

НАУКОВИЙ ВІСНИК
Ужгородського університету

серія

МЕДИЦИНА

випуск 29

2006

З М І С Т

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОНКОЇ КИШКИ, ЯК ОБ'ЄКТИВНИЙ КРИТЕРІЙ СИНДРОМУ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ВАЖКИЙ ПАНКРЕАТИТ Андрющенко В.П., Чайковська Л.Р., Куновський В.В.	3
ПРО НЕОБХІДНІСТЬ УНІФІКАЦІЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Бобров О.Є., Паламарчук В.І., Мендель М.А., Ігнатів І.М.	6
ПОКАЗАННЯ ТА ВИБІР ТЕХНОЛОГІЇ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ Бобров О.Є., Паламарчук В.І., Мендель М.А., Ігнатів І.М.	9
ВПЛИВ ОКТРЕСТАТИНУ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Бутирський О.Г. ¹ , Костирной О.В. ¹ , Ващук В.В. ²	11
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПІРОМЕТРІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ Вацеба Р.Є., Чуклін С.М., Переяслов А.А.	14
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Воронич М.В., Шеремет П.Ф., Шпряха Я.С., Шляхта Т.Я., Криванич Д.В., Ганчин В.В., Шеремет А.П., Воронич В.М.	16
КОРЕКЦІЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ЗЛОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОДІ Годлевський А.І., Жмур А.А., Саволюк С.І.	19
ДІАГНОСТИКА ТА ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Гончар М.Г., Кучірка Я.М., Чурпій І.К., Дмитрів Л.І., Решетило В.А.	22
СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Дзюбановський І.Я., Свистун Р.В., Поляцко К.Г.	24
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕННОГО ФЛЕГМОНОЮ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ Запорожченко Б.С., Бородаєв І.Є., Горбунов А.А., Пащенко А.В., Шарапов І.В., Муравйов П.Т.	27
УСКЛАДНЕНИЙ ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: МОЖЛИВОСТІ І ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ. Запорожченко Б.С., Шишлов В.І., Снісаренко А.В., Шарапов І.В., Сомов П.О.	29
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ Калита М.Я., Котенко О.Г., Васильєв О.В., Гусев А.В., Попов О.О., Коршак О.О., Гриненко О.В., Федоров Д.О.	31
МЕТОДИ АНТИБАКТЕРІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Каніковський О.Є., Шапринський В.О., Андросов С.І., Тереховський А.І., Каніковський Д.О.	34

ДРЕНУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ. Каніковський О.Є., Кадошук Т.А., Бондарчук О.І., Петрушенко В.В.	36
ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ Колкін Я.Г., Хацко В.В., Шаталов С.О., Коссе Д.М.	38
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Комарницький Є.С., Куцик І.Я., Лазько В.М., Комарницький А.Є.	41
ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ Коновалов Є.П., Сличко І.Й., Терлецький В.М., Пляцок А.О.	43
ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Копчак В.М., Тодуров І.М., Хомяк І.В., Дувалко О.В., Копчак К.В.	45
ВПЛИВ САНДОСТАТИНА НА НИРКОВУ ТА ЛЕГЕНЕВУ ФУНКЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ Короткий В.М., Колосович І.В., Спицин Р.Ю., Мартинович Л.Д., Іовіца А.В., Солярик С.О.	49
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ Котенко О.Г., Коршак О.О., Гусєв А.В., Гріненко О.В., Попов О.О., Федоров Д.О.	52
ПОРТОСИСТЕМНЕ ШУНТУВАННЯ В ЛІКУВАННІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Котенко О.Г., Калита М.Я., Гріненко А.В., Попов А.О., Коршак А.А., Гусєв А.В., Васильєв О.В., Федоров Д.А.	54
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ПЕЧІНКИ ВІД ЖИВОГО РОДИННОГО ДОНОРА В УКРАЇНІ Котенко О.Г., Попов О.О., Коршак О.О., Гріненко О.В., Гусєв А.В., Федоров Д.А.	57
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ Криворучко І.А., Бойко В.В., Шевченко Р.С., Андрєєцев С.А.	61
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Криворучко І.А., Бойко В.В., Сивожелізов А.В.	66
МІНІМАЛЬНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ Кустрьо В.І., Кустрьо О.В.	69
ОБМІН КАЛЬЦІЮ І СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ Лигоненко О.В., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В., Шумейко І.А.	72
РОЛЬ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ В КОМПЛЕКСНІЙ ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ Лупальцов В.І., Ягнюк А.І., Вержанський А.П., Дехтярук І.А., Миросниченко С.С.	75
ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФЕКЦІЙНОГО ЧИННИКУ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕННЯХ Магльований В.А., Андрющенко В.П., Гарбузов А.О.	78

ДУКТОАСОЦІЙОВАНІ МЕХАНІЗМИ ҐЕНЕЗУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ЯК ОСНОВА ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ХВОРОБИ Мартиненко О.П. ¹ , Акперов І.А. ² , Дубінін І.М. ¹ , Корнієнко О.Є. ¹ , Костирний О.В. ³	81
ІНТЕРВЕНЦІЙНА УЛЬТРАСОНОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ Матвійчук Б.О., Король Я.А., Гірняк О.Т.	83
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ Мізюк В. М., Шевчук І. М., Сорочинський І. М.	86
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ В БАГАТОПРОФІЛЬНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ Міміношвілі О.І., Попандопуло Г.Д., Шаповалов І.М., Денісов О.В., Яроцак С.В.	89
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З ТОЧКИ ЗОРУ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ ВМІСТОМ ТОКСИЧНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ Міщенко В.В., Кадочніков В.С., Журавок О.І., Волошенкова Н.Д., Кадочніков С.В., Строганов П.С.	92
ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ Ничитайло М.Ю., Усенко О.Ю., Мошковський Г.Ю., Крижевський В.Є.	95
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТОЗНИХ УРАЖЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ Пацкань Б.М., Фатула Ю.М., Курах І.І., Ганчин В.В., Лавер П.Г., Калабіга І.Є., Тернущак М.М., Росул М.В.	97
ОДНОМОМЕНТНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНОНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ Рішко В.В., Фатула Ю.М.	100
ЛІКУВАЛЬНІ БРОНХОСКОПІЇ ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Русин В.І. ¹ , Болдіжар О.О. ¹ , Мартинич К.І. ² , Кравчук І.Б. ² , Румянцев К.Є. ¹	103
ЛАЗЕРНА ЕНДОСКОПІЧНА ПОЛІПЕКТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ПОЛІПІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ Русин В.І. ¹ , Болдіжар О.О. ¹ , Пантьо В.І. ²	106
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТУ З ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В, Румянцев К.Є., Болдіжар П.О.	109
ГОСТРИЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГАСТРЕКТОМІЇ Русин В.І., Русин А.В, Ігнат В.І., Румянцев К.Є.	113
ЗАСТОСУВАННЯ АЛЬБУМІНОВОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Русин В.І., Руснак Я.О., Шляхта Т.Я., Маляр Н.М.	115
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПАНКРЕАТОГЕННОГО СЕПСИСУ Сипливий В.О., Тесленко С.М., Грінченко С.В., Менкус Б.В.	117

<p>ФУНКЦІОНАЛЬНА ПЕЧІНКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ Філіп С.С., Пантьо В.І., Скрипинець Ю.П., Полянський П.А., Шелепець Т.М., Сливка Р.М.</p>	121
<p>ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ЕНДОХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ Хворостов Є.Д., Захарченко Ю.Б., Бичков С.О., Гриньов Р.М.</p>	123
<p>НОВІ МОЖЛИВОСТІ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ Чуклін С.М., Переяслов А.А., Бігальський І.Ю.</p>	126
<p>ІМУНІЙ ГОМЕОСТАЗ І ЙОГО КОРЕКЦІЯ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ. Шано В.П., Міміношвілі О.І., Заєць Ю.В., Гуменюк І.В., Демчук О.В., Гладка С.В., Московець І.Є, Чумак Г.В.</p>	129
<p>НЕПАРАЗИТАРНІ КІСТИ ПЕЧІНКИ: ДІАГНОСТИКА ТА ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ Шаталов О. Д.</p>	131
<p>ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З СИНДРОМОМ ЖОВТЯНИЦІ Шевчук І. М., Шевчук М. Г., Дроняк М. М., Печенюк К. С.</p>	134
<p>ЗАСТОСУВАННЯ ГЕМОДІАФІЛЬТРАЦІЇ ON-LINE В КОМПЛЕКСНІЙ РЕСУСТИТАЦІЇ ХВОРИХ З МУЛЬТИОРГАННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ Шевчук І.М., Протас В.В., Легун О.М., Герич Р.П.</p>	137
<p>ДЕЯКІ НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ТА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ВИВЧЕННЯ КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ. Шимон В.М., Пантьо В.І., Філіп С.С., Вайнагій О.М., Скрипинець Ю.П., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Василицець М.М.</p>	140
<p>ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ АРТЕРІЙ СЕРЦЕВОГО М'ЯЗА ПРИ ДІЇ НА ОРГАНІЗМ ТОКСИНІВ БІЛІДОЇ ПОГАНКИ Гнатюк М.С., Ковальчук М.Ф.</p>	143
<p>ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ЗСІДАННЯ КРОВІ У ХВОРИХ ІЗ РАННІМИ ТРОМБОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯ СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ Корсак В.В.</p>	147
<p>ДИНАМІКА ПОШИРЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РАЙОНІВ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК КАТАСТРОФІЧНОЇ ПОВЕНІ Рогач І.М., Волошин В.А., Ремез О.І., Погоріляк Р.Ю., Качала Л.О., Албок Е., Кошеля І.І.</p>	151

УДК: 612.24:616.381-003.217-073.27:616.36.-004

ЗАСТОСУВАННЯ АЛЬБУМІНОВОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Русин В.І., Руснак Я.О., Шляхта Т.Я., Маляр Н.М.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра госпітальної хірургії з курсом анестезіології та інтенсивної терапії, м. Ужгород

Резюме. у статті розглядається клінічний випадок поліорганної недостатності, яка виникла на фоні гострого деструктивного панкреатиту. Хворому проводилося хірургічне лікування, але в післяопераційному періоді розвинулася поліорганна недостатність з гострою печінковою

недостатністю. Було застосовано альбуміновий перитонеальний діаліз, що забезпечило успішне відновлення здоров'я хворого.

Ключові слова: поліорганна недостатність, печінкова недостатність, альбуміновий перитонеальний діаліз.

Вступ. Однією із найбільш складних проблем ургентної хірургії та інтенсивної терапії залишається лікування гнійно-запальних захворювань органів черевної порожнини та їх ускладнень [2,4]. Різко зросла кількість хворих з інфікованими формами панкреонекрозу, прободінням шлунково-кишкового тракту, травматичними пошкодженнями органів черевної порожнини, перитонітом різної етіології. Летальність при цьому не має чіткої тенденції до зниження і коливається, за даними останніх років, від 19% до 70% [3, 6]. Звичайно, рятування життя хворого в подібних випадках залежить від своєчасної діагностики та ефективної хірургічної тактики. Однак, на сучасному етапі проведення всього комплексу інтенсивної терапії немислиме без поєднання еферентних методик [1,5].

Представлений клінічний випадок застосування еферентних методик в комплексному лікуванні поліорганної недостатності. Хворий, 1970 року народження, № історії хвороби 9235, що переніс екстрене оперативне втручання некректомії, дренажування сальникової сумки та позаочеревинного простору з приводу гострого деструктивного панкреатиту. Післяопераційний період ускладнився синдромом низького серцевого викиду та спланхнічною гіперперфузією на тлі аррозивної кровотечі з артеріальної судини позаочеревинного простору, що викликало потребу повторного оперативного втручання з метою припинення кровотечі й збільшення підтримуючої дози катехоламінів. У результаті блискавичної кровотрати, масивної

гемотрансфузії в пацієнта розвинулася коагулопатія.

Подальший плин післяопераційного періоду ускладнився грам-від'ємним сепсисом і поліорганною недостатністю, включаючи дихальну й печінково-ниркову недостатність. Крім того, у результаті септичного пригнічення кровотворення в пацієнта розвилася важка нейтропенія, а так само невротія критичного стану. Проводилася відповідна терапія. Однак, далі, у результаті внутріпечінкового холестазу, незважаючи на застосування гемодіалізу й гемофільтрації, плин захворювання ускладнився екскреторною печінковою недостатністю з наростаючим рівнем білірубіна.

На 42-й день після операції, коли стан пацієнта ставав усе більше й більше сумнівним, а рівень загального білірубіна досяг 782 ммоль/л, був початий альбуміновий перитонеальний діаліз. Після 3-х днів лікування за допомогою АПД загальний білірубін знизився до 339,0 ммоль/л. Відзначалася позитивна динаміка з боку неврологічних симптомів, і лікування із застосуванням АПД було припинено (таблиця 1.) Паралельно зі зниженням загального білірубіну, покращилася функція інших систем й органів. Хоча наступний плин захворювання ускладнився важкою пневмонією, що зажадала продовженої вентиляції, та відповідної терапії, стан пацієнта в динаміці покращився, на 87 день він був переведений у хірургічне відділення і виписаний шістьма тижнями пізніше.

Таблиця 1.

Дані лабораторних досліджень пацієнта П.

Лабораторні тести	Дата						
	28.08 *	30.08 **	01.09 **	03.09 **	04.09 *	06.09 *	10.09 *
АЛТ, мкмоль /л	4,3	3,9	3,8	2,8	2,5	2,5	2,2
АСТ мкмоль /л	6,0	4,8	4,6	3,9	3,1	3,0	3,0
Білірубін загальний, мкмоль/л	722,1	782,2	534,3	339,0	207,6	104,1	88,2
Загальний білок, г/л	65	62	57	62	57	60	63
Креатинін, мкмоль/л	870,0	1021,2	961	730	566,4	520	290,0
Сечовина, ммоль/л	18,32	10,4	19,7	8,3	14,0	9,1	12,9
Калій, ммоль/л	2,7	2,9	2,7	3,2	3,4	3,3	3,4

*- лікування гемодіалізом

** - лікування АПД та гемодіалізом

При лікуванні хронічної печінкової недостатності пацієнт потребує продовженого програмованого лікування по аналогії з хронічним (програмним) гемодіалізом у хворих із термінальною нирковою недостатністю. Відповідно до цього, альбуміновий перитонеальний діаліз може бути використаний для підтримки життєдіяльності та покращення якості життя в пацієнтів, що вимушені тривалий час очікувати на трансплантацію печінки.

При гострій (фульмінантній) печінковій недостатності своєчасність першого сеансу

дає шанс на виздоровлення, оскільки альбуміновий перитонеальний діаліз тимчасово заміщує життєво важливу детоксикаційну функцію печінки і дає шанс організму пацієнта та лікарям справитися з гострими порушеннями інших печінкових функцій.

Висновки.

Таким чином АПД, як метод комбінованого використання пролонгованого перитонеального діалізу, діалізації й адсорбції значно розширює можливості консервативної допомоги пацієнтам з печінковою недостатністю.

Література

1. Лопаткин Н.А., Лопухин Ю.М. Эфферентные методы в медицине (теоретические и клинические аспекты экстракорпоральных методов лечения). – М.: Медицина, 1989. – 268 с.
2. Подымова М.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1998. – 704с.
3. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Румянцев К.Є, Болдіжар П.О., Ревес В.Ю. Малоінвазивні методи лікування асцитичного синдрому при портальній гіпертензії // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2004. - №8(1). – С. 207-210.
4. Awad S.S., Rich P.B., Kolla S., Younger J.G., Reickert C.A., Downing V.P., Bartlett R.H. Characteristics of an albumin dialysate hemodiafiltration system for the clearance of unconjugated bilirubin // ASAIO. – 1997. - №43. – P.745-749.
5. Banares Canizares R., Catalina Rodriguez M.V. Indications and therapeutic possibilities of albumin dialysis (MARS) // Rev Esp Enferm Dig. – 2003. – Vol. 95, №12. - P. 876-89.
6. Felldin M., Friman S., Olausson M., Backman L., Castedal M., Larsson B., Henriksson B.A., Siewert-Delle A. Liver dialysis using MARS in acute hepatic failure. Promising results in a pilot setting // Lakartidningen. – 2003. – Vol.20, №100(47). – P.3836-3838, 3841.

Вступ. Питання діагностики сепсису на цей час залишаються дискусійними. Діагноз сепсису потребує поглибленого вивчення анамнезу, етіології та патогенезу захворювання, оцінки первинного вогнища сепсису, бактеріального аналізу, аналізу

клінічних симптомів, клініко-лабораторних показників [1,2,3]. Доведено, що тільки в початковій фазі сепсису своєчасне хірургічне втручання та загальне консервативне лікування дають найкращі результати, а на більш пізніх стадіях (септицемія та