

№5
2016

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

5 травень 2016

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 5 (886) травень 2016
Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 29.05.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10
Обл. вид. арк. 9,69. Тираж 1 000.

Замов. 164
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга — Інформ, 2016

ISSN 0023—2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 5 (886) травень 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андрешев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилен
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятюв
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



Закарпатська обласна наукова
медична бібліотека
Ц Б С

ЗМІСТ



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-9 **Пойда А. И., Мельник В. М.**
Обоснование формирования и результаты применения тазовой тонкокишечной анатомо-функциональной резервуарной конструкции нового типа после колэктомии, предельно низкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии. Часть 2
- 10-12 **Іванчов П. В., Фомін П. Д.**
Хірургічне лікування раку шлунка, ускладненого гострою кровотечею, за субтотального й тотального ураження органа
- 13-14 **Красносельский Н. В., Крутько Е. Н., Середенко В. Г., Волкова Ю. В.**
Интенсивная терапия больных после брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу колоректального рака
- 15-17 **Гончаренко О. В.**
Виконання релапаротомії у постраждалих за закритої поєднаної абдомінальної травми
- 18-21 **Грубник В. В., Малиновский А. В.**
Метод лапароскопической пластики по поводу гигантской грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: отдаленные результаты
- 22-25 **Саволок С. І., Крестянов М. Ю., Лисенко В. М., Потапов О. А., Глаголева А. Ю.**
Оцінка якості життя хворих після виконання лапароскопічної преперитонеальної алогерніопластики
- 26-28 **Капгальян М. А., Шаповалов В. Ю., Хорошун Э. Н., Герасименко О. С., Енин Р. В.**
Применение видеолапароскопии в полевом военном госпитале
- 29-30 **Ничитайло М. Е., Булик Л. М.**
Применение Грандазола в профилактике и лечении гнойных осложнений после лапароскопических операций
- 31-34 **Грубник В. В., Параняк Н. Р.**
Ефективність хірургічного лікування пацієнтів при виражених внепищеводных ларингофарингеальных проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 35-37 **Котенко О. Г., Кондратюк В. А., Федоров Д. А., Гриненко А. В., Коршак А. А., Гусев А. В., Попов А. О., Григорян М. С.**
Оценка эффективности предоперационной эмболизации воротной вены у пациентов, которым планируют обширную резекцию печени
- ✓ 38-40 **Русин В. І., Сірчак Є. С., Філіп С. С., Серветник П. Ф.**
Взаємозв'язок вмісту холестеролу та перебігу псевдокістозного панкреатиту
- 41-44 **Дацюк О. І., Бевз Г. В.**
Дисцитокінемія як предиктор ефективності стартової інфузійної терапії в комплексі передопераційної підготовки хворих на гострий панкреатит
- 45-48 **Усенко О. Ю., Салютін Р. В., Якушев А. В., Соколов М. Ф., Лобинцева Г. С., Костиленко М. В., Оніщенко В. Ф.**
Оцінка безпечності трансплантації мононуклеарних стовбурових клітин пуповинної крові у хворих за рефрактерної серцевої недостатності
- 49-51 **Коржик Н. П.**
Амбулаторне лікування неускладненої варикозної хвороби нижніх кінцівок та її профілактика
- 52-53 **Курбанов В. А.**
Диагностика и лечение хронического неэпидемического сиалоаденита у детей
- 54-57 **Литовка В. К., Весельї С. В., Иноземцев И. Н., Лепихов П. А., Литовка Е. В.**
Клинические проявления, диагностика и лечение дирофиляриоза у детей
- 58-59 **Жученко О. П.**
Інфрачервоне опромінення крові у профілактиці запальних ускладнень загоєння операційних ран
- 60-62 **Ярмолюк Ю. О.**
Досвід застосування комбінованої аутопластики в хірургічному лікуванні постраждалих з дефектами довгих кісток внаслідок множинних вогнепальних переломів
- 63-65 **Скрипник В. М., Ставицький С. О., Скікевич М. Г., Бондаренко В. В., Аветіков Д. С.**
Динаміка змін клінічних показників у пацієнтів, не схильних до утворення патологічних рубців

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 66-68 **Мерецький В. М., Перцович В. М., Мерецька І. В.**
Аналіз морфологічних змін серця та печінки при експериментальній черепно-мозковій травмі
- 69-72 **Роєнко О. О., Прокопюк В. Ю., Фалько О. В., Шевченко Н. О., Прокопюк О. С.**
Використання кріоконсервованих оболонок плода в терапії трофічних виразок в експерименті

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

- 73-77 **Бурлака А. А., Лукашенко А. В., Волк М. О., Приймак В. В., Жуков Ю. О., Колеснік О. О.**
Гостра печінкова недостатність та її контроль у ранньому післяопераційному періоді

КОРОТКІ ПОВІДОЛЕННЯ

- 78-79 **Лько А. А., Бабін І. О., Винницький І. В.**
Модифікована черезшкірна дилатаційна трахеостомія



CONTENTS

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- 5-9 **Poyda A. I., Mehlник V. M.**
Substantiation of formation and results of application of a new-type postcolectomy pelvic small intestinal anatomic-functional reservoir construction after extremely low anterior rectal resection and mucosectomy. Part 2
- 10-12 **Ivanchov P. V., Fomin P. D.**
Surgical treatment of gastric cancer, complicated by an acute hemorrhage, in subtotal and total affection of the organ
- 13-14 **Krasnoselskiy N. V., Kruhtko E. N., Seredenko V. G., Volkova Yu. V.**
Intensive therapy in patients after abdomino-anal rectal resection for colorectal cancer
- 15-17 **Goncharenko O. V.**
Conduction of relaparotomy in the injured persons in closed combined abdominal trauma
- 18-21 **Grubnik V. V., Malinovskiy A. V.**
Method of laparoscopic plasty for a giant hiatal hernia: remote results
- 22-25 **Savolyuk S. I., Krestyanov M. Yu., Lysenko V. M., Potapov O. A., Glagoleva A. Yu.**
Estimation of the patients quality of life after performance of laparoscopic preperitoneal allohernioplasty
- 26-28 **Kashtalyan M. A., Shapovalov V. Yu., Khoroshun E. N., Gerasimenko O. S., Yenin R. V.**
Application of videolaparoscopy in a field military hospital
- 29-30 **Nichitaylo M. E., Bulik L. M.**
Application of Grandazol in prophylaxis and treatment of purulent complications after laparoscopic operations
- 31-34 **Grubnik V. V., Paranyak N. R.**
Efficacy of surgical treatment of patients in prominent extraesophageal laryngopharyngeal signs of gastroesophageal reflux disease
- 35-37 **Kotenko O. G., Kondratyuk V. A., Fedorov D. A., Grinenko A. V., Korshak A. A., Gusev A. V., Popov A. O., Grigoryan M. S.**
Estimation of efficacy of the portal vein preoperative embolization in patients, to whom a major hepatic resection is planned
- 38-40 **Rusyn V. I., Sirchak E. S., Filip S. S., Servetnyk P. F.**
Interrelationship between content of cholecystokinin and course of pseudocystic pancreatitis
- 41-44 **Datsyuk O. I., Beviz G. V.**
Dyscytokinemia as a predictor of efficacy of initial infusion therapy in complex of preoperative preparation of patients, suffering an acute pancreatitis
- 45-48 **Usenko O. Yu., Salyutin R. V., Yakushev A. V., Sokolov M. F., Lobintseva G. S., Kostyl'ev M. V., Onishchenko V. F.**
Estimation of safety of transplantation of mononuclear stem cells of umbilical blood in patients, suffering cardiac insufficiency
- 49-51 **Korzhyk N. P.**
Outpatient treatment of uncomplicated varicose disease of the lower extremities and its prophylaxis
- 52-53 **Kurbanov V. A.**
Diagnosis and treatment of chronic nonepidemic sialadenitis in children
- 54-57 **Litovka V. K., Veseliy S. V., Inozemtsev I. N., Lepikhov P. A., Litovka E. V.**
Clinical signs, diagnosis and treatment of dirofilariosis in children
- 58-59 **Zhuchenko O. P.**
Infrared irradiation of the blood for prophylaxis of inflammatory complications of the operative wounds healing
- 60-62 **Yarmolyuk Yu. O.**
Experience of application of a combined autoplasty in surgical treatment of the injured persons, suffering defects of long bones as a consequence of multiple gun-shot fractures
- 63-65 **Skrypnyk V. M., Stavytskyi S. O., Skikevych M. G., Bondarenko V. V., Avetikov D. S.**
Dynamics of the clinical indices changes in the patients, not prone for pathological cicatrices formation

EXPERIMENTAL INVESTIGATIONS

- 66-68 **Meretskiy V. M., Pertsovich V. M., Meretska I. V.**
Analysis of morphological changes of the heart and liver in experimental cranio-cerebral trauma
- 69-72 **Royenko O. O., Prokopyuk V. Yu., Fahlko O. V., Shevchenko N. O., Prokopyuk O. S.**
Application of cryoconserved fetal membranes in therapy of trophic ulcers in experiment

REVIEW

- 73-77 **Burlaka A. A., Lukashenko A. V., Volk M. O., Pryimak V. V., Zhukov Yu. O., Kolesnik O. O.**
Acute hepatic insufficiency and its control in early postoperative period

BRIEF COMMUNICATIONS

- 78-79 **Ihlo A. A., Babin I. O., Vynnytskyi I. V.**
Modified transcutaneous dilatational tracheostomy

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ХОЛЕЦИСТОКІНІНУ ТА ПЕРЕБІГУ ПСЕВДОКІСТОЗНОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. І. Русин, Є. С. Сірчак, С. С. Філіп, П. Ф. Серветник

Ужгородський національний університет

INTERRELATIONSHIP BETWEEN CONTENT OF CHOLECYSTOKININ AND COURSE OF PSEUDOCYSTIC PANCREATITIS

V. I. Rusyn, E. S. Sirchak, S. S. Filip, P. F. Servetnyk

Uzhgorod National University

За даними статистики, частота виявлення захворювань підшлункової залози (ПЗ) за 2006 — 2010 рр. збільшилася на 21,3%, у 2010 р. становила 2311,3 на 100 тис. дорослого населення (12,3% усіх захворювань органів травлення) [1]. При цьому, ранні ускладнення ХП виникають у 30% хворих, пізні — у 70 — 85%; за тривалого існування ХП ризик виникнення раку ПЗ збільшується у 5 разів. Протягом 10 років від ХП вмирають 30% хворих, 20 років — понад 50%; частота первинної інвалідизації хворих становить 15% [2].

За даними літератури, у 35 — 56% пацієнтів захворювання біліарної системи (БС) вважають фактором, що зумовлює формування або загострення ХП, при зменшенні частки панкреатиту алкогольної етіології [3, 4].

Гуморальна регуляція роботи БС здійснюється за участю гастроінтестинальних гормонів. З них провідну роль відіграє основний гормональний "менеджер" дуоденальної фази травлення ХЦК. До його основних фізіологічних ефектів належать стимулювання секреції ПЗ та інгібування секреції шлунка, холекінетична дія на БС (стимулювання скорочення жовчного міхура, розслаблення сфінктера Одді, зниження тиску у дванадцятипалій кишці). Порушення продукції ХЦК або зниження чутливості рецепторів до нього може спричинити дискоординацію надходження травних ферментів до органів—мішеней, формування патологічних станів у гепатопанкреатобіліарній системі [5].

Реферат

Проаналізовані результати обстеження 158 хворих на хронічний панкреатит (ХП). Встановлене збільшення у них концентрації холецистокініну (ХЦК). Доведена роль зміни вмісту цього гастроінтестинального гормону у сироватці крові у формуванні ускладнень при ХП.

Ключові слова: хронічний панкреатит; холецистокінін; ускладнення.

Abstract

Results of examination of 158 patients, suffering chronic pancreatitis, were analyzed. The enhancement of cholecystokinin concentration in them was established. The role of change of this gastrointestinal hormone content in the blood serum in formation of the chronic pancreatitis complications was proved.

Keywords: chronic pancreatitis; cholecystokinin; complications.

Мета дослідження: визначення змін рівня ХЦК у сироватці крові залежно від наявності ускладнень у хворих на ХП.

Дослідження є фрагментом держбюджетної теми "Механізми формування ускладнень при захворюваннях печінки та підшлункової залози, методи їх лікування та профілактики", що виконується на кафедрах хірургічних хвороб та пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 158 хворих, яких з приводу псевдокістозного панкреатиту лікували в хірургічній клініці та гастроентерологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака (Ужгород) з 2010 по 2016 р. Всі дослідження проведені за згодою пацієнтів, методика їх проведення відповідала Гельсинської декларації (1975) та її перегляду (1983). Вік хворих від 28 до 64 років, у середньому ($44,7 \pm 5,5$) року.

Чоловіків було 98 (62%), жінок — 60 (38%). В контрольну групу включені 20 практично здорових осіб віком від 23 до 65 років, у середньому ($43,7 \pm 4,6$) року, чоловіків — 12 (60%), жінок — 8 (40%).

Діагноз ХП встановлювали на підставі аналізу результатів обстеження хворих з використанням загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, ультразвукових методів дослідження, комп'ютерної томографії, езофагогастроуденофіброскопії, ретроградної холангіопанкреатографії, ^{13}C — змішаного тригліцеридного (^{13}C —ЗТДТ) та ^{13}C —амілазного (^{13}C —АДТ) дихальних тестів (ДТ), відповідно до марсельсько—римських критеріїв (1989) з доповненнями Я. С. Циммермана (1995) та уточненнями МКХ—10. При цьому аналізували етіологічний чинник, клінічний варіант, період преребігу, функціональний стан ПЗ, тяжкість ХП, наявність ускладнень.

В усіх хворих визначали рівень ХЦК у сироватці крові методом імуноферментного аналізу з використанням тест—системи фірми

"Peninsula Laboratories" (США). Для вивчення впливу ХЦК на перебіг та формування ураження ПЗ хворі розподілені на дві групи залежно від наявності ускладнень. В I групу ввійшли 76 хворих з псевдокістами ПЗ без ускладнень, в II групу — 82 хворих на ХП, у яких псевдокіста ПЗ ускладнилась допечінковою портальною гіпертензією (ПГ) — у 21, інфікуванням — у 15, кровотечею — у 18, уповільненням пасажу вмісту по травному каналу — у 14, обтураційною жовтяницею — у 14.

Аналіз і обробку результатів обстеження хворих здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistica (StatSoft Inc, США) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки результатів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В усіх пацієнтів діагностований ХП переважно алкогольної та біліарної етіології.

Встановлено достовірну різницю середньої концентрації ХЦК в групах хворих при ХП і в контрольній групі. У пацієнтів при ХП (незалежно від наявності ураження ПЗ) концентрація ХЦК була достовірно більша, ніж у контрольній групі (табл. 1).

У хворих II групи рівень ХЦК у сироватці крові у 6,8 разу перевищував такий у контрольній групі ($p < 0,01$). У хворих I групи також встановлено достовірне збільшення концентрації ХЦК, проте, не так виражене, як у пацієнтів II групи ($p < 0,05$).

Зміни концентрації ХЦК у сироватці крові хворих II групи дозволяють припустити її залежність від особливостей перебігу, клінічних проявів та наявності ускладнень ХП.

Для більш чіткого розуміння впливу змін концентрації ХЦК на формування ускладнень проаналізовано її величину у пацієнтів II групи з огляду на наявність та вид ускладнень.

Найменшим вміст ХЦК був у пацієнтів при інфікуванні псевдокіст ПЗ, а також після кровотечі. Збільшення концентрації ХЦК у сироватці крові є передумовою для фор-

Групи обстежених	Кількість хворих	Рівень ХЦК, мг/мл ($\bar{x} \pm m$)
Контрольна	20	0,63 ± 0,07
I — ХП без ускладнень	76	1,53 ± 0,09
II — ускладнений перебіг ХП	82	4,26 ± 0,16
інфікування	15	1,99 ± 0,05
допечінкова ПГ	21	3,77 ± 0,08
кровотеча	18	2,01 ± 0,16
висока непрохідність	14	4,12 ± 0,14
обтураційна жовтяниця	14	5,23 ± 0,11

Об'єм кісти ПЗ, см	Кількість хворих за локалізацією кісти у ПЗ			Рівень ХЦК, мг/мл ($\bar{x} \pm m$)
	у голові	у тілі	у хвості	
До 5	35	35	6	1,15 ± 0,09
Від 5 до 10	5	11	2	3,38 ± 0,12*
Понад 10	28	15	21	5,07 ± 0,10*

Примітка. * — різниця показників достовірна у порівнянні з такими за об'єму кісти ПЗ до 5 см³ ($p < 0,05$ — $p < 0,01$).

мування допечінкової ПГ у хворих на ХП. При цьому рівень ХЦК в 1,9 разу перевищував такий при інфікуванні та кровотечі. У пацієнтів за допечінкової ПГ при високій концентрації ХЦК до кровотечі відразу після її виникнення вміст цього гастроінтестинального гормону відповідав такому у контрольній групі і становив (0,76 ± 0,05) нг/мл з подальшою тенденцією до збільшення.

За повільного пасажу вмісту по травному каналу у хворих на ХП рівень ХЦК у сироватці крові був також підвищений, проте, максимальним він був за обтураційної жовтяниці ($p < 0,01$).

Нами проаналізовані зміни рівня ХЦК у сироватці крові хворих на ХП залежно від локалізації псевдокісти у ПЗ, а також її об'єму (табл. 2).

Отримані результати свідчать про залежність рівня ХЦК у сироватці крові та об'єму псевдокісти ПЗ. Отже, загострення ХП, що проявляється збільшенням об'єму псевдокісти ПЗ, супроводжується тенденцією до збільшення концентрації ХЦК у сироватці крові.

За результатами копрологічного дослідження, даних ¹³C—ЗТДТ, ¹³C—АДТ в усіх хворих на ХП виявлена недостатність зовнішньосекреторної функції (ЗСФ) ПЗ, найбільш виражена за ускладнених форм ХП. Для більш детальної характеристики

отриманих результатів проведений кореляційний аналіз концентрації ХЦК у сироватці крові пацієнтів та даних ДТ. У хворих II групи встановлено залежність між рівнем ХЦК у сироватці крові та результатами відповідних ДТ.

Виявлений сильний кореляційний зв'язок ($r = 0,96$; $p < 0,01$) між концентрацією ХЦК та показниками ¹³C—ЗТДТ, а також кореляційна залежність середньої сили між відповідним показником та результатом ¹³C—АДТ ($r = 0,72$; $p < 0,05$). У хворих I групи кореляційну залежність спостерігали лише між концентрацією ХЦК та показниками ¹³C—ЗТДТ ($r = 0,65$; $p < 0,05$).

Таким чином, у хворих на ХП встановлено порушення секреції гастроінтестинального гормону ХЦК. Виявлені зміни рівня ХЦК у сироватці крові свідчать, що його підвищення лежить в основі порушення нормального функціонування органів панкреатобіліарної системи та відтоку травних ферментів. Крім відомого впливу на жовчоутворення та жовчовиділення, зміни концентрації ХЦК зумовлювали формування органічного ураження в органах панкреатобіліарної системи, зокрема, у ПЗ, недостатність її ЗСФ, а також схильність до виникнення недостатності її внутрішньосекреторної функції.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити висновок про можливість проведення диференційної діагностики між порушенням ЗСФ ПЗ та формуванням ускладнень у хворих на ХП на підставі визначення концентрації ХЦК у сироватці крові. Висока концентрація ХЦК є передумовою формування гіпертензивних станів при ХП, що проявляється клінічними симптомами допечінкової ПГ, обтураційної жовтяниці, уповільнення пасажу вмісту по травному каналу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Степанов Ю. М. Динаміка захворюваності та поширеності основних хвороб органів травлення в Україні за 5 останніх років / Ю. М. Степанов, Н. Г. Гравіровська // Гастроентерологія. — 2012. — Вип. 46. — С. 3 — 12.
2. Резекційні способи лікування при хронічному панкреатиті / В. І. Русин, С. С. Філіп, О. О. Болдіжар, К. Є. Румянцев // Клін. анатомія та оператив. хірургія. — 2014. — Т. 13, № 2. — С. 44 — 47.
3. Наследственный панкреатит: от истории к новым открытиям / Ю. А. Кучерявый, Н. В. Петрова, Т. С. Оганесян [и др.] // Фарматека. — 2011. — № 12. — С. 53 — 61.
4. Yadav D. The role of alcohol and smoking in pancreatitis / D. Yadav, D. C. Whitcomb // Nat. Rev. — 2010. — N 7. — P. 131 — 145.
5. Ильченко А. А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта / А. А. Ильченко // Consil. Med. — 2002. — № 4 (1). — С. 20 — 21.

У зв'язку з цим, визначення рівня ХЦК у хворих на початкових етапах формування ХП з подальшою його корекцією може лежати в основі профілактики вираженої недостатності ЗСФ ПЗ, а також ускладнених форм хронічного ураження ПЗ.

ВИСНОВКИ

1. У хворих на ХП встановлене підвищення рівня ХЦК у сироватці крові.
2. Підвищення рівня ХЦК у сироватці крові спостерігали у хворих при формуванні ускладнень, а саме, обтураційної жовтяниці, уповільнення пасажу вмісту по травному каналу, допечінкової ПГ внаслідок збільшення об'єму кісти ПЗ та загрози ХП.

