

Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11.2 (908) листопад 2017

Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА»
та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Scopus, EBSCOhost, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,
Google Scholar та ін.
Журнал індексований в IndexMedicus, MedLine, PubMed.

Включено до Перелику наукових фахових видань України
Наказ МОН № 1413 від 24.10.17.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 22539—12439ПР від 20.02.17.

Адреса редакцій:
03680, м. Київ, МСП—03680,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (044) 408.18.11,
<http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253
Підписано до друку 27.11.17. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 12.
Обл. вид. арк.11,62. Тираж 1000.
Замов. 329

Видавець
ТОВ «Ліга—Інформ»
03680, м. Київ, МСП 03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «ЛазуритПоліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2017
© Ліга — Інформ, 2017

ISSN 0023 — 2130 (Print)
ISSN 2522 — 1396 (Online)



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11.2 (908) листопад 2017

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андрєєщев
М. В. Костилюв

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Luigi Angrisani (Italy)
Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
Martin Fried (Czech Republic)
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазорининець
John Melissas (Greece)
М. Ю. Ничитайло
С. Є. Подпрятюв
А. П. Радзіховський
С. І. Саволюк
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
І. П. Хоменко
В. І. Цимбалюк
Rudolf Weiner (Germany)
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запороженко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук



Редакція журналу «Клінічна хірургія» приймає статті українською або російською мовою.
Направляючи статтю до редакції, слід керуватися правилами, відповідно до «Єдиних вимог до рукописів, що подаються в біомедичні журнали» (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), розроблених Міжнародним комітетом редакторів медичних журналів (International Committee of Medical Journal Editors).

Рукопис. Рукопис направляти до редакції в електронному та паперовому варіантах.

Формат тексту рукопису. Файл рукопису у форматі Microsoft Word (розширення *.doc, *.docx, *.rtf), текст повинен відповідати стилістичним і бібліографічним вимогам. Текст друкувати шрифтом Times New Roman, розмір 14 pt, з полуторним міжрядковим інтервалом (29–30 строк на сторінці). Відступи з кожного боку сторінки 2 см. На всі ілюстрації, графіки і таблиці мають бути посилання в тексті.

Виділення в тексті можна робити курсивом або напівжирним шрифтом, НЕ підкресленням. Обсяг тексту рукопису не більше 20 000 знаків з пропусками (18 000 знаків з пропусками — огляд літератури, 5 000 знаків з пропусками — коротке повідомлення). З тексту слід видалити всі перенесення, повторювані пропуски, зайві розриви рядків (в автоматичному режимі через сервіс Microsoft Word «знайти і замінити»).

Файл з текстом статті містить всю інформацію для публікації (в тому числі рисунки і таблиці).

Структура рукопису має відповідати наведеному шаблону (залежно від типу роботи) https://hirurgiya.com.ua/downloads/article_example_ua.pdf.

Назва статті

Автори. Прізвище авторів вказувати після ініціалів (О. С. Іваненко, С. І. Шульга, І. П. Сироїд).

Установа. Необхідно наводити офіційну ПОВНУ назву установи (без скорочень). Після назви установи через кому зазначити назву міста. Якщо в дослідженні брали участь автори з різних установ, слід співвіднести назви установ і прізвища авторів за допомогою цифрових індексів у верхньому реєстрі.

Реферат (якщо робота оригінальна) має бути структурованим: мета, матеріали і методи, результати, висновки.

Реферат має повністю відповідати змісту роботи, обсяг тексту не більше 1200 знаків (з пропусками).

Ключові слова. Необхідно вказати ключові слова — від 3 до 10 для індексування статті в пошукових системах. Ключові слова повністю відповідають українською/російською та англійською мовою.

Англомова Анотація

Article title. Англомова назва має бути грамотною з точки зору англійської мови, при цьому за змістом повністю відповідати українсько/російськомовній назві.

Author names. ПІБ авторів вказувати відповідно з закордонним паспортом, або як в раніше опублікованих зарубіжних журнальних статтях. Автори, які публікуються вперше і не мають закордонного паспорта, мають скористатися стандартом транслітерації КМУ-2010.

Affiliation. Необхідно вказувати ОФІЦІЙНУ англомовну назву установи.

Abstract. Англомова версія резюме статті за змістом і структурою (Aim, Materials and Methods, Results, Conclusions) повністю відповідає українсько/російськомовній.

Keywords. Для вибору ключових слів англійською використовують тезаурус Національної медичної бібліотеки США (Medical Subject Headings — MeSH). Текст статті (українською або російською мовою) структурований за розділами: вступ (актуальність), мета, матеріали і методи, результати, обговорення, висновки.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори мають розкрити потенційні та явні конфлікти інтересів, пов'язані з рукописом.

Конфліктом інтересів може бути будь-яка ситуація (фінансові відносини, служба або робота в установах, що мають фінансовий або політичний інтерес до опублікованих матеріалів, посадові обов'язки тощо), здатна вплинути на автора рукопису і призвести до приховування, спотворення даних, або зміни їх трактування. Наявність конфлікту інтересів одного або кількох авторів НЕ є приводом для відмови в публікації статті. Виявлене редакцією приховування авторами потенційних або явних конфліктів інтересів може стати причиною відмови у розгляді та публікації рукопису.

Інформація про фінансування. Необхідно вказувати джерело фінансування як наукової роботи, так і процесу публікації статті (фонд, комерційна або державна організація, приватна особа тощо). Зазначити розмір фінансування не потрібно.

Подяка. Автори можуть висловити подяку особам та організаціям, що сприяли публікації статті, але не є її авторами.

Інформація про внесок кожного учасника (і осіб, зазначених у розділі «подяка»).

Приклад:

Автори (ПІБ)	Участь
О. С. Іваненко	Концепція і дизайн дослідження
С. І. Шульга	Збирання та оброблення матеріалів
І. П. Сироїд	Аналіз отриманих даних, написання тексту

Автори висловлюють подяку (Прізвище І. Б.) за оформлення ілюстрацій.

Список літератури. У бібліографії (пристатейному списку літератури) кожне джерело зазначають з нового рядка під порядковим номером.

У списку всі посилання наводять у порядку цитування, а не за алфавітом. Кількість цитованих робіт: в оригінальних статтях і лекціях — до 15, в оглядах літератури — до 45. Бажано цитувати роботи, опубліковані переважно протягом останніх 5–7 років.

У тексті статті посилання на джерела літератури подаються у квадратних дужках арабськими цифрами.

У бібліографічному описі кожного джерела мають бути представлені **ВСІ АВТОРИ**. Якщо у публікації більше 7 авторів, після 6—го автора необхідно поставити скорочення «... та ін.» або «..., et al.». Неприпустимо скорочувати назву статті. Назву англомовних журналів наводити відповідно з каталогом назв бази даних MedLine. Якщо журнал не індексований у MedLine, вказують його повну назву. Назви вітчизняних журналів скорочувати не можна.

Оформлення списку літератури має відповідати Ванкувер стилю (Vancouver style). В посиланнях на джерела, написані кирилицею, слід вказувати інформацію латинкою (англійською або трансліт).

Контактна інформація. Послідовно вказувати **ВСІХ АВТОРІВ** рукопису:

прізвище, ім'я по батькові повністю;

науковий ступінь, вчене звання;

посада, місце роботи, навчання (найменування установи або організації, включаючи підрозділ, кафедру);

адреса (включаючи індекс) і телефон організації;

особиста адреса електронної пошти;

Ідентифікатор учасника ORCID Для його отримання необхідно зареєструватися на сайті <http://orcid.org/>.

Контактна інформація має бути наведена англійською мовою або транслітерацією (латинкою). При транслітерації використовувати стандарт BGN / PCGN (United States Board on Geographic Names / Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use), рекомендований міжнародним видавництвом Oxford University Press як «British Standard». Для транслітерації тексту відповідно до стандарту BGN можна скористатися посиланнями українською — <http://www.sloynyk.ua> російською — <http://ru.translit.ru>

Таблиці (не більше 4) мають нумерований заголовок і чітко позначені графи, зручні й зрозумілі для читання. Дані таблиці не повинні дублювати інформацію, представлену в тексті. Посилання на таблиці в тексті обов'язкове.

Рисунки (графіки, діаграми і схеми, рисовані засобами MS Office) мають бути контрастними, чіткими.

Інші нерисовані ілюстрації необхідно завантажувати окремо у вигляді файлів формату *.tif, *.jpg (jpeg), *.bmp, *.gif. Кожний рисунок або фотографія мають бути шириною не менше 10 см, розподільча здатність зображення не менше 300 dpi. Посилання на рисунки в тексті обов'язкове.

Файлам зображення слід присвоїти назву, що відповідає номеру рисунка в тексті (Petrenko_01.jpg).

Обсяг графічного матеріалу мінімальний (до 4 рисунків або фотографій).

Скорочення. Всі використані аббревіатури і символи потрібно розшифрувати в примітках до таблиць і підписах до рисунків із зазначенням використаних статистичних критеріїв (методів) і параметрів статистичної варіабельності (стандартне відхилення, стандартна похибка середнього тощо). Статистичну достовірність / недостовірність відмінностей даних, наведених у таблицях, позначати символами *, **, #, ## тощо.

Відповідність нормам етики. Для публікації результатів оригінальної роботи слід вказати, чи підписували учасники дослідження поінформовану згоду; при проведенні досліджень з використанням тварин — чи відповідав протокол дослідження етичним принципам і нормам проведення біомедичних досліджень з використанням тварин. В обох випадках слід зазначити, чи схвалений протокол дослідження комітетом з біоетики.

Супровідні документи. При поданні рукопису до редакції журналу необхідно додатково завантажити файли, що містять скановані зображення заповнених і завірених супровідних документів (у форматі *.pdf або *.jpg).

Супровідний лист має бути написаний на офіційному бланку установи, підписаний її керівником і завірений печаткою.

Рукопис підписують всі автори статті.

Передаючи рукопис до редакції, автори мають погодитися з тим, що стаття може бути повернута авторам, якщо вона не відповідає науковій тематиці журналу або технічним вимогам щодо її оформлення.

КЛІНІКО–ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИЖИВАНOSTI ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

С. І. Панасенко

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава, Україна

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SURVIVAL IN PATIENTS WITH COMBINED THORACOABDOMINAL TRAUMA

S. I. Panasenko

Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine

Реферат

Мета дослідження полягала у вивченні основних клініко–епідеміологічних показників виживаності при поєднаній торакоабдомінальній травмі.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне когортне 10–річне клініко–епідеміологічне дослідження 1076 клінічних випадків поєднаної торакоабдомінальної травми серед пацієнтів які вижили у відділення політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Клінічні діагнози трансформовано у коди шкали ВПХ(П)–МТ. Клініко–епідеміологічний експеримент полягав у кластеризації масиву дослідження. В дослідницькому масиві було 236 (21,9%) жінок та 840 (78,1%) чоловіків.

Результати. В результаті клініко–епідеміологічного експерименту було отримано 10 стійких кластерів, які можна характеризувати як окремі клініко–епідеміологічні групи, клінічний профіль яких визначала домінуюча травма: кластер–1 – група тяжкого торакального профілю, яка складалася із 43 (4,0%) тяжких та 1 (0,1%) украй тяжкої травми; кластер–2 – група украй тяжкого торакального профілю, яка містила 13 (1,2%) украй тяжких травм; кластер–3 – група тяжкого абдомінального профілю із 160 (14,8%) тяжких травм; кластер–4 – група украй тяжкого абдомінального профілю із 22 (2,0%) тяжких і 25 (2,3%) украй тяжких травм; кластер–5 – група тяжкого торакального профілю, яка складалася із 17 (1,6%) середньої тяжкості та 66 (6,1%) тяжких травм; кластер–6 – група середньої тяжкості нейротравматологічного профілю, яка складалася із 235 (21,8%) легких, 254 (23,6%) травм середньої тяжкості і 85 (7,9%) тяжких травм; кластер–7 – це група тяжкого травматологічного профілю, яка складалася із 9 (0,8%) випадків тяжких і 5 (0,5%) украй тяжких травм; кластер–8 – група тяжкого травматологічного профілю із 130 (12,2%) тяжких травм; кластер–9 – група украй тяжкого нейротравматологічного профілю із 5 (0,5%) украй тяжких травм; кластер–10 – група тяжкого хребетно–спінального профілю із 6 (0,6%) тяжких травм.

Висновки. Клініко–епідеміологічні показники поєднаної торакоабдомінальної травми серед пацієнтів, що вижили характеризується значною поліморфністю. За виявленим домінуючим ушкодженням, у клініко–епідеміологічній структурі сучасної поєднаної торакоабдомінальної травми наявні три групи торакального профілю, дві групи абдомінального профілю, дві групи нейхірургічного профілю, дві групи травматологічного профілю та одна група вертеброспінального профілю пацієнтів. Політравма в структурі поєднаної торакоабдомінальної травми серед пацієнтів, які вижили складає більше половини клінічних випадків (53%). Виявлені клініко–епідеміологічні характеристики виживаності при поєднаній торакоабдомінальній травмі – це основа для подальшого поглибленого аналізу лікувальної тактики з метою її оптимізації.

Ключові слова: виживаність, поєднана травма, торакоабдомінальна травма, клінічна епідеміологія, кластерний аналіз.

Abstract

Aim. To study the main clinical and epidemiological signs of survival after combined thoracoabdominal trauma.

Methods. A 10–year retrospective clinical and epidemiological cohort research that included 1076 cases of a combined thoracoabdominal trauma among patients who survived in the department of polytrauma in Kyiv city clinical emergency hospital was performed. Clinical diagnoses have been transformed into the codes based on MFS(D)–MT. Clinical and epidemiological experiment was in clusterization of the research array. There were 236 (21,8%) women and 840 (78,1%) men in the research array.

Results. In the result of this experiment, 10 stable clusters have been attained. All of them may be characterized as separate clinical and epidemiological groups. A clinical profile of each group was determined by a dominating trauma: cluster–1 is a group of severe thoracic profile which was composed of 43 (4,0%) severe and 1 (0,1%) extremely severe traumas; cluster–2 is a group of an extremely severe thoracic profile, which was composed of 13 (1,2%) extremely severe traumas; cluster–3 is a group of severe abdominal profile including 160 (14,8%) severe traumas; cluster–4 is a group of extremely severe abdominal profile that was composed of 22 (2,0%) severe and 25 (2,3%) extremely severe traumas; cluster–5 is a group of severe thoracic profile which was composed of 17 (1,6%) moderate traumas and 66 (6,1%) severe traumas; cluster–6 is a moderate severity group of neurotraumatology profile which was composed of 235 (21,8%) mild, 254 (23,6%) moderate and 85 (7,9%) severe traumas; cluster–7 is a group of severe traumatology profile including 9 (0,8%) severe and 5 (0,5%) extremely severe traumas; cluster–8 is a group of severe traumatology profile consisting of 130 (12,2%) severe traumas; cluster–9 is a group of extremely severe neurotraumatology profile including 5 (0,5%) extremely severe traumas; cluster–10 is a group of severe vertebrospinal profile which was composed of 6 (0,6%) severe traumas.

Conclusion. Clinical and epidemiological rates of a combined thoracoabdominal trauma among surviving patients appeared to be very diverse. Depending on a dominating lesion, there are three groups of thoracic profile, two groups of abdominal profile, two groups of neurosurgery profile, two groups of traumatology profile and one vertebrospinal profile group of patients in a clinical and epidemiological structure of actual thoracoabdominal trauma. Polytrauma in structure of a combined thoracoabdominal trauma among surviving patients accounts for more than half of clinical cases (53%). The revealed clinical and epidemiological survival rates in combined thoracoabdominal trauma are the basis for further in–depth analysis of therapeutic tactics in order to optimize them.

Keywords: Survival, combined trauma, thoracoabdominal trauma, clinical epidemiology, cluster analysis.

Згідно останніх даних Всесвітньої організації здоров'я, від травм щороку гине майже шість мільйонів чоловік, при цьому зберігається чітка тенденція до прогресивного росту глобального травматизму [1, 2]. На кра-

їні із низьким та середнім рівнем доходів населення, до яких відносять і Україну, припадає до 90% глобальної смертності і інвалідизації від травм. Вірогідність смерті від травм в Україні у шість разів вище ніж у розвинених

країнах [3]. Цей дисонанс пояснюється низькою якістю організації надання допомоги травмованим, яка посилюється недостатнім рівнем розвитку медичної допомоги травмованим та недоліками організації і планування клініко-епідеміологічних досліджень при її розробці. Саме спеціалізовані клініко-епідеміологічні програми лежать в основі розробки та удосконалення системи травматологічної допомоги у розвинених країнах. Як наслідок, подібної системної структурованої роботи, в останні три десятиліття досягнуто значимого зниження смертності від множинної і поєднаної травми із більш ніж 40% до 15% [4, 5]. Окрім організаційних заходів, важливими факторами, що мали суттєвий вплив на покращення результатів лікування травм вважають запровадження стандартизованих реанімаційних протоколів (Advanced Trauma Life Support, ATLS®) для пацієнтів із політравмою та запровадження систем об'єктивної оцінки тяжкості травми [1, 6, 7].

Більшість сучасних клініко-епідеміологічних досліджень акцентують увагу на показниках летальності і інвалідизації, тоді як епідеміологічні закономірності виживаності пацієнтів при травмах залишаються невідомими. Тому метою даного дослідження було вивчення основних клініко-епідеміологічних показників виживаності при поєднаній торакоабдомінальній травмі (ПТАТ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Нами проведено ретроспективне когортне 10-річне клініко-епідеміологічне дослідження ПТАТ за матеріалами відділення політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у 2002–2011 рр. Було опрацьовано 2009 медичних карток пацієнтів із ПТАТ. В подальшому із дослідження було виключено 933 (46%) летальні випадки. Основний клініко-епідеміологічний масив склав 1076 (54%) клінічних випадків ПТАТ пацієнтів які вижили. Клінічні діагнози трансформовано у коди шкали ВПХ(П)–МТ. Рандомізація даних дослідження була реалізована шляхом довільної кластеризації дослідницького масиву за допомогою програми STATISTICA 10.0. В ході клініко-епідеміологічного експерименту послідовно створювалося така кількість кластерів, при якій виникала статистично значима різниця ($p < 0,05$) одночасно між показниками тяжкості ушкоджень (ТУ) всіх шести анатомо-функціональних ділянок (АФД).

В дослідницькому масиві було 236 (21,9%) жінок та 840 (78,1%) чоловіків (гендерне співвідношення 1:4). Переважна більшість травм обумовлена побутовим травматизмом – 741 (68,8%) випадків. Транспортний травматизм спостерігався у 315 (29,3%), а виробничий у 20 (1,9%). Ускладнення спостерігалися у 128 (11,9%) випадках.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою виявлення чинників, які впливають на факт виживаності постраждалих при ПТАТ, дослідницький масив кластеризований за вищеписаною метою. Було отримано 10 стійких кластерів, які можна характеризувати як окремі клініко-епідеміологічні групи (КЕГ) (табл. 1).

КЕГ–1 характеризувався наявністю домінуючої тяжкої закритої травми грудей (ЗТГ) та поєднаної середньої тяжкості закритої травми живота (ЗТЖ); поєднаних легких конкуруючих ушкоджень голови, тазу, кінцівок та хребта. Сукупна ТУ КЕГ–1 становила 6,85 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю 1–50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–1 можна вважати групою тяжкого ЗТГ–профілю.

КЕГ–2 характеризувався наявністю домінуючої укрій тяжкої ЗТГ, поєднаної тяжкої ЗТЖ та легких конкуруючих між собою ушкоджень інших АФД без травм тазу. Сукупна ТУ КЕГ–2 становила 19,14 бала, що характеризує травму як укрій тяжку із прогнозованою летальністю >50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–2 можна вважати групою укрій тяжкого ЗТГ–профілю.

КЕГ–3 характеризувалася наявністю домінуючої тяжкої ЗТЖ, поєднаних середньої тяжкості конкуруючих травм голови, грудей, кінцівок та легких конкуруючих ушкоджень тазу і хребта. Сукупна ТУ КЕГ–3 становила 3,45 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю 1–50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–3 можна вважати групою тяжкого ЗТЖ–профілю.

КЕГ–4 характеризувалася наявністю домінуючої укрій тяжкої ЗТЖ, поєднаної середньої тяжкості травми тазу; легких конкуруючих між собою ушкоджень голови, грудей, тазу, кінцівок і хребта. Сукупна ТУ КЕГ–4 становила 13,90 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю >50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–4 можна вважати групою укрій тяжкого ЗТЖ–профілю.

КЕГ–5 характеризувалася наявністю домінуючої тяжкої ЗТГ та поєднаних конкуруючих легких ушкоджень інших АФД. Сукупна ТУ КЕГ–5 становила 1,60 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю 1–50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–5 можна вважати групою тяжкого ЗТГ–профілю.

КЕГ–6 характеризувалася наявністю домінуючої легкої черепно-мозкової травми (ЧМТ) та поєднаних конкуруючих між собою легких ушкоджень інших АФД. Сукупна ТУ КЕГ–6 становила 0,58 бала, що характеризує травму як середньої тяжкості із прогнозованою летальністю

Таблиця 1. Розподіл масиву пацієнтів які вижили на клініко-епідеміологічні групи за тяжкістю анатомічних ушкоджень

КЕГ (кластер)	ТУ окремих АФД, бал					
	Голова	Груди	Живіт	Таз	Кінцівки	Хребет
1	0,22	5,16	0,83	0,10	0,40	0,14
2	0,15	16,29	2,51	-	0,13	0,05
3	0,13	0,28	2,77	0,03	0,21	0,03
4	0,17	0,38	12,24	0,71	0,39	0,02
5	0,19	1,11	0,07	0,04	0,17	0,02
6	0,18	0,15	0,07	0,06	0,10	0,02
7	0,13	1,43	1,51	8,62	0,76	0,06
8	0,24	0,16	0,08	0,09	1,77	0,03
9	16,15	0,35	2,05	0,01	0,4	-
10	0,53	0,20	0,07	0,12	0,73	3,39
p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Таблиця 2. Розподіл вибірки пацієнтів які вижили в клініко-епідеміологічних групах за тяжкістю анатомічних ушкоджень

КЕГ (кластер)	Градація тяжкості ушкоджень								Всього	
	легкі		середньої тяж.		тяжкі		украї тяжкі			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	-	-	-	-	43	4,0	1	0,1	44	4,1
2	-	-	-	-	-	-	13	1,2	13	1,2
3	-	-	-	-	160	14,8	-	-	160	14,8
4	-	-	-	-	22	2,0	25	2,3	47	4,3
5	-	-	17	1,6	66	6,1	-	-	83	7,7
6	235	21,8	254	23,6	85	7,9	-	-	574	53,3
7	-	-	-	-	9	0,8	5	0,5	14	1,3
8	-	-	-	-	130	12,2	-	-	130	12,2
9	-	-	-	-	-	-	5	0,5	5	0,5
10	-	-	-	-	6	0,6	-	-	6	0,6
Всього ...	235	21,8	271	25,2	521	48,4	49	4,6	1076	100

ністю <1%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–6 можна вважати групою середньої тяжкості ЧМТ–профілю.

КЕГ–7 характеризувалася наявністю домінуючої тяжкої травми тазу та конкуруючих із нею поєднаних тяжких ушкоджень грудей і живота, середньої тяжкості травм кінцівок та легких, конкуруючих між собою травм голови і хребта. Сукупна ТУ КЕГ–7 становила 12,51 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю 1–50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–7 можна вважати групою важкого травматологічного профілю.

КЕГ–8 характеризувалася наявністю домінуючої тяжкої травми кінцівок та конкуруючих між собою легких ушкоджень інших АФД. Сукупна ТУ КЕГ–8 становила 2,36 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю 1–50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–8 можна вважати групою важкого травматологічного профілю.

КЕГ–9 характеризувалася наявністю домінуючої украї тяжкої ЧМТ, поєднаної тяжкої ЗТЖ; конкуруючих між собою легких травм грудей, тазу і кінцівок, за виключення ушкоджень хребта. Сукупна ТУ КЕГ–8 становила 18,96 бала, що характеризує травму як украї тяжку із прогнозованою летальністю >50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–9 можна вважати групою украї важкого ЧМТ–профілю.

КЕГ–10 характеризувалася наявністю домінуючої тяжкої травми хребта, поєднаних середньої тяжкості, конкуруючих між собою травм голови і кінцівок; конкуруючих між собою легких ушкоджень інших АФД. Сукупна ТУ КЕГ–8 становила 5,03 бала, що характеризує травму як тяжку із прогнозованою летальністю 1–50%. Відповідно домінуючого ушкодження, КЕГ–10 можна вважати групою важкого хребтно–спінального профілю.

Закономірності розподілу тяжкості анатомічних ушкоджень в межах окремих КЕГ ілюструє *табл. 2*.

За ТУ у КЕГ–1 із тяжким ЗТГ–профілем абсолютно переважають важкі ушкодження 43 (4,0%). Украї тяжка травма зустрічалася лише у 1 (0,1%) випадку. Якісною характеристикою подібних домінуючих ушкоджень була на-

явність: забою легень та серця; множинних односторонніх переломів ребер із розривом легені та пневмотораксом; заднього або задне–бокового ребрового клапану; двосторонніх множинних переломів ребер з ушкодженням однієї плевральної порожнини та легені.

Сумарна ТУ у КЕГ–2 із украї тяжким ЗТГ–профілем визначалася виключно випадками украї тяжкої травм 13 (1,2%). Ключовими якісними характеристиками подібних домінуючих ушкоджень була наявність: переднього або передне–бокового ребрового клапану; ушкодження обох легень та плевральних порожнин; розриву головного бронху; розриву аорти або серця, відриву легені, ушкодження великих судин.

КЕГ–3 важкого ЗТЖ–профіля складалася виключно із 160 (14,8%) тяжких травм. Ключовими якісними характеристиками подібних домінуючих ушкоджень була наявність: розрив одного\двох (один із яких тяжкий) паренхіматозних органів, розрив (відрив) порожнистого органу, розриви діафрагми.

У КЕГ–4 украї важкого ЗТЖ–профіля було 47 (4,3%) спостережень, які склалися із 22 (2,0%) тяжких і 25 (2,3%) украї тяжких травм. Якісні характеристики подібних домінуючих ушкоджень були досить варіабельними і включали як ушкодження характерні для КЕГ–3 так і ушкоджень двох і більше органів живота; ушкоджень аорти, нижньої порожнистої вени, печінкової або ворітної вени.

КЕГ–5 важкого ЗТГ–профіля становила 83 (7,7%) випадки, із них лише 17 (1,6%) середньої тяжкості, а 66 (6,1%) тяжких ушкоджень. Якісною характеристикою подібних домінуючих ушкоджень була наявність: забою легень та серця; множинних односторонніх переломів ребер із розривом легені та пневмотораксом; заднього або задне–бокового ребрового клапану; двосторонніх множинних переломів ребер з ушкодженням однієї плевральної порожнини та легені.

КЕГ–6 середньої тяжкості ЧМТ–профіля була самою чисельною і становила 574 (53,3%) клінічних випадків ПТАТ. У КЕГ–6 було 235 (21,8%) легких травм, 254 (23,6%) травм середньої тяжкості і 85 (7,9%) тяжких травм. Незважаючи на те, що сумарна ТУ по КЕГ–6 трактувалася, як середньої тяжкості, домінуючі в групі травми голо-

ви відносилися до легких ушкоджень. Якісною характеристикою подібних домінуючих ушкоджень була наявність струсу або забоїв головного мозку середнього ступеню тяжкості із закритими переломами кісток черепа.

КЕГ–7 у край тяжкого травматологічного профілю із домінуючими травмами таз була відносно малочисельною – 14 (1,3%) і складалася із 9 (0,8%) випадків тяжких ушкоджень і 5 (0,5%) у край тяжких ушкоджень. Якісною характеристикою подібних домінуючих ушкоджень була наявність: руйнування кісток тазу із порушенням цілості тазового кільця у трьох і більше місцях без\із розривом одного\двох тазових органів.

КЕГ–8 тяжкого травматологічного профілю із домінуючими травмами кінцівок за чисельністю була третьою і складалася із 130 (12,2%) виключно тяжких ушкоджень, якісною характеристикою яких була наявність: відривів декількох (3–5) пальців кисті; поширені ушкодження м'яких тканин передпліччя, кисті, стопи; відкриті переломи кісток кисті або стопи із поширеними ушкодженнями м'яких тканин; відривів плеча, передпліччя, кисті, стопи, гомілки; відкриті переломи кісток гомілки, плеча або передпліччя із поширеними ушкодженнями м'яких тканин або великих нервів; відкриті на кшталт перфорації або закриті переломи стегна; медіальний перелом шийки стегна; синдром Мореля–Лаван'є; відкриті переломи стегна із поширеними ушкодженнями м'яких тканин або ушкодженнями стегнової артерії.

КЕГ–9 у край тяжкого ЧМТ–профілю, була однією із малочисельних – 5 (0,5%) і складалася виключно із у край тяжких ушкоджень, якісною характеристикою яких була наявність: тяжких забоїв головного мозку із ушкодженнями

верхніх або нижніх відділів стовбура мозку; здавлення головного мозку на фоні тяжких забоїв.

КЕГ–10 тяжкого хребетно–спінального профілю була не чисельною – 6 (0,6%) і складалася виключно із тяжких ушкоджень, якісною характеристикою яких була наявність: компресійних переломів хребців (один із підвищенням, два – стабільні) без ушкодження спинного мозку; ушкодження хребта в будь-якому відділі із частковим порушенням провідності; ушкодження грудного або поперекового відділу хребта із повним порушенням провідності спинного мозку.

ВИСНОВКИ

1. Клініко–епідеміологічні показники поєднаної торакоабдомінальної травми серед пацієнтів, що вижили характеризується значною поліморфністю.

2. За виявленим домінуючим ушкодженням, у клініко–епідеміологічній структурі сучасної поєднаної торакоабдомінальної травми наявні три групи торакального профілю, дві групи абдомінального профілю, дві групи нейхірургічного профілю, дві групи травматологічного профілю та одна група вертебрально–спінального профілю пацієнтів.

3. Політравма в структурі поєднаної торакоабдомінальної травми серед пацієнтів, які вижили складає більше половини клінічних випадків (53%).

4. Виявлені клініко–епідеміологічні характеристики виживаності при поєднаній торакоабдомінальній травмі – це основа для подальшого поглибленого аналізу лікувальної тактики з метою її оптимізації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rukovodstvo po neotlozhnoi pomoshchy pry travmakh [Elektronnyi resurs]. Geneva: World Health Organization; 2015. – [Internet]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42565/3/9789244546406_rus.pdf
2. World Health Organization. Global Burden of Disease [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>
3. Murray, C.J.L., Vos, T., Lozano, R et al. Disability–adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380: 2197–2223. doi: 10.1016/S0140–6736(12)61689–4.
4. Cai B, Sigrid B, Redick B, Jiang H, Sun MW, Yang H, et al. Comprehensive level one trauma center could lower in–hospital mortality of severe trauma in China. *Biomed Environ Sci*. 2014. July;27(7):537–43. doi: 10.3967/bes2014.084.
5. Hashmi ZG, Haider AH, Zafar SN, Kismet M, Moosa A, Siddiqui F, Pardhan A, Latif A, Zafar H. Hospital–based trauma quality improvement initiatives: first step toward improving trauma outcomes in the developing world. *The journal of trauma and acute care surgery*. 2013;75(1):60–68. doi: 10.1097/TA.0b013e31829880a0.
6. Sheiko V. D. Surgery of injuries in polytrauma of peaceful and war–time / V. D. Sheiko. – Poltava: ASMI, 2015. – 559 p. [In Russian]
7. Damage Control Management in the Polytrauma Patient. ed. / H.–C. Pape, A. Peitzman, W. Schwab, P. Giannoudis. New York : Springer, 2010. – 462 p.

лости — 4 больных (6,2%). Все больные были ранее оперированы по причине СКН в объеме лапаротомия, висцеролиз, назоинтестинальная интубация, санация, дренирование брюшной полости. Однократное оперативное вмешательство выполнено у 25 больных (38,6%), в 29 (44,6%) случаях больные были подвергнуты операции дважды, 11 (16,8%) больных перенесли 3 операции по причине СКН.

Результаты и их обсуждение. На момент госпитализации у всех больных была диагностирована частичная СКН и начата консервативная терапия, которая принесла положительный эффект.

Учитывая рецидивирующее течение СКН у данной группы больных после разрешения явлений кишечной непроходимости на 3 — 5 сутки выполнен лапароскопический адгезиолизис с наложением в послеоперационном периоде пролонгированного профилактического пневмоперитонеума (интраабдоминальное давление 5 - 6 мм вод. ст.).

Перед выполнением лапароскопических вмешательств в обязательном порядке всем больным производили ультразвуковое исследование органов брюшной полости с визуализацией «акустического окна» I участка передней брюшной стенки свободного от висцеро-париетальных сращений. Введение первого троакара в брюшную полость осуществляли в зоне «акустического окна» по открытой методике Hasson.

Интраоперационная оценка выраженности спаечного процесса производилась согласно классификации Блинникова О.И. (1993): I степень отмечена у 25 больных, II степень I у 34 больных, III степень I у 6 пациентов.

С целью предотвращения диатермического повреждения полых органов использовали инструменты в биполярном режиме на расстоянии не ближе 5 мм до стенки кишки с экспозицией 3-5 секунды. Ревизия тонкой кишки проводилась атравматическими зажимами в направлении от связки Трейца до илеоцекального угла.

Ранние послеоперационные осложнения в исследуемой группе больных отмечены у 2 пациентов I серома послеоперационного рубца. Среднее время восстановления функции кишечника составило $1,8 \pm 1,2$ дней, а длительность послеоперационного лечения — $3,1 \pm 1,3$ дней. Летальных исходов не было. Поздние послеоперационные осложнения диагностированы у 1 больного I троакарная грыжа в месте введения первого троакара. Рецидивов СКН у исследуемых больных в течение 1 года не отмечено.

Вывод.

Лапароскопический адгезиолизис способствует быстрому восстановлению функции кишечника, ранней активации больных и уменьшению сроков пребывания в стационаре.

«РЕАНІМАЦІЙНА ХІРУРГІЯ» НА ПРИКЛАДІ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО РОЗРИВУ СЕРЦЯ

С. І. Панасенко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Травматичні розриви серця (ТРС) – це особливий і вкрай рідкісний різновид травми грудної клітки, який частіше виступає безпосередньою причиною смерті на місці події і зазвичай виявляється при аутопсії. Аналіз кожного клінічного випадку успішного лікування ТРС має значне практичне значення, особливо в контексті розробки технологій «Damage Control» для торакальної хірургії.

Клінічний випадок (медична картка стаціонарного хворого Полтавської ОКЛ ім. М. В. Скліфосовського № 20066). Пацієнтка М., 21-го року, постраждала при ДТП, госпіталізована ургентно 23.10.15.

При госпіталізації пройшла комплексне клінічне обстеження. Встановлено показання до екстреної торакотомії у зв'язку із явищами тампонади серця.

Під час транспортування пацієнтки в операційну розвинулися явища клінічної смерті на фоні тампонади серця. У зв'язку із чим виконано реанімаційну торакотомію зліва у 5 міжребер'ї. При перикардіотомії попереду від діафрагмального нерва – виділилося до 400 мл темної крові і згортків. На фоні декомпресії перикарду та відновлення серцевої діяльності відразу відмічено суцільнопотокову пульсуючу профузну кровотечу, джерело якої візуалізувати не можливо. При спробі виконати тимчасову

зупинку кровотечі прийомом Лежара, I палець хірурга проникає в камеру правого шлуночка серця. На фоні фатальної кровотечі відбулася повторна зупинка «порожнього серця», при цьому по передній стінці правого шлуночка виявлено неправильного овального перфоративний отвір діаметром до 20 мм із рваними витонченими краями. На краї розриву накладено затискач Більрота, досягнуто тимчасового гемостазу (контроль травми) та розпочато прямий масаж серця. Із відновленням ритмічності скорочень серця прийнято рішення про «реанімаційну паузу». Через 30 хв., після відновлення ефективної серцевої діяльності та стабілізації макрогемодинамічних показників продовжено операцію. На краї розриву над затискачем накладено три 8-подібних шва, а після зняття затискача додатково ще чотири окремих вузлових шви. Кровотеча із проколів зупинена встановленням пластинки гемостатичного засобу – досягнуто стабільного гемостазу.

Післяопераційний без особливостей. Екстубована через 22 години. На третю післяопераційну добу пацієнтка консультована кардіохірургом – скореговано терапію та дані рекомендації щодо ведення післяопераційного періоду. На 31-шу добу проведено закриття репозицію та металоостеосинтез стегнової кістки. Виписана із стаціонара на 45 добу у відносно задовільному ста-

ні. Регулярно оглядається кардіологами. Повернулася до звичного розкладу життя.

Травматичні розриви серця – потенційно смертельна травма при якій хірургічна тактика «Damage Control» є безальтернативною. Нажаль у вітчизняних джерелах наукової інформації зустрічається неоднозначне розуміння як самого визначення «Damage control surgery», так і її змісту, що породжує у клінічних і параклінічних медичних колах появу феномену комунікативного бар'єру. На нашу думку, подібним ситуаціям може запобігти акцентування на реанімаційній спрямованості захо-

дів оперативного прийому «Damage Control», а сам термін розуміти як «реанімаційна хірургія». В контексті хірургічної тактики «реанімаційної хірургії», виконання оперативного прийому при травматичному розриві серця допускає накладання кровоспинного затискача на міокард шлуночків. Ключовий організаційно-тактичний принцип надання допомоги постраждалим із критичними торакальними ушкодженнями - це постійна готовність хірургічної і анестезіологічної служб до виконання реанімаційної торакотомії і «реанімаційної хірургії» в цілому.

ЗАСТОСУВАННЯ БІОДЕГРАДУЮЧИХ ПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ У АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

О. Я. Попадюк

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

Дослідники не втрачають інтересу до проблеми гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН), незважаючи на багаторічну історію її вивчення (Б. Р. Бабаджанов, 2004) Основним етіологічним чинником спайкоутворення є оперативні втручання на органах черевної порожнини (Р. В. Бондарев, 2008). Тому з метою профілактики утворення злук застосовують біодеградуючі матеріали – плівки та гелі, що на сьогодні широко вивчаються в експерименті та клініці (В. В. Бойко, 2013).

Мета: провести експериментальне вивчення можливості застосування біодеградуючих полімерних плівок у абдомінальній хірургії.

Проведено дослідження на 108-х морських свинках (самки виду Мурчаки) вагою 350-400 г, котрі утримувались у клініко-біологічній базі (Віварій) ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» згідно з санітарно-гігієнічними нормами та правилами Європейської конвенції про захист хребетних тварин (European convention for the protection of vertebrate animals used for experimental and other scientific purposes. — Council of Europe. — Strasburg, 1986). Під загальним знеболенням, у стерильних умовах, проводили розріз шкірних покривів по передній черевній стінці довжиною 4 см, проводили доступ до шлунку, та робили скальпелем розріз шлунка довжиною 1,5 см. Далі, шлунок ушивали на лінію шва накладали смужку підготовленої розробленої нами полімерної плівки. Плівки застосовувались тривало 2 доби та швидкорозчинні 5 годин і були як у базовій версії так і насичені антисептиком

декаметоксином та гідратованим фулереном C_{60} . Тварин виводили з експерименту на 1, 3 та 7му добу, оцінювали стан органів черевної порожнини, наявність патологічних реакцій, абсцесів чи злук.

Результати. У групах тварин, де застосовувались плівки з коротким періодом деградації, уже на першу добу відмічалося повне розчинення плівок, відсутність запальних процесів та злук. Ефективний вплив на загоєння рубця шлунку спостерігалось у тварин де були використані плівки з фулереном та декаметоксином. У групах тварин де період деградації повинен був становити 2 доби, відмічались поодинокі нерозчинені частини плівок на 3 добу та поодинокі абсцеси на 7-му добу, що показує недолік застосування таких плівок надалі.

Висновки.

1. Застосування біодеградуєчих полімерних матеріалів у поєднанні з активними речовинами має значні перспективи застосування у хірургії.
2. Біодеградуєчі полімерні плівки насичені фулереном та декаметоксином з коротким періодом деградації є високоефективним засобом профілактики злукової хвороби у післяопераційному періоді.
3. Біодеградуєчі полімерні матеріали комплексної дії потребують подальшого експериментального вивчення та клінічного впровадження.

ЗМІСТ

- 3 **Беляев П. В., Вільцанюк О. А.**
 Порівняльна цитологічна оцінка перебігу ранового процесу у хворих з гнійно-запальними процесами щелепно-лицьової ділянки при місцевому лікуванні різними методами
- 6 **Біляєва О. О., Крижевський В. В., Балінська М. І., Щеглюк Р. П.**
 Обґрунтування застосування судинних препаратів в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності з трофічними виразками нижніх кінцівок у хворих похилого та старечого віку
- 10 **Біляєва О. О., Кароль І. В.**
 Місцеве лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин за допомогою аплікаційного сорбенту нового покоління – «Орнісератосил»
- 13 **Біляєва О. О., Крижевський Є. Є.**
 Обґрунтування ефективності місцевого лікування гнійних ран за допомогою аплікаційного сорбенту нового покоління в експерименті
- 16 **Воровський О. О.**
 Аналіз причин та прогнозування розвитку локальних ускладнень, їх лікування при герніопластичі гризових дефектів черевної стінки
- 19 **Демидов В. М., Демидов С. М., Вастьянов Р. С., Анчева І. А., Левченко О. М., Ханжи В. Б.**
 Внутрішньоартеріальне введення препаратів до підшлункової залози як спосіб лікування хворих на гострий панкреатит
- 23 **Дзюбановський І. Я., Бенедикт В. В.**
 Гостра непрохідність тонкої кишки. Покази до різних методів хірургічного лікування
- 27 **Кобза І. І., Орел Ю. Г., Терлецький І. Р., Верхола М. Р., Ященко А. М., Савченко А. А., Вихтюк Т. І.**
 Оцінка інтенсивності репаративних процесів у ішемічних виразках з використанням лектиногістохімічних досліджень
- 31 **Козлов С. Н.**
 Пилотное исследование эффективности и безопасности применения эмболизации селезеночной артерии для первичной профилактики варикозных кровотечений у больных с портальной гипертензией
- 33 **Колесников Е. Б.**
 Лапароскопическое хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита впервые начато в Украине (исторический обзор)
- 37 **Колесников Е. Б.**
 Мининвазивное гастроюнальное шунтирование – «Золотой стандарт» в бариатрической хирургии
- 40 **Крижевський В. В., Іванченко Р. В., Риб'янець Ю. В., Мендель М. А., Циганенко О. О., Шевчук М. В., Скида І. О., Тоан Н. Л.**
 Аналіз клінічного випадку оніохриптозу у вагітної жінки
- 42 **Крижевський В. В., Радзіховський А. П., Біляєва О. О., Колесников Є. Б., Міроненко О. І., Знаєвський М. І., Риб'янець Ю. В., Іванченко Р. В., Бродська А. П., Крижевський Є. Є.**
 Лікування гострої кишкової непрохідності у міському спеціалізованому хірургічному центрі
- 45 **О. Б. Кутовий, А. В. Снісар, П. О. Гриценко, В. І. Люлька, Г. О. Родинська**
 Діагностика та лікування позаорганих пухлин і кіст заочеревинного простору
- 49 **Лутковський Р. А., Фелештинський Я. П., Антоненко Т. І.**
 Експериментальна оцінка реакції тканин на фіксацію сітчастих імплантатів різними видами шовного матеріалу
- 53 **Матвійчук Б. О., Бохонко Р. Л., Король Я. А., Федчишин Н. Р.**
 Тромбоз глибоких вен у постраждалих з тяжкою поєднаною травмою з ушкодженням селезінки
- 56 **Матвійчук Б. О., Голик Ю. Й., Федчишин Н. Р.**
 Досвід лікування трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології в умовах загальнохірургічного стаціонару
- 59 **Мендель М. А., Негря Є. В., Павлович Ю. В., Луцька М. С.**
 Лапароскопічне лікування холецисто-товстокишкової норіці
- 63 **Міроненко О. І.**
 Патогенез інтраорганичних змін тонкої кишки при гострій непрохідності
- 66 **Панасенко С. І.**
 Клініко-епідеміологічний аналіз виживаності при поєднаній торакоабдомінальній травмі
- 70 **Савицький І. В., Знамеровський С. Г., Леник Р. Г., Григорьев П. Е., Мясковская И. В. Циповяз, С. В., Цевух Л. Б.**
 Моделирование желчного перитонита и патогенетическое обоснование его коррекции
- 74 **Сидорчук Р. І., Хомко О. Й., Плегуча О. М., Ткачук О. В., Кіфяк П. В., Сидорчук А. Р.**
 Популяційні рівні аеробної та анаеробної мікрофлори біоплівки гнійно-некротичних процесів м'яких тканин
- 77 **Фомін П. Д., Матвійчук О. Б.**
 Третинний перитоніт як проблема абдомінальної хірургії
- 80 **Yakobchuk S. O., Iftodii A. G., Foundiur V. D., Grodetskyu V. K., Khomko O. Y.**
 Peculiarities of microstructural changes of the tissue macrophages under the influence of regional prolonged ozone therapy in the treatment of purulent-necrotic processes in patients with diabetes mellitus
- 84 **Байдо С. В., Голуб Д. А.**
 Роль лапароскопії в ліченні спаечной тонкокишечной непроходимости
- 85 **Боднарюк М. Ю., Вилиткевич Е. Л., Мосійчук В. В., Колесников Е. Б.**
 Использование аллогенных стромальных мезенхимальных клеток в лечении воспалительных заболеваний кишечника

- 85 **Вовк В. А.**
Особливості хірургічного лікування гнійного холангіту на фоні спайкової хвороби черевної порожнини
- 86 **Дронов О. І., Ковальська І. А., Горlach А. І., Бурміч К. С., Задорожня К. О.**
Ендовідеоскопічні технології лікування гострого інфікованого некротичного панкреатита
- 87 **Юффе О. Ю., Стеценко О. П., Тарасюк Т. В., Цюра Ю. П., Кривоустов М. С.**
Однопортова лапароскопічна трансумбілікальна апендектомія в невідкладній хірургії
- 87 **Лесной В. В., Лесная А. С.**
Лапароскопічний адгезиолизис при неосложненной спаечной кишечной непроходимости
- 88 **Панасенко С. І.**
«Реанімаційна хірургія» на прикладі успішного лікування травматичного розриву серця
- 89 **Попадюк О. Я.**
Застосування біодеградуєчих полімерних матеріалів у абдомінальній хірургії
- 90 **Саволук С. І.**
Профіль післяопераційної безпеки методів біліарної декомпресії при хірургічному лікуванні обтураційної жовтяниці непухлинної етіології
- 91 **Саволук С. І., Гудзь М. А.**
Динаміка імунного та цитокінового профілю в прогнозуванні перебігу та виборі лікувальної тактики гнійного перитоніту
- 92 **Саволук С. І., Мельник Т. О.**
Оцінка ступеню анемічного та залізодефіцитного синдромів в прогнозуванні перебігу гострого некротичного аліментарного панкреатиту
- 93 **Скиба В. В., Лисайчук Ю. С., Хомут Ю. Ю.**
Вибіркова декомпресія периферичних нервів нижніх кінцівок в лікуванні ускладнень цукрового діабету
- 93 **Суходоля А. І., Моргун А. С.**
Динаміка показників внутрішньочеревного тиску за гострого панкреатиту
- 94 **Ян Сяо**
Общие характеристики венозных тромбоэмболических осложнений