

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ БІЛІАРНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*А.Б. Кебкало, Е.В. Негря *, Г.С. Лобинцева *, В.А. Шаблій **, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ;*

**КЗ КОР „Київська обласна клінічна лікарня”, м. Київ;*

***Інститут клітинної терапії, м. Київ*

За нашими даними, гострий біліарний панкреатит (ГБП) було діагностовано у 78 (43,5 %) пацієнтів. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) була використана в лікуванні 60 пацієнтів (76,9 %), а тому числі в контрольній групі у 30 хворих. Перша основна група пацієнтів, яким виконували ЕПСТ, назобіліарне дренивання з лікувальним озонованим лаважом складала 15 хворих. У другій основній групі хворих (15 пацієнтів) проводили комбіноване лікування ЕПСТ, назобіліарне дренивання з озонованим біліарним лаважом та введення стовбурових клітин кордової крові. Проведені клінічні дослідження свідчать про високу терапевтичну активність озонотерапії при включенні її в комплексне лікування ГБП, що обумовлено неспецифічною бактерицидною дією озону, його вираженими дезінтоксикаційними та імуномодулюючими властивостями. Застосування озонотерапії дозволяє покращити ефективність санациї жовчних шляхів при біліарному некротичному панкреатиті. Використання стовбурових клітин кордової крові призводить до покращання місцевого імунітету та зменшення інфікування жовчі. Використання в комплексному лікуванні хворих з гострим біліарним панкреатитом ендоскопічної папілосфінктеротомії з подальшим назобіліарним дрениванням з озонованим біліарним лаважом та введенням стовбурових клітин кордової крові приводить до зменшення розвитку інфікованих форм некротичного панкреатиту у 2,8 раза.

Ключові слова: *некротичний панкреатит, назобіліарний дренаж, озон, стовбурові клітини кордової крові.*

По нашим данным, острый билиарный панкреатит (ОБП) был диагностирован у 78 (43,5%) пациентов. Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) была использована в лечении 60 пациентов (76,9%), в том числе в контрольной группе у 30 больных. Первая основная группа пациентов, которым выполняли ЭПСТ, назобилиарное дренирование с лечебным озонированным лаважом, составляла 15 больных. Во второй основной группе больных (15 пациентов) проводили комбинированное лечение ЭПСТ, назобилиарное дренирование с озонированным билиарным лаважом и введение стволовых клеток кордовой крови. Проведенные клинические исследования свидетельствуют о высокой терапевтической активности озонотерапии при включении ее в комплексное лечение ОБП, что обусловлено неспецифическим бактерицидным действием озона, его выраженными дезинтоксикационными и иммуномодулирующими свойствами. Применение озонотерапии позволяет улучшить эффективность санации желчных путей при билиарном некротическом панкреатите. Использование стволовых клеток кордовой крови приводит к улучшению местного иммунитета и уменьшению инфицирования желчи. Использование в комплексном лечении больных с острым билиарным панкреатитом эндоскопической папилосфинктеротомии с последующим назобилиарным дренированием с озонированным билиарным лаважом и введением стволовых клеток кордовой крови приводит к уменьшению развития инфицированных форм некротического панкреатита в 2,8 раза.

Ключевые слова: *некротический панкреатит, назобилиарный дренаж, озон, стволовые клетки кордовой крови.*

ВСТУП

Для вирішення тактичних питань при гострому біліарному панкреатиті (ГБП) важливо встановити, чи є камені безпосередньою причиною розвитку гострого панкреатиту (ГП). На сучасному етапі, враховуючи медико-технічне оснащення, це завдання вирішується через застосування ендоскопічних та рентгеноендобіліарних лікувальних втручань. У діагностичному плані велике значення відводиться ендоскопічній ретроградній холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) [2, 3]. За результатами холангіопанкреатографії визначається роль холедохолітазу в ініціації ГП. Однак рекомендації про порядок і терміни проведення ЕРХПГ різні. Є рекомендації, згідно з якими за відсутності покращання стану хворого біліарним панкреатитом, незважаючи на інтенсивну терапію впродовж 48 годин, виникають показання до проведення термінової ЕРХПГ [1]. У той самий час деякі автори вважають за необхідне виконувати ендобіліарне дослідження в перші години після виявлення ознак ГБП. Основним завданням першого лікувального етапу вважається ліквідація холестазу і холемії малоінвазивним шляхом. У зв'язку з цим після діагностичного дослідження в першу чергу застосовується ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ). При цьому усувається безпосередня причина жовчного стазу, якщо він викликаний рубцевим стенозом сосочка дванадцятипалої кишки. З наявності холедохолітазу створюються умови для спонтанного відходження каменів у кишечник та/або їх видалення шляхом екстракції кошиком Дормія. Здебільшого така тактика дає швидкий позитивний лікувальний ефект або полегшує перебіг ГП у цій групі пацієнтів. Ці втручання найбільш ефективні у хворих ГБП у поєднанні з обтураційною жовтяницею і холангітом. ЕПСТ можна виконувати одномоментно або у два-три етапи з інтервалом у 2-4 доби. Поетапне розсічення великого дуоденального сосочка (ВДС) обумовлено кровотечею, яка виникає в зоні операції, що утруднює продовження оперативного втручання, технічними труднощами самої папілотомії, а також тяжким загальним станом пацієнта. Хороший лікувальний ефект, досягнутий завдяки ЕПСТ, дозволяє відмовитися від проведення холецистектомії у пацієнтів з високим операційним ризиком. Результати ЕПСТ при гострому панкреатиті та панкреонекрозі, що показують значне зниження показника летальності, становлять великий інтерес. Ці дослідження дозволяють оцінити ширше роль ЕПСТ у ліквідації гострих і хронічних запальних процесів у жовчних шляхах та підшлунковій залозі, відводячи їй одну з провідних ролей у хірургічному лікуванні доброякісних захворювань ВДС, що ініціюють ГБП [4, 5].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінити ефективність використання при гострому біліарному панкреатиті ендоскопічних втручань з місцевою ендобіліарною терапією та системного введення стовбурових клітин кордової крові.

За нашими даними, гострий біліарний панкреатит (ГБП) було діагностовано у 78 (43,5%) пацієнтів. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) була використана в лікуванні 60 пацієнтів (76,9%), у тому числі в контрольній групі у 30 хворих. Перша основна група пацієнтів, яким виконували ЕПСТ, назобіліарне дренивання з лікувальним озонованим лаважем, складала 15 хворих. У другій основній групі хворих (15 пацієнтів) проводили комбіноване лікування ЕПСТ, назобіліарне дренивання з озонованим біліарним лаважем та введення стовбурових клітин кордової крові.

Показаннями для виконання ЕПСТ стали абсолютні, за даними дуоденоскопії, ознаки обтураційного ГБП і відносні, за даними лабораторних аналізів і УЗД, ознаки протокової гіпертензії.

Використовували ЕПСТ з назобілярним дренажуванням дренажем "Нагараджа" (модифікований) діаметром 2,5 (м. Кам'янець-Подільський, Україна) з подальшим промиванням через дренаж озонованим фізіологічним розчином тричі на добу по 10 мл. Після виконання ендоскопічного втручання виконували внутрішньовенне введення стовбурових клітин кордової крові на впродовж 1 доби.

Ефективність ЕПСТ оцінювалася за візуальними ознаками відновлення пасажу жовчі, відходження каменів і за клінічною картиною. У 39 спостереженнях (78 %) відзначався ефект від проведеної операції у вигляді відновлення пасажу жовчі. У 18 пацієнтів (36 %) візуально зареєстровано відходження каменів через розсічений сосочок. У 26 пацієнтів після розсічення ВДК виконана ревізія протоки кошиком, у 12 при цьому видалені дрібні конкременти. Із 60 пацієнтів, яким за допомогою ЕПСТ виконана декомпресія у невідкладному порядку, зниження і затихання болю визначалось у 37 пацієнтів (61,6 %). Біль зберігся у 23 пацієнтів (38,4 %) із деструктивними формами ГБП і гострого холециститу.

Ефективність процедури оцінювали за динамікою білірубіна, трансаміназ, гамма-глутамілтранспептидази та лужної фосфатази сироватки крові.

Під час аналізу лабораторних показників (табл. 1) у хворих з контрольної групи відмічено, що нормалізація вмісту білірубіну відбувалася повільно, впродовж 1 тижня, активність амілази в крові зменшувалася, але на другому тижні залишалася вище від контролю в 2,14 раза ($p_k < 0,001$). Активність аспаратамінотрансферази (АсАТ), аланінамінотрансферази (АлАТ), гамма-глутамілтранспептидази (ГТП), лужної фосфатази (ЛФ) в контрольній групі хворих, порівняно з контрольним показником залишалася підвищеною наприкінці спостереження в 3,77 раза ($p_k < 0,001$), у 2,55 раза ($p_k < 0,001$), у 3,61 раза ($p_k < 0,001$), в 1,58 рази ($p_k < 0,001$) відповідно.

Таблиця 1 - Динаміка біохімічних показників крові у хворих з гострим біліярним панкреатитом ($n=30$) контрольної групи ($x \pm Sx$)

Показник, що досліджувався	Доба після початку ЕПСТ				Контроль, $n=25$
	0 вихідний рівень	2-3	4-7	8-14	
Концентрація загального білірубіну в плазмі крові, ммоль/л	107,43±8,96, $p_k < 0,001$	98,47±6,53, $p > 0,4$; $p_k < 0,05$	79,62±7,10, $p < 0,5$; $p_k < 0,05$	21,45±10,50, $p < 0,01$; $p_k > 0,6$	14,28±1,30
Активність амілази крові, од.	412,60±109,7, $p_k < 0,001$	325,90±49,8, $p > 0,5$; $p_k < 0,001$	369,10±73,6, $p < 0,7$; $p_k < 0,001$	152,80±44,3, $p < 0,01$; $p_k < 0,001$	71,22±7,34
Активність аспаратаміно-трансферази, од.	91,82±10,08, $p_k < 0,001$	91,66±7,57, $p > 0,9$; $p_k < 0,001$	103,20±9,60, $p > 0,4$; $p_k < 0,001$	87,50±6,12, $p > 0,7$; $p_k < 0,001$	23,18±3,90
Активність аланінаміно-трансферази, од.	69,35±7,93, $p_k < 0,001$	82,19±7,34, $p > 0,2$; $p_k < 0,001$	96,41±8,00, $p < 0,01$; $p_k < 0,001$	75,39±5,71, $p > 0,5$; $p_k < 0,001$	29,46±2,77
Активність гамма-глутамілтранспептидази, од.	163,10±28,01, $p_k < 0,001$	168,20±23,10, $p > 0,8$; $p_k < 0,001$	174,50±30,24, $p > 0,8$; $p_k < 0,001$	149,00±25,60, $p > 0,7$; $p_k < 0,001$	41,23±3,50
Активність лужної фосфатази, од.	503,70±49,72, $p_k < 0,001$	517,00±44,35, $p > 0,8$; $p_k < 0,001$	475,30±42,0, $p > 0,6$; $p_k < 0,001$	469,80±41,16, $p > 0,6$; $p_k < 0,001$	297,69±25,92

Примітки: p – ступінь достовірності різниць показників стосовно вихідного рівня; p_k – ступінь достовірності різниць показників стосовно контрольних даних; n – кількість хворих у групі

У групі хворих із виконанням ЕПСТ (табл. 2), назобілярного дренивання з лікувальним озонованим лаважем відбувалися більш значні зміни. Вміст білірубину зменшився до нормальних показників через 4-7 діб після початку лікування. Активність амілази крові нормалізувалася через 8-14 діб. Активність А АТ, АЛАТ, ГТП поступово зменшувалася порівняно з початковим рівнем, але залишалася збільшеною в 2,35 раза ($p_k < 0,001$), у 2,56 раза ($p_k < 0,001$), у 2,4 раза ($p_k < 0,001$) відповідно до контрольних показників. Вміст ЛФ зменшувався за період спостереження та на 8-14-ту добу дорівнював контрольному показнику ($p_k > 0,6$).

Таблиця 2 - Динаміка біохімічних показників крові у хворих із гострим біліярним панкреатитом, яким виконували ЕПСТ, назобілярне дренивання із лікувальним озонованим лаважем ($n=15$) ($x \pm Sx$)

Показник, що досліджувався	Доба після початку ЕПСТ				Контроль, $n=25$
	0 вихідний рівень	2-3	4-7	8-14	
Концентрація загального білірубину в плазмі крові, ммоль/л	112,33±7,96, $p_k < 0,01$	68,27±5,53, $p < 0,05$; $p_k < 0,05$	19,62±5,20, $p < 0,05$; $p_k < 0,05$	15,41±6,20, $p < 0,001$; $p_k > 0,1$	14,28±1,30
Активність амілази крові, од.	422,60±101,7, $p_k < 0,001$	210,90±47,88, $p < 0,5$; $p_k < 0,001$	169,10±63,61, $p < 0,01$; $p_k < 0,001$	59,50±42,36, $p < 0,001$; $p_k > 0,2$	71,22±7,34
Активність аспартат-амінотрансферази, од.	94,81±9,08, $p_k < 0,001$	90,66±6,57, $p > 0,9$; $p_k < 0,001$	92,21±9,40, $p > 0,4$; $p_k < 0,001$	54,50±5,12, $p < 0,05$; $p_k < 0,001$	23,18±3,90
Активність аланін-амінотрансферази од.	89,35±6,93, $p_k < 0,001$	83,19±5,34, $p > 0,2$; $p_k < 0,001$	91,41±7,00, $p > 0,7$; $p_k < 0,001$	75,39±5,71, $p > 0,5$; $p_k < 0,001$	29,46±2,77
Активність гамма-глутамілтранспептидази, од.	183,10±25,01, $p_k < 0,001$	158,20±22,10, $p > 0,08$; $p_k < 0,001$	104,50±27,2, $p < 0,01$; $p_k < 0,001$	99,00±23,60, $p < 0,001$; $p_k < 0,001$	41,23±3,50
Активність лужної фосфатази, од.	513,70±45,72, $p_k < 0,001$	465,00±41,35, $p > 0,8$; $p_k < 0,001$	389,40±41,0, $p < 0,01$; $p_k < 0,001$	312,60±40,16, $p < 0,01$; $p_k > 0,6$	297,69±25,92

Примітки: p – ступінь достовірності різниць показників відносно вихідного рівня; p_k – ступінь достовірності різниць показників контрольних даних; n – кількість хворих у групі

У групі хворих, де проводили комбіноване лікування ЕПСТ (табл. 3), назобілярне дренивання з озонованим біліярним лаважем та введенням стовбурових клітин кордової крові, концентрація білірубину зменшилася до нормальної величини на 4-7-му добу також, як і в першій основній групі. Нормалізація показника амілази крові, як і в 1-й основній групі, відбулася через 8-14 діб. Активність АсАТ, АЛАТ, ГТП поступово зменшувалась порівняно до початкового рівня та відповідала контрольним показникам у кінці дослідження. Вміст ЛФ поступово збільшувався за період спостереження та на 8-14-ту добу перевищував контрольний показник в 3,1 раза ($p_k < 0,001$). Це пов'язано з тим, що стовбурові клітини виділяють при активуванні велику кількість лужної фосфатази.

Таблиця 3 - Динаміка біохімічних показників крові у хворих із гострим біліарним панкреатитом, яким виконували ЕПСТ, назобіліарне дренування із лікувальним озонованим лаважем та введення стовбурових клітин кордової крові (n=15) ($x \pm Sx$)

Показник, що досліджувався	Доба після початку ЕПСТ				Контроль, n=25
	0 вихідний рівень	2-3	4-7	8-14	
Концентрація загального білірубину в плазмі крові, ммоль/л	135,27±9,64, p _k <0,05	63,92±6,85, p<0,05; p _k <0,05	18,83±5,42, p<0,01; p _k >0,4	13,45±2,84, p<0,01; p _k >0,8	14,28±1,30
Активність амілази крові, од.	388,10±146,20, p _k <0,05	208,70±41,74, p>0,2; p _k <0,01	171,90±29,6, p<0,05; p _k <0,01	81,68±9,63, p<0,054 p _k >0,4	71,22±7,34
Активність аспартат-амінотрансферази, од.	98,48±9,77, p _k <0,001	79,23±7,75, p>0,4; p _k <0,001	47,5±5,39, p<0,001; p _k <0,001	32,32±6,42, p<0,001; p _k >0,07	23,18±3,90
Активність аланін-амінотрансферази, од.	101,28±8,82, p _k <0,001	70,55±9,66, p<0,05; p _k <0,001	44,32±5,53, p<0,05; p _k <0,05	32,14±5,13, p<0,01; p _k >0,1	29,46±2,77
Активність гамма-глутамілтранспептидази, од.	158,90±26,23, p _k <0,001	147,00±26,40, p>0,7; p _k <0,001	80,82±15,52, p<0,05; p _k <0,05	47,50±5,02, p<0,01; p _k >0,08	41,23±3,50
Активність лужної фосфатази, од.	456,0±53,4, p _k <0,02	453,4±51,6, p>0,3; p _k <0,02	568,2±45,7, p<0,05; p _k <0,001	627,2±42,5, p<0,01; p _k <0,001	297,69±25,9

Примітки: p – ступінь достовірності різниць показників відносно вихідного рівня; p_k – ступінь достовірності різниць показників відносно контрольних даних; n – кількість хворих у групі

Проводячи порівняльний аналіз, можна відмітити, що в групі хворих, де проводили комбіноване лікування ЕПСТ, назобіліарне дренування з озонованим біліарним лаважем та введенням стовбурових клітин кордової крові, нормалізація концентрації білірубину та амілази крові відбувалася швидше, ніж у хворих контрольної групи. У 2-й основній групі рівні трансаміназ, ГТП, ЛДГ дорівнювали контрольним величинам у кінці спостереження, а в 1-й основній групі перевищували нормальні показники.

Для визначення мікрофлори жовчі з метою визначення лікувальної тактики і термінів виконання оперативного втручання при ГБП були проведені бактеріологічні дослідження жовчі у 60 хворих, яким виконували ЕПСТ. Матеріал для бактеріологічного дослідження забирали під час першої ЕПСТ. У контрольній групі повторно через 3 та 5 днів після дуоденоскопії та канюляції великого дуоденального сосочка виконували забір матеріалу для бактеріологічного дослідження. В основній групі матеріал для бактеріологічного дослідження забирали через назобіліарний дренаж на 1-шу, 3-тю, 5-ту доби (табл. 4).

Встановлена залежність інфікованості жовчі від термінів захворювання та проведення маніпуляцій на великому дуоденальному сосочку. Так, при виконанні ЕПСТ у 60 хворих з приводу ГБП жовч не була інфікованою у 48 пацієнтів (80 %), а інфікованою - у 12 (20%).

Встановлена залежність інфікованості жовчі від наявності запалення в жовчному міхурі. Так, за наявності у 20 хворих гострого калькульозного холециститу та ГБП жовч була інфікованою у 2 (10%) пацієнтів. У жовчі найчастіше висівалися *E. coli* (47,8%), *S. aureus* (43,4%), бактерії родів *Streptococcus* (34,8%), *Enterobacter* (39,1%), часто спостерігалася виділення асоціацій мікроорганізмів. При ГБП, який розвинувся у 40 хворих на фоні хронічного калькульозного холециститу, жовч була інфікована у 10 (25 %) пацієнтів. У жовчі найчастіше висівалися *E. coli* (54,8%), *S. aureus* (48,4%), бактерії родів *Streptococcus* (38,7%),

Enterobacter (32,3%), Klebsiella (12,9%), Pseudomonas (9,7%), Proteus (3,2%), гриби роду Candida (3,2%), часто спостерігалось виділення асоціацій мікроорганізмів.

Таблиця 4 - Наявність інфікування жовчі в контрольній та досліджуваних групах

Показник, що вивчається	Контрольна група			ЕПСТ, назобіліарне дренування з озонованим біліарним лаважем			ЕПСТ, назобіліарне дренування з озонованим біліарним лаважем та введенням стовбурових клітин кордової крові		
	1-ша доба	3-тя доба	5-та доба	1-ша доба	3-тя доба	5-та доба	1-ша доба	3-тя доба	5-та доба
Стерильна жовч	25	11	2	12	10	8	11	11	10
Інфікована жовч	5	19	28	3	5	7	4	4	5

Через 3 доби в контрольній групі хворих інфікування жовчі діагностовано у 19 хворих (63,3%), а через 5 дів - у 28 пацієнтів (93,3%).

При виконанні ЕПСТ, назобіліарного дренування з озонованим біліарним лаважем через 3 доби інфікування жовчі було у 5 пацієнтів (33,3 %), а через 5 дів - у 7 (46,6%).

У групі хворих, яким виконували ЕПСТ, назобіліарне дренування з озонованим біліарним лаважем та введенням стовбурових клітин кордової крові, через 3 доби інфікування жовчі було у 4 пацієнтів (26,6%), а через 5 дів - у 5 (33,3 %).

Отримані результати, які свідчать про швидке зростання бактеріобілії при розвитку ГБП, високий ступінь інфікованості жовчі при хронічному калькульозному холециститі, стали основою для розроблення тактики виконання комбінованих ендоскопічних втручань з місцевим використанням озону та внутрішньовенним введенням кордової крові при ГБП з метою попередження холангіогенного поширення інфекції в некротизовані тканини ПЗ і заочеревинної клітковини та розвитку гнійних ускладнень.

У контрольній групі хворих після ЕПСТ інфікований панкреонекроз розвинувся у 23 пацієнтів (76,7%). Виконано відкриту холецистектомію з зовнішнім дренуванням холедоха та дренуючими оперативними втручаннями на підшлунковій залозі у 21 хворого (70 %), лапароскопічну холецистектомію з дренуванням холедоха - у 9 хворих (30 %).

У 1-й та 2-й основних групах хворих після ЕПСТ інфікований панкреонекроз розвинувся у 8 пацієнтів (26,6%). Виконано відкриту холецистектомію із зовнішнім дренуванням холедоха та дренуючими оперативними втручаннями на підшлунковій залозі - у 7 хворих (23,3%), лапароскопічну холецистектомію з дренуванням холедоха - у 23 хворих (76,7%).

Одними з недоліків виконання ЕПСТ є відсутність замикальної функції сфінктера Одді та розвиток інфікування в біліарній системі. Тому в комплексному лікуванні хворих на ГБП для профілактики інфікування поряд з ендоскопічними втручаннями ми використовували лікувальний озонований лаваж біліарної системи та стовбурові клітини кордової крові.

Впродовж двох тижнів після ендоскопічних втручань і введення стовбурових клітин кордової крові практично зникає цитолітичний синдром: активність у плазмі крові таких ензимів, як АСТ, АЛТ, ГГТП, знижується до контрольних показників. Водночас після введення стовбурових клітин спостерігається значне і стійке підвищення

активності в крові лужної фосфатази, що свідчить про збереження життєздатності трансплантованих стовбурових клітин кордової крові.

ВИСНОВКИ

Проведені клінічні дослідження свідчать про високу терапевтичну активність озонотерапії при включенні її в комплексне лікування ГБП, що обумовлено неспецифічною бактерицидною дією озону, його вираженими дезінтоксикаційними та імуномодулюючими властивостями. Застосування озонотерапії дозволяє покращити ефективність санації жовчних шляхів при біліарному некротичному панкреатиті. Використання стовбурових клітин кордової крові призводить до покращання місцевого імунітету та зменшення інфікування жовчі. Використання в комплексному лікуванні хворих з гострим біліарним панкреатитом ендоскопічної папілосфінктеротомії з подальшим назобіліарним дренажуванням з озонованим біліарним лаважем та введенням стовбурових клітин кордової крові приводить до зменшення розвитку інфікованих форм некротичного панкреатиту в 2,8 раза.

SUMMARY

THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE BILIARY PANCREATITIS

A. Kebkalo, E. Negrya, G. Lobyntseva *, V. Shabliy **,*

National Medical Academy of Postgraduate Education (NMAPE) named after P.L. Shupyk;

** Kyiv Regional Clinical Hospital, Kyiv;*

*** The Institute of the Cell Therapy, Ukraine, Kyiv*

According to our data, the acute biliary pancreatitis (ABP) was diagnosed in 78 (43,5%) patients. The endoscopic papillosphincterotomy was used in the treatment of 60 patients (76,9%), including the control group of 30 patients. The first main group of the patients, who performed the endoscopic papillosphincterotomy, nasobiliary drainage with treatment ozonized lavage consisted of the 15 patients. The second main group of patients (15 patients) received a combined treatment of the endoscopic papillosphincterotomy, nasobiliary drainage with ozonized biliary lavage and the introduction of the stem cells from of the cord blood. The clinical studies show the high therapeutic activity of the ozone therapy during the including into the comprehensive treatment of ABP, due to non-specific bactericidal action of ozone, of the expressed its detoxication and immunomodulatory properties. The application of the ozone therapy can improve the effectiveness sanitation of biliary tract, in the biliary necrotic pancreatitis. The use of the cord blood stem cells leads to the improvement of the local immunity and reduce infection of bile. The use of the endoscopic papillosphincterotomy in the comprehensive treatment in patients with acute biliary pancreatic, with the next nasobiliary drainage, ozonized biliary lavage and the introduction of cord blood stem cells leads to the reduction of infected necrotic pancreatitis forms in 2,8 times.

Key words: *necrotic pancreatitis, nasobiliary drainage, ozone, cord blood stem cells.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ковальська І.О. Лікування гострого панкреатиту з пріоритетом збереження екзо- і ендокриної функції підшлункової залози: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.03 / І.О. Ковальська- К., 2006. – 327 с.
2. Кригер А.Г. Лапароскопические операции в неотложной хирургии / А.Г. Кригер. – М.: Медицина, 1997. – 152 с.
3. Кондратенко Я.Л. Хирургическая тактика при остром панкреатите, обусловленном патологией дистального отдела холедоха / Я.Л. Кондратенко, М.В. Конькова, И.Н. Джансыз // Харківська хірургічна школа. – 2009. – Т. 33, № 21. – С. 117–121.
4. Современное состояние диагностики и лечения острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, А.В. Гришин [и др.] // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. - Волгоград, 2000. – С. 45.
5. Ong S.K. Management of gallstone pancreatitis in Auckland: progress and compliance / S.K. Ong, P.M. Christie, J.A. Windsor // ANZ J. Surg. – 2003. – Vol. 73., № 4. – P. 194-199.

Надійшла до редакції 6 грудня 2010 р.