

# КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ

**Том 16, № 4 (62)**  
**2017**

Науково-практичний медичний журнал  
Видається 4 рази на рік  
Заснований в квітні 2002 року

**Головний редактор**  
Бойчук Т.М.

**Почесний головний редактор**  
Ахтемійчук Ю.Т.

**Перший заступник  
головного редактора**  
Іващук О.І.

**Заступники головного  
редактора**  
Чайковський Ю.Б.  
Слободян О.М.

**Відповідальні секретарі**  
Проняєв Д.В.  
Товкач Ю.В.

**Секретар**  
Наварчук Н.М.

**Редакційна колегія**

Білоокій В.В.

Боднар Б.М.

Булик Р.Є.

Власов В.В.

Давиденко І.С.

Іфтодій А.Г.

Кривецький В.В.

Макар Б.Г.

Олійник І.Ю.

Полянський І.Ю.

Федорук О.С.

Хмара Т.В.

Засновник і видавець: ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
Адреса редакції: 58002, пл. Театральна, 2, Чернівці, Україна

URL: <http://kaos.bsmu.edu.ua/>;  
E-mail: [cas@bsmu.edu.ua](mailto:cas@bsmu.edu.ua)

Бібліотека  
БДМУ

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Вовк Ю.М. (Рубіжне), Вовк (Харків), Волков К.С. (Тернопіль), Гнатюк М.С. (Тернопіль), Головацький А.С. (Ужгород), Дуденко В.Г. (Харків), Запорожан В.М. (Одеса), Катеренюк І.М. (Кишинів), Костиленко Ю.П. (Полтава), Костюк Г.Я. (Вінниця), Кошарний В.В. (Дніпро), Кривко Ю.Я. (Львів), Мазорчук Б.Ф. (Вінниця), Молдавська А.А. (Астрахань), Масна З.З. (Львів), Околокулак Є.С. (Гродно), Півторак В.І. (Вінниця), Пикалюк В.С. (Сімферополь), Попов О.Г. (Одеса), Попович Ю.І. (Івано-Франківськ), Рилук А.Ф. (Мінськ), Ромаєв С.М. (Харків), Семенов Г.М. (Санкт-Петербург), Сікора В.З. (Суми), Талько В.І. (Київ), Топка Е.Г. (Дніпро), Топор Б.М. (Кишинів), Федонюк Л.Я. (Тернопіль), Черкасов В.Г. (Київ), Черно В.С. (Миколаїв), Шепітько В.І. (Полтава), Шкодівський М.І. (Сімферополь)

**Свідоцтво про державну реєстрацію –  
серія КВ № 6031 від 05.04.2002 р.**

**Журнал включений до баз даних:  
ВІНІТІ Російської академії наук (Росія), Ulrich`s Periodicals Directory  
(США), Google Scholar (США), Index Copernicus International (Польща),  
Scientific Indexing Services (США), Infobase Index (Індія)**

---

**Журнал "Клінічна анатомія та оперативна хірургія" –  
наукове фахове видання України  
(Постанова президії ВАК України від 14.10.2009 р., № 1-05/4), перереєстровано наказом  
Міністерства освіти і науки України від 29 грудня 2014 року № 1528 щодо включення  
до переліку наукових фахових видань України**

---

**Рекомендовано вченою радою ВДНЗ України  
"Буковинський державний медичний університет  
(протокол № 4 від 23.11.2017)**

ISSN 1727-0847  
Klinična anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Print)  
Clinical anatomy and operative surgery

ISSN 1993-5897  
Klinična anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Online)  
Kliničeskaâ anatomiâ i operativnaâ hirurgiâ

© Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2017

**В.В. Максим'юк, В.В. Тарабанчук, Ф.І. Баранецький\*, В.С. Погірляк\*, Л.В. Харук, Р.Ю. Марчук\*, А.К. Сака\***

*Кафедра хірургії № 1 (зав. – проф. І.Ю. Полянський) ВДНЗУ*

*“Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці;*

*\*Обласна клінічна лікарня, відділення хірургії судин, м. Чернівці*

## ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ВОГНИЩЕВИЙ СТЕРИЛЬНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

**Резюме.** Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 62 хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз у другій фазі розвитку гострого панкреатиту, яких розділяли на дві групи. До групи контролю увійшли 24 хворих, лікування яких здійснювалось відпов до чинних стандартів. Основну групу склали 38 пацієнтів, у яких застосовували оптимізовану лікувальну тактику. Встановлено, що застосування запропонованих підходів до оптимізації хірургічної тактики та лікування хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз дозволило знизити частоту виникнення післяопераційних ускладнень на 29,7%, прискорити нормалізацію клінічно-лабораторних показників та скоротити тривалість стаціонарного лікування в середньому на 5 ліжко-днів.

**Ключові слова:** вогнищевий стерильний панкреонекроз, лікувальна тактика.

Питання адекватного вибору лікувальної тактики та ефективного лікування гострого панкреатиту (ГП) і його ускладнень є одними з найбільш складних та далеких від вирішення проблем сучасної хірургії [1-4]. Незважаючи на широке клінічне впровадження новітніх схем консервативної терапії та методів хірургічного втручання, принципового покращення результатів лікування дотепер не спостерігаємо [2, 5]. При цьому застосування сучасних принципів “обриваючого” інтенсивного лікування дозволило змінити тільки структуру летальності. Зокрема якщо три десятиліття назад переважна більшість летальних випадків спостерігали у початковій фазі ГП, то сьогодні 70-80% хворих помирає на пізній стадії захворювання внаслідок розвитку його гнійно-некротичних ускладнень [6-8]. У той же час, тактика та методи лікування хворих у пізній фазі ГП впродовж останніх двох десятиріч залишаються практично незмінними, а нечисельні дослідження, спрямовані на вирішення вказаних проблем, характеризуються певною розрізненістю та суперечливістю.

**Мета дослідження:** оцінити ефективність запропонованих підходів до оптимізації лікувальної тактики у хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз.

**Матеріал і методи.** Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 62 хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз (ВСП) у другій фазі розвитку ГП, яких розподіляли на дві групи. До групи контролю увійшли 24 хворих, лікування яких здійснювалось згідно з чинними стандартами та уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим із ГП [9, 10]. Основну групу склали 38 хворих, у яких застосовували напрацьовані підходи до оптимізації лікувальної тактики при ВСП. Розподіл хворих на ВСП за характером місцевих ускладнень наведено в таблиці.

Основним критерієм визначення стерильності панкреонекрозу слугувала відсутність росту мікроорганізмів при мікробіологічному дослідженні паренхіми підшлункової залози і оточуючих її тканин, вмісту рідинних утворень та перитоніту.

Таблиця

**Розподіл хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз за характером місцевих ускладнень**

Ускладнення	Кількість хворих в групах	
	Група контролю (% , n)	Основна група (% , n)
Парапанкреатичний інфільтрат	45,8 % (11)	39,5% (15)
Гостре стерильне скупчення рідини	41,7% (10)	47,4% (18)
Гостра стерильна псевдокиста ПЗ	12,5% (3)	13,1% (5)

тонеального ексудату, забір яких проводили під час виконання хірургічних інвазій. У хворих, лікування яких не передбачало проведення операційних втручань, відсутність інфікування панкреонекрозу визначали на основі комплексної оцінки характерних критеріїв:  $t$  тіла  $< 38,0$   $^{\circ}\text{C}$ , ЧСС  $< 90$  уд./хв., ЧД  $< 20$  за 1 хв., прокальцитонін  $< 1,8$  нг/мл, фібриноген  $< 8,0$  г/л, С-реактивний білок  $< 400$  мг/л, лейкоцити крові  $< 12 \times 10^9$ /л [2-5, 8], ультрасонографічних ознак, відсутність міхурців газу у вмісті рідинних утворень за даними КТ [8], регрес клінічних проявів гострого некротичного панкреатиту (ГНП).

Статистичну залежність між величинами одержаних показників перевіряли шляхом визначення критеріїв Стьюдента, Фішера та Пірсона.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Розвиток вогнищевого неінфікованого панкреонекрозу у всіх хворих характеризувався формуванням парапанкреатичного інфільтрату. У 39,5% (15) хворих основної групи, окрім формування парапанкреатичного інфільтрату, розвитку інших ускладнень вогнищевого неінфікованого панкреонекрозу виявлено не було, що слугувало показом до продовження проведення комплексного консервативного лікування без застосування будь-яких способів хірургічної інвазії. При цьому, критеріями ефективності проведеного лікування вважали: нормалізацію клінічно-лабораторних показників, зменшення розмірів інфільтрату та ПЗ.

Формування гострих стерильних відмежованих накопичень рідини виявлено у 47,4% (18) хворих дослідної групи. За умов наявності рідинних утворень невеликих розмірів (до 3 см), що виявлено у 5 (13,2%) хворих основної групи, дотримувались "стриманої" хірургічної тактики, яка полягала у проведенні комплексного консервативного лікування та ультрасонографічного моніторингу. Застосування такого підходу дозволило у всіх 5-ти випадках досягнути вираженої регресії захворювання, одним із критеріїв якої, окрім позитивної динаміки змін основних клінічно-лабораторних показників, було поступове зменшення розмірів відмежованого рідинного утворення, а також дозволило у всіх хворих уникнути застосування будь-яких способів хірургічної інвазії.

Формування гострих стерильних відмежованих рідинних утворень середніх (від 3 до 6 см) та великих (більше 6 см) розмірів діагностовано у 13 (34,2%) хворих, що служило показом до застосування одного з методів їх дренування. При цьому, дотримувались принципу мінітравматичності. За умов наявності акустичного вікна проводили ехоконтрольоване дренування рідинного утворення

із застосуванням голок G 20-21 та дренажів по типу "pig tail" 10-11 F, яке було виконане у 11 (28,9%) хворих основної групи. У 4 (10,5%) пацієнтів ехоконтрольоване дренування за визначеними показами було проведено у ранній фазі захворювання, а у 7 (18,4%) хворих – у пізній фазі його розвитку. Необхідно зазначити, що при виконанні первинних хірургічних інвазій у ранній фазі ГНП частота їх повторного проведення складала 75,0%, що перевищувало такий показник за умов ехоконтрольованого дренування рідинних утворень у пізній фазі захворювання – 28,6%. Показами до повторного дренування вважали повторну появу рідинного утворення у тій же анатомічній ділянці та швидке збільшення його розмірів.

За умов відсутності безпечної ультрасонографічної траєкторії проведення пункційної голки, що було відмічено у 2 (5,3%) хворих основної групи, дренування рідинних накопичень виконували під контролем відеолапароскопії.

У 5 (13,1%) хворих основної групи перебіг ВСП ускладнився формуванням гострих стерильних псевдокіст ПЗ. Зважаючи на прогресуюче збільшення розмірів псевдокіст, що супроводжувалось розвитком стійких проявів біліарної гіпертензії, виконано хірургічні втручання. У одного хворого проведено ехоконтрольоване дренування порожнини кисти із застосуванням голок G 21 та дренажів по типу "pig tail" 11 F, що дозволило досягнути позитивного клінічного ефекту – зниження та нормалізації рівня білірубіну. У іншого пацієнта, у зв'язку з відсутністю акустичного вікна, виконано мінілапаротомію та відкрите дренування кисти.

У інших 3 (7,9%) хворих основної групи зі стерильними псевдокістами підшлункової залози на фоні проводимого комплексного лікування відмічено позитивну клінічну динаміку, у зв'язку з чим хірургічне лікування у гострому періоді хвороби не проводилось.

Характеристика варіантів лікувальної тактики та способів операційних втручань наведена у табл. 2.

Виявлено, що частота застосування операційного лікування у контрольній та основній групах між собою не відрізнялась – 45,8% (11) і 39,5% (15), відповідно ( $\chi^2=0,053$ ,  $p=0,818$ ). Разом з тим, у основній групі питома вага мініінвазивних втручань складала 80,0% (15), вірогідно перевищуючи такий показник у контрольній групі – 27,3% (3) ( $\chi^2=5,530$ ,  $p=0,022$ ).

При порівнянні лабораторних показників встановлено, що нормалізація рівня лейкоцитів та глюкози крові у основній групі відмічалась на 15-

Таблиця 2

## Характеристика варіантів лікувальної тактики та способів операційних втручань у хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз

Варіанти лікувальної тактики та способи операційних втручань	Група контролю (n=24) %, n	Основна група (n=38) %, n
Консервативне лікування	54,2% (13)	60,5% (23)
Консервативне лікування + ехоконтрольоване дренивання	8,3% (3)	34,2% (12)
Консервативне лікування + відеолапароскопічне дренивання	4,2% (1)	5,3% (2)
Консервативне лікування + лапаротомія + відкрите дренивання	33,3% (7)	2,6% (1)

Таблиця 3

## Динаміка змін лейкоцитів крові, глюкози крові, білірубину крові та ПЛТII у хворих на вогнищевий неінфікований панкреонекроз

Доба	Група		Показник			
			Лейкоцити крові (10 <sup>9</sup> /л)	Глюкоза крові (мм/л)	Білірубін крові (мкм/л)	ПЛТII
1-а	контрольна	1	11,94±0,59	6,93±0,47	83,14±5,09	4,33±0,59
	основна	2	12,39±0,71	6,49±0,50	71,53±4,36	4,59±0,57
3-я	контрольна	3	13,39±0,81	7,24±0,56	54,19±4,31 1-3+	4,28±0,45
	основна	4	12,77±0,90	6,99±0,60	50,37±5,02 2-4+	4,02±0,48
5-я	контрольна	5	11,39±1,07	7,41±0,63	34,58±5,00 1,3-5+	3,89±0,31
	основна	6	9,82±0,79 2,4-6+	6,10±0,33*	41,14±4,79 2-6+	2,91±0,24* 2,4-6+
7-а	контрольна	7	9,53±0,73 1,3-7+	6,27±0,39	30,51±3,09 1,3-7+	2,75±0,25 1,3,5-7+
	основна	8	7,85±0,51* 2,4,6-8+	5,00±0,24* 2,4-8+	25,00±2,36 2,4,6-8+	2,07±0,15* 2,4,6-8+
10-а	контрольна	9	8,00±0,50 1,3,5-8+	5,83±0,25 1,3,5-9+	28,14±2,57 1,3-9+	2,33±0,17 1,3,5-9+
	основна	10	6,11±0,38* 2,4,6,8-10+	4,18±0,19* 2,4-10+	19,32±1,35* 2,4,6,8-10+	1,54±0,15* 2,4,6,8-10+

Примітки: 1. \* – коефіцієнт вірогідності  $P$  між прилеглими групами  $<0,05$ ;

2. + – коефіцієнт вірогідності  $P$  між термінами спостереження  $<0,05$ ;

3. Наведені тільки статистично істотні відмінності

у добу лікування, у той час як у групі контролю – тільки на 20-у добу (табл. 3). Окрім того, у 1-ій групі показники кількості лейкоцитів на 15-у та 20-у добу та концентрації глюкози у крові на 7-у, 15-у та 20-у добу були істотно вищими за такі у 2-ій групі.

Рівень амілази крові у контрольній групі впродовж перших 3-ьох діб лікування не змінювався, а в основній групі – істотно зменшувався на 17,1% (табл. 4). Також, на 15-у та 20-у добу активність амілази крові у хворих 1-ої групи була істотно вищою, ніж у 2-ій групі.

Активність ліпази крові у хворих основної

групи впродовж перших 3-ьох діб істотно зменшувалась на 36,2%, у той час, як у групі контролю – тільки на 13,9%. Окрім того, на 7-у та 15-у добу рівень ліпази крові у хворих 2-ої групи був істотно нижчим, ніж у 1-ій групі (див. табл. 4).

Активність трипсину крові у основній групі на 7-у, 15-у та 20-у добу істотно перевищувала такі показники у хворих контрольної групи. При цьому, нормалізація величини цього показника у пацієнтів 2-ої групи відмічалось на 15-у добу, а у 1-ій групі – тільки на 20-у добу (див. табл. 4).

Рівень амілази сечі у хворих контрольної групи впродовж перших 3-х діб лікування

Таблиця 4

Динаміка змін амілази крові, ліпази крові, трипсину крові та амілази сечі у хворих на вогнищевий неінфікований панкреонекроз

Доба	Група		Показник			
			Амілаза крові (мг/с*л)	Ліпаза крові (Од/л)	Трипсин крові (Од/л)	Амілаза сечі (мг/с*л)
1-а	перша	1	15,17±1,08	267,21±13,37	13,09±1,11	209,32±14,41
	друга	2	19,05±1,43*	315,00±14,05*	13,97±1,39	268,07±16,33*
3-я	перша	3	15,32±1,11	230,38±11,49 1-3+	13,57±1,20	189,39±11,00
	друга	4	15,79±1,25 2-4+	201,03±11,21 2-4+	11,53±1,05	152,97±13,22* 2-4+
5-я	перша	5	12,73±1,12	117,37±8,42 1,3-5+	10,35±0,73 1,3-5+	132,91±9,62 1,3-5+
	друга	6	10,79±0,93 2,4-6+	83,48±6,57* 2,4-6+	7,51±0,59* 2,4-6+	89,18±9,07* 2,4-6+
7-а	перша	7	10,37±0,79 1,3-7+	53,14±5,21 1,3,5-7+	5,86±0,41 1,3,5-7+	61,31±5,44 1,3,5-7+
	друга	8	7,12±0,52* 2,4,6-8+	43,62±3,29* 2,4,6-8+	3,25±0,35* 2,4,6-8+	38,00±3,59* 2,4,6-8+
10-а	перша	9	8,14±0,27 1,3,5,7-9+	38,54±3,03 1,3,5-9+	3,06±0,30 1,3,5,7-9+	43,29±3,18 1,3,5,7-9+
	друга	10	6,00±0,21* 2,4,6-10+	31,57±3,26 2,4,6,8-10+	1,79±0,21* 2,4,6,8-10+	24,57±2,26* 2,4,6,8-10+

Примітки: 1. \* – коефіцієнт вірогідності  $P$  між прилеглими групами  $<0,05$ ;

2. + – коефіцієнт вірогідності  $P$  між термінами спостереження  $<0,05$ ;

3. Наведені тільки статистично істотні відмінності

вірогідно не змінювався, у той час як в основній групі - істотно знижувався на 43,3%. Окрім того, величини цього показника у хворих 2-ої групи з 3-ьої по 20-у добу лікування були істотно нижчими, ніж у пацієнтів 1-ої групи (див. табл. 4).

Нормалізація ПЛТГ у хворих основної групи відмічалась на 15-у добу, а у групі контролю – тільки на 20-у добу. При порівнянні результатів лікування виявлено, що частота виникнення післяопераційних ускладнень у контрольній групі склала 36,4% (4) і була вищою за такий показник в основній групі – 6,7% (1) ( $\chi^2=1,945$ ,  $p=0,163$ ). Середня тривалість стаціонарного лікування пацієнтів 2-ої групи склала 24,38±1,14 ліжко-днів і була істотно меншою, ніж у 1-ій групі – 29,63±1,08 ліжко-днів

( $p<0,01$ ). Летальних наслідків захворювання у хворих обох груп відмічено не було.

**Висновки.** Наведені результати досліджень свідчать, що застосування запропонованих підходів до оптимізації хірургічної тактики та лікування хворих на вогнищевий стерильний панкреонекроз дозволило знизити частоту виникнення післяопераційних ускладнень на 29,7%, прискорити нормалізацію клінічно-лабораторних показників та скоротити тривалість стаціонарного лікування, в середньому, на 5 ліжко-днів.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспективним є подальше напрацювання та впровадження ефективних методів діагностики, прогнозування перебігу та лікування гострого некротичного панкреатиту.

#### Список використаної літератури

1. Годлевський А.І. Оптимізація лікувально-діагностичних та тактичних принципів курації гострого панкреатиту біліарної етіології у хворих з цукровим діабетом / А.І. Годлевський, С.І. Саволюк, Я.В. Томашевський // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – Т. 18, Ч. 2. – С. 210-214.
2. Management of abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis patients with early continuous veno-venous hemofiltration / J. Xu, X. Tian, C. Zhang [et al.] // Hepatogastroenterology. – 2013. – Vol. 60, № 127. – P. 1749-1752.
3. Федорків М.Б. Аналіз смертності у хворих з гострим панкреатитом

// М.Б. Федорків / Шпитальна хірургія. – 2014. – Т. 66, № 2. – С. 66-69. 4. Андрющенко В.П. Принцип етапності в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень із застосуванням мінінвазійних та традиційних операційних технологій / В.П. Андрющенко, Л.М. Козут, Д.В. Андрющенко // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 2. – С. 64-66. 5. Akinosoglou K. Immune-modulating therapy in acute pancreatitis: Fact or fiction / K. Akinosoglou, C. Gogos // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20. – P. 15200-15215. 6. Waele D. Acute pancreatitis / D. Waele, J. Jan // Current Opinion in Critical Care. – 2014. – Vol. 20, Iss. 2. – P. 189-195. 7. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим з гострими запальними захворюваннями черевної порожнини: наказ МОЗУ №297: Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності “Хірургія”. – 2010. – С. 69-85 – (Нормативний документ Міністерства охорони здоров'я України. Наказ). 8. Ashley S.W. The management of pancreatic necrosis continues to evolve, and this has been accompanied by significant improvements in outcomes. Foreword / S.W. Ashley // Curr. Probl. Surg. – 2014. – Vol. 51, № 9. – P. 369. 9. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту: методичні рекомендації / упоряд. та голов. ред. П.Д. Фомін. – К., 2012. – 80 с. (нормативний документ Міністерства охорони здоров'я України). 10. Факторы риска летального исхода при панкреонекрозе / Э.И. Романов, П.С. Зубеев, М.К. Рыжов, А.А. Бодров // Вестник хирургий им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173, № 4. – С. 39-42.

#### ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ СТЕРИЛЬНОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ результатов лечения 62 больных на очаговый стерильный во второй фазе развития острого панкреатита, которых разделили на две группы. В группу контроля вошли 24 больных, лечение которых осуществлялось согласно действующим стандартам. Основную группу составили 38 пациентов, у которых применяли оптимизированную лечебную тактику. Установлено, что применение предложенных подходов к оптимизации хирургической тактики и лечения больных с очаговым стерильным панкреонекрозом позволило снизить частоту возникновения послеоперационных осложнений на 29,7%, ускорить нормализацию клинико-лабораторных показателей и сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 5 койко-дней.

**Ключевые слова:** очаговый стерильный панкреонекроз, лечебная тактика.

#### PECULIARITIES IN CHOOSING OF TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH FOCAL STERILE PANCREATIC NECROSIS

**Abstract.** A comparative analysis of treatment of 62 patients with focal sterile in the second phase of acute pancreatitis, which are divided into two groups. To control group included 24 patients whose treatment was carried out according to current standards. The main group consisted of 38 patients who used the optimized therapeutic approach. It is established that the use of the proposed approaches to optimization tactics and surgical treatment of focal sterile pancreatic necrosis has reduced the incidence of postoperative complications by 29.7%, accelerate the the normalization of clinical and laboratory parameters and reduce the duration of inpatient treatment in average 5 bed-days.

**Key words:** focal necrotizing sterile pancreatitis, medical tactic.

Higher educational institution of Ukraine “Bukovina State Medical University” (Chernivtsi);  
Regional Clinical Hospital, department of vascular surgery (Chernivtsi)

Надійшла 29.03.2017 р.  
Рецензент – проф. Каніковський О.Є. (Вінниця)