

ЧУТЛИВІСТЬ ЗБУДНИКІВ СЕПТИЧНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ ДО АНТИБІОТИКІВ.

Д.С. Солейко

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня.*

Резюме У 122 дітей, які лікувались з приводу септичних форм гострого гематогенного остеомієліту в період з 1993 по 2003 рік, проаналізовано чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів. Наведені антибіотики, які застосовувались в якості першого курсу антибактеріальної терапії при лікуванні септичних форм гострого гематогенного остеомієліту, майже в 30% не відповідають чутливості збудників захворювання.

Ключові слова: гострий гематогенний остеомієліт, септичні форми, збудники, антибіотики.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИТИКАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ СЕПТИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ.

Д.С. Солейко

*Вінницький медичинський університет ім. Н.И. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня.*

Резюме У 122 детей, которые лечились по поводу септических форм острого гематогенного остеомиелита в период с 1993 по 2003 год, проанализировано чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам. Приведенные антибиотики, которые использовались в качестве первого курса антибактериальной терапии при лечении септических форм острого гематогенного остеомиелита, практически в 30 % случаев не соответствуют чувствительности возбудителей заболевания.

Ключевые слова: острый гематогенный остеомиелит, септические формы, возбудители, антибиотики.

SENSITIVITY OF CAUSATIVE AGENTS OF SEPTIC FORMS OF ACUTE HEMATOGENIC OSTEOMYELITIS TO ANTIBIOTICS AT CHILDREN

Soleyko D.S.

Summary We analyzed the sensitive of microflora to antibiotics among 122 children whose were treated in connection with septic forms of acute heamatogenic osteomyelitis from 1993 to 2003. Given antibiotics, which we used as the first course of antibacterial therapy to treat the septic forms of acute heamatogenic osteomyelitis, don't conform to the sensitive of agents of a disease in 30% cases.

Key words: acute heamatogenic osteomyelitis, septic forms, agents, antibiotics.

Вступ . Гострий гематогенний остеомиєліт є однією з найбільш важких форм гнійно-септичних захворювань у дітей. Труднощі діагностики, важкість перебігу та схильність до генералізації і хронізації процесу, зумовлюють негативні віддалені наслідки (патологічні вивихи, переломи, хибний суглоб, вкорочення та деформація кінцівки та інш.), що призводить до інвалідізації, яка важко піддається ортопедичній корекції. Враховуючи також фінансові затрати на лікування та пенсійне забезпечення, гострий гематогенний остеомиєліт слід вважати складною медико-соціальною проблемою (С.Р. Рахімов 1988; П.С. Русак 2000; А.А. Данилов та співавт. 2004).

Особливо важкий перебіг та труднощі в лікуванні спостерігаються при септико-піємічній, септико-токсичній та токсичних формах гострого гематогенного остеомиєліту, для яких характерно виникнення метастатичних вогнищ та розвиток важких ускладнень – деструктивної пневмонії, гнійного перикардиту, септичного шоку, поліорганної недостатності (Г . Акжигитов, Я.Б. Юдин 1998; П.С. Русак 1998). Найбільш часто метастатичні вогнища локалізуються в легеневій тканині, що обумовлює надто важкий перебіг процесу.

Особливе значення в лікуванні септичних форм гострого гематогенного остеомиєліту набуває адекватна антибактеріальна терапія, яка базується на урахуванні сучасних особливостей бактеріальної флори основного та метастатичних вогнищ запалення.

Матеріали та методи дослідження В період з 1993 року по 2003 рік в Вінницькій обласній дитячій лікарні лікувалось 122 дитини з приводу септичних форм гострого гематогенного остеомиєліту, що становило 26.5 % від загальної кількості дітей (461) з цим захворюванням. 64,75 % (79 хворих) склали хлопчики 35,25 % (43) – дівчатка. У віці до одного місяця лікувалось 28 дітей (22.95 %); до 3 років – 22 дитини (18,3 %); до 7 років – 13 дітей (10,66 %); до 15 років – 59 дітей (48,36 %). У більшості випадків первинним вогнищем була стегнова кістка - у 44 випадках (36 %); кістки гомілки первинно були вражені у 33 дітей (27 %), плечова кістка – у 11 дітей (9 %), кістки передпліччя - у 11 дітей (9 %), інші кістки - у 23 пацієнтів (19 %). У 39 пацієнтів метастатичні вогнища локалізувались в кістковій тканині, в легенях – у 80 пацієнтів, в м'яких тканинах – у 82, (60 дітей мали комбіноване поєднання двох або трьох метастатичних вогнищ різної локалізації).

88 хворих (72,13 %) перенесли одне оперативне втручання з приводу основного захворювання, 19 (15,57 %) були оперовані двічі, більше 2 оперативних втручань з приводу запальних вогнищ кісткової тканини було виконано 3 пацієнтам (2,46 %). 12 (9,84 %) дітям антибактеріальний препарат підводився безпосередньо до кістки. З вище зазначених оперативних втручань 85 було виконано в повному об'ємі – розкриття та дренивання параосальної флегмони, накладання остеоперфорації, внутрішньо-кісткова постановка голок. 38 операцій мали мінімальний об'єм – розкриття та дренивання параосальної флегмони (при необхідності - в поєднанні з остеоперфорацією) або тільки внутрішньо-кісткова постановка голок. Оперативні втручання з приводу інших метастатичних вогнищ (абсцеси, флегмони, перитоніт та інші) було виконано 23 пацієнтам.

Досліджені результати висівів з первинних та метастатичних вогнищ. Забор матеріалу виконувався при розкритті основного (внутрішньо-кісткова, підокістна, між м'язова флегмона) або метастатичного вогнища. Висіви виконано на стандартних поживних середовищах. Чутливість до антибактеріальних препаратів виділених збудників визначено методом дисків на поживному середовищі. Повторні висіви з основних та метастатичних вогнищ робились кожні 7 діб.

Результати дослідження та їх обговорення. Із перших висівів у 122 хворих з основного вогнища ріст виявлено у 102, з метастатичних – у 57. Відсутність росту мікрофлори у 20

дітей в основному вогнищі і більшості метастатичних ми пояснювали попередньою антибіотико-терапією та невідповідністю поживного середовища висіву для збудників.

Аналіз перших 102 висівів з первинного вогнища, яке локалізувалось безпосередньо в кістковому мозку та кістковій тканині, та перших 57 висівів з метастатичних вогнищ різної локалізації дозволив отримати наступні дані.

В первинному вогнищі в першому висіві золотистий стафілокок було виділено в 68 випадках (66.7%), епідермальний стафілокок – в 14 (13.7%), кишкову паличку – в 3 (2.9%), синьо-гнійну паличку – в 3 (2.9%), стрептокок – в 1 (1%), в 13 висівах (12.8%) ріст мікрофлори був відсутній.

З метастатичних вогнищ в першому висіві золотистий стафілокок було виділено в 21 висіві (36.8%), епідермальний стафілокок – в 4 (7%), сапрофітний стафілокок – в 1 (1.8%), кишкову паличку – в 12 (21.1%), синьо-гнійну паличку – в 2 (3.5%), протей – в 1 (1.8%), гемолітичний стрептокок – в 2 (3.5%), гриби роду кандиди – в 6 (10.5%).

Високу чутливість золотистого стафілококу з первинного вогнища до лінкоміцину визначено в 57 висівах (17.1%), до оксациліну – в 53 (16%), до еритроміцину – в 52 (15.7%), до гентаміцину – в 44 (13.3%), до тетрацикліну – в 40 (12.1%), до ріфампіцину – в 25 (7.5%), до канаміцину – в 23 (6.9%), до цефазоліну – в 7 (2.1%), до цефалексіну – в 7 (2.1%), до пеніциліну – в 4 (1.2%), до цефуроксиму – в 4 (1.2%), до зінацефу – в 3 (0.9%), до фортуму – в 3 (0.9%), до доксицикліну – в 2 (0.6%), до офлоксацину – в 2 (0.6%), до цефатоксиму – в 2 (0.6%), до цефтриаксону – в 1 (0.3%), до левоміцетину – в 1 (0.3%) до азітроміцину – в 1 (0.3%), до максипіму – в 1 (0.3%).

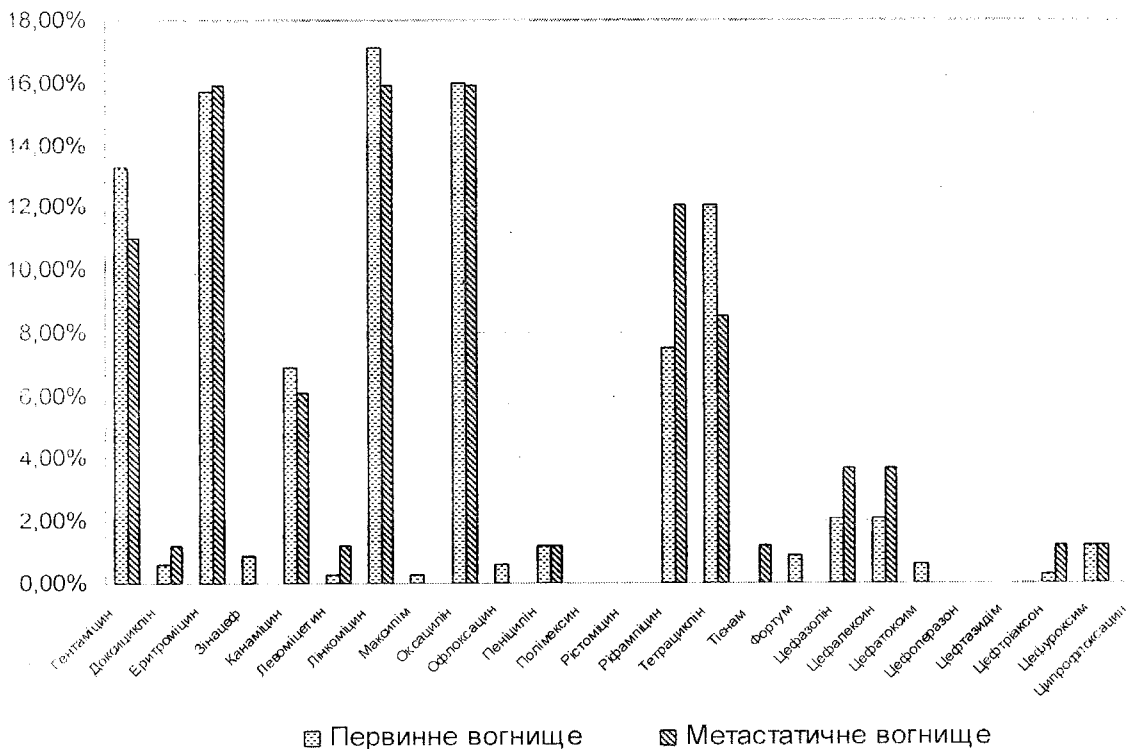
Золотистий стафілокок з метастатичних вогнищ мав високу чутливість до лінкоміцину в 13 висівах (15.9%), до оксациліну – в 13 (15.9%), до еритроміцину – в 13 (15.9%), до ріфампіцину – в 10 (12.1%), до гентаміцину – в 9 (11%), до тетрацикліну – в 7 (8.5%), до канаміцину – в 5 (6.1%), до цефазоліну – в 3 (3.7%), до цефалексіну – в 3 (3.7%), до цефтриаксону – в 1 (1.2%), до пеніциліну – в 1 (1.2%), до доксицикліну – в 1 (1.2%), до левоміцетину – в 1 (1.2%), до тіенаму – в 1 (1.2%), до цефуроксиму – в 1 (1.2%).

Чутливим золотистий стафілокок з основного вогнища до гентаміцину був в 16 висівах (23.8%), до оксациліну – в 7 (10.4%), до пеніциліну – в 7 (10.4%), до еритроміцину – в 6 (8.9%), до лінкоміцину – в 5 (7.5%), до канаміцину – в 3 (4.5%), до цефатоксиму – в 3 (4.5%), до цефтазидіму – в 3 (4.5%), до тетрацикліну – в 3 (4.5%), до офлоксацину – в 2 (3%), до цефазоліну – в 2 (3%), до рістоміцину – в 2 (3%), до цефтриаксону – в 2 (3%), до цефалексіну – в 1 (1.5%), до доксицикліну – в 1 (1.5%), до ципрофлоксацину – в 1 (1.5%), до цефоперазону – в 1 (1.5%), до цефуроксиму – в 1 (1.5%), до ванкоміцину – в 1 (1.5%).

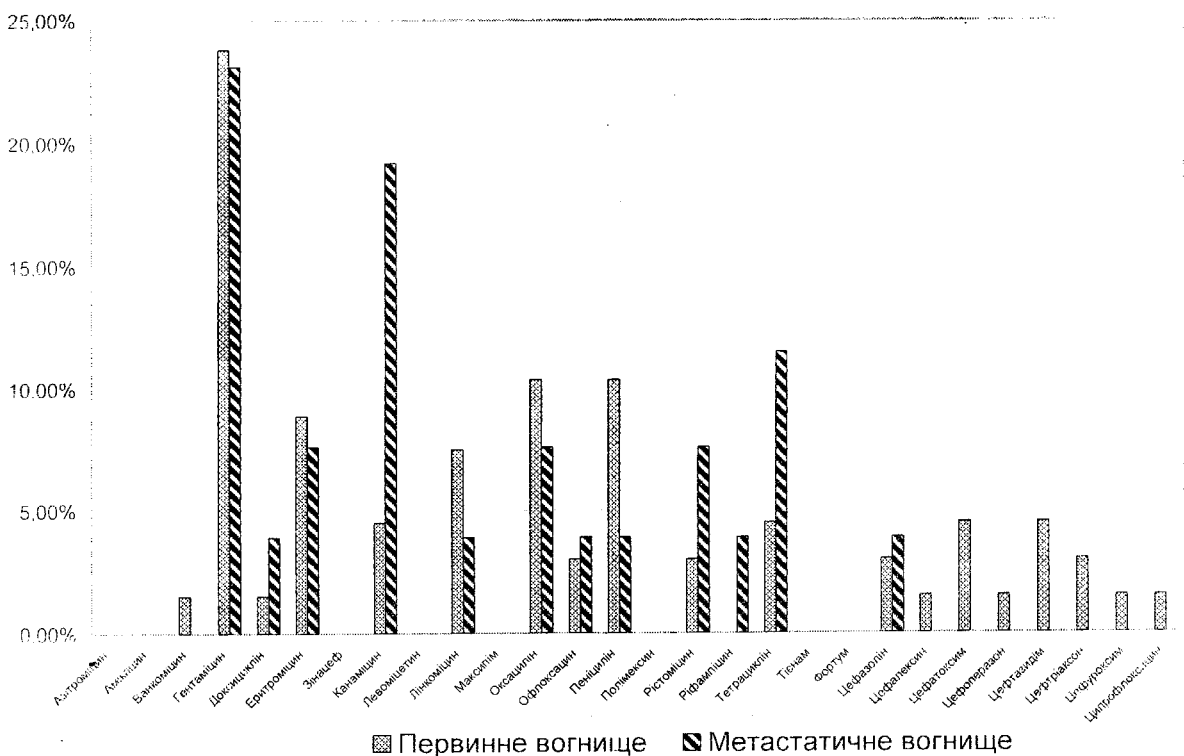
Золотистий стафілокок з метастатичних вогнищ був чутливий до гентаміцину в 6 випадках – в (23.1%), до канаміцину – в 5 (19.2%), до тетрацикліну – в 3 (11.5%), до оксациліну – в 2 (7.6%), до еритроміцину – в 2 (7.6%), до рістоміцину – в 2 (7.6%), до цефазоліну – в 1 (3.9%), до лінкоміцину – в 1 (3.9%), до офлоксацину – в 1 (3.9%), до доксицикліну – в 1 (3.9%), до пеніциліну – в 1 (3.9%), до ріфампіцину – в 1 (3.9%).

Епідермальний стафілокок з первинного вогнища був високо чутливим до еритроміцину в 9 висівах (15.6%), до оксациліну – в 9 (15.6%), до лінкоміцину – в 8 (13.8%), до гентаміцину – в 6 (10.3%), до ріфампіцину – в 6 (10.3%), до тетрацикліну – в 5 (8.6%), до канаміцину – в 4 (6.9%), до цефалексіну – в 2 (3.5%), до поліміксину – в 2 (3.5%), до цефтриаксону – в 1 (1.7%), до цефатоксиму – в 1 (1.7%), до цефазоліну – в 1 (1.7%), до офлоксацину – в 1 (1.7%), до пеніциліну – в 1 (1.7%), до цефтазидіму – в 1 (1.7%), до доксицикліну – в 1 (1.7%), (діаграма 3).

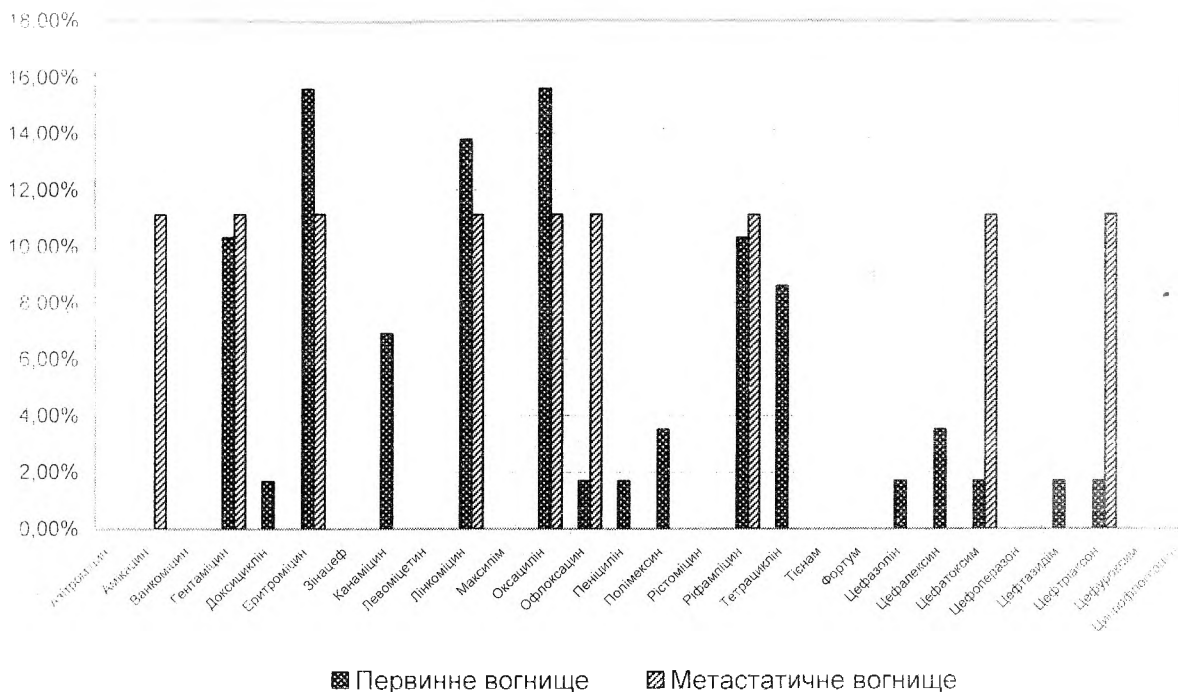
Епідермальний стафілокок, виділений з метастатичних вогнищ, був високо чутливий до лінкоміцину в 1 висіві (11.1%), до еритроміцину – в 1 (11.1%), до гентаміцину – в 1 (11.1%), до цефтриаксону – в 1 (11.1%), до цефатоксиму – в 1 (11.1%), до оксациліну – в 1 (11.1%), до офлоксацину – в 1 (11.1%), до ріфампіцину – в 1 (11.1%), до амікацину – в 1 (11.1%).



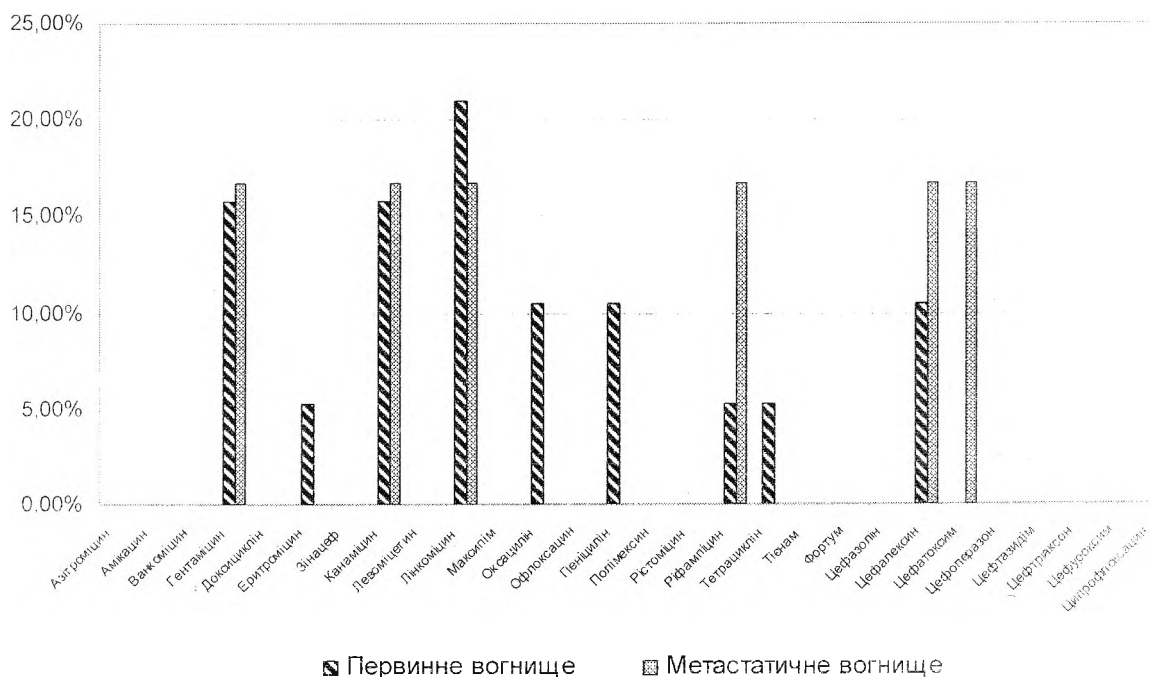
Діаграма 1. Висока чутливість золотистого стафілококу до а/б препаратів, виділеного з основного та метастатичного вогнищ в першому висіві.



Діаграма 2. Чутливість золотистого стафілококу до а/б препаратів, виділеного з основного та метастатичного вогнищ в першому висіві.



Діаграма 3. Висока чутливість епідермального стафілококу до а/б препаратів, виділеного з основного та метастатичного вогнищ в першому висіві.



Діаграма 4. Чутливість епідермального стафілококу до а/б препаратів, виділеного з основного та метастатичного вогнищ в першому висіві.

Чутливим епідермальний стафілокок, виділений з первинного вогнища, до лінкоміцину був в 4 висівах (21%), до канаміцину – в 3 (15.8%), до гентаміцину – в 3

(15.8%), до оксациліну – в 2 (10.5%), до цефалексіну – в 2 (10.5%), до пеніциліну – в 2 (10.5%), до еритроміцину – в 1 (5.3%), до рифампіцину – в 1 (5.3%), до тетрацикліну – в 1 (5.3%).

Епідермальний стафілокок, виділений з метастатичного вогнища, був чутливим до цефалексіну в 1 випадку (16.65%), до лінкоміцину – в 1 (16.65%), до канаміцину – в 1 (16.65%), до цефатоксиму – в 1 (16.65%), до гентаміцину – в 1 (16.65%), до рифампіцину – в 1 (16.65%).

Синьо-гнійна паличка, виділена з первинного вогнища, в 1 висіві була високо чутлива до зінацефу та в одному висіві – до фортому. Синьо-гнійна паличка, яку було виділено в висівах з метастатичних вогнищ, мала високу чутливість в 1 висіві до зінацефу (33.33%), в 1 – до фортому (33.33%), в 1 – до поліміксину (33.33%). Кишкова паличка, виділена з первинного вогнища, мала високу чутливість до левоміцетину в 3 висівах (50%), в 1 висіві – до гентаміцину (16.65%), в 1 – до офлоксацину (16.65%), в 1 – до стрептоміцину (16.65%). Кишкова паличка, яку було виділено з метастатичного вогнища, мала високу чутливість до тетрацикліну в 7 висівах (31.8%), до гентаміцину – в 4 (18.2%), до поліміксину – в 4 (18.2%), до левоміцетину – в 4 (18.2%), до ампіциліну – в 2 (9.1%), до канаміцину – в 1 (4.5%). Кишкова паличка, виділена з метастатичних вогнищ, була чутлива до гентаміцину в 4 висівах (26.7%), до поліміксину – в 4 (26.7%), до стрептоміцину – в 3 (20%), до левоміцетину – в 2 (13.2%), до ампіциліну – в 1 (6.7%), до тетрацикліну – в 1 (6.7%).

Протей, виділений в висівах з метастатичних вогнищ, мав високу чутливість до канаміцину в 1 висіві (20%), до гентаміцину – в 1 (20%), до тіенаму – в 1 (20%), до левоміцетину – в 1 (20%), до стрептоміцину – в 1 (20%).

10 дітей (8,2 %) отримали менше 3 курсів антибактеріальної терапії; 3 курси - 8 (5,56 %), 4 курси – 17 (13,93 %); 5 курсів – 21 (17,21 %), більше 5 курсів – 66 (54,1 %).

В якості першого курсу антибактеріальної терапії при лікуванні септичних форм гострого гематогенного остеомієліту внутрішньо-м'язево, внутрішньо-венно або внутрішньо-кістково гентаміцин застосовували у 57 пацієнтів (27.4%), лінкоміцин – у 55 (26.4%), цефазолін – у 30 (14.4%), цефтриаксон – у 21 (10.1%), пеніцилін – у 12 (5.8%), цефатоксим – у 8 (3.8%), стрептоміцин – у 5 (2.4%), ципрофлоксацин – у 4 (1.9%), ампіцилін – у 3 (1.4%), амікацин – у 3 (1.4%), оксацилін – у 2 (1%), бісептол – у 2 (1%), зарівіз – у 1 (0.5%), флемоксин – у 1 (0.5%), рифампіцин – у 1 (0.5%), цефтазидім – у 1 (0.5%), канаміцин – у 1 (0.5%), ванкоміцин – у 1 (0.5%).

Відповідність антибіотика, обраного для проведення першого курсу антибактеріальної терапії та чутливості вище зазначених збудників, виділених з первинного вогнища до антибактеріальних препаратів спостерігалась у 59 хворих (57.8%). У 30 (29.4%) хворих виділена з основного вогнища мікрофлора не була високо чутлива або чутлива до антибіотиків, які застосовувались в даного пацієнта в якості I курсу антибактеріальної терапії. У 13 хворих в висіві з первинного вогнища ріст мікрофлори був відсутній, що склало 12.8%.

53 хворих (43,44 %) мали термін лікування до 1 місяця, 55 (45 %) лікувались в стаціонарі більше місяця, 14 (11,48 %) - більше 3 місяців.

Висновки

1. Основними збудниками гострого гематогенного остеомієліту залишаються золотистий та епідермальний стафілококи.
2. Різна чутливість до антибіотиків стафілокока з основного та метастатичного вогнищ запалення свідчить про те, що септичні метастази інфекції можуть бути викликані іншою флорою, ніж первинне захворювання.
3. Із антибактеріальних препаратів, які застосовувались в якості першого курсу антибактеріальної терапії гентаміцин та лінкоміцин зберігають високу ефективність до

вище зазначених основних збудників первинного та метастатичних вогнищ гострого гематогенного остеомієліту.

4. Відсутність обриваючого ефекту лікування, затяжний перебіг захворювання, наявність великого відсотку ускладнень та негативних віддалених наслідків в певній мірі може бути обумовлена відсутністю майже в 30% випадків відповідності антибіотику першого курсу до чутливості збудників, виділених з основного та метастатичних вогнищ.

Література.

1. Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит – М.: Медицина, 1998. – 288с.
2. Русак П.С. Липосомальные препараты в комплексном лечении острого гематогенного остеомиелита у детей. // Детская хирургия. – 1998. - №2. – с.18-20.
3. Русак П.С. Ретроспективна оцінка імунного статусу у дітей, хворих на гострий гематогенний остеомієліт. // Клінічна хірургія. – 2000. - №6. – с.34-36.
4. Рахимов С.Р. Остеомиелит у дітей – Ташкент, 1988. – 127 с.
5. Данилов О.А., Міхнушева О.С., Рибальченко В.Ф. та інші. Сучасні аспекти лікування септикопемічної форми гострого гематогенного остеомієліту у дітей./Хірургія дитячого віку. – 2004. - № 1(2). – с.15-20.

Адреса для листування:

Солейко Дмитро Сергійович
м. Вінниця, вул. Квятека, д.9, кв. 23
E-mail: soleyko@svitonline.com

УДК: 616-053

СПЛЕНЕКТОМІЧНІ НАСЛІДКИ У ДІТЕЙ

(огляд літератури)

Доманський О.Б., Корнев Ю.Є.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Київська міська дитяча клінічна лікарня №2.

На сьогоднішній день відомо, що спленектомія, яка застосовується як при травматичному пошкодженні так і при іншій патології, супроводжується численними ускладненнями, як у близькому так і у віддаленому періоді, що по даним літератури складає від 4,2% до 38% [8;23;25;26;28;45], а летальність сягає до 2,5-16% [8;23;28;45].

Згідно даних сучасного дослідження встановлено, що після спленектомії розвивається постспленектомічний синдром, який проявляється підвищеною втомлюваністю, зниженням інтелектуальних можливостей, емоційною лабільністю та болями в животі [1;10;23;35]. Згідно даних літератури найбільш часто постспленектомічний сепсис викликають: *H.influenzae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas species*, *Pneumococcus*, *Neisseria meningitidis*, *Meningococcus* [23;45].

З історії відомо, що у 1919 році Morris та Bullock опублікували результати клінічних спостережень хворих з видаленою селезінкою і прийшли до висновку про схильність їх до інфекційних процесів. У 1929 році O'Donnell вперше опублікував випадок постспленектомічного сепсису. Проте, лише у 1952 році King і Schumacker докладно його описали у 5 дітей після проведеної спленектомії з причини гемолітичної анемії. Клінічні спостереження та опис багатьох ускладнень після видалення селезінки по

Реабілітація та відновне лікування

Актуальні питання реабілітації дітей з вродженими септальними вадами серця після хірургічної корекції.

Лосева К.О., Лекан Р.І., Лосев О.О., Зубаренко А.В.

67

Хірургічна реабілітація колостомованих хворих.

Пашенко Ю.В.

70

Клінічні спостереження

Досвід лікування гастрошизіса.

Берцун К.Т., Фомін О.О., Степаненко С.М., Бойко Г.А., Коноплицький В.С.

77

На допомогу практичному лікарю

Чутливість збудників септичних форм гострого гемтогенного остеомієліту до антибіотиків.

Солейко Д.С.

80

Спленектомічні наслідки у дітей.

Доманський О.Б., Корнев Ю.Є.

86

Класифікація резекції кишечника у дітей.

Юрченко М.І., Рибальченко В.Ф.

92

Корпоративна інформація

Застосування матеріалу “Краніопласт” при хірургічній корекції дефектів кісток склепіння черепа в дітей.

Трошков О.О., Біганич К.Л., Шахов К.В., Федорко І.І., Гоменюк І.С. Кулик О.М.

97

Застосування БІФІ-ФОРМ в хірургічній дитячій практиці.

Сокур П.П., Макаров А.В., Рибальченко В.Ф., Юрченко М.І., Рибальченко І.Г

99

Інформація, хроніка

До 60-річчя професора Сушко Віктора Івановича.

105

До 75-річчя лікаря дитячого хірурга Могилевської Клари Олексіївни.

107

Пам’яті професора Куща Миколи Леонтієвича.

108

Боднар Б.М. Рецензія на посібник “Хвороби стравоходу у дітей”.

111

Зміст I тому журналу “Хірургія дитячого віку”

113

Вимоги до оформлення статей

118

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика
Благодійний фонд допомоги дітям з травмами
та хірургічними хворобами “ХІТОД”
Всеукраїнська асоціація дитячих хірургів

ХІРУРГІЯ

дитячого віку

Хирургия детского возраста Surgery of children's age

Науково-практичний медичний журнал

Том I. №4. (5) 2004.

Головний редактор. Данилов О.А.

Редакційна колегія: Белебезь'єв Г.І., Боднар Б.М., Вдовиченко Ю.П., Вороненко Ю.В., Герцен Г.І., Гончар В.В., Горбатюк О.М., Гош Р.І. (відповідальний секретар), Дзюрак В.С., Косаковський А.Л., Кривченя Д.Ю. (науковий редактор), Лазаретник Б.Ш. (заступник головного редактора), Лайко А.А., Макаров А.В., Мамчич В.І., Мойсеєнко Р.О., Полінкевич Б.С., Рибальченко В.Ф. (відповідальний секретар), Сокур П.П. (заступник головного редактора), Сеймівський Д.А. Стаховський Е.О., Юрченко М.І., Шевнюк М.М.

Редакційна рада: Акмолаєв Д.С. (АРК), Базик А. (Польща), Бохосевич Я. (Польща), Бліхар В.Г. (Тернопіль), Грохольський В.Й. (Львів), Давиденко В.Б. (Харків), Дольницький О.В. (Київ), Дмитряков В.А. (Запоріжжя), Ємець І.М. (Київ), Каррель Й. (Німеччина), Книшов Г.В. (Київ), Костев Ф.І. (Одеса), Крись-Пугач А.П.(Київ), Кукуруза Ю.П. (Вінниця), Куценко Я.Б. (Київ), Левіцький А.Ф. (Київ), Лосев О.О. (Одеса), Лісовий В.М. (Харків), Люлько О.О. (Запоріжжя), Момотов О.Г. (Луганськ), Москаленко В.З. (Донецьк), Немилова Т.К. (Росія), Ніколаєва Н.Г. (Одеса), Саєнко А.Ф. (Київ), Слепцов В.С. (АРК), Соловійов А.С. (Запоріжжя), Сушко В.І. (Дніпропетровськ).

Секретаріат: Горелік В.В., Машуренко В.І., Пилипчук О.Р. .

Свідцтво про державну реєстрацію видано 19.02.2003р. Серія КВ №6993

Рекомендовано Вченою радою КМАПО ім.П.Л.Шупика Протокол №10 від 15. 12.2004р.

Виходить 4 рази на рік

Адреса редакції: 04209 м.Київ, вул Богатирська-30, Київська міська дитяча клінічна лікарня №1. Кафедра дитячої хірургії. Завідувачу кафедри професору О.А.Данилову. Телефон, факс: (044) – 412-04-87

Видавець. Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика МОЗ України

Видруковано у друкарні ТОВ “Алвія” Тираж 1000 примірників.

Підписний індекс 09537 - Каталог видань України.

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Журнал затверджений ВАК України – як фахове видання №3-05/7 від 30.06.2004 року