – холецистектомія

 ХНН – хронічна ниркова недостатність

 ЦП – церулоплазмін

 ЧСС – частота серцевих скорочень

 ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

 РАF – лексіпафанту

 Vз – загальна рідина

 Vв - позаклітинна рідина

ВСТУП

 **Актуальність теми.**  Питання хірургічної тактики, термінів та об’єму хірургічних втручань при гострому панкреатиті з супутньою серцево-судинною патологією залишаються досі невирішеними, зокрема, питання попередження та лікування асептичного некрозу та інфікованого панкреонекрозу, так як жоден із відомих консервативних методів лікування не дозволяє зупинити прогресуючий некроз підшлункової залози, а виконання традиційних „відкритих ” способів операцій супроводжується високою післяопераційною летальністю.

 За останні роки розробка і використання таких методів діагностики, як черезшкірна тонкоголкова пункція під контролем ультразвукового дослідження або комп’ютерної томографії з дослідженням флори та її чутливості до антибіотиків, контрастної динамічної комп’ютерної томографії, використання при лікуванні засобів пригнічення секреції залози, нутрітивної підтримки [49] та малоінвазивних технологій декомпресійних операцій під контролем відеолапароскопа [130, 131,137 ] можливо б і змогла створити прорив у вирішенні проблеми, якби вони були реально доступні для широкого кола медичних установ. Але навіть використання таких сучасних засобів, зважаючи на їх вартість, потребує виваженого підходу і визначеного алгоритму. Це стає особливо актуальним у світлі передбачуваного переходу до страхової медицини.

 Порушення функціонального стану міокарду та гемодинаміки відіграє важливу роль у патогенезі розладів життєво важливих функцій організму, тим самим погіршує прогноз та перебіг гострого панкреатиту, видозмінює та подовжує терміни консервативного лікування, та має провідне значення у диференційованому виборі технології хірургічного втручання.

 Подальше удосконалення лікувальної тактики при гострому панкреатиті на тлі серцево-судинних захворювань, на наш погляд, залежить від вивчення характеру змін адаптаційно-пристосувальних механізмів та гемостазу з метою раннього виявлення поліоорганної недостатності, оскільки вона у значній мірі погіршує перебіг основного паталогічного процесу [О.О. Шалімов та співав, 1994; C.Armbuster., 1994] та супутньої патології, яка впливає на оцінку операційно-анестезіологічного ризику.

 У зв’язку викладеним, найважливішим напрямком проблеми є розробка нових та удосконалення існуючих способів лікування різних форм гострого панкреатиту із врахуванням тяжкості перебігу захворювання та прогнозування, супутньої серцево-судинної патології, профілактика і ефективне лікування гнійно-некротичних ускладнень і поліорганної недостатності; розробка та удосконалення інструментальних методів лікування різних форм гострого панкреатиту і його ускладнень. Вивчення перелічених питань дозволить індивідуалізувати лікувальну та хірургічну тактику у хворих на гострий панкреатит з супровідною серцево-судинною патологією.

 **Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами** .

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом науково-дослідної роботи “Клініко-патогенетичні та морфофункціональні особливості ішемічної хвороби серця при супутньому хронічному бронхіті, цукровому діабеті, експериментальному гіпертиреозі, гастродуоде нальних виразках та їх диференційована терапія” кафедри внутрішньої медицини з клінічною імунологією та алергологією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського (номер Держ. реєстрації 0100U005054).

 **Мета дослідження.** Покращити результати комплексного лікування хворих на гострий панкреатит із супровідною серцево-судинною патологією, шляхом розробки диференційованих підходів до вибору лікувальної тактики та об’єму оперативних втручань залежно від функціонального стану міокарда і центральної гемодинаміки.

 **Основні завдання дослідження**:

 1 З’ясувати патогенетичний взаємозв’язок порушень функції підшлункової залози та гемодинаміки і функціонального стану міокарду при гострому панкреатиту.

 2 Вивчити стан ПОЛ та АОЗ у хворих з різними формами гострого панкреатиту та супровідною серцево-судинною патологією.

 3 Вивчити показники гідратації тканин та ендогенної інтоксикації при різних формах гострого панкреатиту в залежності від глибини ендотоксикозу та з’ясувати їх роль у виникненні кардіоваскулярних змін та поліорганної недостатності.

 4 Оцінити показники поліорганної дисфункції в прогнозі перебігу та тяжкості гострого панкреатиту на фоні супровідної серцево-судинної патології .

 5 Визначити найбільш інформативні критерії ранньої діагностики та вибору об’єму лікування різних форм гострого панкреатиту з врахуванням тяжкості та прогнозу перебігу захворювання на фоні серцево-судинної патології.

 6 Дати патогенетичне обґрунтування консервативної інтенсивної терапії і критерії оцінки її ефективності при різних формах гострого панкреатиту в умовах супровідної серцевої патології.

 7 Розробити показання та визначити об’єм оперативних втручань залежно від функціонального стану серцево-судинної системи та тяжкості і прогнозу перебігу гострого панкреатиту.

**Об’єкт досліджень:** гострий панкреатит із супутньою серцево-судинною патологією.

 **Предмет дослідження:** функціональний стан міокарду та центральної гемодинаміки, ПОЛ та АОС, показники гідратації тканин та ендогенної інтоксикації, індекс прогнозування тяжкості перебігу гострого панкреатиту, критерії поліорганної дисфункції, та об’єм оперативних втручань у хворих на гострий панкреатит із супровідною кардіоваскулярною патологією.

 **Методи дослідження:** загальноклінічні, біохімічні, рентгенологічні, ендоскопічні, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини та комп’ютерна томографія, бактеріологічні, морфологічні дослідження. В динаміці обстеження хворих здійснювались дослідження: пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ ) за Кирковським В.В., Моіним В. М., Лобачевою Г.А. (1994 ); малонового діальдегіду за методикою Placer; стан системи АОЗ – за вмістом SH –груп; водних секторів. Для уточнення діагнозу та визначення подальшої тактики лікування оцінювали функціональні стани: серцево-судинної системи за допомогою даних ехокардiографiї та ЕКГ.

 **Наукова новизна.** На основі проаналізованих результатів, надана характеристика скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка залежно від клінічного перебігу гострого панкреатиту, встановлено зворотній корелятивний зв’язок між формами панкреатиту і показниками скоротливої здатності міокарда. Вперше проведено аналіз динаміки порушень ритму та провідності, депресії сегмента ST на фоні “функціональних” порушень та (або) “органічних” змін серця у хворих з гострим панкреатитом, розроблено комплексну доопераційну діагностику функції серцево-судинної системи із вибором оптимальної хірургічної тактики та об’ємом оперативного втручання, залежно від виявлених розладів міокарда і стану біліарнопанкреатодуоденальної зони. На основі проаналізованих результатів хірургічного лікування при різних методиках лапаротомічних і лапароскопічних втручань, щодо електричної функції міокарда і скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка в післяопераційному періоді вказано, що малий об’єм при відкритій лапаротомії і малоінвазивний метод з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. є оптимальні методи оперативного лікування у хворих із деструктивним панкреатитом та органічними захворюваннями серцево-судинної системи ІІІ-ІV ФК по NYHA.

  Вперше у практиці вивчено рівень позаклітинної рідини в залежності від форм гострого панкреатиту та супутньої серцево-судинної патології, а також показники інтоксикаційного синдрому. В результаті проведених досліджень, встановлено корелятивний взаємозв’язок волемічних просторів, показників ендогенної інтоксикації та гемодинаміки з ступенем тяжкості ендотоксикозу і некротичних процесів в ПЗ.Розроблено класифікацію ступеня тяжкості інтоксикаційного синдрому з врахуванням функціонального стану міокарду, гідратації тканин та ПОЛ і АОС.

 Встановлено залежність “функціональних” порушень та (або) “органічних” змін серця на фоні СПОН.

 На основі цього оптимізована та впроваджена тактика комплексного лікування хворих з гострим панкреатитом та супровідною серцево-судинною патологією, створено алгоритм хірургічного лікування в залежності від супутньої патології, що дає можливість зменшити число гнійно-некротичних ускладнень, летальність і підвищити ефективність реабілітації оперованих хворих.

 **Практичне значення результатів дослідження.** Наукові положення та висновки дисертаційної роботи адаптовані для впровадження та застосування в практичній охороні здоров’я. Результатами проведеного дослідження обґрунтовано доцільність диференційованого підходу до лікування різних форм гострого панкреатиту з супровідною кардіоваскулярною патологією.

 Доведено доцільність використання берлітіону у хворих з гострим панкреатитом та супровідною серцево-судинною патологією, з метою антиішемічної, антигіпоксичної та антиоксидантної дії.

 Для зменшення частоти, тяжкості інтра- і післяопераційних серцево-судинних ускладнень та кращої післяопераційної реабілітації міокарда у хворих із деструктивним панкреатитом та органічними захворюваннями серцево-судинної системи доцільно використання малого об’єму при відкритій лапаротомії та малоінвазивний метод з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт.

 **Впровадження наукових розробок у практику.**Результати досліджень з позитивним ефектом впроваджено у практичну діяльність хірургічних, реанімаційних і діагностичних відділень Рівненської обласної лікарні, Рівненського обласного центру радіаційного захисту населення, в навчальний процес Рівненського базового медичного коледжу.

 Основні наукові положення дисертації включено в матеріали лекцій і практичних занять з хірургії в медичному коледжі.

 **Особистий внесок здобувача.** Особистий внесок автора полягає у визначенні актуальності та сучасного стану проблеми; виборі та опрацюванні методик дослідження; формуванні клінічних груп пацієнтів, аналізі та узагальненні отриманих результатів; формулюванні висновків і наукових положень дисертації. Основні об’єми досліджень хворих (об’єктивне обстеження пацієнтів, визначення ПОЛ, рівня клітинної гідратації, СМП, обробка статистичних даних) проведено дисертантом самостійно, решта – за участю практичних лікарів, працівників і допоміжних підрозділів РОЛ, РОДЦ, РБМК ( відділення функціональної діагностики, лабораторія). Пошукач самостійно виконував оперативні втручання, та асистував. Співавторство інших дослідників, опублікованих за матеріалами дисертації, віддзеркалює їх консультативну допомогу та співучасть у діагностично-лікувальному процесі.

 **Апробація результатів роботи.** Основні положення про результати дисертаційної роботи були викладені й обговорені на конгресах та конференціях: “ Кардіальний синдром у хворих з гострим та загостреним хронічним панкреатитом ”(ІХ міжнародний медичний конгрес студентів і молодих учених, Тернопіль 21-22.04.05), “Дослідження електричної активності міокарду і фракції викиду у хворих з гострим панкреатитом та хворих із супровідною серцево-судинною патологією” (Всеукраїнська науково-практична конференція ” Здобутки та перспективи внутрішньої медицини” , Тернопіль 19-20.10.06), “Значення середньо молекулярних пептидів в прогнозуванні важкості гострого панкреатиту” (Всеукраїнська науково-практична конференція “ Сучасні методичні підходи до аналізу стану здоров’я ”, Луганськ, 14-16.05.07), “ Оцінка поліорганної дисфункції в прогнозі перебігу та важкості гострого панкреатиту на фоні серцево-судинної патології ” ( науково-практична конференція “Діагностичні центри: медико-біологічні аспекти діагностичного процесу ”, Рівне, 2-3.11.07).

 ВИСНОВКИ

 У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі покращання результатів лікування хворих на різні форми панкреатиту із супровідною серцево-судинною патологією шляхом розробки диференційованих підходів до вибору мініінвазивних та відкритих оперативних втручань залежно від функціонального стану міокарда і центральної гемодинаміки, та прогнозу тяжкості перебігу гострого панкреатиту. Дана проблема вирішена на основі дослідження зміщення сегмента ST, порушень ритму, стану скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка, вивчення показників ПОЛ, АОС, тканинної гідратації, ендогенної інтоксикації та оцінки показників поліорганної дисфункції в прогнозі перебігу ГП.

 1 При тяжких формах гострого панкреатиту наявний панкреато-кардіальний синдром у 31,07 %. При гострому панкреатиті з супутньою серцево-судинною патологією частота інтра- і післяопераційних ускладнень з боку серця становить22,5 % випадків та залежить від віку, важкості до-операційних розладів функції міокарда, стану патології підшлункової залози, об’єму оперативного втручання при відкритій лапаротомії і тиску карбоксиперитонеуму при лапароскопічному методі.

2 Розвиток інтоксикаційного синдрому при гострому панкреатиті на тлі кардіоваскулярної патології супроводжується надлишковим накопиченням продуктів ПОЛ вже на ранніх стадіях захворювання з високим темпом подальшого їх зростання на тлі пригніченості антиоксидантної системи організму. В порівнянні з контрольною групою І – це відхилення становить 1:1,4, а з контрольною групою ІІ – 1:4.

 3 Вивчення показників гідратації тканин та ендогенної інтоксикації у хворих на ГП з супровідною серцево-судинною патологією, в залежності від ступеня інтоксикаційного синдрому показало, що прогресування некротичного процесу в ПЗ сприяє тенденції збільшення гемодинамічних та волемічних (зменшення загального рівня рідини (Zн /Zв 1,27 *±* 0,27 відносних одиниць) ускладнень та порушенню співвідношення позаклітинних та внутріклітинних секторів, за рахунок позаклітинної гіпергідратації.

 4 У хворих із контрольної групи І при наявності СПОН, виникнувший панкреато-кардіальний синдром був наслідком субкомпенсованого ішемічного стану міокарду, який проявлявся синдромом ранньої реполяризації та компенсованими надшлуночковими екстрасистолами. Щодо хворих із некротичним панкреатитом та супровідною серцево-судинною патологією, то СПОН веде до усугублення порушення гемодинаміки та переходу ФК ІІ в ФК ІІІ-ІV.

 5 Збільшення рівня СМП в середньому у 4,5 рази ( р<0,05 ), ЛІ – 6,12 разу, розвиток І фази гіподинамічного режиму на фоні артеріальної гіпотензії, депресії сегмента ST ≥ 2,5 мм, достовірне зменшення внутріклітинної та позаклітинної рідини на 25,2 % (\*p < 0,05), ріст рівня МДА (в середньому у 3,1 рази ( р<0,05) ) та зменшення SH –груп ( відповідно в 1,18 раза) свідчать про розвиток панкреонекрозу або некротичного панкреатиту та потребують активно-вичікувальної тактики.

 6 Основою лікувальної тактики у хворих на гострий панкреатит на тлі серцево-судинної патології є проведення консервативного лікування з включенням патогенетичної антиішемічної, антигіпоксичної та антиоксидантної (берлітіон) терапії, яка у 35,92 % дала позитивні результати без хірургічного втручання. У решти хворих (64,08 %) при необхідності проведення оперативного втручання, використання принативної консервативної терапії кардіоваскулярного синдрому та серцево-судинної патології у передопераційному періоді сприяло покращенню функціонального стану міокарду в 1,08-1,12 рази.

 7 Комплексний підхід щодо вивчення клінічної картини депресії сег менту ST, порушень ритму, стану скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка особливо при супутній патології серцево-судинної системи за NYHA ІІІ-ІV ФК в умовах панкреонекрозу та некротичного панкреатиту, дозволив адекватно визначити операційно-анестезіологічний ризик, вибрати хірургічну тактику, а також встановити, що малий об’єм при відкритій лапаротомії і малоінвазивний метод з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. є оптимальні методи оперативного лікування у хворих із деструктивним панкреатитом та органічними захворюваннями серцево-судинної системи для зменшення частоти, тяжкості інтра- і післяопераційних серцево-судинних ускладнень та кращої післяопераційної реабілітації міокарда у таких хворих.

 8 Розроблена індивідуалізована програма діагностики, прогнозування та лікування хворих з гострим панкреатитом на фоні кардіоваскулярної патології дозволила знизити летальність при дифузному панкреонекрозі на – 8,3 %.

 НАУКОВО –ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

 1 Традиційна клініко-лабораторна діагностика гострого панкреатиту із супровідною серцево-судинною патологією повинна доповнюватися ехокардіографію з метою адекватної оцінки операційно-анестезіологічного ризику, прогнозу інтра- і післяопераційних серцево-судинних ускладнень.

 2 Для визначення глибини інтоксикації надійними параметрами служать тести ( СМП , ЛІ ) при одночасній оцінці порушень функції печінки та нирок та серця. Доповненням щодо визначення глибини ІС визначати стан ПОЛ та АОС, а також рівень водних секторів; особливо це стосується хворих із супутньою кардіальною патологією.

 3 З ціллю інгібування процесу вільно радикального окислення ліпідів, цитолізу, холестазу та прояву антиішемічної, антигіпоксичної і детоксикаційної дії в більш стислі строки – доцільним є використання берлітіону.

 4 Малий об’єм при відкритій лапаротомії і малоінвазивний метод з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. є оптимальні методи оперативного лікування у хворих із деструктивним панкреатитом та органічними захворюваннями серцево-судинної системи.

 5 Комплексна терапія гострого панкреатиту повинна включати одночасну корекцію порушень гомеостазу із врахуванням волемічних просторів ( особливо при супутній серцево-судинній патології ФК ІІІ-ІV), вплив на первинний осередок та лікування інтоксикаційного синдрому.

 ЛІТЕРАТУРА

1. Барвінська А.С. Динаміка порушень зсідально-протизсідальної системи крові у хворих на набрякові форму гострого панкреатиту // Практична медицина – 1997. -№ 7-8 . – С . 103-107.

2. Барвінська А .С. Синдром ДВЗ крові у хворих на гострий панкреатит //Вісник наукових досліджень .- 1997. - № 6-7. – С . 37-39.

3.Використання мініінвазивних методів у лікуванні несправжньої кісти підшлункової залози / М.П. Павловський, В.І. Коломійцев, А.А. Переяслав, С.М Чуклін // Клін.хір. -2003.- №1. –С.50-51.

 4. Гострий панкреатит ( захворюваність, етіологія, летальність) / Ф.Г.

 Кулачек, А.С. Паляниця, О.А. Карлійчук, О.І. Іващук // Клін. хір. – 2000.

 – №5. – С. 52-54.

5. Демидов В. М., Куліш С. О., Бондарів А. І. Патогенетичне обгрун тування застосування гепато- і панкреатопротекторів в лікуванні гострого панкреатиту //Хірургія України. – 2002. - №2. – С. 52-53.

6. Дзюбановський І.Я., Свистун Р.В., Поляцко К.Г. Хірургічна тактика лікування хворих з панкреонекрозом // Шпитальна хірургія.-2004.-№4.-С.34-36.

7. Дронов О.І., Ковальська І.О., Денека Є.Р. Морфологічні особливості гострого панкреатиту // Клінічна хірургія. – 2006. -- № 9. – С. 26-29.

8. Заздранов А. А. Діагностика та лікування хронічного панкреатиту на тлі ІХС // Автореф . дис .- 2003 .

9. Заздранов А. А. Клініко – сонографічні ознаки хронічного панкреатиту у хворих на ІХС // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології . – Збірник наукових праць. – Київ ; Луганськ; Харків. -1999 . – Вип. 6 ( 26 ) .- С . 89-92 .

10. Заздранов А. А. Особливості перебігу хронічного панкреатиту у хворих на ІХС // проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – Збірник наукових праць.- Київ; Луганськ; Харків.- 2000 . – Вип . 5 ( 31 ) . – С . 22-25 .

11. Запорожченко В. С. Сучасні уявлення про патогенез гострого пан креатиту // Одеський медичний журнал . – 1998. - № 1. – С. 66-69.

12. Земсков В.С., Ковальська І.О. Синдром запальної відповіді (поліорганної недостатності ) при гострому панкреонекрозі // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України: Зб. Наук. Статей. – Х., 2000 – С.24-25.

13. Земсков В.С., Крючина Є.А, Ковальская І.А. Порушення гемокоагуляції при деструктивному панкреатиті: роль в патогенезі та шляхи корекції // Клін. хір. – 2001. - № 7. – С. 32-35.

14. Зуєва Н.О., Коваленко О.М., Єфімов А.С. Застосування берлітіону в

комплексному лікуванні учасників ліквідації аварії на ЧАЕС: Метод. рекомендації . – Український науковий центр. – 2000. – С. 46

15. Колосович І.В., Спіцин Р.Ю. Гострий біліарний панкреатит: сучасні проблеми діагностики і лікування //Хірургія України. – 2006. – №4. – С. 53-56.

16. Кондратенко П.Г., Васильєв А.А. Роль і місце мініінвазивних хірург гічних втручань у лікуванні гострого панкреатиту // Шпитальна хірургія . – 2006. – № 4.С. – 47-49.

17. Кондратенко П. Г., Конькова М.В., Васильєв О.О. Діагностична та інтервенційна сонографія гострого панкреатиту //Матеріали науково-практичної конференції “Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту” – Львів. – 2002. – С. 79-83.

18. Конькова М.В. Нові можливості сонографії в діагностиці і лікуванні

гострого панкреатиту //Хірургія України. – 2003.- №3(7). – С. 42-45.

19. Криворучко І. А. Поліорганна недостатність при гострому панкреатиті та її роль у виборі лікувальної і хірургічної тактики (експериментально-клінічне дослідження ) //Дисертація д. м. н . – Харків, 1996 . – С. 375 .

20. Лікування некротичного панкреатиту за даними УЗ-пункції та бактеріологічного дослідження / М.Ю. Нечитайло, В.В. Крижевський, Г.Ю. Машковський та ін // Шпитальна хірургія. – 2000. - №4. – С. 29-31.

21**.** Павловський М. П. Сучасна стратегія діагностики та лікування хворих на гострий панкреатит // Матеріали наукової практичної конференції “Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту” – Львів. – 2002. – С.39-40.

22. Панкреатологія на роздоріжжі /О. Є. Бобров, О. О.Ткаченко, Ю.С.

Семенюк, М.А. Мендель // Шпитальна хірургія. – 2002. - № 1. – С. 123-131.

23. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту / М.П. Павловський, А.Т. Чикайло, М.О. Левчук та ін // Клінічна хірургія. – 2003. - № 1. – С. 31-32.

24. Супрун Е.В. Стан окислювально-антиоксидантного гомеостазу у хворих на хронічний коліт // Проблеми екології та медичної генетики і клін імунології – К. – Луганськ – Харків, 2002. – Випю 3. – С. 96-100.

25. Сучасна тактика хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту / В.М. Копчак, І.В. Хом’як, І.М. Шевчук, Г.Ю.Московський

// Клінічна хірургія. – 2003. - № 8. – С. 12-15.

26. Христич Т. Н., Мельничук З.А. // Проблеми екології та медицини.-

1999. №5 . – С . 21-22.

27. Хронічний панкреатит. Малоінвазивна хірургія / О.Б. Зубков, Ю.В. Грубнік, А.О. Васильєв та ін. //Шпитальна хірургі . – 2004 .-- №2.—С. 123-126.

28. Шевченко Р.С. Мініінвазивні оперативні втручання в хірургії гострого панкреатиту // Шпитальна хірургія, 2006.- №3.- С. 8-10

29. Шевчук І ., Тітов І . Вплив перфторану на перебіг синдрому гострого легеневого пошкодження у хворих на деструктивний панкреатит // Клін. хір. –2001. - №3 . – С . 12 – 15

30. Шумко Г. І .Особливості клінічного перебігу хронічного панкре атиту в осіб літнього віку із супутньою ішемічною хворобою серця //Буковинський мед. вісник. – 2002. – Т . 6. -- № 1 . – С . 138 .

31. Аеш Рабиа Ахмад. Роль кальцитонина в диагностике , лечении и прогнозе острого панкреатита и его осложнений // Клін . хір . – 2002 . - №9. – С .22-25 .

32. Бигдай Е. В., Самойлов В .О. Обмен кальция в физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы // Томск , -- 1998 . –С . 37-38 .

33. Бобров О. Е. Острый послеоперационный панкреатит // К. Феникс, - 2002. – С. 172 .

34. Бойко В.В., Криворучко И . А., Вовк В. А. Клиническая ценность определения активности эластазы в крови как маркера послеоперационного панкреатита // Клін . хір. – 2001. --№ 3. – С .10-12 .

35**.** Бойко В.В, Криворучко И.А., Шевченко Р.С. Острый панкреатит //

Патофизиология и лечение. – Харьков: “Торнадо”, -2002.- С. 258.

36. Бондарев Р.В. , Бондарев В.И К вопросу о видеолапароскопической

санации брюшной полости у больных с острым разлитым перитонитом //Украънський медичний альманах. – 2003. – Т.6, №5. – С. 20-22.

37. Выбор метода хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / Д.И. Семенов, Л.В. Поташев, В.В. Васильев и др // Вестник хирургии И.И. Грекова. – 2004.- 163 (6).- С. 39-42.

38. Выбор хирургической тактики при кистах поджелудочной железы / Г.Д. Бабенков, А.А. Ольшанецкий, Б.Б. Кириченко и др // Вісникморської медицини. – Одесса, 2001. - №2. – С. 22-24.

39. Галимзянов Ф.В., Прудков М.В. Результаты ендоскопически

дополненных операций при некротизирующем панкреатите // Аналлы хирургии.-2004.- № 1.- С.56.

40. Гешилин С.А., Мищенко Н.В. Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Клін. Хірургія. -2000.-№4.-С.23-26.

41. Гринаш Ю. И., Коробов В. Н. ,Вальчук И. В. Содержание молекул средней массы в сыворотке крови и их электрофоретическая характе ристика у больных дифтерией и эпидемическим паротитом // Лабораторная диагнос тика -1999, 4 (10) –С. 7-11

42. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреотология. –Донецк: ООО “Лебедь”, 2000. – С. 416.

 43. Губергриц И. Б., Челоманова О. О. Клинико- патогенетическое обоснование лечения хронично-рецидивирующего панкреатита селективным блокатором кальциевых каналов Дицетолом // Журнал практического врача. – 2002. -- № 3. – С. 33-40 .

44. Гунина Л. М. Маркеры эндотоксикоза и методы детоксикационной терапии // Біль , знеболювання, інтенсивна терапія. -1998 ,- №4

45. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект) / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др // Consilium – Medicum. – 2001. – Т. 3. №6.

46. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / Э.И.

Гельперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев и др // Хирургия. – 2003. - № 3. –

С. 50-54.

47. Динамика среднемолекулярных пептидов сыроватки крови в прог

нозировании течения острого панкреатита / П. А. Иванов, А. В. Гри шин,

Е. Д. Сыромятникова и др // Вестник хирургии -1999.-Т. 158. - № 6.

48. Дорохин К. М., Спас В, В. Патофизиологические аспекты синдрома эндогенной интоксикации //Анестезиология и реаниматология -1999. -№1-С. 56-60

49**.** Эндохирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы / В.А. Пономарев, А.В. Портасов, Г.В. Ходос, М.Г. Магомедов //Эндоскопическая хирургия. – 2003. -№ 3. – С. 29-34.

50. Зарецкий В.В., Бобков В.В.,Ольбинская Л.И. Клиническая

эхокар диография. - М.: Медицина, 1979. - 247 с.

51. Земсков В.С., Ковальская И.А., Крючина Е.А Современные подох ды к лечению острого деструктивного панкреатита // Клінічна хірургія. – 1999. - № 11. – С. 5-6.

52. Иващенко В. В., Журавлёва Ю. И. Прогностическое значение по лиорганной недостаточности у больных острым панкреатитом // Клін. хір. – 2001.- № 7. – С.29-30.

53. Использование индекса полиорганных дисфункций у больных

некротизирующим панкреатитом / М.И. Прудков, А.М. Шулутко, Ф.В. 53. Галимзянов // Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита. – Екатеринбург. – 2001. - С. 18-20.

54. Клименко Г.А. Раннее хирургическое лечение острого панкреатита //Актуальные вопросы торокоабдоминальной хирургии: Сб. науч. работ,

посвящ. 40-летию кафедры торакоабдоминальной хирургии. – Х., 1999. –

С. 103-105.

55. Козлов В.А., Козлов И.В., Головко Е.Б. Лапароскопически

дополненная открытая бурсооментостомия в лечении панкреонекроза //

Аналлы хирургии.-2004.- № 1.

56. Кон Е. М. Полиорганная дисфункция и недостаточность при остром

деструктивном панкреатите //Вестник интенсивной терапии. – 2000. –№2.—С. 17- 19.

57. Конькова М.В. Новые возможности сонографии в диагностике и леченииострого панкреатита // Хірургія України. – 2003. - №3 (7). – С.42-45.

58. Комбинированное лечение острого панкреатита и его осложнений /

Д.А. Благовестов, В.П. Хватов, А.В. Упырев и др. // Хирургия. – 2004.- №5.

59. Корнева Е. А., Казакова Т. Б., Рыбакина Е. Г. Продукция и эффекты

действия IL-1, экспрессия гена IL-2 и модулирующие действие дефенсинов при стрессе // Иммунология -1998 , -№5.- С.18.

60.Костырной А.В. Современные подходы к консервативному лечению гнойно-некротических осложнений острого панкреатита // Клін. хір. –

 2000. - №8. – С. 8-10.

 61. Криворучко И . А Современные аспекты диагностики и лечения острого панкреатита // Клиническая хирургия. – 2001. -- №6. – С. 28-34 .

62. Лечение панкреонекроза при поражении забрюшинной жировой клетчатк / А.Г Кригер., В.Г Владимиров, И.Л. Андрецев и др // Хирургия.-2004.- № 2.- С. 18-22.

63**.** Лотов А.Н. Малоинвазивная хирургия поджелудочной железы // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – «2. – С. 32-39.

64.Лукьянчук В.Д., Немятых А.Д. Современный взгляд на фармакологию

*а*-липоевой кислоты ( Берлитиона ) //Журнал практичного лікаря. – 2003. - №3. – С.61-64.

65**.** Лупальцов В.И., Федулова Л.В. Современные методы коррекции полиорганной недостаточности, обусловленной острым панкреатитом // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України: Зб. Наук. Статей. – Х., 2000 – С.41-43.

66. Маркозова Л.М., Усменцева Е.И. Терапевтические возможности ЕСПА- ЛИПОНА -600 при лечении лиц с алкогольной зависимостью // Український вісник психоневрології . – 2003 . Т. 11 , вип.. 3. – С. 83-86.

67.Многоэтапные хирургические вмешательства в лечении больных

осложнённым панкреатитом / М.В. Данилов, В.П. Глабай, А.В. Гаврилин

и др // Анналы хирургической гепатологии.- 2002. – Т.7, №1. –С 52-58.

68.Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Моесеенкова Е.В. Малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвука в абдоминальной хирургии. Актуальные проблемы современной хирургии Международный хирургический конгресс. Труды конгресса, Москва,

 2003. – С. 47.

69. Оборин А. Н., Шичкин В. П. Роль фактора некроза опухолей при травматическом шоке и острой кровопотере ( обзор ) // Журнал АМН Украины, 1998. – Т.4, -№ 2. – С.253-267.

70. Острый панкреатит. Патофизиология и лечение / В.В . Бойко , И . А. Криворучко, Р. С. Шевченко и др. – Х .: Торнадо, 2002. – С.288.

71. Операции хирургической и медикаментозной абдоминизации

поджелудочной железы при остром панкреатите / А.Л. Мирингоф, В.В.Новиков, В.В. Никулин, Е.М. Миляев // Эндоскопическая хирургия.

 – 2002. -№ 4. – С. 40-41.

72. Павловский М. П., Чуклин С. Н., Переяслав А. А. Патогенез острого панкреатита и полиорганная недостаточность // Журнал АМН Украины . -1997 .Т. 3., № 4. – С. 582-598.

73. Панкреонекроз: Актуальные вопросы классификации, диагностики и

лечения ( результаты анкретирования хирургических клиник Российской

Федирации) Consilium – Medicum. – 2000. – Т. 2. №7.

74. Парунян Л. М. Эффективность фекальной эластазы -1 в диагностике внешнесекреторной функции поджелудочной железы по эффективности фекальной эластазы -1 //Лікарська справа – 2003. -- № 8 . – С. 44-46.

75. Парфенова Г. А., Чернядьева И. Ф., Ситина В. К. Средние молекулы – маркер эндогенной интоксикации // Врачебное дело. – 1998. – 34 . – С.72-77.

76. Применение методов детоксикации и комплексного лечения

полиорганной недостаточности, развившейся на фоне панкреонекроза / Е.Н. Клигуненко, А.И. Майстровский, П.П. Новиков и др // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України: Зб. Наук. Статей. – Х., 2000 – С. 29-30.

78. Промыслов М.Ш., Левченко Л.И., Демчук М.Л. Роль липидов фракции средних молекул в характеристике патологического процесса //Вопросы медицинской химии. 1998. - № 4. –С. 105-107.

79**.** Саенко В.Ф. Принципы атибактериальной терапииабдоминальной

 инфекции //Матеріали ХХ з'їзду хірургії України. – Тернопіль, 2002. –

 С. 307-308.

80. Современная стратегия в хирургическом лечении острого некротического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хом’як, и,м, Шевчук и

др. // Клиническая хирургия .-2003.- №8.- С. 12-15.

81. Сочетанная патология поджелудочной железы и сердечной мышцы при инфаркте миокарда и остром деструктивном панкреатите /А. С. Канаян, Н. К. Пермяков, Р. К. Ханданян, Г. А. Геворкян. // Ереван – 1996. - №1.-С. 55-60.

82. Сипливый В.А., Тесленко С.Н., Петренко Г.Д. Сравнительная характе ристика систем оценки тяжести у больных с Остром панкреатитом // Матеріали наук. – практ. конф. „ Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту ” ( Львів, 6 – 7 грудня 52002р.). – Львів, 2002. – С. 111-113.

83. Современные методы диагностики и лечения острого панкреатита /Криворучко И. А., Тищенко А. М., Смачило Р. М., Малоштан А. В. // Международный медицинский журнал. – 1999 . -- № 2 . – С . 87-91

84. Соколов А.А., Бельских А.Н., Костюченко А.Л. К диагностике и ле

чению острого хирургического эндотоксикоза // Клиническая и лабораторная диагностика.- 1997.-№6.-С.45.

85. Стандарты ( протоколы ) диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы / В.С. Земсков, А. А. Ткаченко, И.А. Ковальская, Е.А. Крючинина – Киев, 2000— С.32

86**.** Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. – М.: Триада-Х, 2003. – С.216.

87. Тиунов Л.А., Иванова В.А. Роль глутатиона в процессах детоксикации. Вестник АМН СССР.- 1998.- №1.-С.62-67.

88. Тодуров И.М., Хомяк И.В., Копчак К.В. Новый способ цистоеюно

стомии, как профилактика рецидива кисты поджелудочной железы // Хірургія України. – 2002. - №3. – С. 106-110.

89. Трещинский А.И., Куценко Е.В., Бондарь М.В. Отдельный случай

применения инфузорий Paramecium caudatum для контроля эффективности ликворофильтрации и плазмофереза у больных рассеянным склерозом // Біль, знеболювання , інтенсивна терапія. 1998.-№2.-С. 21-25.

90. Тупикова З.А. Антиоксидантная активность различных фракций средних молекул и их элиминация при гемосорбции у обожжённых // Эфферентная терапия – 1997.-Т.3. -- №1.—С. 53-56.

91.Филин В.И. , Костюченко А. Л. Неотложная панкреатология. – СПб:

Деан, 2000. – С. 480.

92. Хирургия поджелудочной железы / А. А Шалимов, С. А. Шалимов

 М. Е .Ничитайло, А. П. Радзиховский // Симферополь; Таврида. – 1997 .—С . 560 .

93. Христич Т. Н., Николаенко А . Н ., Кендзерская Т. Б. Применение

«эрбисола « при хроническом панкреатите: антиоксидантная защита в зависимости от вариантов течения и сопутствующей ИБС у лиц пожилого и старческого возроста // Лікарська справа. – 2001 .-- № 4 .– С.151-157.

94. Чумак П. Я. Гнойные осложнения острого панкреатита // Светловодск . – 1998 . – С .147 .

95. Чумак П. Я. Клинико-морфологические аспекты полиорганной

недостаточности при остром панкреатите // Клін. хір. – 2001. -- № 1.–

С .35.

96. Шалимов А. А ., Ничитайло М. Е., Крижевский В.В. Хирургическое лечении инфицированного некротического панкреатита // Клінічна хірургія. – 2002. - № 5-6. – С. 55.

97. Шалимов А. А ., Ничитайло М . Е., Литвиненко А.Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита // Клінічна хірургія. – 2006. - № 6. – С. 12-20.

98. Шано В.П., Гюльмамедов Ф.И., Нестеренко А.Н. Варианты лечения критических состояний с учётом патогенеза SIRS – синдрома системного воспалительного ответа // Анестезиология и реаниматология 1997.- №6.-С. 48-53.

99. Шано В.П., Нестеренко А.Н., Гюльмамедов Ф.И. Сепсис и синдром системного воспалительного ответа // Анестезиология и реаниматология 1998.- №4.-С. 65-68.

100. Шейман Б.С., Осадчая О.И., Козинец К.Г. Дифференциально-диагностические признаки определения схемы детоксикационной терапии у больных с различной патологией //Лабораторная диагностика.- 1999.- №4 (10) С. 22-25.

101. Яворский О.Г., Лесняк Л.Л., Баранова З.О. Малоновый диальдегид как показатель перекисного окисления липидов у больных с гастродуоденальной патологией // Лабораторная диагностика .- 1999.- №4 (10) С.25.

102.Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. – М.:

МЕДпресс-информ, 2003. – С. 224.

103. Ярилин А.А. Межклеточная кооперация при иммунном ответе.

Выбор клеткой формы ответа //Иммунология – 1999--№1.-С.17-24.

104. Adomson G.D., Cuschieri A. Multimedia article / Laparoscopic infaco; ic

necrosectomy for infected pancreatic necrosis // Surg. Endosc. – 2003. Oct.-Vol.17, №10.- P. 1675

105.Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status

of infection / M. W. Buchler, B. Gloor, C.A. Muller et al // Ann. Surg. –

2000. - № 5. – P. 619-626 .

106. Ammori B.J. Laparoscopic transgastric pancreatic necrosectomy for infected pancreatic necrosis // Surg.Endosc.-2003 Oct.- Vol. 17, № 10 – P.1675.

107. Appreciation des mouvements liquidiens sectories par mesure de l'impedance globale du corps. Etude faite un course d'hemodialyses et de traitemenhts par diuretiques majeurs /I.F Bolot. et al //Nouv. presse med. - 1975. - V 4, N 24. - P. 1787-1791.

108. Balthazar E.J. Staging of acute pancreatitis // Radiol. Clin. N. Am. –2002. - Vol. 40, P. 1119-1209.

109. Bassi C. et al. / Controlled clinical trial of pefloxacin versus imipenem in severe acuta pancreatitis . Gastroenterology .,1998., 115: 1513-1517.

110**.** Beger H. G., Rau B. Isenman R. Antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis // bid. – 2005. - Vol. 5, – P. 10-19.

111**.** Beger H. G., Rau B. Isenman R. Natural history of necrotizing pancreatitis // Pancreatology. – 2003. - Vol. 3, № 2. – P. 93-101

112. Beger H.G., Rau B., Isenmann R. Prevention of severe change in acute pancreatitis: prediction and prevention // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2001. – Vol. 8, № 2. – P. 10-19.

113. Biliary microlithiasis in patients with idiopatic acute pancreatitis and unexplained biliary pain: response to therapy / V.A. Saraswat, B.C. Sharma, D.K. Aqarwal et al // J. Gastroenterol. Hepatol.– 2004. - Vol. 19, № 10.- P. 1206-1211/

114. Buchler M.W., Gloor B., Muller C.A. Acute necrotizing pancreatitis: treatmen strategyaccording to the status of infection // Ann. Surg. -2000. -№ 5.- P/ 619-626/

115. Closed lesser sac lavage in the management of pancreatitis necrosis / J.D. Wig, S.R. Mettu, R. Jindal et al // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2004. Sep. – Vol. 19, № 9.- P. 1010-1015.

116. Double blind, randomized, placebo controlled study of a platelet activating factor antagonist, lexipafant, in the treatment and prevention of organ failure in predicted severe acute pancreatitis / C. D . Johnson, A . N. Kingsnorth, C. W. Imrie et al. // Gut . –2001. – Vol . 48. – P. 62 .

117. Dutch Acute Pancreatitis Study Group Surgical intervention in patients with necrotizing pancreatitis / M.G. Besselink, M.T. de Bruijn, J.P Rutten // Br. J. Surg. – 2006. May. - Vol 93, № 5. – P 593-599.

118. Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis / F. Kalfarentzos, J. Kehagias, N. Mead et al.. Brit. J. Surg. , 1997, 84: 1665-1669.

119. Frossard J . L ., Hadengue A ., Pastor C. M. New Serum Markers for the Detection of Severe Acute Pancreatitis in Humans // Am . J. Respir. Crit. Care Med. – 2001. – Vol. 164, №1. – P . 162-170 .

120. Glasbrenner B., Kahl S ,. Malfertheiner P. Modern diagnosis of chronic pancreatitis // Eur . J . Gastroenterol . Hepatol.– 2002 . –14 . – P . 935-941.

121.Imaging techniques for acute necrotizing pancreatitis Multidetector computed tomography / J. Calculi, R. Pezzilli, R Casadei et al // J. Pancreas Online. – 2006. - Vol. 7, suppl.1. – P. 104-109.

122. Infectid necrosis complicating acute pancreatitis: experience with 131 cases / S.K Bhansali., S.C. Shan, S.B Desai et al. // Indian J. Gastroenterol. – 2003 Jan- Feb.-Vol. 22 № 1.-P.7-10/

123. Infected pancreatic necrosis: translumbar approach and management with retroperitoneoscopy / G. Castellanos, A Pinero, A. Serrano et al // Arch. Surg. . – 2002. - Vol. 137– P. 1060-1063.

124. Isenmann R, Beger H. G. Bacterial infection of pancreatic necrosis: role of bacterial translocation, impact of antibiotic treatment // Pancreatology. – 2001. - Vol. 1, № 2.- P. 79-89.

125. Isenmann R., Rau B.,Beger H.G. Infected necroses and pancreatitic abscess: surgical therapy // Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Kongr. – 2001. –Vol. 118. – P. 282-284.

126. Kamisawa T., Okamoto T. Pitfalls of MRCP in the diagnosis of pancreaticobilliary maljunction // JOP. – 2004. - Vol. 5, № 6.- P. 489-490

127. Kiriyama S., Kumada T., Tanicawa M. Recent advances in biochemical diagnosis and assessment of severity in acute pancreatitis // Nippon Rinsho. – 2004. - Vol. 62, № 11.- P. 2035-2039.

128. Klar E., Werner J. New pathophysiolog knowledge about acute pancreatitis // Chirurg. – 2000. – Vol. 7, №3. – P. 253-264.

129. Kohsaki T., Nishimori I., Onishi S. Treatment of acute pancreatitis with protease inhibitor, H2 receptor antagonist and somatostatin analoque // Nippon Rinsho. -2004. - Vol. 62, № 11.- P. 2057-2062.

130. Laparoscopic pancreatitis surgery / T. Mori, N. Abe, M. Sugiyama, Y. Atomi // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2005. - Vol. 12, № 6. – P. 451-455.

131**.** Minimally invasive surgery of the pancreas in progress / L. Fernandez-Cruz, G. Cesar-Borges, M.A. Lopez-Boado et al. // Langenbeck Vol. 3, № 2. – P. 93-101

132. Severe acute pancreatitis – diagnostic and therapeutic strategy / I. Georgescu, R. Nemes, D. Cartu et al // Chirurgia (Bucur). – 2005 Nov-Des. – Vol. 100, № 6. – P. 557-562.

133. Oldfield E.C. Antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis: the never – ending controversy // Rev. Gastroenterol. Disord – 2005. - Vol. 5, № 4.- P. 183-194.

134. Otsuki M. Consensus of primary care in acute pancreatitis in Japan // World J. Gastroenterol. – 2006. June. – Vol. 12, № 21.- P. 3314-3323.

135. Park A.E., Heniford B.T. Therapeutic Laparoscopi of the Pancreas // Ann.Surg.,2002. – Vol. 236, № 2. – P. 149-158.

136. Percutaneous ultrasound – guided drainage in the surgical treatment of acute severe pancreatitis J. F. Dellattre, N. Levy Chazal, D. Lubrano, J. B. Flament // Ann. Chir. – 2004. – Vol.10, №2. – P. 497-502.

137. Percutaneous video – assisted necrosectomy for infected pancreatic necrosis /O. Risse, T. Auquste, P. Delannoy et al // Gastroenterol. Clin. Biol.– 2004. -Vol. 28, № 10, Pt 1.- P. 868-871.

138. Peroxidase-catalized formation of querceting quinone methide – glutathione adducts / N.M. Awad, M.G. Boesma, j. Vervoort, I.M. Rietjens // Arch. Biochem. Biophys. – 2000.-Vol.378, N2.-P.224-233.

139. Planned staged reoperative necrosectomy using an abdominal zipper in the treatment of necrotizing pancreatitis / D.V. Radenkovic, D.D. Bajeec, G.G. Tsiotos et al // Surg. Today. – 2005. – Vol. 35, № 10. – P. 833-840.

140. Placer L. Lipoperoxidation systeme in biologischen Ma- terial 2. Mitt Bestimmung der lipoperoxidation in saugetieror organismus // Die Nahrung. - 1968. - N 6. - P. 679-684.

141. Postoperative lavage and on demand surgical intervention in the treatment of acute necrotizing pancreatitis / J.J. De Waele, U.J. Hesse, P. Pattyn et al // Acta. Chir. Belg. – 2000. – Vol. 100, № 1. – P. 16-20.

142. Recurrence of acute gallstone pancreatitis and relationship with cholecystectomy or endoscopic sphncterotomy / V. Hernandez, I. Pascual, P. Almela et al // Am. J. Gastroenterol. – 2004. - Vol. 99, № 12.- P. 2417-2423.

143. Surgical intervention in pathients with necrotizing pancreatitis / M.G. Besseling, M.T. de Bruijn, J.P. Rutten et al // Br. J. Surg. – 2006. – Vol 7.

144. Surgical management and complex treatment of infected pancreatitis necrosis: 18-year experience at a single center / G. Farkas, J. Marton, Y Mandi et al // J. Gastroint. Surg. . – 2006. – Vol. 10, № 2.- P. 278-285.

145. Surgery in the treatment of acute pancreatitis – minimal access pancreatic necrosectomy / S. Connor, M.G. Raraty, N.Howes et al // Scand. J. Surg. – 2005. Vol. 94, № 2. – P. 135-142.

146. Surgical treatment of acute pancreatitis with infected necrosis by necrosectomy-pancreatostomy / C. Louris, J.Loire, D. Manganas et al // Ann. Chir, - 2002 Oct. – Vol. 127, № 8.- P. 606-611.

147. The factors affecting morbidity and mortality in surgical treatment of severe necrotizing pancreatitis / C. Arici, T. Colac, O. Erdogan et al // Ulus Travma Derg.- 2001 Apr. - № 2.- P. 104-109.

148. The role of surgery in the management of acute pancreatitis / B. Gloor, W. Uhl, C.A. Muller et al // Can. J. Gastroenterol.-2000.-№3.-Р.136-140.

149. Uomo G. Antibiotic treatment in acute pancreatitis // Rocz. Akad. Med. Bialymst. – 2005. - Vol. 50.- P. 116-121.

150. Windsor J.A., Hammodat H. Metabolic management of severe acute pancreatitis // Wld J. Surg. – 2000. – Vol. 24, № 6. – P. 664-672.

151. Zzielinsca M., Kostrzewe A., Ignatowich E. Antioxidative activity of flavonoids instimulated human neutrophils // Folia Histochem Cytobiol. – 2000. – Vol. 38, № 1. – P. 25-30.

## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>