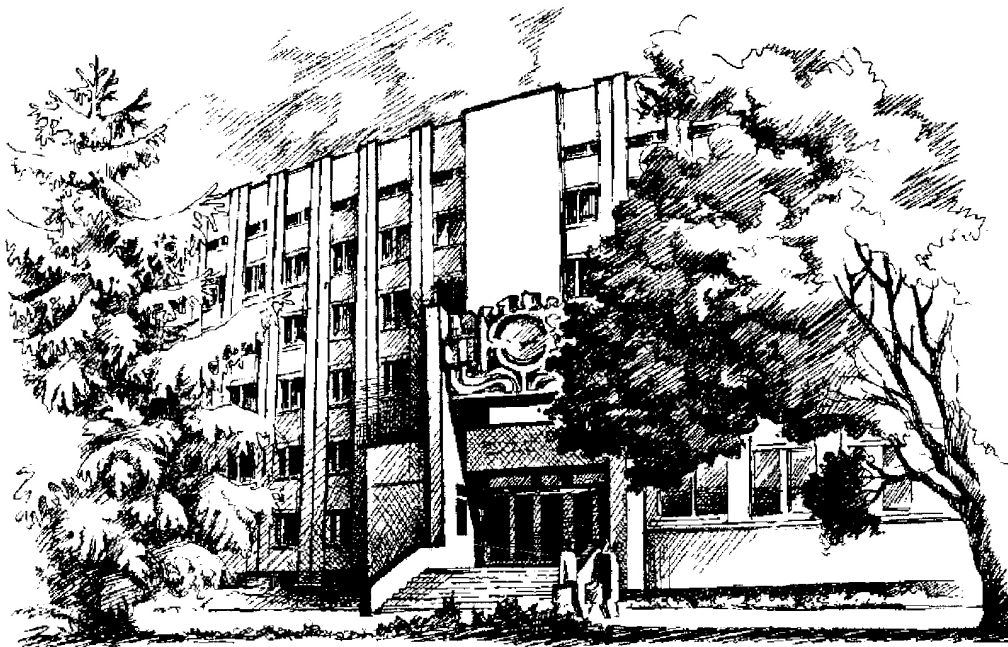


Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
“Українська медична стоматологічна академія”



Том 13, випуск 1 (41)

# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

Полтава 2013

**Вісник**  
**Української медичної стоматологічної академії**

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Ждан В.М., докт. мед. наук, професор – **головний редактор**  
Бобирьов В.М., докт. мед. наук, професор – **заступник**  
**головного редактора**  
Бобирьова Л.Є., докт. мед. наук, професор  
Весніна Л.Е., докт. мед. наук  
Дворник В.М., докт. мед. наук, професор  
Кайдашев І.П., докт. мед. наук, професор  
Катрушов О.В., докт. мед. наук, професор  
Костенко В.О., докт. мед. наук, професор – **заступник**  
**головного редактора**  
Лігоненко О.В., докт. мед. наук, професор  
Литвиненко Н.В., докт. мед. наук, професор  
Максимук О.Ю., докт. мед. наук, професор  
Міщенко А.В., канд. мед. наук, доцент –  
**відповідальний секретар**  
Непорада К.С., докт. мед. наук, професор  
Новіков В.М., докт. мед. наук  
Петрушанко Т.О., докт. мед. наук, професор  
Скрипніков П.М., докт. мед. наук, професор  
Скрипник І.М., докт. мед. наук, професор  
Траверсе Г.М., докт. мед. наук, професор  
Шейко В.Д., докт. мед. наук, професор  
Шерстюк О.О., докт. мед. наук, професор

Адреса редакції та видавця:  
36024, Україна, м. Полтава, вул. Шевченка, 23  
Телефон (05322) 7-44-11, 2-69-66.  
e-mail: [mededition@rambler.ru](mailto:mededition@rambler.ru)  
[www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)

Комп'ютерний дизайн, оригінал-макет –  
Гуржій Т.М.

Підписано до друку 20.03.2013 р.  
Формат 60x84/8. Папір офсетний.  
Ум. друк. арк. 44. Наклад 300. Зам. 107.

Повнотекстова версія журналу (ISSN 2077-1126 (online))  
представлена на сайті [www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)

Модератор – Шульженко П.П.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи,  
Серія ДК №1691 від 17.02.2004р.  
Редакційно-видавничий відділ  
Вищого державного навчального закладу України  
«Українська медична стоматологічна академія»  
36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

ISSN 2077-1096

Засновник і видавець –  
**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ**  
**НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД**  
**УКРАЇНИ**  
**«УКРАЇНСЬКА**  
**МЕДИЧНА**  
**СТОМАТОЛОГІЧНА**  
**АКАДЕМІЯ»**  
Науково-практичний  
журнал

**Актуальні проблеми**  
**сучасної медицини:**  
**ВІСНИК**  
Української медичної  
стоматологічної  
академії

**Том 13,**  
**Випуск 1 (41)**

Свідоцтво про  
державну реєстрацію  
КВ №15143-3715 ПР  
від 6.05.2009 р.

Рекомендовано  
до друку  
Вченою радою Вищого  
державного  
навчального закладу  
України  
«Українська медична  
стоматологічна  
академія»  
(протокол № 7  
від 13.03.2013)

**Журнал затверджений**  
**ВАК України як**  
**наукове фахове**  
**видання**  
**з медичних наук**  
(постанова президії  
ВАК України від  
12.06.2002 р., №1-05/6  
та від 18.11.2009 р.  
№1-05/5)

Усі статті рецензуються

© Вищий державний  
навчальний заклад України  
«Українська медична  
стоматологічна академія», 2013

А  
С  
В  
НА

Виш

Нор

Б

ЧЕР

Б

СВА

Б

ЛАП

Г

МАЛ

ЖЕЛ

Д

ИНН

Л

ЗАС

П

РАЦ

ИНДУ

С

ВИКІ

Х

ПРИ

Х

СОВ

Акт

А

ПРО

А

РЕЛ

Б

ТРАІ

Б

ВОЗ

БРК

Б

РЕЗ

Щ  
Чип

Від  
м.  
тел

# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 13, Випуск 1 (41) 2013

## ВІСНИК УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований у 2001 році

Виходить 4 рази на рік

### ЗМІСТ

#### Всеукраїнської науково-практичної конференції «Скільки читання»

##### Нові хірургічні технології

7 Білізева О.О., Радоховська А.Л., Біляєв В.В., Іванченко Р.В., Циганенко О.О. ЧЕРЕЗЗОНДОВА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ ПЕРИТОНІТІ

9 Борота А.В., Гринцов А.Г., Соєнєв О.В., Шаповалова Ю.А. СВАРЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛАПАРОСКОПІЧЕСЬКОЇ ФУНДЮПЛИКАЦІЇ ПО ПОВОДУ ДИФРАГМАЛЬНИХ ГРЯКІВ

12 Борота А.В., Соєнєв О.В., Маме В.В. ЛАПАРОЛІФТИНГОВАЯ ЛАПАРОСКОПІЧЕСЬКА ХОЛЕЦИСТАКТОМІЯ У ЛІЦЬ С ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНИМ РИСКОМ

14 Грбунік В.В., Четвериков С.Г., Вододюк Р.Ю. МАЛОІНВАЗИВНІВІЕ ПУНКЦІОННІЕ И ЛАПАРОСКОПІЧЕСКІЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

17 Држук Н.Ф., Есеев В.Е., Гршай С.Е. ІННОВАЦІЙНА МІНІІНВАЗИВНА МЕТОДИКА ЛЕЧЕННЯ БОЛЕЗНИ ДЮОЮПТРЕНА

21 Лисенко Р.В. ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ КОНСТРУКЦІЇ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ДЕКТЕКТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТИНКИ

25 Лавенко О.В., Леоненко Л.В., Крушук М.Г., Євченко В.О. РАЦІОНАЛЬНЕ ПЛАНУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ТА ОРТОПЕДИЧНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ЗАХОДІВ ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ІМІТАЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ БІОМЕХАНІЧНОЇ СИСТЕМИ З ДЕНТАЛЬНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ

29 Сухін І.А., Білішовець О.М., Алікберов Ю.В., Сичека С.В., Васильєва І.В. ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТУ « LIGASURE » В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

31 Хацко В.В., Ломанов В.В., Пархоменко А.В., Карачиш В.А., Матвєнко В.А. ПРИМЕНЕНІЕ КЕНООПРАТОВ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

34 Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринев Р.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПІЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

##### Актуальні питання черевної хірургії

36 Аккерев І.А., Мартыненко А.П. ПРОГРАММІРОВАНІЕ МНОГОЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

38 Андрущенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчак О.М. РЕЛАПАРОТОМИЯ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

41 Борусенко В.В., Лавченко В.М., Тамі Т.І., Мишина М.М., Горсьолі Н.І. ТРАНСЛАПЛАСТИРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И ВИЛІАРНОГО СЕПСИСА

44 Бондарь Г.В., Башев В.Х., Соєнєв О.В. ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ БРЮШНОНАЧАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ НЕКРОЗЕ НИЗВЕДЕННОГО ТРАНСИПЛАНТАТА

47 Борота А.В., Голымаєв Ф.М., Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Танаєв І.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНИХ ЯЗВЕННЫМИ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

1096  
тавель –  
САВНИ  
ЗАКЛАД  
И  
БКА  
ТА  
ПІСНА  
«Я»  
тичущи  
і  
обієми  
іцини:  
<  
едичної  
ічної  
і  
(41)  
про  
стращію  
715 ПР  
09 р.  
вано  
у  
о Вішого  
о  
о  
закладу  
и  
медична  
ічна  
«Я»  
№ 7  
1013)  
рджєний  
ни як  
ахове  
я  
к наук  
президі  
и від  
№1-05/6  
2009 р.  
(5)  
знаються

державний  
ад України  
са медична  
2013

<i>Борота А.В., Енгенов Н.М., Василенко Л.И., Жадинский А.Н., Джеломанов С.К.</i>	50
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗНАТЯЖНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ	
<i>Борота А.В., Совпель О.В., Мирошниченко Е.Ю., Шаповалова Ю.А, Косарь Н.В.</i>	52
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	
<i>Бутырский А.Г., Бобков О.В., Сеницын Д.А., Решитов А.Н., Шостикова Ю. Д.</i>	56
ЛЕЧЕНИЕ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ	
<i>Василенко Л.И., Луценко Ю.Г., Енгенов Н.М.</i>	60
УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА РУЧНОГО КИШЕЧНОГО ШВА	
<i>Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Комарчук Е.В., Трушин А.С., Горбулич А.В., Арутюнов С.Э., Тесленко И.В.</i>	61
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
<i>Воровский О.О.</i>	65
ЗАСТОСУВАННЯ АЛОПЛАСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЗАЦЕМЛЕНИХ ГРИЖАХ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	
<i>Ганжий В.В., Ганжий И.Ю., Бойко К.А., Циомашко П.Н.</i>	68
НАШ ОПЫТ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРЕДБРЮШИННЫХ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОЧНЫХ ГРЫЖАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ SILS-ТЕХНОЛОГИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	
<i>Годлевский А.И., Саволук С.И., Балабуева В.В., Сацук О.С.</i>	70
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АЛІМЕНТАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ	
<i>Грубник В.В., Малиновский А.В.</i>	74
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ВЫВОДЫ, СДЕЛАННЫЕ ПРИ АНАЛИЗЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ	
<i>Гурасевский А.А., Стасишин А.Р.</i>	80
АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ В ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ	
<i>Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Завгородняя А.С.</i>	82
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФУЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ	
<i>Десятерик В.І., Котов О.В. Шинкаренко Р.В.</i>	84
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ	
<i>Дронов А.И., Ковальская И.А., Горлач А.И., Уваров В.Ю., Лиходей К.О.</i>	86
СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
<i>Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Швець Ю.П., Горлач А.І., Бурмич К.С.</i>	89
КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЖОВЧЕВІДТОКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА НАЯВНОСТІ ПАРАФАТЕРАЛЬНИХ ДИВЕРТИКУЛІВ	
<i>Дудин А.М., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Каплун А.И., Матвиенко В.А.</i>	91
ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ	
<i>Дужий І.Д., Кравець О.В., Пятикоп Г.І., Кобилецький С.М., Попадисенець В.М.</i>	93
ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ	
<i>Желіба М. Д., Верба А. В., Марцинковський І. П., Хіміч С. Д., Ошовський І. Н.</i>	96
МОНІТОРИНГ БАКТЕРІОХОЛІЇ ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ	
<i>Иващенко А.В.</i>	97
СИНДРОМЫ НАРАСТАНИЯ ЭНДОТОКИКОЗА ПОСЛЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	
<i>Калюжка А.С.</i>	102
ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ВРАХОВУЮЧИ ЗМІНИ В СИСТЕМІ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ	
<i>Каніковський О.Є., Боднарчук О.І., Карий Я.В., Бабійчук Ю.В., Павлік І.В.</i>	106
ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ В ПОХИЛОМУ І СТАРЕЧОМУ ВІЦІ	
<i>Каніковський О.Є., Феджага О.П., Рауцкіс В.А., Шибінський В.В.</i>	108
АБДОМІНОПЛАСТИКА І АЛОГЕРНІОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ	
<i>Капшитарь А. В.</i>	109
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЕЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
<i>Криворучко И.А., Балака С.Н., Сыкал Н.А., Повеличенко М.С.</i>	112
ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	
<i>Криворучко І.А., Бойко В.В., Іванова Ю.В., Повеліченко М.С.</i>	115
РЕЛАПАРОТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС	

Ще  
Чин

Від  
м.  
тел

120	Крушень В.П., Лященко П.В., Король В.В., Власенко А.М., Власенко А.В. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХІРПРІЧНИХ ХВОРИХ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТРАНСМЕМБРАННОГО ДІАЛІЗУ
122	Колтін Я.Г., Хацько В.В., Шаталов О.Д., Пархоменко Г.В., Лопатюк В.В. ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ОСЕРДЕЖКОВІ УТВОРЕННЯ ПЕЧІНКИ
124	Колтін Я.Г., Хацько В.В., Шаталов А.Д., Фомінов В.М., Матвеев В.А. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЫЛОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
127	Кунцкич Ю.Л., Хрустияненко А.А., Мамедгаліев Нургуз Алу оглы. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ С СОЧЕТАТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАХКРЕАТОДУДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
129	Лупальцов В.И., Мельников В.В., Ворончук Р.С. ОСВОБОЖДЕНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
132	Лавренко Д.А., Малик С.В., Челушвили А.Л., Подлесный В.И., Парасоцкий В.И. МЕТОД АЛЛОПЕРИПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ
133	Лаховський В.І., Дем'янюк Д.Г., Дудченко М.О., Крайчик М.І., Хасан Таджедін Ахмед. ПЕРФОРАТИВНА ВИПАСКА - ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
136	Матейчук Б.О., Федчушин Н.Р., Книш Я.М., Бочар В.Т., Долінський О.М., Дмитрук І.І., Данчак С.В., Дячук М.В., Лопатенко В.С. ГОСТРА МЕЗЕНТЕРІАЛЬНА ІШЕМІЯ У НЕВІДКРИТІЙ ХІРПРІ
138	Мишча Н.Н., Маслов А.И., Солдусова В.В., Лосманенко Н.Д. РОЛЬ КОЛОНОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛПАКТОМИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА
141	Мишча Н.Н., Лосманенко Н.Н., Ангелюк І.Н., Мишча К.Н., Солдусова В.В. МОЩА ХИРПРІЧНОГО ЛЕЧЕННЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСЬКОГО ЯЗВЕЧНОГО КОЛІТА
144	Ничитайло М.Ю., Осородік П.В., Скумс А.В., Липуценко О.М., Липуєн О.І. РЕПАРАТОСКОПІЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ЛАПАРОСКОПІЙНІЙ ХІРПРІ
146	Петренко Д.Г., Сипицький В.А., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Менькус В.В. РОЛЬ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ФОРМУВАННІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОГО ПОДХОДУ К ЛЕЧЕННЮ ПАЦІЕНТІВ С БОЛЬШИМИ І ІЛІАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРЯЖКАМИ
149	Рущин В.І., Чобє С.М., Шкірба І.І. ХИРПРІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХВОРОБИ КРОНА
154	Семенов Ю.С., Ломіко О.В., Ленева В.Б. МІНІІНВАЗИВНІ ХІРПРІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНИМИ РІДНИНИМИ ТА ГІНІЙНИМИ УТВОРАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
157	Сипицький В.А., Гринченко С.В., Дюченко С.В., Емтушенко Д.В., Родак В.И. СИМПТОМА АНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТІ РЕПАРАТОМІА І ВИДЕОЛАПАРАСАНАЛІЯ У БОЛЬШИХ С РАЗЛИТІМ ПЕРИТОНИТОМ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДІАГНОСТИЧНОЇ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КІЛКОВИНИ ПРИ ВАЖКИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ
160	Сипицький В.О., Родак В.І., Гринченко С.В., Дюченко С.В., Конь К.В. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КІЛКОВИНИ ПРИ ВАЖКИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ
163	Скуба В.В., Каліна Р.А., Менько А.В. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АПЕНДИЦИТА
164	Скрипко Д. СТАН ПРОЦЕСІВ ВІЛЬНОРАДІКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ ТА ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ
167	Серапанків І.И., Носенко В.В., Макенко В.В., Тумошенко В.В. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЖЖЕННЫХ: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
170	Стороженко О.В., Лисенко О.В., Лісгар І.І., Зубаха А.В., Лісгар І.І., Чорна І.О., Шумейко І.А., Горб Л.І. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРЯЖКАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ
172	Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Дурда О.О., Лобанова О.М. ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ
175	Тумченко М.І., Сусак Я.М. ГАНГРЕНОВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЙОГО ЛАПАРОСКОПІЧНА КОРЕКЦІЯ
176	Фомін П.Д., Гуля Г.В. ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
180	Хацько В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Дрозд П.И. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
182	Хацько В.В., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Базян-Кухто Н.К., Карачиш В.А. РЕЗУЛЬТАТИ ХИРПРІЧНОГО ЛЕЧЕННЯ БОЛЬШИХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННИМИ ОЧАГОВИМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧІНІ В ОДІАГНОСТИЧНОМУ ПЕРІОДІ
184	Четвериков С.Г., Закария Мохаммад Ахмад. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

<i>Чурпій І.К., Пиптюк О.В., Чурпій К.Л., Чурпій В.К.</i> .....	187
ЛІКУВАННЯ ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ПЕРИТОНІТІ	
<i>Шапринський Є. В.</i> .....	189
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТЕНОЗУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ	
<i>Шапринський В.О., Романчук В.Д.</i> .....	192
ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, УСКЛАДНЕНИХ ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ	
<i>Шейко В.Д., Должковий С.В., Оганезян А.Г., Прихідько Р.А.</i> .....	195
ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ОЦІНКИ КЛІНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З МЕТОЮ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТЯЖКОЇ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	
<i>Шейко В. Д., Оганезян А. Г., Должковий С.В.</i> .....	197
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПУНКЦІЙНО – ДРЕНУЮЧИХ САНАЦІЙНИХ ВТРУЧАЊ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД В ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНИХ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ	
<b>Фундаментальні проблеми лікування ран</b>	
<i>Балацкий Е.Р.</i> .....	199
МИКРОБИОЦЕНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОЙ ТРОФИКИ	
<i>Бугайов В.І, Леонов В. В., Кононенко М.Г., Жданов С.М., Солодовник О.В.</i> .....	202
ВИПАДОК САМОАМПУТАЦІЇ ОБОХ СТОП ВНАСЛІДОК ВІДМОРОЖЕННЯ	
<i>Ганжий В.В., Рилов А.І., Руденко Д.Ю., Танцура П.Ю.</i> .....	203
ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ	
<i>Герич І.Д., Савчин В.С., Стояновський І.В., Барвінська А.С., Чемерис О.М.</i> .....	206
НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ОПІКІВ ГОЛОВИ	
<i>Жадинский Н.В., Борота А.В., Жадинский А.Н.</i> .....	210
РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЗАЖИВЛЕННІ РАН	
<i>Козинець Г.П., Циганков В.П., Коваленко О.М., Назаренко В.М., Боярська Г.М.</i> .....	212
МОДУЛЮВАННЯ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМИ ТА ГЛИБОКИМИ ОПІКАМИ	
<i>Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Шумейко І.Н., Стороженко А.В., Горб Л.І., Лігоненко О.О.</i> .....	216
ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ ЕНЗИМОПРЕПАРАТІВ В ЯКОСТІ БУСТЕР-ТЕРАПІЇ ДЛЯ БОРОТЬБИ З МІКРОБНИМИ БІОПЛІВКАМИ ХРОНІЧНИХ РАН	
<i>Лігоненко О.В., Зубаха А.Б., Чорна І.О., Шумейко І.Н., Стороженко О.В., Дігтярь І.І., Іващенко Д.М.</i> .....	218
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОЇ ГНІЙНОЇ РАНИ	
<i>Пиптюк О.В., Телемуха С.Б., Пиптюк В.О.</i> .....	219
МЕТОДИ ЗАКРИТТЯ ІШЕМІЧНИХ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ	
<i>Подпрятков С.С., Корбут С.М., Маринський Г.С., Ткаченко В.А., Сидоренко О.В.</i> .....	222
НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ПАРАПРОКТИТУ	
<i>Фисталь Н.Н.</i> .....	224
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВ	
<i>Фисталь Н.Н., Сперанский И.И.</i> .....	228
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА «ДЕРМОФИБРАЗЕ» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВ	
<i>Форманчук А. М.</i> .....	231
ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІNKИ ЯК РЕАКЦІЯ НА ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ	
<b>Сучасні проблеми судинної хірургії</b>	
<i>Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Яценко І.В.</i> .....	235
ОСОБЛИВОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ АНГОМОСНИХ КЛАПТІВ НА ГОЛОВІ ТА ШИЇ	
<i>Борота А.В., Христуленко А.А., Кирьякулова Т.Г., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л.</i> .....	237
ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА С УЧЕТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСУДОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ	
<i>Дрюк Н.Ф., Барна И.Е., Киримов В.И.</i> .....	239
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ ИЛИ КРУПНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА ИЛИ ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
<i>Лупальцов В.И., Дехтярук И.А., Фоминов А.А.</i> .....	242
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОРДОВОЙ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
<i>Паламарчук В.І., Ходос В.А.</i> .....	244
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ХІРУРГІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК (ОГЛЯД)	
<i>Русин В.І., Болдіжар П.О., Попович Я.М.</i> .....	249
ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОПЛИНУ ПРИ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ У СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ	

Ще  
Чит

Від.  
м.  
тел

187	Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар Л.О., Ряшко М.І.	МІНІІНВАЗІВНЕ СКЛЕРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВАРІКОТОМБОФЛЕБІТУ У ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ПРОТИПОКАЗАННЯМИ ДО ВЕНЕКТОМІЇ	253
189	Сандер С.В.	ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИКИ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖКИХ КІНЦІВОК	256
192	Цуповяз С.В., Янко С.В., Рябоконь А.М.	ТАКТИКА ЛЕЧЕННЯ ОСТРОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ НЕПРОХОДИМОСТІ ВЕРХНІХ КОНЕЧНОСТЕЙ	258
195		Хірургічна травма	258
197	Крутюк В.О., Кушнір В.А.	ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ ПРИ ТЯЖКІЙ ПОСІДАНІЙ ТРАВМІ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	262
197	Ксьонз І.В.	ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ЖИВОТА ТА ПОШКОДЖЕННЯМ СЕЛЕЗІНКИ	264
199	Кутюгов А.В., Пумахов В.В., Пелех В.А., Чапка В.А.	ДІАГНОСТИЧЕСКІЕ І ЛЕЧЕБНІЕ ВОЗМОЖНОСТІ ВИДЕОЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРІВРЯШНОГО КРОВОТЕЧЕННЯ У ПАЦІЕНТОВ С СОЧЕТАННОЇ КРАЇНОВАБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМОЇ	267
202	Чурилов А.В., Кушнір С.В., Попандоуло А.Д.	ЛІЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦІЙ ШЕКИ МАТКИ С ІСПОЛЬЗОВАННЯМ РАДІОВОЛНОВОГО ХІРУРГІЧЕСКОГО МЕТОДУ	270
203	Шейко В.Д., Панасенко С.И., Кривжановський А.А., Кравченко С.П., Шкряпун А.А., Сьтнік Д.А.	ПУТІ УЛІЧШЕННЯ НЕОТЛОЖНОЇ ПОМОЦІ ПРИ ПОЛІТРАВМІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ СТАПІ	273
206		Питання викладання хірургічних дисциплін на фундаментальних кафедрах	273
210	Бондарев Р.В., Чубісов А.Л., Орехов А.А., Селуанов С.С., Абулюев Н.П., Маслов Я.Я., Селуанова О.В., Бондарева Е.А.	ПУТІ УЛІЧШЕННЯ ОСВОЄННЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЬКОВ НА КАФЕДРАХ ХІРУРГІЧЕСКОГО ПРОФІЛЯ В СВЕТІ БОЛОНСЬКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕСА	277
212	Борота А.В., Василенко Л.И., Луценко Ю.Г., Єнгенов Н.М.	К ВОПРОСУ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТАНДЯЩОЇ РАБОТИ СТУДЕНТОВ ПО ДЕСМЕРГІЇ НА КАФЕДРАХ ОБЩЕЙ ХІРУРГІЇ В МЕДИЦИНСКОМУ ВУЗЕ С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ	279
218	Борота А.В., Лыков В.А., Борота А.А., Ксенюков С.С., Гольямедов В.А.	АСПЕКТИ ПРЕПОДАВАННЯ ОБЩЕЙ ХІРУРГІЇ СТУДЕНТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	280
219	Борота А.В., Лыков В.А., Полуни Г.Е., Джемюганова С.А., Єнгенов Н.М.	ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАННЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	282
222	Борота А.В., Хрустуненко А.А., Кушнік Ю.Л., Хрустуненко А.Л., Купрякулова Т.Г.	ЕЛЕКТРОННОЕ УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ МНОГОУРОВНЕНОГО ТИПА – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ	284
224	Ганжій В.В., Яршко Н.А., Баурин А.В., Колесник И.Л.	ПУТІ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАННЯ ОБЩЕЙ ХІРУРГІЇ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	285
228	Грицнов А.Г., Хрустуненко А.А., Гольямедов Л.Ф., Кушнік Ю.Л., Хрустуненко А.Л.	ОПЕИИВАНІЕ УЧЕБНОЇ ДЕЯТЕЛЬНОСТІ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРАХ ОБЩЕЙ ХІРУРГІЇ И ХІРУРГІЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДОННМУ ИМ. М.Г.ГОРЬКОГО	287
231	Дронов О.І., Насмашенко Л.І., Ковальська І.О., Ковальська І.О., Крючина Є.А., Скомаровський О.А., Процюк А.В.	РОЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТОВ НАУКОВОГО ГРУПА В МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОРІЕНТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ	288
235	Журавлева Ю.И., Балацкий Е.Р.	СПЕЦИАЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКИХ НАУЧНИХ КРУЖОК КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХІРУРГІЇ КАК ПЕРВЫЙ ШАГ В ХІРУРГІЧЕСКУЮ СПЕЦИАЛЬНОСТІ	292
237	Завгородняя Н.Г., Луценко Н.С., Ісакова О.А., Рудьчева О.А.	УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЬКОВ НА КАФЕДРАХ ТЯЖКИХ БОЛЕЗНЕЙ	294
239	Ивашенко В.В., Ивашенко А.В.	СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРАХ (О ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ)	296
242	Іоффе О.Ю., Кульбака В.С., Меліні В.М., Коваленко О.М., Гауза Т.М.	МОТИВАЦІЯ ДО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РЕАЛІЗАЦІЇ КРЕДИТНО – МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ В ОПАНУВАННІ ЗАГЛЯДНОЇ ХІРУРГІЇ	299
244	Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Шаталов А.Д.	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТИ ОСВОЄННЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЬКОВ НА КАФЕДРАХ ХІРУРГІЇ ИМ. К.Т.ОВНАТАНІАНА	302
249	Криворучко И.А., Сыкал Н.А., Тесленко С.Н., Балака С.Н.	ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАННЯ ХІРУРГІЇ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	304
306	Крушель В.П., Задорожний В.В., Баранник С.І., Трофімов М.В., Івашенко Л.В.	ПРОБЛЕМИ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ЗАГЛЯДНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ	306

<i>Кушта Ю.Ф., Лисюк Ю.С.</i> .....	307
ОПТИМІЗАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ У КОНТЕКСТІ НАВЧАННЯ НА ЗАСАДАХ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ	
<i>Ксенофонтов С.С., Борота О.В., Гюльмамедов Ф.И., Ликов В.О., Жадинський А.М.</i> .....	309
МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТЬОГО ФАХІВЦЯ У НАВЧАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	
<i>Лупальцов В.И., Ворошук Р.С., Ягнюк А.И., Дехтярук И.А.</i> .....	311
ДИДАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	
<i>Миминошвили О.И., Ярошак С.В., Веселый В.Я., Миминошвили А.О., Хачатурова К.М.</i> .....	314
ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	
<i>Мунтян С.О., Баранник С.І., Панікова Т.М., Лященко П.В.</i> .....	316
ДЕОНТОЛОГІЧНІ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	
<i>Мунтян С. О., Гузенко Б.В., Нор Н.М.</i> .....	318
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ТЕРМІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	
<i>Телемуха С.Б.</i> .....	320
МЕТОД ПРОЕКТІВ ЯК НОВІТНЯ МЕТОДИКА РЕАЛІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	
<i>Тутченко М.І., Сусак Я.М.</i> .....	324
МОТИВАЦІЯ ТА ІНІЦІАТИВА СТУДЕНТІВ ДО ВИВЧЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	
<i>Тутченко М.І., Сусак Я.М.</i> .....	326
СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРАКТИЧНИМ НАВИЧКАМ	
<i>Феджага О.П.</i> .....	327
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ	
<i>Фисталь Э.Я., Солошенко В.В., Фисталь Н.Н., Носенко В.М., Самойленко Г.Е.</i> .....	329
ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ КУРСАНТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕХНОГЕННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ	
<i>Шумейко І.А., Лігоненко О.В., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Дігтяр І.І., Стороженко О.В.</i> .....	331
ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ ДЛЯ ПОТОЧНОГО ТА ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ	
<b>Різне</b>	
<i>Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Полуни Г.Е., Гюльмамедов В.А.</i> .....	334
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ	
<i>Діхтенко Т.Г., Костенко В.О.</i> .....	336
МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ХІРУРГІЧНОМУ ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ, НА ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ДЕЗОРГАНІЗАЦІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ОПЕРОВАНОЇ ТОНКОЇ КИШКИ ЩУРІВ	
<i>Доброскок В.О.</i> .....	339
ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ЛІМФАДЕНІТ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ: СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС, ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ	
<i>Дубініна В.Г., Четвериков С.Г., Максимовський В.Є.</i> .....	342
РАДІОЧАСТОТНА ТЕРМОАБЛЯЦІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З МЕТАСТАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ	
<i>Пінчук В.Д., Ткач О.С.</i> .....	344
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ФІКСАЦІЇ ТКАНИН ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМУ ЛІФТИНГУ ВЕРХНЬОЇ ЧАСТИНИ ОБЛИЧЧЯ	
<i>Шаснюк З.О.</i> .....	346
РАЦІОНАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	
<i>Шейко В.Д., Крижановський О.А., Панасенко С.І., Калюжка С.І., Небаба С.В.</i> .....	348
КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО З РІДКІСНОЮ ПРИЧИНОЮ ХРОНІЧНОЇ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ	
<i>Шкурупій Д.А.</i> .....	351
УЛЬТРАСТРУКТУРНИЙ ПОШУК ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ПОМЕРЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ	

Що  
чит

Від  
м. У  
тел.



ДК – 616.344-002-03184-06-089

Усун В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І.

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХВОРОБИ КРОНА**

ВНЗ «Ужгородський національний університет»

Частота хвороби Крона зростає в 60-70 роки ХХ століття, особливо у Великобританії, Швеції, США та Німеччині. Набагато рідше вона в Іспанії, Сирії, Італії, Індії, Китаї та Японії. Середній показник частоти хвороби Крона становить 9 випадків на 100000 населення в рік. Поширеність хвороби коливається в межах від 34 до 146 хворих на 100000 населення. Екстремні та термінальні операції втручання при термінальному ілеїті показані при наявності ускладнень: перитоніт, перфорація, кишкова непрохідність. При ремісії хворих з ускладненою хворобою Крона проводиться планове лікування. Інфліксимаб (інгібітор TNF- $\alpha$ ) є препаратом першої лінії лікування при термінальному ілеїті. Частота операцій вища у пацієнтів з першою операцією порівняно з повторними операціями. Частота операцій вища у пацієнтів з першою операцією порівняно з повторними операціями. Частота операцій вища у пацієнтів з першою операцією порівняно з повторними операціями.

**Вступ**

Частота хвороби Крона зростає в 60-70 роки ХХ століття, особливо у Великобританії, Швеції, США та Німеччині. Набагато рідше вона в Іспанії, Сирії, Італії, Індії, Китаї та Японії. Середній показник частоти хвороби Крона становить 5,9 випадків на 100000 населення в рік. Поширеність хвороби коливається в межах від 34 до 146 хворих на 100000 населення [1,4]. Середній рівень захворюваності в північній Європі на 80% вищий, ніж в південній частині. Невідомо, чи є це результатом епідеміологічних змін, чи є це результатом зміни способу життя. Частота операцій вища у пацієнтів з першою операцією порівняно з повторними операціями. Частота операцій вища у пацієнтів з першою операцією порівняно з повторними операціями.

**Мета дослідження**  
 Розрахована диференційована хірургічна тактика лікування ускладнень термінального ілеїту.

**Об'єкт і методи дослідження**

Відповідно до сучасної концепції хворих з ускладненою хворобою Крона, хірургічні методи застосовувалися тільки для лікування ускладнень (кишкова непрохідність, нориці, формування абсцесів, перфорація, карцинома), важкий загальний стан пацієнта стікає між іншим фізичну активність. В хірургічній клініці ЗОКІ ім. Андрія Новака (м. Ужгород) ми спостерігали 43 пацієнти із розвиненими ускладненнями хвороби Крона. При цьому було виконано 79 операцій, з них 1 хворому виконано 8 операцій, 10 пацієнтів перенесли по 3 операції, ще 5 пацієнтам було виконано по 2 операції, а решта перенесли по одному операційному втручанню. Види операційних втручання представлені в таблиці 1. Найбільш частими показаннями до виконання операційного втручання в плановому порядку були зовнішні нориці, інфільтрати з міжкишковими норицями та абсцедуванням, 44% операційних втручання виконували по невідкладних показах.

Таблиця №1  
 Види операційних втручання застосованих при лікуванні хвороби Крона

Вид операційного втручання	Перитоніт	Нориці	Стригури	Інфільтрати
Правобічна геміколектомія	—	3	16	1
Семітарна резекція	—	—	—	9
Субтотальна колектомія	—	—	—	—
Ілеостомія	2	—	—	11
Розкриття і дренажування гнояків та ліквідація нориць в тому числі	—	16	—	8
Реконструктивні операції	2	5	—	4

Де показами до екстреного та термінового оперативного лікування при хворобі Крона були:

1. Перитоніт.
2. Перфорація.
3. Стриктурі здухвинної кишки з явищами кишкової непрохідності.

У зв'язку з чим покази до операції при хворобі Крона можна поділити на:

Екстрені – при прогресуванні ускладнень, не дивлячись на проведення консервативної терапії.

Термінові – при недостатній ефективності консервативної терапії та збереженні клінічних проявів захворювання.

Планові – клінічні прояви захворювання ліквідовані, але патологічний субстрат зберігався (внутрішні нориці, стриктури) і був реальний ризик рецидиву.

Перитоніт при хворобі Крона спостерігався у двох (4,7%) пацієнтів і всі вони оперовані у декілька етапів. Зовнішні нориці як ускладнення термінального ілеїту спостерігались у 10 (23,3%) хворих і всі вони також оперувались у декілька етапів. Стриктурі здухвинної кишки з порушенням кишкової прохідності була у 17 (19,5%) пацієнтів, де у 10 (58,8%) з них виконана одномоментна операція, а у семи (41,2%) – у декілька етапів. Наявність інфільтрату з міжкишковими норицями та абсцедуванням спостерігалось у 14 (32,6%) хворих де у 11 (78,6%) операція виконувалась одномоментно, а у трьох (21,4%) – у декілька етапів. Реконструктивно-відновні втручання виконані у 12 (26,7%) хворих.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Норицеві отвори на шкірі передньої черевної стінки спостерігались у 7 (50%) хворих, з них в трьох – два та більше отворів в правій здухвинній ділянці, в місці післяопераційного рубця, з яких спостерігались тонкокишкові виділення. У двох хворих зовнішні норицеві отвори спостерігались в нижній третині нижньосереднього лапаротомного рубця із скудним виділенням гною.

У 7 пацієнтів із інфільтратами в правій здухвинній ділянці, перебіг хвороби ускладнювався утворенням нориць після першого етапу оперативного лікування після виконання апендектомії в інших лікувальних закладах. У одного хворого виконано висічення нориці з правобічною геміколектомією, а у шести хворих у два етапи – висічення нориці та сегментарна резекція інфільтрату в межах тонкої кишки. При ураженні сигмоподібної кишки оперативне лікування проводили у два етапи, при першому накладали колостому, а після стихання запального процесу виконували другий етап в обсязі резекції сигмоподібної кишки з висіченням нориці передньої черевної стінки.

Термінальний відділ здухвинної кишки був доступний для ревізії у 36 (77,8%) хворих. Ознаки запального перипроцесу виявлені у правій здухвинній ямці, де до термінального відділу здухвинної кишки були припаяні сигмоподібна та сліпа кишки. При роз'єднанні спайок у 7 (17,3%) виявлено норицю між петлями зду-

хвинної та сліпої кишки, а у двох (4,4%) між петлями здухвинної та сигмоподібної кишки. Лікування цих пацієнтів виконувалось в два етапи де у 6 (13,3%) виконана резекція ілеоцекального відділу з формуванням ілео- і асцендостомии. Резекція здухвинної кишки з формуванням двостулкової ілеостомии виконано у 4 (8,9%) хворих.

Абсцеси черевної порожнини спостерігались у семи хворих з інфільтратом та міжкишковими норицями, чотири в ілеоцекальному куті між передньою черевною стінкою та кишкою, три між петлями кишок в порожнині малого тазу.

Враховуючи важку форму хвороби Крона з ураженням термінального відділу здухвинної кишки, ускладненою формуванням зовнішніх і внутрішніх тонкокишкових нориць, обширного інфільтрату з наявністю абсцесів черевної порожнини та наростаючої кишкової непрохідності, неефективність консервативної терапії семи хворим (16,7%) оперативне лікування було розділено на три етапи. На першому етапі – виконувалось накладання двостулкової ілеостомии та розкриття і дренажування абсцесу, на другому етапі сегментарна резекція або геміколектомія через 2-8 місяців. На третьому етапі – закриття ілеостомии через 1-3 місяці після другого етапу.

При такому грізному ускладненні як перитоніт екстрена операція зводилась до санації черевної порожнини з наступним дренажуванням і створенням ілеостомии вище конгломерату кишок з перфорацією яка окремо вишивають на передню черевну стінку. Наступним етапом, через 2-3 місяці виконувалась сегментарна резекція уражених петель кишки з відновленням пасажу.

Основним патогенетичним механізмом розвитку ускладнень при хворобі Крона з локалізацією в термінальному відділі клубової кишки є формування запальної стриктури з одночасною пенетрацією виразкового дефекту в проксимальному відділі ураження за межі кишкової стінки. У цьому випадку розвивається реактивне запалення із формуванням паракишкового інфільтрату, а потім розвиток внутрішніх і зовнішніх кишкових нориць. Якщо прогресування захворювання відбувається на фоні неадекватної консервативної терапії і призводить до порушення кишкової прохідності, розвитку гнійно-септичних ускладнень, то виникає необхідність хірургічного лікування.

У половини хворих в черевній порожнині спостерігали серозний вміст в об'ємі 100-150мл. При бактеріологічному аналізі наявність інфекційного асцити виявлена у 5 хворих, в тому числі чотири види мікроорганізмів (*Citrobacter*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Escherichia coli*) з чутливістю до групи карбопенемів.

У 11 хворих термінальний ілеїт не розповсюджувався безпосередньо на зону баугінієвої заслінки і спостерігалась незмінена ділянка тонкої кишки протяжністю 10см до переходу в сліпу кишку. У трьох пацієнтів у запальний процес була втягнута здухвинна частина тонкої кишки безпосередньо в ілеоцекальний кут (рис.1).

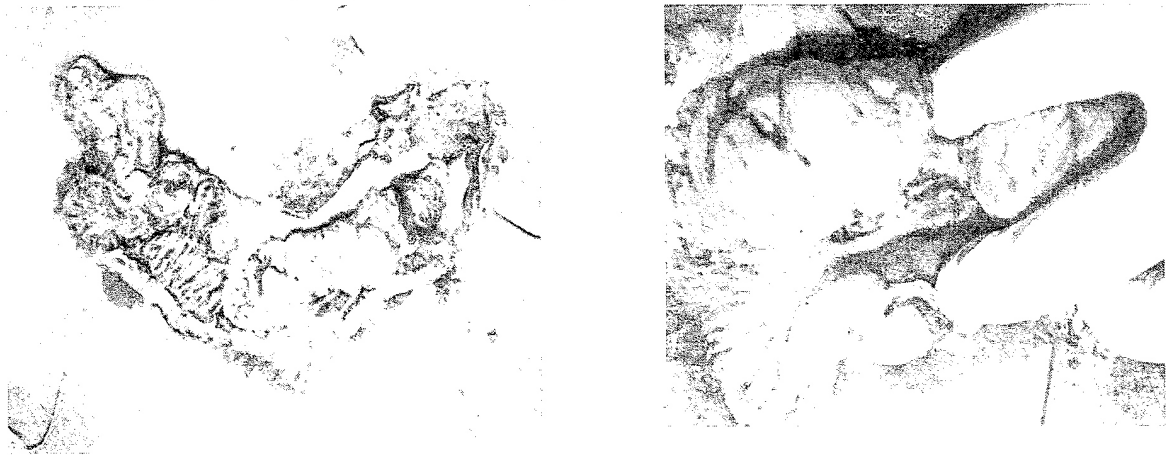
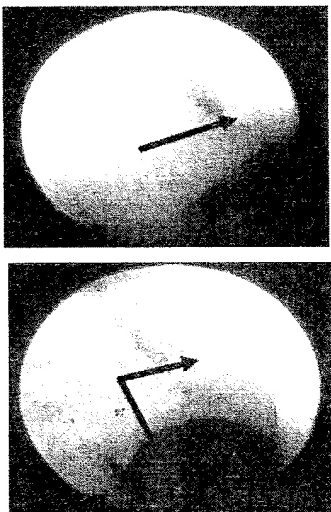


Рис. 1. Мікропрепарат хворобі М. Стенноз термінального відділу тонкої кишки в ділянці переходу в сліпу кишку.



Рис. 2. Кишково-шкірні норці: а) вид ззовні;



б) вид з боку слизової прямої кишки.

Інфільтрат розташовувався переважно в правій

всіх хворих в інфільтрат були втягнуті ілеокаліальний

кут з брижкою термінального відділу тонкої кишки.

Втягнуті в інфільтрат були сировидна кишка у 5

(35,7%), сальник 7 (50%), сечовий міхур у 2 (14,3%),

матка з додатками у 1 (7,1%) пацієнта.

Термінальний відділ здухвинної кишки був доступ-

ний для ревізії у 11 (78,1%) хворих. Останній був по-

товщений, брижа інфільтрована. При роз'єданні спа-

нок у 5 (35,7%) пацієнтів виявлена норці між термі-

нальним відділом здухвинної та сліпої кишок.

Тривало існуючі стриктури і інфільтрати при хво-

роби کرونا викликали гостру кишкову непрохідність у

20 пацієнтів. Причинами, що викликали непрохідність

в 17 випадках, були стриктури, які локалізувалися в

термінальному відділі кишки. Інфільтрати

черевної порожнини стали причиною виникнення ОКН

у 3 пацієнтів, у 3-х з них вони локалізувалися також в

ілеокаліальному куті.

У всіх 20 випадках операції виконували за екстре-

мими показаннями одномоментно. При цьому при

ОКН, що викликана стриктурою термінального відділу

кишкової кишки, виконували операцію в обсязі право-

сторонньої геміколектомії з назогастроінтестинальною

інтубацією тонкої кишки.

При ураженні дистальних відділів товстої кишки у

Кишково-кишкові норці являють собою найбільш

часті варіанти норці, що зустрічаються при хворобі

Крона для подальшого утворення абсцесів.

Клинічно в навіколишніх тканинах, стасючі придатною зо-

ноті, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Вони розвиваються при важкому перебігу захворю-

вання, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Вони розвиваються при важкому перебігу захворю-

вання, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Вони розвиваються при важкому перебігу захворю-

вання, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Вони розвиваються при важкому перебігу захворю-

вання, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Вони розвиваються при важкому перебігу захворю-

вання, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Вони розвиваються при важкому перебігу захворю-

вання, утворень стенозів, а також після операції. Но-

ричні ходи можуть досвіяти шкіри (зовнішні норці).

Крона. Серед них переважають нориці між різними ділянками тонкої кишки, нориці між термінальним відділом клубової кишки та ободової або сигмовидної кишками. Нориці приводять до розвитку спадкового процесу між ураженими ділянками кишечника з формуванням пухлиноподібних конгломератів.

Для діагностики нориць доцільно застосувати рентгенологічне дослідження, ультразвукове дослідження, а також комп'ютерну томографію. Найбільш інформативним діагностики нориць є фістулографія. Внутрішні нориці виявляються за допомогою пероральної ентографії та ірігоскопії. Комп'ютерна томографія в 30% випадків дозволяє виявити нерозпізані раніше зміни і в 80% діагностувати наявність раніше не виявлених нориць між ураженими ділянками кишки і внутрішніми органами, а також шкірою та м'язами.

При локалізації нориць в області прямої кишки і заднього проходу найкращі результати дають магнітно-резонансна томографія та ендосонографія прямої кишки.

Серед ускладнень хвороби Крона абсцеси зустрічаються в 1-14% випадків. Внутрішні нориці, а також перфорація стінки кишки можуть стати у хворих хворобою Крона причинами виникнення абсцесів. Абсцеси частіше розташовуються між кишечником і черевною стінкою або заочеревинно. Рідше зустрічаються лігатурні або мезентеріальні абсцеси

Абсцеси, розташовані внутрішньоочеревинно, найчастіше бувають пов'язані з норицями, поперечною стінкою кишки або неспроможністю анастомозів. Внутрішньоочеревинні абсцеси також зазвичай обумовлюються норицями.

Стрикттури кишки виявляють у 30-50% пацієнтів із хворобою Крона. Кишкова обструкція частіше розвивається в разі ураження тонкої кишки (35%) при локалізації процесу в товстій кишці в 17% випадків. Стрикттури і стенози кишки, що розвинулися на ранній стадії захворювання, мають доброякісний характер. Фіброзні зміни в стінці кишки призводять до виникнення коротких ділянок стриктур або більш протяжних зон стенозування, що нагадують за формою слухавку. Стенози при хворобі Крона обумовлюються в більшості випадків ураженнями м'язової оболонки, що включають в себе дезінтеграцію її нормальної структури. Стенози, пов'язані з ураженням м'язової оболонки найчастіше локалізуються в сигмовидній кишці. Однак зміни м'язової оболонки нерідко беруть участь і у формуванні стенозів тонкої і товстої кишок. Кишкова обструкція частіше розвивається на тлі гострого запалення слизової оболонки, яка супроводжується набряком і запально обумовленим звуженням просвіту в тих випадках, коли початково є рубцеві зміни кишки, викликані попередніми загостреннями. Але завжди необхідно пам'ятати, що за виявленою стриктурою кишки може ховатися злоякісна пухлина. Найчастіше стриктури кишки локалізуються в термінальному відділі клубової кишки.

Захворювання не завжди вдається вилікувати за допомогою хірургічного втручання, проте вираженість клінічних проявів, а також частота загострень, які потребують лікарської терапії, після операції суттєво зменшуються. А при локалізації ураження в ілеоцекальному зоні, зволікання з операцією не призводять до зменшення частоти оперативних втручань і не покращують перебігу післяопераційного періоду. Це заклучення призвело в останні 20 років до формування сучасної концепції, згідно якої хірургічні методи повинні застосовуватись тільки для лікування ускладнень (кишкова непрохідність, нориці, абсцеси, перфорація,

кровотеча), які не підлягають консервативній терапії.

Обсяг операції в даний час обмежується економічною резекцією сегмента кишки, відповідального за розвиток ускладнень, який спричинив необхідність проведення операції.

У пацієнтів із поширеними формами хвороби Крона подальший перебіг захворювання в значній мірі залежить від виду первинної операції. Найкращий прогноз відмічається у хворих, які перенесли первинну проктоколектомію (частота клінічно виражених рецидивів протягом 10 років складає 20%), хоча нерідко це досягається ціною накладення постійної колостоми. Суттєво більш високі показники частоти рецидивів спостерігаються після колектомії та первинної (або подальшої) ілеоректостомії, а також після сегментарної резекції частота клінічно виражених рецидивів протягом 10 років досягає 60-80% (рис. 3).

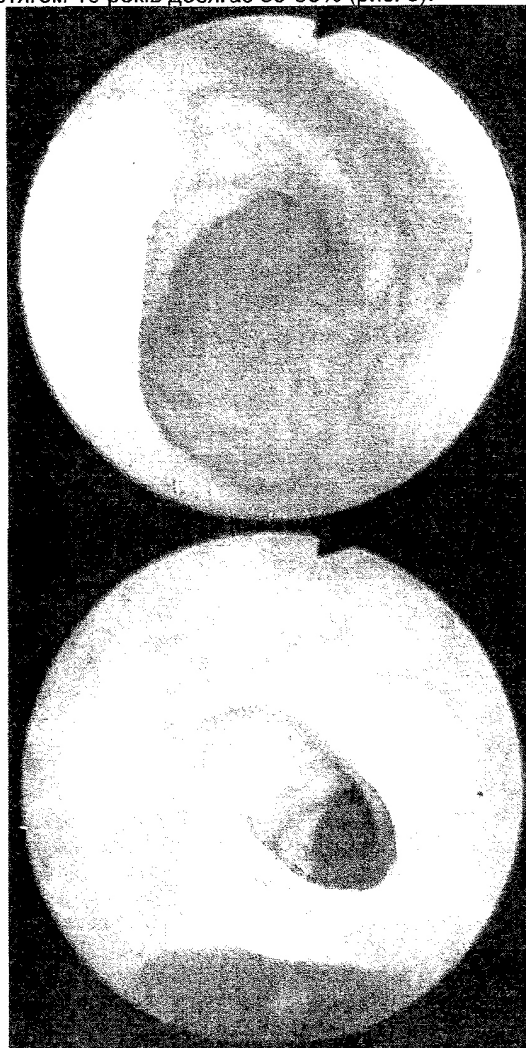


Рис. 3. Фіброколоноскопія хворої А. Виразкування зони ілео-ректального анастомозу.

При ізольованому ураженні тонкої кишки найчастіше показанням до операції в 50% є кишкова обтурація (стеноз). Далі слідує нориці та абсцеси(23%). При ізольованому ураженні товстої кишки найчастішими показаннями до операції стають неефективність консервативної терапії(27%).

Вибір обсягу операції вирішується індивідуально: при кишковій непрохідності, яка виникла на тлі стенозу або інфільтрату, показані одномоментне оператив-

→ втручан  
кишки. Ми  
виправдан  
тої якому  
данія ілес  
зативне л  
з себе ре  
тими і вик

1. Екс  
термінал  
еннях:  
ність. П  
Крона п  
вання  
2. Ін  
лейту, у  
сперуві  
са як пі  
си — як  
пом.

ХИРУР  
Русин І  
Ключев  
Ча  
нии. І  
5,9 с  
ных і  
заны  
осло  
фор  
млек  
конс

SUF  
Rus  
Key

the  
ma  
10  
gr  
st  
s

терапії, економного заохідності, зоби кро- і інші міри ікраїний певних неперіодичності, злості- ідіваів і (або) ідіваів

ентар- ідіваів

втручання з назоінтестинальною інтубацією тонкої кишки. Ми вважаємо, що у більшості половини хворих на першому етапі передбачається накла- дення ілеостоми або колоостоми та інтенсивне консер- вативне лікування. Виконання другого етапу лікування себе резекцію уражених сегментів кишки або колос- томи і виконання відновної реконструктивної операції.

**Висновки**

1. Екстрені та термінові оперативні втручання при термінальному ілеїті показані при наступних усклад- неннях: перитоніт, перфорация, кишкова непрохід- ність. При ремісії хворих з ускладненою хворобою Крона потребує планового етапного хірургічного ліку- вання.

2. Інфільтративно-норицеві форми термінального ілеїту, ускладнені абсцесом черевної порожнини, слід оперувати в три етапи – ілеостомія з розкриттям гноя- ка як перший етап, резекцію ураженого сегменту киш- ки – як другий етап, реконструкція кишки – третім ета- пом.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ КРОНА**

Рusin B. И., Чобей С. М., Шкриба И. И.  
Ключевые слова: болезнь Крона, терминальный илеит.

Частота болезни Крона выросла в 60-70 годы XX века, особенно в Великобритании, Швеции, США и Герма- нии. Гораздо реже она в Испании, Сипитии и Израиле. Средний показатель частоты болезни Крона составляет 5,9 случаев на 100000 населения в год. Распространённость болезни колеблется в пределах от 34 до 146 боль- ных на 100000 населения. Экстренные и срочные оперативные вмешательства при терминальных илеитах пока- заны при следующих осложнениях: перитонит, перфорация, кишечная непроходимость. При ремиссии больных с осложнённой болезнью Крона требуется этапного хирургического лечения. Инфильтративно-свищевые формы терминального илеита, осложнённые абсцесом брюшной полости, следует оперировать в три этапа - конструкция кишечника как первый этап, резекцию поражённого сегмента кишки - как второй этап, пе- реконструкция кишки - третьим этапом.

**Summary**

**SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CROHN'S DISEASE**

Rusin V.I., Chobey S.M., Shkriba I.I.  
Key words: Crohn's disease, terminal ileitis.

The incidence of Crohn's disease has increased in the 60-70 of the twentieth century, especially in the UK, Sweden, the USA and Germany. It is much less prevalent in Spain, Sicily and Israel. Average incidence rate of Crohn's disease makes up 5.9 cases per 100,000 population per year. Prevalence of the disease varies from 34 to 146 patients per 100,000 population. The remission of patients with complicated Crohn's disease requires planned stage-by-stage sur- gery. The infiltrative-fistula forms of terminal ileitis complicated with abdominal abscess should be operated in three stages – ileostomy and abscess drainage, as the first stage, resection of the affected bowel segment as the second stage, and bowel reconstruction as the third stage.

**Література**

1. Ривкин В.Л. Атлас практической колоректальной хирургии / В.Л. Ривкин, О.Э.Луцевич, С.Н.Файн, В.В.Лукин. – М.: ИЛД Медпрак- тика, 2006. – 144 с.
2. Григорьева Т.А. Болезнь Крона / Т.А. Григорьева, Н.Ю. Мешал- кина. – М.: Медицина, 2007. – 184 с.
3. Гольямаев Ф.И. Хирургическое лечение болезни Крона: по- казания, хирургическая тактика, профилактика осложнений / Ф.И. Гольямаев, Л.Ф. Гольямаев, А.П.Кухто [и др.] // Хи- рургия Украины. – 2003. – № 2 (6). – С.22-27.
4. Захараш М.Л. Состояние колоректальной помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М.Л. Захараш // Матери- али II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. – К.: Медицина, 2006. – С.21-34.
5. Кравченко Т.Г. Сучасні аспекти лікування хвороби Крона / Т.Г. Кравченко // Ліки України. – 1999. – №10. – С.51-52.
6. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспе- цифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диаг- ностика, лечение / И.Л. Халиф, И.Д. Лоранская. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.
7. Kucher M. The role of laparoscopic techniques in the treatment of inflammatory bowel disease (IBD) / M.Kucher, Y.Batalis, S.Shevchuk [et al.] // Faik Symposium "New Aspects in Hepatology and Gastroenterology". - Tbilisi/Tiflis (Georgia), 1998. – P. 151.
8. Michelsaistel F. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease / F. Michelsaistel // Surgery. – 2000. – №128. – P.597-603.

Summary  
INNOVATIVE TECHNOLOGIES REFERRING OUTPATIENT SURGERY OF LOWER EXTREMITIES VARICOSITY

Palamarchuk V.I., Khodos V.A.  
Key words: varicose veins, outpatient phlebosurgery.

The article presents data on the latest innovative technologies used in the surgical treatment of varicose veins as well as reflects the benefits and shortcomings of various minimally invasive techniques, emphasizing the importance of their further studying and improving.

УДК 616.146-005.6:612.15  
Русин В.І., Болдіжар Л.О., Попович Я.М.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОПЛИНУ ПРИ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ У СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

У роботі наведено аналіз результатів обстеження 7 хворих з гострим глибоким венотромбозом у системі нижньої порожнистої вени. Включення в клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне скенування та доплерографія, рентгеноконтрастна флебографія, мультиспираль-на комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастом) радіоізотопної флебосцинтиграфії дало можливість оцінити функціональний стану колатерального кровоплину при гострих глибоких венотромбозах у системі нижньої порожнистої вени.

Ключові слова: гострий глибокий венотромбоз, нижня порожниста вена, радіоізотопна флебосцинтиграфія, радіофармацевтат.

Робота є частиною наукової програми кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» з науково-дослідної роботи «Венозна гіпертензія та її ускладнення» (№ ДР 0112U001548).

Вступ

Частота тромбозів у системі нижньої порожнистої вени у розвинутих країнах складає 1 – 4 на 1000 населення. Вони є серйозною медичною і соціальною проблемою – в США ГВТ і ТЕЛА обумовлюють до 60000 госпіталізацій на рік, щорічно потребуючи на лікування близько 2,4 мільярда доларів [3].

Важливою задачею лікування гострих венотромбозів нижніх кінцівок є попередження хронічної венозної недостатності. Венозний тромбоз у 80 – 85% випадків призводить до формування посттромботичної хвороби і в 45% до хронічної венозної недостатності (ХВН). У розвинутих країнах поширеність профілактичних заходів становить 3% серед дорослого населення. Залежна профілактика виражає, що зустрічаються в 0,3 – 1%, особливо рецидивуючих, представляє серйозні труднощі [2].

Лікування гострих тромбозів системи нижньої порожнистої вени призначається з метою зупинити подальше розширення тромбозу, запобігти розвитку глибокої венозної недостатності, а також зменшити ризик розвитку посттромботичної хвороби. Але результати лікування залишаються незадовільними. ТЕЛА як раніше рідко зустрічаються в глибоких венах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності неухильно зростає.

Прихильники операційного лікування обґрунтовують доцільність тромбектомії з клубово-стегновою сегменту сугестивним покращенням відтоку, навіть при помірному ретромбозі, завдяки включенню нових колатералей [5]. Однак, до цього часу не досліджено параметри кровоплину при гострому тромбозі під час та після його лікування, функціональний стан колатерального кровоплину при гострих венотромбозах у системі нижньої порожнистої вени. Для цього необхідно застосування методів, здатних визначити об'ємний кровоплин у кінцівці. На даний час широко застосовують плейзомографію, яка дозволяє лише

А.В. Каралкін, А.В. Дубровський (2005) запропонували можливість обстеження венотромбозу за допомогою плейзомографії. На даний час широко застосовують плейзомографію, яка дозволяє лише

В літературі запропоновано декілька схем венозної лікування обґрунтовують доцільність тромбектомії з клубово-стегновою сегменту сугестивним покращенням відтоку, навіть при помірному ретромбозі, завдяки включенню нових колатералей [5]. Однак, до цього часу не досліджено параметри кровоплину при гострому тромбозі під час та після його лікування, функціональний стан колатерального кровоплину при гострих венотромбозах у системі нижньої порожнистої вени. Для цього необхідно застосування методів, здатних визначити об'ємний кровоплин у кінцівці. На даний час широко застосовують плейзомографію, яка дозволяє лише

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукове дуплексне скенування, ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне скенування («Аюка-3500», Японія; «My Lab-50», Італія; «HDI-1500» ATL-Philips; «SIM-5000», Radmir; «ULTIMA PRO-30, zone Ultra», ZONARE Medical Systems Inc, США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips), мультиспиральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастом (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994) та радіоізотопну флебосцинтиграфію (емісійні методи) («Оризон», Україна, НІО ШІК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкрис-Сін»).

Матеріали та методи

В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 7 хворих з гострим ілеофemorальним флеботромбозом, яких проліковано у відділенні хірургічної клініки ім. А. Новака протягом 2011 – 2012 років. Вік хворих становив від 28 до 68 років, середній вік – 42±2,2 роки.

Мета дослідження

Оцінити компенсаційні можливості колатерального кровоплину при гострих венотромбозах у системі нижньої порожнистої вени.

лібокому флеботромбозі [1, 4].