

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Кукуруза Ю.П., Погорелый В.В., Якименко А.Г., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Антипина О.Ю.

УДК: 616-092:616.71-018.46-002.616.728.2:616-053.31

ПАТОГЕНЕЗ ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кукуруза Ю.П., Погорелый В.В., Якименко А.Г., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С.,
Антипина О.Ю. *

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018);
*Винницкая областная детская клиническая больница (ул. Хмельницкое шоссе, 108, г. Винница, Украина, 21018)

Резюме. Анализ исследований экспериментального остеомиелита костей тазобедренного сустава у 82 крольчат и острого гематогенного остеомиелита у 195 новорожденных показал, что развитие кокситов, разрушение тазобедренных суставов обусловлены распространением воспалительного процесса из шейки бедренной кости и тела подвздошной кости. Этому способствует нарушение кровоснабжения головки бедренной кости, наиболее выраженному при переломах шейки, эпифизиолизе головки под действием контрактуры мышц. Степень повреждения сустава имеет различную выраженность: от реактивного коксита, который часто осложняется дистензионным вывихом, до полного разрушения сустава. Тяжесть течения и инвалидизирующих последствий заболевания в значительной степени зависит от своевременности и адекватности оперативного вмешательства на околосуставном очаге остеомиелита.

Ключевые слова: острый остеомиелит, коксит, патогенез, новорожденные.

Введение

Острый гематогенный остеомиелит у новорождённых наиболее часто поражает кости, образующие тазобедренный сустав, и характеризуется особой тяжестью септических форм, трудностями диагностики и лечения. Наличие коксита с развитием дистензионного и деструктивного вывиха бедра обуславливает высокую летальность и частоту инвалидизирующих последствий [Венгеровский, 1964; Державин, 1965; Гайко, 1984; Акжигитов, Юдин, 1998; Якименко, 2004; Кулик, 2009]. Практически постоянное поражение суставов при остеомиелите у детей раннего возраста, трудности установления первичного очага воспаления при разрушении эпифиза и метафиза обусловили мнение о первичности поражения эпифиза и выделение особой формы ОГО у маленьких детей - "эпифизарного остеомиелита". Концепция о первичности остеомиелитического очага в эпифизе широко распространилась среди отечественных хирургов и воспринимается ими как обоснование первоочередного вмешательства на суставе. Околосуставные очаги остеомиелита нередко остаются без своевременного и необходимого лечения [Кулик, 2009]. Научные исследования возрастных особенностей кровоснабжения проксимального отдела бедра [Wilensky, 1934; Trueta, 1959], объясняющие быстрый переход воспалительного процесса с шейки на головку бедра по сосудистым коллатералям, не получили надлежащего внимания. И хотя в последние годы детские хирурги трактуют остеомиелит как "метаэпифизарный", при лечении отдается предпочтение пункционному вмешательству на суставе. Такая тактика оправдывает себя при септических кокситах, наблюдаемых весьма редко - в 1,2-13,7% всех кокситов детей раннего возраста [Акжигитов, Юдин, 1998; Абаев и др., 2008].

Целью исследования было изучение особенностей патогенеза остеомиелитического коксита у новорождённых.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач нами проведены экспериментальные исследования на 154 крольчатах 4-10 недельного возраста. От моделей В.М.Держанова [1937], Ю.Стецеры с соав. [1966], В.В.Григоровского [1977] пришлось отказаться из-за низкой эффективности. Наиболее высокая частота выхода модели наблюдалась при методике С.Н.Праведникова [1962]; и У.Сугиёма [1970]. Остеомиелит проксимального отдела бедра возник у 45 крольчат, подвздошной кости - у 27, что подтверждено данными клинического, рентгенологического, секционного, гистологического исследований. Полученные данные позволяли выявить следующие особенности: скорость и интенсивность перехода воспалительного процесса на сустав определяется близостью активного остеомиелитического очага от сустава; интенсивность деструктивных изменений в шейке и головке бедренной кости зависит от нарушения их кровоснабжения, особенно выраженных при патологическом переломе шейки и эпифизиолизе головки, возникающих в результате мышечной контрактуры. Являясь инфицированным инородным телом, такая головка поддерживает воспалительный процесс и образование гнойного экссудата в суставе, обуславливает его деструкцию. В опытах мы наблюдали все виды осложнений остеомиелита проксимального отдела бедра и подвздошной кости: параосальную флегмону, реактивный и гнойный кокситы, патологический дистензионный и деструктивный вывихи, переломы шейки, эпифизиолиз головки бед-



Рис. 1. Остеомиелит проксимального отдела и шейки правого бедра. 20-й день эксперимента.



Рис. 3. Лизис головки бедренной кости, множественны очаги деструкции проксимального отдела бедра.



Рис. 2. Деструкция проксимального отдела бедра. Патологический компрессионный перелом шейки. 30-й день эксперимента.

речной кости (рис. 1-3).

С 1960 г. по 2003 г. в клиниках детской хирургии Киевского и Винницкого медицинских университетов находилось на лечении 195 новорождённых с ОГО проксимального отдела бедра и костей таза. Более детальной разработке подвергнуты истории болезни последних 136 больных: 153 остеомиелитических очага в бедренных костях (при двустороннем процессе у 25 детей) и 8 - в костях таза. Локальная форма заболевания диагностирована у 17 больных, септикопиемическая - у 110, септикотоксическая - у 9. 11 кокситов первой группы (5 реактивных и 6 гнойных) осложнились

патологическими вывихами. У всех новорожденных с септикопиемической формой диагностированы 19 реактивных и 119 гнойных кокситов. Двусторонний процесс определен у 28 больных. Кокситы обусловили развитие параоссальных флегмон в 23 случаях и патологических вывихов в 63. У самых тяжелых пациентов - новорождённых с токсической формой обнаружено 12 гнойных кокситов, 7 параоссальных флегмон и 11 патологических вывихов. Преобладание септических форм заболевания, осложненных септической пневмонией в 39,9%, свидетельствуют об особой тяжести исследуемого контингента больных. Диагноз верифицирован с учётом данных клинических проявлений заболевания, лабораторных, УЗИ, рентгенографии, пункции сустава и околоуставных участков костей. Реже использовались КТ, МРТ. Детей лечили в реанимационном отделении для новорождённых, а после выведения из тяжелого состояния - в отделении патологии новорождённых.

Интенсивная посиндромная терапия дополнялась лейкопластырным вытяжением с постепенным разведением ног для профилактики и вправления вывихов [Якименко, 2004]. В ряде случаев использованы другие виды иммобилизации. В исследуемой группе летальность составила 1,7% (2 детей). Из 85 вывихов, выявленных при поступлении или возникших в процессе лечения, вправлено 48. В дальнейшем дети с патологическим вывихом получали ортопедическое лечение.

Результаты. Обсуждение

Отсутствие коксита при остеомиелите у 51 экспериментального животного объясняется ранним (5-9 суток с момента моделирования) самопроизвольным или

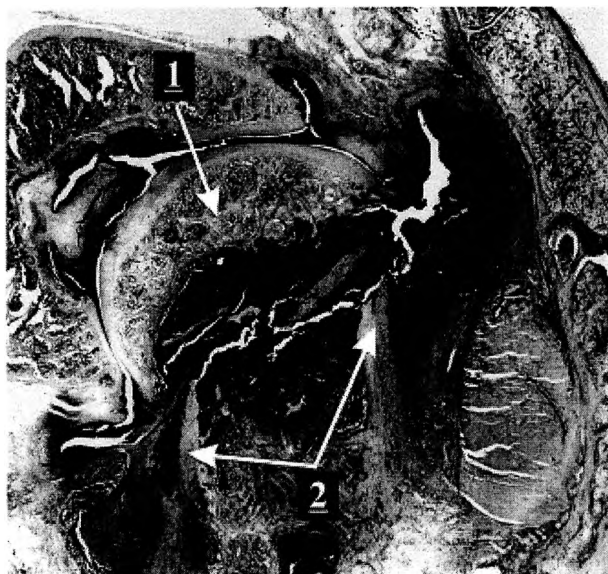


Рис. 4. Экспериментальный остеомиелит проксимального отдела бедренной кости, гнойный деструктивный коксит, остезифизиолиз головки бедренной кости (1), перелом шейки бедра (2). Гематоксилин-эозин. x7.



Рис. 5. Новорожденный Н., 1 месяц. Острый гематогенный остеомиелит. Патологический перелом, вывих правого бедра.

оперативным вскрытием параоссальной флегмоны, у 31 - ранним летальным исходом вследствие септических форм патологического процесса. При рентгенологическом исследовании интенсивность распространения патологического процесса на шейку и головку бедренной кости, крышу вертлужной впадины (рис. 1) обусловлена активностью воспалительного процесса костной ткани, а также степенью нарушения кровоснабжения шейки и головки бедренной кости. О нарушении кровоснабжения свидетельствует "металлический" вид головки при наличии компрессионного перелома

шейки бедренной кости (рис. 2). Отсутствие кровоснабжения головки в условиях гнойного коксита заканчивается ее расплавлением и развитием деструктивного вывиха бедра (рис. 3). На гистотопограмме (рис. 4) определяется остезифизиолиз головки бедренной кости, патологический перелом шейки, полость сустава заполнена гноем.

Данные экспериментальных исследований позволяют выделить основные звенья развития остеомиелитического коксита. Возникновение остеомиелитического очага вблизи тазобедренного сустава обуславливает развитие циркуляторных нарушений кровообращения, возникновение реактивного коксита, осложняющегося дистензионным вывихом головки бедренной кости под действием контрактуры мышц и внутрисуставного давления. Прогрессирование деструктивных изменений в кости усугубляет нарушение кровообращения, снижает ее прочность, что способствует возникновению патологического перелома шейки, эпифизиолизу головки бедренной кости, прекращению ее кровоснабжения, обильному поступлению гноя в сустав. Лишенная кровоснабжения головка бедренной кости является инфицированным инородным телом, что приводит к развитию деструктивного патологического вывиха.

Особый интерес для суждения о патогенезе коксита представляют материалы аутопсии новорожденного Н. (возраст 1 месяц), у которого диагностированы множественные очаги острого гематогенного остеомиелита и деструктивная септическая пневмония. Констатирована сгибательно-приводящая контрактура в правом тазобедренном суставе, умеренный отек и инфильтрация мягких тканей области сустава. Рентгенография тазобедренных суставов показала обычную для остеомиелита бедренной кости у новорожденных картину: смещение проксимального метафиза правой бедренной кости вверх и латерально, размытость замыкательной пластинки метафиза (рис. 5).

При патолого-анатомическом исследовании (длительность заболевания составила 21 день) тазобедренный сустав не содержал ни выпота, ни гноя; угол между головкой и шейкой бедренной кости меньше 90°. На гистотопограмме проксимального отдела бедренной кости (рис. 6) определяется обширный остеомиелитический очаг, который захватывает метафиз, шейку (1), с разрушением ростковой зоны (2) и распространением деструкции на прилегающую часть головки бедренной кости. Воспалительный процесс в основной части хрящевой головки выражен минимально. Обращает внимание выраженное обеднение элементами крови, уменьшение угла между головкой и шейкой при сохранении узкой полоски их соединения (патологический перелом). Выраженность воспалительно-деструктивного процесса в метафизе и шейке бедренной кости значительно больше, чем в головке, что свидетельствует о первичности процесса в кости и вторичном переходе через ростковую зону на головку.

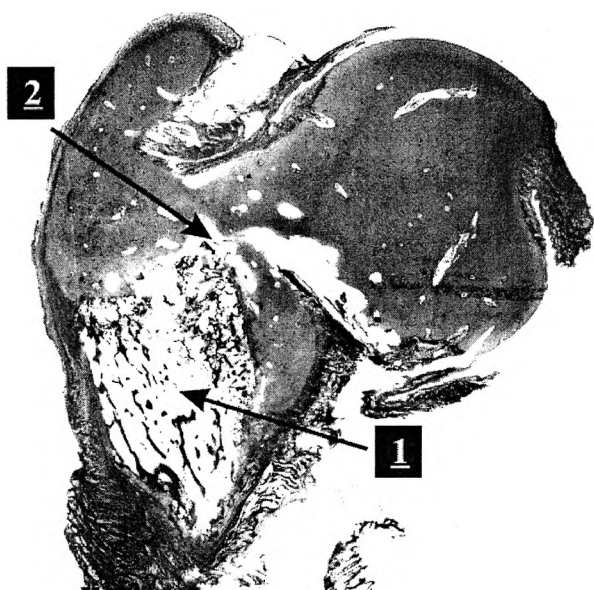


Рис. 6. Новорожденный Н., 1 месяц. Гистотопографический срез проксимального отдела правого бедра. внутрикостная полость, заполненная гноем (1), которая захватывает шейку и головку (2). Патологический перелом шейки, головки бедренной кости. Обеднение головки элементами крови. Ван-Гизон. х6.

Возможность сохранения тазобедренного сустава у новорожденных с "эпифизарным" остеомиелитом проксимального отдела бедренной кости трудно представить если предположить, что заболевание начинается с хрящевой головки бедра. Однако, при раннем адекватном лечении возможность сохранения головки бедренной кости достигается все чаще [Якименко, 2004; Кулик 2009]. Укоренившееся терминологическое несоответствие не только искажает суть патогенеза, но и обосновывает ошибочную диагностическую и лечебную тактику, придавая решающее значение исследованию сустава, а не околоуставных очагов воспаления.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Данные экспериментальных и клинических иссле-

дований дают основание утверждать, что у новорожденных, как и у старших детей, развитие "эпифизарного" остеомиелита обусловлено возникновением воспалительного очага в кости вблизи сустава. Быстрота перехода воспалительно-деструктивных изменений на сустав определяется возрастными анатомическими особенностями тканей, широкими сосудистыми связями метафиза и эпифиза.

2. Острый гематогенный остеомиелит околоуставной локализации у новорожденных сопровождается выраженными нарушениями микроциркуляции, развитием отека тканей и реактивного коксита, часто осложняющегося патологическим дистензионным вывихом головки бедренной кости. Возникновение гнойного коксита связано с продолжительным инфицированием сустава из остеомиелитического очага в субэпифизарной зоне в результате разрушения коркового слоя кости, прорыва ростковой зоны, перехода воспаления по сосудистым каналам.

3. Интенсивность разрушения головки бедренной кости определяется степенью нарушения ее кровоснабжения вследствие патологического перелома шейки, эпифизиолиза головки, тромбоза сосудов, циркуляторных нарушений.

4. Возникновение патологического перелома шейки, эпифизиолиза головки, деструктивного патологического вывиха бедра при ОГО околоуставных локализаций и коксите у новорожденных обусловлено в значительной степени воздействием мышечной контрактуры, постоянно наблюдаемой у таких больных.

5. Диагноз "эпифизарный остеомиелит" не соответствует сути и динамике воспалительно-деструктивных изменений при ОГО у новорожденных и не должен применяться, т.к. обосновывает необходимость уделять основное внимание суставу, оставляя без вмешательства околоуставные очаги воспаления.

Исследование экспериментального остеомиелита костей тазобедренного сустава и острого гематогенного остеомиелита у новорожденных даст возможность в перспективе своевременно предупреждать развитие реактивного коксита и последующего дистензионного вывиха, ведущих к полному разрушению сустава.

Литература

- Абаев Ю.К. Особенности артритов у недоношенных детей: сб.: Акт. вопр. детской хирургии /Ю.К.Абаев, В.А.-Кепеть, Н.И.Телятицкий. - Витебск, 2008. - С. 3-5.
- Акжигитов Г.Н. Гематогенный остеомиелит /Г.Н.Акжигитов, Я.Б.Юдин. - М.: Медицина, 1998. - 288 с.
- Венгеровский И.С. Остеомиелит у детей /Венгеровский И.С. - М.: Медицина, 1964. - 271 с.
- Гайко Г.В. Ортопедические осложнения и последствия гематогенного метаэпифизарного остеомиелита у детей и подростков: автореф. дис. ... доктора мед. наук /Гайко Г.В. - Киев, 1984. - 41 с.
- Григоровский В.В. Модель гнойного остеомиелита у кроликов /В.В.Григоровский //Ортопедия, травматол. и протез. - 1977. - №11. - С. 69-70.
- Державин В.М. Эпифизарный остеомиелит у детей /Державин В.М. - М.: Медицина, 1965. - 676 с.
- Держанов С.М. Патологическая анатомия и патогенез остеомиелита /Держанов С.М. - Смоленск, 1940. - 49 с.
- Кулик О.М. Патогенетичне обґрунтування попередження та комплексного лікування гнійного кокситу у дітей раннього віку: автореф. дис. ... доктора мед. наук /Кулик О.М. - Киев, 2009. - 39 с.
- Праведников С.Н. Лечение послеоперационных остеомиелитических полостей имплантированной измельченной мышцей: дис. ... доктора мед. наук /Праведников С.Н. - Винница, 1962. - 328 с.
- Стецула Ю. Новый метод получения экспериментального остеомиелита /Ю.Стецула, В.И.Штин, В.П.Трутнева //Эксперим. хирургия и анестезиол. - 1962. - №3. - С. 55-58.
- Якименко О.Г. Особливості гострого гематогенного остеомиєліту кульшового

- суглоба у новонароджених /О.Г.Якименко //Хірургія дитячого віку. - 2004. - №1. - С. 43-50.
- Sugiyama Y. An experimental study on pyogenic osteomyelitis /Y.Sugiyama //J. Jap. orthop. Ass. - 1970. - Vol.44, №4. - P. 268-269.
- Trueta J. The three types of acute haematogenous osteomyelitis /J.Trueta //J. Bone joint Surg. - 1959. - Vol.41B, №4. - P. 671-680.
- Wilensky A. Osteomyelitis. Its pathogenesis, sympatology and treatment /Wilensky A. - New-york: Mac.Millan Co, 1934. - XXXII. - 454 p.

ПАТОГЕНЕЗ ЕПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ КІСТОК КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кукуруза Ю.П., Погорілий В.В., Якименко О. Г., Коноплицький В.С., Солейко Д.С., Антіпіна О.Ю.

Резюме. Аналіз досліджень експериментального остеомієліту кісток кульшового суглоба у 82 кроленят і гострого гематогенного остеомієліту у 195 новонароджених показав, що розвиток кокситів, руйнування кульшових суглобів обумовлено поширенням запального процесу з шийки стегнової кістки та тіла клубової кістки. Цьому сприяє порушення кровопостачання головки стегнової кістки, найбільш виражене при переломах шийки, епіфізіолізі голівки під дією контрактури м'язів. Ступінь пошкодження суглоба має різну вираженість: від реактивного коксита, який часто ускладнюється дистензійним вивихом, до повного руйнування суглоба. Важкість перебігу та інвалідизуючих наслідків захворювання в значній мірі залежить від своєчасності та адекватності оперативного втручання на навколосуглобовому вогнищі остеомієліту.

Ключові слова: гострий остеомієліт, коксит, патогенез, новонароджені

THE PATHOGENESIS OF EPIPHYSEAL OSTEOMYELITIS OF BONES OF HIP JOINT IN NEWBORNS

Kukuruza Y.P., Pogoreliy V.V., Yakimenko O.G., Konoplikiy V.S., Soleiko D.S., Antipina O. Y.

Summary. The analysis of researches of an experimental osteomyelitis of bones which form the hip joint, of 82 young rabbits and acute hematogenous osteomyelitis of 195 newborns testifies that the development of hip-disease, destruction of hip joints are caused by spread of inflammatory process from a femur neck and body of iliac bone. It is promoted by infringement of blood supply of a head of the femur, which is most pronounced for fractures of the femur neck and epifisiolisis of the femur neck under influence of muscular contracture. The extent of damage of joint has various expressiveness: from reactive hip-disease which often is complicated by pathological dislocation, to full destruction of a joint. Weight and complications of disease (complications can make the patients with disabilities) depends largely of timeliness and adequacy of operation on juxta-articular osteomyelitis nidus.

Key words: acute osteomyelitis, hip-disease, pathogenesis, newborns.

© Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В.

УДК: 616.25-002+616.433.664-02

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СХЕМ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В.

Головний військово-медичний клінічний орден Червоної Зірки центр "ГВКГ" (вул. Госпітальна, 18, м. Київ, Україна, 01113)

Резюме. У статті проводиться фармакоекономічний аналіз схем антибактеріальної терапії нозокоміальної пневмонії у хворих, які знаходяться на штучній вентиляції легень. Автори доводять, що використання схеми, де поєднуються карбапенеми з аміноглікозидами є більш економічне, ніж схеми монотерапії карбапенемом.

Ключові слова: вентилятор-асоційована пневмонія, фармакоекономічний аналіз, карбапенем, аміноглікозид, штучна вентиляція легень.

Вступ

Найбільш серйозною проблемою в практиці роботи відділень реанімації та інтенсивної терапії є нозокоміальна пневмонія, яка розвинулась під час проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ).

Вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП) - пневмонія, яка виникла через 24-48 годин від початку проведення ШВЛ за відсутності ознак легеневої інфекції на момент інтубації. Нозокоміальна пневмонія (НП) займає третє місце за рівнем поширеності в структурі усіх госпітальних інфекційних ускладнень, поступаючись інфекціям м'яких тканин і сечовивідних шляхів, і складає 15-18% [Метод. рек., 2004]. У середньому частота нозокоміальної інфекції у ВРІТ хірургічного профілю складає 25% [Гельфанди др., 1998], і безпосередньо пов'язана з тривалістю перебування хворих [Rello et al., 1991].

При аналізі вартості медикаментозної терапії необх-

ідно враховувати не тільки вартість разової дози препарату, але і вартість добової і курсової дози, а також вартість введення ліків. Тому при аналізі вартості лікування лікарським препаратом слід виділяти прямі витрати (закупівельна вартість ліків), непрямі витрати, пов'язані з введенням (шприци, голки, інфузійні системи, рукавички, праця медсестри та ін.), а також побічні витрати. Останні включають вартість перебування хворого в стаціонарі, обстеження, консультацій фахівців, додаткового лікування при неефективності.

Аналіз вартості антибактеріальної терапії ще складніший, оскільки він повинен враховувати проблему резистентності мікроорганізмів. Показано, що вартість лікування інфекцій істотно збільшується при появі в стаціонарі мультирезистентних штамів бактерій. А це відбувається в першу чергу в результаті неадекватного ви-

МЕТОДИКИ

Азарський І.М., Процек О.Г., Азарська О.О., Андреев М.Д., Кириченко В.І., Корольова Н.Д., Кириченко І.М., Поляруш В.В., Малик С.Л., Кривецька Н.В., Дарманський С.М., Чурбанов О.В. Метод діагностики гострого апендициту	378
Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В. Нові підходи до оцінювання знань іноземних студентів під час проведення комплексного випускного державного іспиту зі стоматології дитячого віку	380
Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І. Порівняльна оцінка методів корекції панкреатичної гіпертензії при хронічному панкреатиті	381
Капшитарь А.В., Капшитарь А.А. Особенности методики лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии при различных конституциональных типах больных	384
Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С. Оцінка кровообігу при сучасних і традиційних методах лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок	386
Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Выбор способа холецистэктомии	390
Куцик Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б. Дуплексне обстеження і комбіноване оперативне лікування хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок	392
Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В., Свириденко Н.П. Прогнозування перебігу загоєння гнійних ран	394
Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В. Использование шовных материалов с антибактериальными свойствами в лечении обширных первично инфицированных ран	399
Машкова Т.А., Неровный А.И. Методики эвакуации экссудата из лобной пазухи при фронтитах с учетом типа лобно-носового сообщения	402
Пархисенко Ю.А., Булынин В.В. Редкие методы устранения дисфагии в пластической хирургии пищевода	405
Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В. Пластические и реконструктивные операции передней стенки живота	407
Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І., Лойко Є.Є., Фомін О.О., Зябченко І.С., Федчишин О.П., Доброванов О.Є., Сасюк А.І., Череповський В.В. Малоінвазивний спосіб лікування лійкоподібної деформації грудної клітки у дітей	409
Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В. Досвід лапароскопічної профілактики та лікування черевного спайкоутворення	413
Питуляк С.Н., Киркилевский С.И. Значение шунтирующей пластики пищевода для улучшения качества жизни больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод	415
Рылов А.И. Селективная антибиотикотерапия в гипотермическом режиме тяжёлой интраабдоминальной инфекции	419
Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М. Можливості реконструкційної хірургії при дистальних формах ураження стегново-підколінно-гомількового сегмента	422
Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є. Симультантні оперативні втручання з приводу жовчокам'яної хвороби та гриж передньої черевної стінки	426
Сергійчук О.Л., Кривецький В.Ф., Петрушенко В.В., Шапринський В.О., Полянчук М.А., Озолін В.О., Поліщук В.І. Оцінка результатів діагностики та лікування ахалазії кардії	428
Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецька Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М. Наш погляд на організацію підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю "Загальна практика-сімейна медицина" на кафедрі медицини катастроф та військової медицини в нму ім. М.І. Пирогова	432
Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А. Вибір способу алопластики при післяопераційних грижах живота	434
Черенок Є.П., Крижановський Я.Й. Петльовий шов tsuge та ранне функціональне навантаження при відновленні сухожилків згиначів пальців кисті	438
Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О. Результати склеротерапії кістозних вузлів щитоподібної залози 70% розчином етанолу	440
Шимон В.М., Пантьо В.І., Вайнагій О.М., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Шерегій А.А. Досвід вдосконалення вивчення курсу загальної хірургії	444
Юлдашев А. Выбор оперативного доступа в случае конверсии при лапароскопической холецистэктомии в зависимости от ее причины	447

Погорельй В.В., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Солейко Н.П., Дымчина Ю.А. Опыт лечения детей с парапроктитом	289
Росул М.В., Пацкань Б.М. Ефективність озонотерапії у хворих з виразковими ураженнями стоп на тлі цукрового діабету	291
Сидорчук Р.І., Плегуга О.М., Багрій В.М., Білик І.І., Хомко О.Й., Плегуга І.М., Кнут Р.П., Паліяниця А.С., Сидорчук Л.П. Системна етіотропна антибактеріальна терапія абдомінального сепсису	294
Слепов О.К., Сорока В.П., Бензар І.М., Гордієнко І.Ю., Давидова Ю.В., Слепова Л.Ф., Джам О.П., Палкіна І.С., Пономаренко О.П., Мигур М.Ю. Хірургічна корекція природжених вад розвитку передньої черевної стінки новонароджених в умовах єдиного перинатального центру	297
Усенко Л.В., Макаруч О.І. Післяопераційна динаміка змін шкіри після проведення різних видів фронтліфтингу з інтраопераційним використанням перфторану у пацієнтів групи ризику	301
Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Войтюк В.Н., Базиян Н.К. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения аденом печени	305
Заруцький Я.Л., Денисенко В.М., Король С.О., Бурлука В.В., Петкау В.В., Пастушков О.В. Реанімаційно-хірургічні протишокові заходи при поєднаній травми	308
Коваленко А.Є., Таращенко Ю.М., Мельник М.Д. Хірургічне лікування вузлових форм зоба	312
Комісаренко І.В., Коваленко А.Є., Омельчук А.В. Хірургічне лікування папілярного раку щитоподібної залози у дітей і підлітків	316
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Хаєтов А.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложненным обтурационной желтухой	319
Хмельницький С.Й. Характеристика та хірургічне лікування гепатобілярних ускладнень хронічної дуоденальної виразки	323
Хоменко І.П., Рагушин Д.А., Яроцук Д.В. Сучасні підходи в хірургічному лікуванні перфорацій гострих виразок дванадцятипалої кишки	325
Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Бабійчук Ю.В., Гребенюк Д.І. Особливості хірургічного лікування хронічного панкреатиту з синдромом панкреатичної гіпертензії	327
Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., Марга С. Комплексное хирургическое лечение доброкачественных стриктур магистральных желчных протоков	330
Чернев В.М., Кудінов Г.В., Гибало Р.В., Рагушин Д.А., Слободяник В.П., Дмитренко О.А., Трофимчук П.П. Досвід лікування вентральних гриж в ГВМКЦ "ГВКГ"	334
Трегуб В.В., Сливка Э.В., Библиак Ж.Н., Кукуруза И.Л. Эмболизация маточных артерий при миоме матки - революционная альтернатива гистерэктомии	336
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Базиян Н.К., Павлов К.И., Лукьянец П.Л., Петренко Э.И., Решетняк С.А. Использование тромбоцитарного концентрата в хирургии печени	339
Шкиренко Ю.А., Василенко Л.И., Шкиренко А.Ю. Сравнительная оценка ранних послеоперационных осложнений при перфорации гастродуоденальных язв	341
Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер М.Д., Мальцев В.М., Криворук М.И. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений в восстановительной хирургии толстой кишки	344

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ковальчук А.П. Порівняльний аналіз якості життя хворих на рак молочної залози, в залежності від способу хірургічного лікування	347
Кононенко М.Г., Коробова С.П., Кащенко Л.Г., Ситнік О.Л., Бугайов В.І., Пак В.Я., Жданов С.М. Абдомінальні пошкодження при дорожньо-транспортній травмі	350
Мамчич В.І., Погорелов О.В., Воскобойнік О.Ю. Папілярний рак щитоподібної залози з кістозними змінами	353
Ольхов В.М., Венцківський І.Л., Кириченко В.В., Горбатюк К.І., Чирка Ю.Л. Надання медичної допомоги постраждалим з черепно-мозковою травмою сільської місцевості в умовах стаціонару	355
Салюта М.Ю., Костинський Г.Б., Костинська Н.Є., Вербицька О.В. Екологія та медицина - нова ідеологія медичної освіти	357
Ткачук О.Л., Шевчук М.Г. Постдекомпресійні дисфункції печінки у хворих на обтураційну жовтяницю ...	360

НАУКОВІ ОГЛЯДИ

Беловол А.Н., Береговая А.А., Штыров И.Н. Хронические системные дерматозы на фоне метаболического синдрома	364
Иващенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.), Иващенко А.В. Желчнокаменная болезнь у пациентов молодого возраста в свете 15-летнего опыта лапароскопической хирургии	370
Шудрак А.А. Сучасні хірургічні методи лікування геморою	372

ЗМІСТ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кукуруза Ю.П., Погорелый В.В., Якименко А.Г., Коноплицкий В.С., Солейко Д.С., Антипина О.Ю. Патогенез эпифизарного остеомиелита костей тазобедренного сустава у новорожденных	221
Лурін І.А., Сімонов С.С., Мельник В.М., Ложкін В.В. Фармакоекономічний аналіз схем антибактеріальної терапії вентилятор-асоційованої пневмонії у хірургічних хворих	225
Малеєв Ю.В., Черных А.В., Шмакова Н.М. Особенности хирургической анатомии парацитоидных желез, возвратного гортанного нерва в аспекте предупреждения операционных осложнений	228
Мищенко В.В., Мерлич С.В. Особенности перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в современных условиях окружающей среды	231
Мосиенко Б.И. К вопросу вариабельности сократительной способности миокарда у пациентов при расширенных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости	233
Мунтян О.С. Шляхи підвищення ефективності лікування та профілактики післяопераційних пневмоній ...	236
Орган А.Н., Струтинский Ф.А., Федаш В.В., Строкова В.Н., Дарий М.Н., Бодруг А.И., Полякова Л.Д., Пынтя Е.И. Анестезиологическое обеспечение органосохраняющих операций на желудке	239
Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Борсенко М.І. Особливості флебогемодинаміки при гострому варикотромбофлебіті	242
Селянинов К.В., Малиновская И.С., Байтингер В.Ф., Баранова Е.Н. О роли адвентициальной оболочки в регенерации стенки артерий	246
Скиба В.В., Сухін І.А., Амбруш О.О., Остапенко О.М. Гідрострумінна резекція паренхіматозних органів в експерименті та клінічній практиці	248
Сотников А.А. Клиническая анатомия большого дуоденального сосочка и протоковой системы поджелудочной железы в норме и при остром геморрагическом панкреонекрозе	250
Сушко Ю.І., Олійник О.В. Ефективність безперервної шлункової оксигенації в лікуванні експериментального панкреонекрозу	251
Топка Е.Г., Шарапова Е.Н. Электромиографическое исследование передней брюшной стенки при нарушении процесса миграции яичек	253
Хіміч С.Д., Поліщук І.В., Пан П.П. Доцільність виконання внутрішньом'язових ін'єкцій традиційними голками пацієнтам з ожирінням	256
Хребтій Я.В., Гомоляко І.В., Мельничук М.О. Експериментальне дослідження ефективності системного та катетер-спрямованого тромболілізу	259
Шимон В.М., Шерегій А.А. Трансплантація культивованих клітин кісткового мозку в модельований дефект (експериментальне дослідження)	261
Топка Е.Т., Шарапова Е.Н. Динамика соматометрических показателей у детей с крипторхизмом и после его гормонального и хирургического лечения	265
Яворський П.В. Стан статевих стероїдів у жінок з фіброміомою матки та ожирінням	267

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ничитайло М.Е., Захараш М.П., Скумс А.В., Огородник П.В., Литвиненко А.Н., Захараш Ю.М., Усова Е.В. Хирургическое лечение больных раком органов панкреатодуоденальной зоны с синдромом механической желтухи с применением миниинвазивных и электросваривающих технологий	271
Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р. Прогнозування розвитку тромбозу глибоких вен у плановій хірургії при тромбопрофілактиці	275
Маркевич С.В., Кобірніченко А.А. Використання ультразвукової кавітації в комплексному лікуванні дермоїдних кіст крижово-куприкової ділянки	277
Міщук І.І., Казаков М.Ю., Оссовська А.Б., Скупий О.М., Бевз Г.В. Периопераційна фармакологічна підтримка і післяопераційна коригуюча терапія комбінованої спінально-епідуральної анестезії-аналгезії з використанням α_2 -адреноагоніста клофеліну	279
Пантьо В.І., Шимон В.М., Пантьо В.А., Сливка Р.М., Полянський П.А., Чундак С.С. Лікування варикозної хвороби із використанням транскутанної ендовазальної лазерної коагуляції вен	281
Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Ковальчук В.П., Ходаківський С.В., Антонюк Є.С. Інтервенційна ендоскопія у хворих з запальною патологією гепаторопанкреатичної зони біліарної етіології	284
Пиптюк О.В., Чурпій І.К. Обґрунтування використання розчину декасану у хворих з перитонітом	287

ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ім. М.І.ПИРОГОВА REPORTS OF VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Заснований: 17 жовтня 1994 року
Засновники: Вінницький державний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Переєстрований: 18 вересня 2003
Засновник: Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Founded: October 17, 1994
Founder: Vinnytsia State N.I.Pyrogov Memorial Medical University
Refounded: September, 2003
Founder: Vinnytsia National N.I.Pyrogov Memorial Medical University

Головний редактор

Мороз В.М.

Перший заступник головного редактора

Петрушенко В.В.

Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

Технічний секретар

Лісовий М.І.

Редакційна колегія

Григоренко П.П.

Гунас І.В.

Палій Г.К.

Погорілий В.В.

Процек О.Г.

Пшук Н.Г.

Серкова В.К.

Степанюк Г.І.

Хаїмзон І.І.

Шувалов С.М.

Editor-in-Chief

Moroz V.M.

First Editor Assistant

Petrushenko V.V.

Editor Assistant

Guminsky Yu.I.

Secretary-in-Chief

Klimas L.A.

Technical secretary

Lisovyi M.I.

Editorial Board

Grygorenko P.P.

Gunas I.V.

Paliy G.K.

Pogorilyi V.V.

Protsek O.G.

Pshuk N.G.

Serkova V.K.

Stepanyuk G.I.

Khaimzon I.I.

Shuvalov S.M.

Редакційна рада

Булат Л.М., Гайструк А.Н., Годлевський А.І., Денисюк В.І., Дудник В.М., Кириленко В.А., Кішук В.В., Кукуруза Ю.П., Мазорчук Б.Ф., Маленький В.П., Мороз Л.В., Мостовий Ю.М., Пухлик Б.М., Пушкар М.С., Салдан І.П., Сергета І.В., Чорнобровий В.М., Фіщенко В.О., Яковлева О.О.

Editorial Council

Bulat L.M., Chornobrovy V.M., Denisyuk V.I., Dudnyk V.M., Fishchenko V.O., Gaystruk A.N., Godlevs'kiy A.I., Kischuk V.V., Kukurusa Yu.P., Kyrylenko V.A., Malenky V.P., Mazortchuk B.F., Moroz L.V., Mostovy Yu.M., Pukhlyk B.M., Pushkar M.S., Saldan I.P., Serheta I.V., Yakovleva O.O.

Журнал видрукований в типографії
Вінницького національного медичного
університету ім.М.І.Пирогова

Періодичність видання 2 рази на рік

Адреса редакції
21018, Україна, м.Вінниця,
вул. Пирогова, 56
Тел.: (043-2) 43-94-11
Факс.: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

Printed by printing-house of the
Vinnytsia National Pyrogov
Memorial Medical University

Appears twice a year

Address
Pyrogov Str. 56,
Ukraine - 21018, Vinnytsia,
Tel.: (043-2) 43-94-11
Fax: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua