



УКРАЇНА

UA 99373 U
МПК (2015.01)
A61B 17/00

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**

Номер заявки: **u 2015 00743**
Дата подання заявки: **30.01.2015**
Дата, з якої є чинними права
на корисну модель: **25.05.2015**
Публікація відомостей
про видачу патенту: **25.05.2015, Бюл. № 10**

Винахідник(и):
**Слепов Олексій Костянтинович (UA),
Пономаренко Олексій Петрович (UA),
Талько Максим Олександрович (UA),
Курінний Сергій Іванович (UA)**
Власник(и):
**Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології НАМН України", вул. Платона Майбороди,
8, м. Київ, 04050 (UA)**

СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВ СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ПЛАСТИКИ ДІАФРАГМИ ПРИ ЇЇ ВЕЛИКИХ НАСКРІЗНИХ ПРИРОДЖЕНИХ ДЕФЕКТАХ

Реферат. Спосіб комбінованої пластики діафрагми при її великих наскрізних природжених дефектах включає пластику великих дефектів діафрагми із використанням м'язового клаптя на ніжці. Додатково виконується відсічення частини діафрагми, яка представлена незначним переднім м'язовим валиком, від реберної дуги по передній поверхні, після чого вона дислокується дорзально в горизонтальній площині із подальшим підшиванням вільного краю до задньої частини реберної дуги.

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема дитячої хірургії, і може бути використана для підвищення ефективності лікування дітей з несправжньою природженою діафрагмальною грижею великих розмірів.

Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ) - тяжка вада розвитку, при якій через природні або патологічні отвори діафрагми відмічається переміщення органів черевної порожнини в грудну. За даними світових неонатологічних центрів зустрічається з частотою від 1:2500 до 1:5000 пологів. Однак, якщо в статистику включити мертвонародження, то істинна частота захворювання становитиме близько 1:2000 пологів [1]. Традиційно, ПДГ розглядають як захворювання періоду новонародженості, у 10 % пацієнтів патологія виявляється після місячного віку, а в деяких - протягом дорослого життя [2].

Величина та локалізація дефекту діафрагми може не впливати на клінічні прояви, проте, має велике значення при пластичній діафрагмі. Так, великі дефекти з відсутністю заднього валика або з відсутністю купола діафрагми створюють значні труднощі при хірургічній корекції цієї вади, у випадках неможливості пластики шляхом простого зведення країв діафрагми [3].

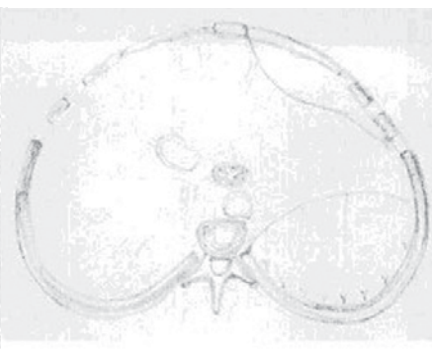
В даний час для хірургічного лікування великих дефектів діафрагми у новонароджених широкого застосування набуває застосуванням синтетичних та алопластичних матеріалів. Проте, їх використання пов'язане з високою частотою рецидивів (до 40 %) [4] та летальністю, ранніми післяопераційними ускладненнями, такими як реактивний плеврит, розвитком деформації грудної клітки, тощо.

Відомий спосіб [5], згідно з яким при несправжніх природжених діафрагмальних грижах ушивання дефекту діафрагми проводиться окремими вузлуватими матрацними швами. Гіпоплазована діафрагма розтинається посередині в сагітальному напрямі до грудинно-реберного м'язового валика з формуванням двох трикутних клаптів, основа кожного з яких фіксується до VII або VIII ребра двома окремими синтетичними

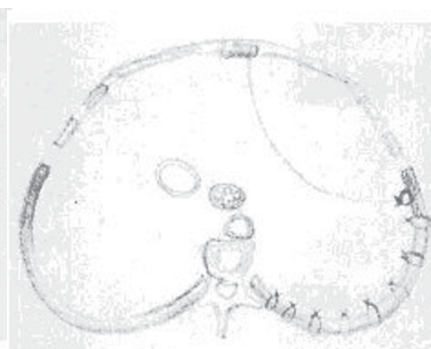
Винаходи



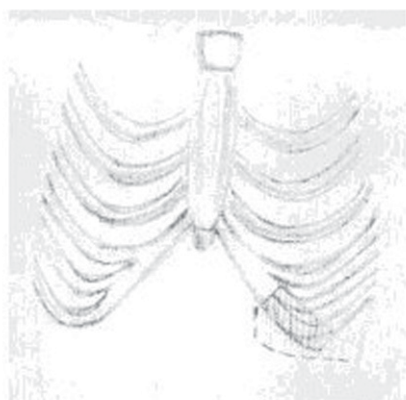
Фіг. 1



Фіг. 2



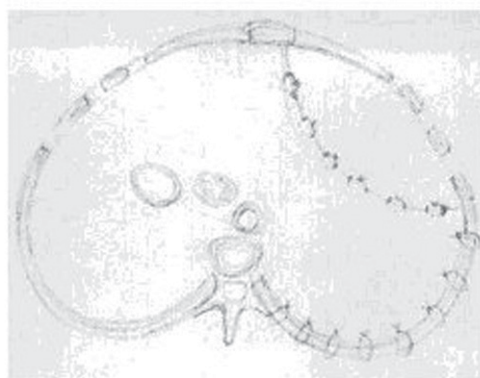
Фіг. 3



Фіг. 4



Фіг. 5



Фіг. 6

швами, після чого дефект діафрагми вшивається подвійними «П»-подібними швами, причому двома задніми швами підхоплюється поперечна фасція і заочеревинна клітковина. Однак, використання даного методу неможливе у випадках дуже великих дефектів діафрагми із збереженням меншої частини її куполу.

Найближчим, за суттю, способом пластики великих дефектів діафрагми у новонароджених з несправжньою природженою діафрагмальною грижею є [6] спосіб пластики несправжньої природженої діафрагмальної грижі із використанням м'язів передньої черевної стінки. Суть методу полягає у лівобічній субкостальній лапаротомії, виділенні м'язового клаптя із подальшим заміщенням дефекту по периметру. Недоліком вказаного способу лікування є неможливість використання цієї методики при задньому розміщенні наскрізного дефекту.

В основу корисної моделі способу комбінованої пластики діафрагми при її великих наскрізних природжених дефектах поставлено задачу ефективного закриття великих дефектів діафрагми, що дасть можливість зменшити частоту післяопераційних ускладнень, таких як рецидив діафрагмальної грижі та зменшення інвалідизації дитячого населення.

Поставлена задача вирішується способом комбінованої пластики діафрагми при її великих наскрізних природжених дефектах, що включає пластику великих дефектів діафрагми із використанням м'язового клаптя на ніжці, згідно з корисною моделлю, додатково виконується відсічення частини діафрагми, яка представлена незначним переднім м'язовим валиком, від реберної дуги по передній поверхні, після чого вона дислокується дорзально в горизонтальній площині із подальшим підшиванням вільного краю до задньої частини реберної дуги.

При цьому новостворений дефект в передній частині діафрагми, закривається клаптем на судинній ніжці з м'язів передньої черевної стінки та міжреберних м'язів, шляхом часткової сегментарної резекції хрящової частини реберної дуги з поступовим виділенням та фіксацією клаптя по краях дефекту діафрагми «П»-подібними швами, що не розсмоктуються.

Спосіб здійснюється наступним чином: виконується лівобічна субкостальна лапаротомія, частина діафрагми, яка представлена незначним переднім м'язовим валиком, відсікається від реберної дуги в передній частині (фіг. 1) 2,5-3 см із залишенням її фіксації латерально та дислокується дорзально в горизонтальній площині (фіг. 2); дистопований м'язовий валик фіксується вільним краєм до задньої частини реберної дуги із захопленням останньої у вузлові шви (шовк 2/0) та з додатковим його підшиванням до м'яких тканин по краях (фіг. 3); новостворений дефект в передній частині діафрагми, закривається клаптем на судинній ніжці з частини м'язів передньої черевної стінки та міжреберних м'язів, що отриманий шляхом часткової сегментарної резекції хрящової частини реберної дуги (фіг. 4, 5), який розвертають в сагітальному напрямі дорзально і підшивають по краю дефекту "П"-подібними нерозсмоктуючими швами (фіг. 6).

Суть способу, що заявляється, підтверджується наступним прикладом.

Приклад. Хворий А. 3 доби. *Діагноз:* Природжена вада розвитку лівобічна несправжня діафрагмальна грижа, гіпоплазія легень (S>D), ДН III ст. СДР I. ГП ЦНС. Дитина народжена в 39 тижнів гестації з масою 3500 гр. від 5 вагітності, 3 пологів.

Операція проведена на 3 добу життя, після стабілізації респіраторного та гемодинамічного статусу. При ревізії виявлено значний дефект діафрагми розмірами 6x7 см з повною відсутністю заднього валика та наявністю незначного м'язового валика в передній частині (фіг. 1). Закриття шляхом зведення країв діафрагми неможливе. Проведено відсічення переднього м'язового валика протягом 2,5-3 см (фіг. 2), його дислокація дорзально з фіксацією до задньої частини реберної дуги вузловими швами (фіг. 3). Для закриття новоствореного дефекту виконано виділення м'язового клаптя із міжреберних та м'язів передньої черевної стінки (фіг. 4, 5) та підшивання останнього по периметру дефекту «П»-подібними швами із попередньою сегментарною резекцією хрящової частини реберної дуги в даній ділянці (для запобігання вираженого натягу тканин та формування повноцінного м'язового клаптя). П/о період зтяжний, обумовлений гіпоплазією легень та ДН. Дитина переведена в обласну дитячу лікарню для подальшого виходжування на 36 добу життя.

Таким чином спосіб пройшов клінічну апробацію в дитячих клініках ДУ «ТПАГ НАМН України» з добрими результатами та рекомендований до практичного впровадження у спеціалізованих клініках.

Джерела інформації

1. Skandalis J.E. The Diaphragm / Skandalis J.E., Gray S.W., Ricketts R.R. // Embriology for Surgeons. - 1999. - 2nd edition. - P. 491-539.
2. Shaaban A.F., Kim H.B., Flake A.W. (et al.) Oprative Pediatric Surgery. - 2003. - New York. - P. 21-35.
3. Split abdominal wall muscle flap repair vs patch repair of large congenital diaphragmatic hernias / Douglas C Barnhart, Elisabeth Jacques, Eric R. Scaife [et al.] // J Pediatr Surg. 2012. - Vol. 47. - P. 81-86.
4. Prosthetic patches for congenital diaphragmatic hernia repair: Surgisis vs Gore-Tex / Grethel E.J., Cortes R.A., Wagner A.J., [et al.] // J Pediatr Surg. - 2006. - Vol. 41. - P. 29-33.
5. Патент 36229А UA Спосіб пластики діафрагми у дітей з природженими несправжніми діафрагмальними грижами.
6. Патент 75150А UA Спосіб комбінованої пластики діафрагми у новонароджених з несправжною природженою діафрагмальною грижею.

Формула корисної моделі

1. Спосіб комбінованої пластики діафрагми при її великих наскрізних природжених дефектах, що включає пластику великих дефектів діафрагми із використанням м'язового клаптя на ніжці, який відрізняється тим, що додатково виконують відсічення частини діафрагми, яка представлена незначним переднім м'язовим валиком, від реберної дуги по передній поверхні, після чого вона дислокується дорзально в горизонтальній площині із подальшим підшиванням вільного краю до задньої частини реберної дуги.
2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що новостворений дефект в передній частині діафрагми закривається клаптем на судинній ніжці з м'язів передньої черевної стінки та міжреберних м'язів, шляхом часткової сегментарної резекції хрящової частини реберної дуги з поступовим виділенням та фіксацією клаптя по краях дефекту діафрагми «П»-подібними швами, що не розсмоктуються.

Державна служба інтелектуальної власності України,
вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна
ДП «Український інститут інтелектуальної власності»,
вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601



УКРАЇНА

UA 109090 U

МПК (2016.01)

A61B 17/00

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**

Номер заявки: **u 2016 01522**
Дата подання заявки: **19.02.2016**
Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **10.08.2016**
Публікація відомостей про видачу патенту: **10.08.2016, Бюл.№ 15**

Винахідник(и):
**Кривченя Данило Юліанович (UA),
Руденко Євген Олегович (UA)**
Власник(и):
**Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, бул. Шевченка, 13,
м. Київ-4, 01601 (UA)**

СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАХЕОМАЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ

***Реферат.** Спосіб хірургічного лікування трахеомаліяції у дітей включає правобічну бокову торакотомію, виділення задньої стінки трахеї та фіксацію синтетичного трансплантата до кінців трахеальних напівкілець на ділянці западання з кожного її боку з наступним підшиванням його. В зоні основи серця (легеневого стовбура та висхідної аорти) викроюють клапоть розміром адекватним ділянці розширеної та флотуючої перетинчастої стінки трахеї, клапоть перикарда обробляють 2% розчином глютаральдегіду, розвертають його фіброзним шаром до мембрани трахеї та підшивають до неї окремими швами по центру та по краях із захопленням кінців хрящових напівкілець трахеї, дефект перикарда закривають правою часткою вилочкової залози.*

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до дитячої хірургії, і призначена для хірургічного лікування трахеомаліяції у дітей.

Трахеомаліяція - це генералізована або локальна морфологічна патологія стінки трахеї, яка проявляється втратою каркасності її хрящових напівкілець та розширенням і гіпотонією перетинчастої частини, внаслідок чого відбувається надмірне звуження просвіту трахеї під час видиху або при будь-якому підвищенні внутрішньогрудного тиску.

Трахеомаліяція є найчастішою серед вроджених аномалій трахеї. Вона може бути ідіопатичною або асоційованою з низкою патологічних станів, що включають атрезію стравоходу або трахеостравохідну норичю, аномалії плечоголового стовбура, пухлини та кісти середостіння, тривалу інтубацію при інтерстиціаній хворобі легень або бронхолегеневій дисплазії [1,2]. Ця патологія проявляється ознаками порушення прохідності дихальних шляхів: стридором, нападами кашлю, епізодами апное, ціанозом, рецидивами інфекції дихальних шляхів, а також неможливістю екстубації трахеї [1,2]. Симптоматика є варіабельною та залежить від тяжкості, тривалості та локалізації зони трахеомаліяції.

Переважаючий механізм обструкції трахеї визначається під час трахеоскопії на самостійному диханні. Діти з тяжкими або прогресуючими симптомами потребують хірургічного лікування. У випадках, коли обструкція зумовлена переважно розширенням, дисплазією, гіпотонією та пролабуванням мембранозної частини трахеї, показаною є трахеопластика з укріпленням задньої стінки.

Відомо декілька способів укріплення стінок трахеї за допомогою як аутоканин так і синтетичних матеріалів. Відомий також спосіб використання аутоперикарда, обробленого розчином глютаральдегіду різної

концентрації для корекції вад серця, зокрема септальних дефектів та протезування стулок клапанів [3,4], проте застосування такого матеріалу для пластики трахеї не описане. Недолік існуючих способів хірургічного лікування цієї патології полягає в тому, що після кожного з них у віддаленому періоді виникає значна кількість ускладнень (трахеїт, паратрахеальний абсцес), що можуть стати причиною рецидиву обструкції трахеї. Основною причиною виникнення таких ускладнень при лікуванні трахеомалії є неврахування анатомо-фізіологічних особливостей трахеї та оточуючих органів середостіння при цій патології. Це призводить в подальшому до необхідності повторних операцій, інвалідизації пацієнтів та летальності.

Відомий спосіб хірургічного лікування трахеомалії у дітей Н. Herzog et al., при якому застосовується кістковий трансплантат у вигляді пластинки із ребра з фіксацією його до задньої стінки трахеї [5].

Однак, кісткова тканина є нееластичною, що з ростом дитини після операції призводить до деформації та звуження просвіту трахеї з рецидивом її обструкції.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраним як прототип, є спосіб хірургічного лікування трахеомалії у дітей за Н. Grillo [6], при якому під час передопераційної трахеоскопії визначають поширеність трахеомалії, після правобічної задньо-бокової торакотомії трансплеврально виділяють задню стінку трахеї та кінці хрящових напівкілець, протягом всього торакального сегменту, та задню стінку головних бронхів з пересіченням v. azygos та правого блукаючого нерва. Викроюють смужку поліпропіленової в'язаної сітки, відповідно до розмірів трахеї, ширини мембранозної частини та зони малії. Сітку на всьому її протязі підшивають до задньої стінки трахеї чотирма рядами вузлових швів з фіксацією та підтягненням кінців хрящових напівкілець до країв сітки, а її середньої частини - до мембранозної стінки трахеї. Ефект операції зумовлений вrostанням сітки в стінку трахеї та її укріпленням.

Однак, операція розроблена для дорослих пацієнтів, в яких трахея вже припинила свій ріст. Використання такого трансплантата у дітей на трахеї, що росте, може спричинити порушення нормального росту трахеї в зоні пластики. Також можливий рецидив обструкції у віддаленому періоді внаслідок формування інтратрахеальної гранульоми та формування сероми з компресією трахеї. Крім цього, у таких пацієнтів можлива арозія стінки трахеї, стравоходу та крупних судин, нагноєння в зоні пластики.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування трахеомалії у дітей за рахунок забезпечення умов для стабілізації мембранозної частини трахеї та попередження можливості деформації та стенозування трахеї з ростом дитини.

Отриманий технічний результат зводиться до відновлення прохідності трахеї та зниження частоти післяопераційних ускладнень, зокрема обструкції дихальних шляхів, при хірургічному лікуванні трахеомалії у дітей.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає правобічну бокову торакотомію, виділення задньої стінки трахеї та фіксацію синтетичного трансплантата до кінців трахеальних напівкілець на ділянці западання з кожного її боку з наступним підшиванням його, згідно з корисною моделлю, в зоні основи серця (легеневого стовбура та висхідної аорти) викроюють клапоть розміром, адекватним ділянці розширеної та флотуючої перетинчастої стінки трахеї, клапоть перикарда обробляють 2% розчином глютаральдегіду, розвертають його фіброзним шаром до мембрани трахеї та підшивають до неї окремими швами по центру та по краях із захопленням кінців хрящових напівкілець трахеї, дефект перикарда закривають правою часткою вилочної залози.

Відмінними ознаками корисної моделі є те, що укріплення перетинчастої стінки трахеї на ділянці трахеомалії досягають тим, що до неї підшивають спеціально підготовлений трансплантат із аутоперикарда. Трансплантат викроюють із перикарда в зоні основи серця (аорти та легеневої артерії), обробляють 2% розчином глютаральдегіду і підшивають до задньої стінки трахеї особливим чином. Дефект перикарда в місці викроювання клаптя закривають правою часткою вилочної залози. Перикард є аутоканиною, що унеможливує реакцію організму на стороннє тіло. Обробка клаптя перикарда 2% розчином глютаральдегіду приводить до його ущільнення та зміцнення, що дозволяє поліпшити стабілізацію мембранозної стінки трахеї після пришивання обробленого клаптя перикарда. Крім цього, така обробка трансплантата зменшує кліткову реакцію організму та дозволяє запобігти денатурації колагену трансплантата. Трансплантат перед його фіксацією розвертають фіброзним шаром до задньої стінки трахеї і підшивають до неї трьома рядами П-подібних швів, причому два крайні ряди швів фіксують трансплантат до кінців хрящових напівкілець, а середній ряд - до перетинчастої стінки трахеї. Саме ці технічні особливості запобігають виникненню обструкції трахеї після хірургічного лікування трахеомалії у дітей. Новизна полягає в оптимізації оператив-

Винаходи

ного втручання за рахунок заготовки трансплантата з аутоперикарда, особливостей його обробки та фіксації. За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування трахеомалії у дітей невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Грудну клітку розкривають шляхом бокової торакотомії по IV міжребер'ю. Медіастинальну плевру розкривають поздовжньо дорзальніше від діафрагмального нерва. Виділяють задню стінку трахеї протягом всього її грудного сегмента включно з біфуркацією. Візуально, пальпаторно та за допомогою інтраопераційної трахеоскопії визначають зону найбільшого ураження трахеї, оцінюючи ступінь западання перетинчастої стінки під час дихання та відстань між кінцями трахеальних хрящових напівкілець. Після відділення від перикарда правої частки вилочкової залози над основою серця викроюють прямокутної форми клапоть перикарда (трансплантат), розміри якого відповідають розмірам ділянки трахеомалії. З метою зміцнення та ущільнення клапоть перикарда обробляють 2% розчином глютаральдегіду протягом 5-35 хвилин з наступним триразовим промиванням у 0,9% розчині хлориду натрію по три хвилини. Підготовлений трансплантат розвертають фіброзним шаром до задньої стінки трахеї та фіксують до ділянки трахеомалії з підшиванням його країв до кінців хрящових напівкілець, а також посередині - до перетинчастої стінки трахеї. Обов'язковим є включення в зону пластики біфуркації трахеї та головних бронхів. Інтервал між окремими швами дорівнює відстані між хрящовими напівкільцями. Для крайових швів використовують нитки з матеріалу, що не розсмоктується, а для середніх - з матеріалу, що розсмоктується. Дефект перикарда в проекції правого передсердя, висхідної аорти та легеневої артерії закривають мобілізованою правою часткою вилочкової залози. Медіастинальну плевру зашивають рідкими окремими швами. Операцію закінчують дренажуванням плевральної порожнини і пошаровим зашиванням торакотомної рани.

Оптимальні результати за цим способом досягаються тоді, коли розміри трансплантата відповідають розмірам ділянки трахеомалії із включенням біфуркації трахеї в зону пластики. В кожному конкретному випадку розмір трансплантата визначається протяжністю ділянки ураження та віком пацієнта.

Приклад: Хворий А., 2 роки 9 місяців, госпіталізований у клініку 13.10.2015 року зі скаргами на напади кашлю та задухи, задишку. Протягом першого року життя тричі переніс трахеобронхіт, один раз - бронхопневмонію, з приводу чого проходив стаціонарне лікування. В подальшому рецидиви обструктивного бронхіту відмічались щомісяця, відмічено появу нападів голосного гавкітливого кашлю під час невеликих фізичних навантажень. На основі даних клінічного обстеження та трахеобронхоскопії у дитини виявлено первинну ідіопатичну дифузну трахеомалію III ступеня з переважною локалізацією в грудному відділі трахеї, дифузний катаральний ендобронхіт, дихальну недостатність II ступеня. 20.10.2015 року - операція: торакотомія, перикардіотомія, пластика задньої стінки трахеї перикардіальним клаптом довжиною 3 см і шириною 2 см, обробленого 2% розчином глютарового альдегіду за способом, що заявляється. Хворого дезінтубовано через 1 добу після операції. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Виписаний додому через 24 дні. Кашель та напади задухи пройшли.

При контрольному огляді через 3 місяці у пацієнта скарг і клінічних ознак обструкції дихальних шляхів немає. Росте і розвивається згідно з віком.

У клініках кафедри дитячої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця проведено 4 операції за способом, що заявляється, для стабілізації просвіту дихальних шляхів при лікуванні трахеомалії у хворих віком від 2 до 7 років. Трахеомалія була первинною - ідіопатичною або асоційованою з атрезією стравоходу та трахеостравохідною норичею.

Спостереження у віддаленому періоді від 3 місяців до 7 років показали, що у всіх пацієнтів не було рецидивів обструкції дихальних шляхів. Ендоскопічно відмічено стабілізацію задньої стінки трахеї, відсутність ознак запалення слизової оболонки трахеї. Протягом періоду спостереження діти добре розвивалися.

Таким чином, при укріпленні перетинчастої стінки трахеї за рахунок підшивання до неї перикардіального клаптя, розміри якого відповідають площині ділянки трахеомалії, стабілізується просвіт та зникає обструкція трахеї, різко падає частота післяопераційних ускладнень під час хірургічного лікування трахеомалії у дітей. Це дозволяє знизити інвалідизацію пацієнтів з цією тяжкою патологією, зберегти життя та відновити повноцінну активність у суспільстві.

Джерела інформації:

1. Azizkhan R.G. Congenital airway malformations / P. Puri, M. Hollwarth // Pediatric surgery. Diagnosis and management / P. Puri, M. Hollwarth. - Dordrecht Heidelberg London New York: Springer, 2009. - P. 272.
2. Джонсон Д.Дж. Аномалии и обструкции дыхательных путей / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер // Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. - СПб.: Хардфорд, 1996. - Т.1. - С. 193.

3. Зиньковский М.Ф. Врожденные пороки сердца / Под ред. А.Ф. Возианова. - К.: Книга плюс, 2008. - 1168 с.
4. Kapisiz N.S., Kapisiz H.F., Dogan O.V., Dolgun A., Yucel E. Glutaraldehyde Fixation of Autologous Pericardial Patches // Trakya Univ Tip Fak Derg. - 2008. - Vol. 25, № 2. - P. 124-129.
5. Herzog H. Expiratory stenosis of the trachea and great bronchi by loosening of the membranous portion; plastic chip repair // Thoraxchirurgie. - 1958. - Vol. 5, № 4. - P. 281-319.
6. Grillo H.C. Surgery of the trachea and bronchi / H.C. Grillo. - Hamilton, London: BC Decker Inc, 2004. - P. 647-648.

Формула корисної моделі

Спосіб хірургічного лікування трахеомалаяції у дітей, що включає правобічну бокову торакотомію, виділення задньої стінки трахеї та фіксацію синтетичного трансплантата до кінців трахеальних напівкілець на ділянці западання з кожного її боку з наступним підшиванням його, який відрізняється тим, що в зоні основи серця (легеневого стовбура та висхідної аорти) викроюють клапоть розміром адекватним ділянці розширеної та флотноючої перетинчастої стінки трахеї, клапоть перикарда обробляють 2% розчином глютаральдегіду, розвертають його фіброзним шаром до мембрани трахеї та підшивають до неї окремими швами по центру та по краях із захопленням кінців хрящових напівкілець трахеї, дефект перикарда закривають правою часткою вилючкової залози.

Державна служба інтелектуальної власності України,
вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна
ДП «Український інститут інтелектуальної власності»,
вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601

НОВИНИ

Doctors' SafeTrain

THE JOINT UNIVERSITIES CENTRE FOR
SAFE MEDICAL TRAINING & RESEARCH

Pediatric minimal access surgery live skills lab

Under auspices of European Pediatric Surgeons Association (EUPSA)
13th-14th October 2017
Jelgava, Latvia

The Paediatric Minimal Access Surgery Live Skills Labs to train in Laparoscopic and VideoAssisted Thoracic Procedures (VATS) which are required for improving technical skills in Pediatric Surgical pathologies. The workshop is designed to offer 12 hours of hands-on training with a limited number of participants in a state of the art training facility. This Course will also includes an Operation Room Nurses training Program/Course.

Procedures - Live large animal model

Cholecystectomy	Hemi-splenectomy/Splenectomy
Intestinal anastomosis	Fundoplication
Diaphragmatic hernia	Inguinal hernia repair techniques
Pyeloplasty	Nephrectomy
Gastrostomy	Procedures for vesico-ureteral reflux

Organization

Ilona Bundze Zdanovska (Riga)
Olaf Volrats (Riga)

Workshop Faculty/Instructors

Olafs Volrats (Riga)
Astra Zviedre (Riga)
Paulis Laizans (Riga)

Invited Faculty/Instructor

Amulya Saxena (London)

Venue

Latvian University of Agriculture Veterinary Faculty
Kristapa Helmana str. 8, Jelgava, LV-3004, Latvia

Social events Program

12th Oct 19:00 Welcome reception- Opera Spa Hotel Riga Raiņa bulvāris 33, Rīga, LV-1050
13th Oct 08:00 Opera Spa Hotel - Jelgava (bus transport)
14th Oct 13:00 Jelgava-Riga (bus transport)

Registration Email: info@doctorstraining.eu
Website: <http://doctorstraining.eu/>



УКРАЇНА

UA 99619 U

МПК

AA61B 17/56 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

Номер заявки: **u 2015 00421**
Дата подання заявки: **20.01.2015**
Дата, з якої є чинними
права на корисну модель: **10.06.2015**
Публікація відомостей
про видачу патенту: **10.06.2015, Бюл. № 11**

Винахідник(и):
**Слепов Олексій Костянтинівич (UA),
Пономаренко Олексій Петрович (UA),
Мигур Михайло Юрійович (UA),
Курінний Сергій Іванович (UA)**
Власник(и):
**Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології НАМН України", вул. Платона Майбороди,
8, м. Київ, 04050 (UA)**

СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ГЕМОЛІМФАНГІОМ ГОЛОВИ І ШИЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

***Реферат.** Спосіб комбінованого лікування гігантських гемолімфангіом голови та шиї у новонароджених включає хірургічне лікування. Проводять серійні декомпресивні пункції камер пухлини з накладанням компресивних пов'язок до стійкого зменшення розмірів пухлини. Оперативне лікування проводять другим етапом після досягнення стійкого зменшення розмірів пухлини.*

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема дитячої хірургії, і може бути використана для підвищення ефективності лікування новонароджених дітей з гігантськими багатокамерними гемолімфангіомами.

Гемолімфангіоми (ГМ) - рідкісні доброякісні новоутворення, які виникають внаслідок природжених мальформацій судинної і лімфатичної системи. Гемолімфангіома належить до комбінованої форми лімфангіом з елементами гемангіоми. Лімфангіоми - гетерогенна група судинних мальформацій, яка складається з кістознорозширених лімфатичних судин [1].

В світовій літературі досі дискутуються підходи щодо оптимальних методів лікування гемолімфангіом. Довгий час хірургічний метод лікування залишався єдиним доступним і можливим лікуванням природжених лімфатичних мальформацій.

Відомим аналогом є спосіб [2,3], згідно з яким при наявності мультикістозних гемолімфангіом великих розмірів, при котрих застосування склерозуючої терапії не дає позитивного ефекту, проводиться етапна хірургічна корекція, котра полягає у радикальному або етапному оперативному видаленні новоутворення.

Проте аналог не є оптимальним через різку післяопераційну втрату об'єму циркулюючої крові (ОЦК) та високий ризик розвитку гіповолемічного шоку після радикального видалення пухлини (або її великої частини), яка містить значний ОЦК новонародженого, що може призвести до фатальних наслідків. Хірургічна резекція пухлини також пов'язана з ризиком інтраопераційного травмування життєво важливих структур, таких як артерії, вени, нервові стовбури що інтимно прилягають, або входять до складу цих пухлини. Це, в свою чергу, може призвести до важкої кровотечі або порушення іннервації з розвитком парезів та паралічів.

Найближчим аналогом до корисної моделі є склерозуюча терапія [1,4-8]. Суть способу полягає у введенні в камери пухлин склерозуючого агента з метою індукції розвитку асептичного запалення з наступним склерозуванням порожнин. В різні часи для склерозування використовували декстрозу, тетрациклін, доксициклін, блеоміцин, етанол і ОК-482.

Недоліком найближчого аналога є те, що склеротерапія вищезгаданими речовинами (окрім склерозанту ОК-482, виділеного із штаму *Streptococcus pyogenes*), супроводжується некрозами, ульceraцією, рубцюванням, ущільненням тканин, деформаціями, що призводять до функціональних порушень і косметичних вад, що, в свою чергу, ускладнює можливе хірургічне видалення пухлини після неефективності консервативного лікування [1,4,6,8].

В основу корисної моделі поставлена задача ефективного лікування дітей з гігантськими пухлинами, при неможливості проведення первинного оперативного лікування, що дасть можливість значно зменшити розміри новоутворення, попередити повторне наповнення порожнин новоутворення з наступним проведенням оперативного втручання, зменшити частоту післяопераційних ускладнень, летальності та інвалідизації дитячого населення.

Поставлена задача вирішується тим, що проводять серійні пункції порожнин пухлини з наступним застосуванням компресійних пов'язок до досягнення значного стійкого зменшення розмірів пухлини, наступним етапом проводиться оперативне втручання для видалення залишків тканин пухлини.

Корисну модель виконують наступним чином: під УЗ контролем визначається найбільша за розмірами камера пухлини, проводиться її пункція за допомогою вазофікса з під'єднаним шприцом (V=20,0 мл), вміст камери аспірується і передається до лабораторії для проведення цитологічного дослідження. Після видалення катетера на місце пункції накладається кисетний шов для попередження кровотечі з місця пункції. Процедура проводиться під пильним моніторингом вітальних показників (пульсу, артеріального тиску, сатурації кисню). Після процедури проводиться замісна внутрішньовенна інфузія препаратів крові (відмитих еритроцитів, свіжезамороженої плазми) в вікових дозах та інфузійна терапія. Для попередження повторного наповнення пунктованої камери та нівелювання негативного тиску, що створюється суміжними напруженими (непунктованими) камерами пухлини, після пункції накладається постійна компресійна сітчаста пов'язка. З інтервалом в 1-2 доби проводяться аналогічні серійні пункції найбільших, визначених шляхом УЗД, камер пухлин з наступним накладанням компресійних пов'язок до повного спустошення камер пухлини. Це призводить до поступового значного зменшення розмірів новоутворення в періоді новонародженості. Другим етапом, у віці 1 року, проводиться оперативне втручання для видалення залишків тканин пухлини, надлишкової шкіри.

Корисна модель пояснюється кресленнями, де фіг. 1 зовнішній вигляд дитини при надходженні до хірургічного відділення (через 10 хв після народження), фіг. 2 зовнішній вигляд дитини при виписці зі стаціонару (1 місяць), фіг. 3 етапи операційного втручання, фіг. 4 зовнішній вигляд дитини у віддаленому терміні після лікування (3 роки 9 місяців).

Корисна модель підтверджується наступними прикладами.

Приклад застосування способу лікування. **Хворий Р.** 1 доба. Діагноз: Природжена вада розвитку - гігантська гемолімфангіома голови і шиї з компресією трахеї. Дихальна недостатність III ст. Новонароджений хлопчик народився в акушерських клініках ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». Наявність природженої вади розвитку діагностовано пренатально шляхом проведення ультразвукового дослідження плода в терміні 30 тижнів гестації. Доношена дитина, народжена в присутності дитячого хірурга в стані асфіксії важкого ступеня шляхом кесарського розтину в терміні 38 тижнів гестації. Маса при народженні – 4160 г, оцінка за шкалою Апгар 3/3 бали.

В пологовій залі діагностовано наявність гігантської судинної пухлини голови і шиї. У зв'язку з респіраторними розладами, обумовленими компресією гортані та трахеї пухлиною, проведено інтубацію трахеї, розпочато ШВЛ. Одразу після народження, в умовах транспортного кювезу, дитину транспортовано до хірургічного відділення. Вона знаходилась в умовах відділення дитячої реанімації ШПАГ в режимі кювезу. Було проведено комбіноване лікування шляхом застосування серійних пункцій з накладанням компресійних пов'язок. Ускладнень не було, дитина виписана на 31 добу життя в задовільному стані.

Другим етапом було проведено оперативне втручання по видаленню надлишкової шкіри та тканин пухлини у віці 1 року 8 місяців. Клінічний і косметичний результат лікування у віддаленому періоді (3 роки) добрий.

Винаходи

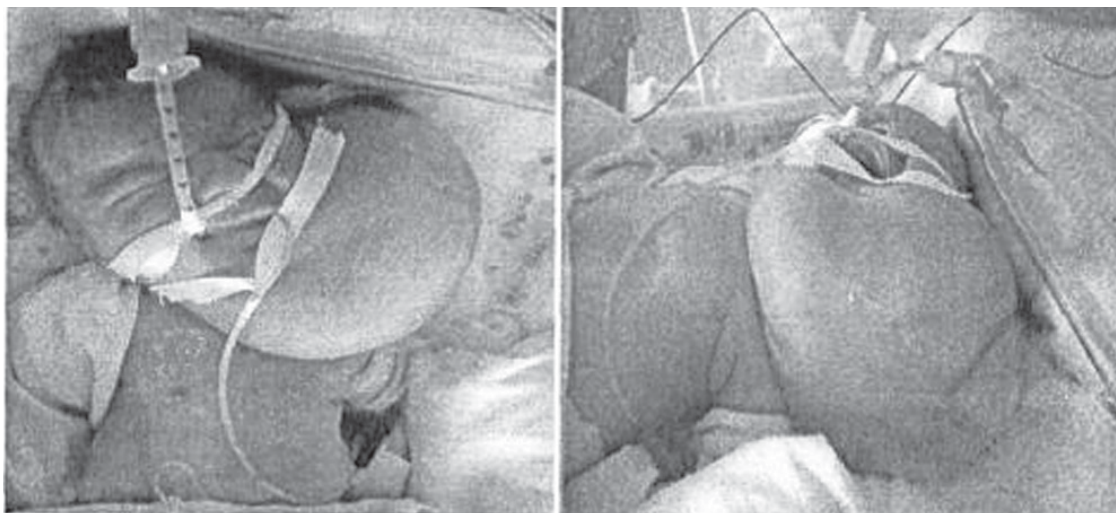
Корисна модель пройшла клінічну апробацію в дитячих клініках ДУ «ІПАГ НАМН України» з добрими результатами та рекомендований до практичного впровадження у спеціалізованих клініках.

Джерело інформації

1. Дементьева Н.А., Дігтяр В.А. Гемангіоми у дітей: пропозиції щодо медичної стратегії. // Хірургія дитячого віку. - 2014. - №1-2. - С. 85-93.
2. Ашкрафт, К.У. Детская хирургия [Текст]: в 1 т. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер ; [вступ, ст., перевод с англ. и подгот. к изданию Т.К. Немилова]. - СПб., Хардфорд, 1996. - 60×90 1/8. - 5000 экз. - ISBN 5-90131-1010.
3. Calis M, Konas E, Takci S, Yurdakok M. et al. Aggressive Giant Cystic Lymphatic Malformation in a Newborn // The Turkish Journal of Pediatrics. - 2013. - Vol. 55. - P. 447-450.
4. Тетрулева Н.А., Поворознюк В.С., Тополова К.В. и др. Тактика лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Применение пропранолола в качестве первой линии терапии гемангиом сложных локализаций. // Хірургія дитячого віку. - 2013. - № 4. - С. 24-31.
5. Calis M, Konas E, Takci S, Yurdakok M. et al. Aggressive Giant Cystic Lymphatic Malformation in a Newborn.// The Turkish Journal of Pediatrics. - 2013. - Vol. 55. - P. 447-450.
6. Grasso D.L., Pelizzo G., Zocconi E. et al. Lymphangiomas of the head and neck in children. // Acta Otorhinolaryngologica Italica. - 2008. - Vol.28. - P. 17-20.
7. Mirza B, Ijaz L, Saleem M. et al. Cystic Hygroma: An Overview. // Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. - 2010. - Vol.3, №3. - P. 139-144.
8. Rozman Z, Thambidorai R, Zaleha A. et al. Lymphangioma: Is intralesional bleomycin sclerotherapy efective? // Biomedical Imaging and Intervention Journal. - 2011. - Vol. 7, № 3. - P. 18-40 23.

Формула корисної моделі

1. Спосіб комбінованого лікування гігантських гемолімфангіом голови та шиї у новонароджених, що включає хірургічне лікування, який відрізняється тим, що проводять серійні декомпресивні пункції камер пухлини з накладанням компресивних пов'язок до стійкого зменшення розмірів пухлини.
2. Спосіб за пунктом 1, який відрізняється тим, що оперативне лікування проводять другим етапом після досягнення стійкого зменшення розмірів пухлини.



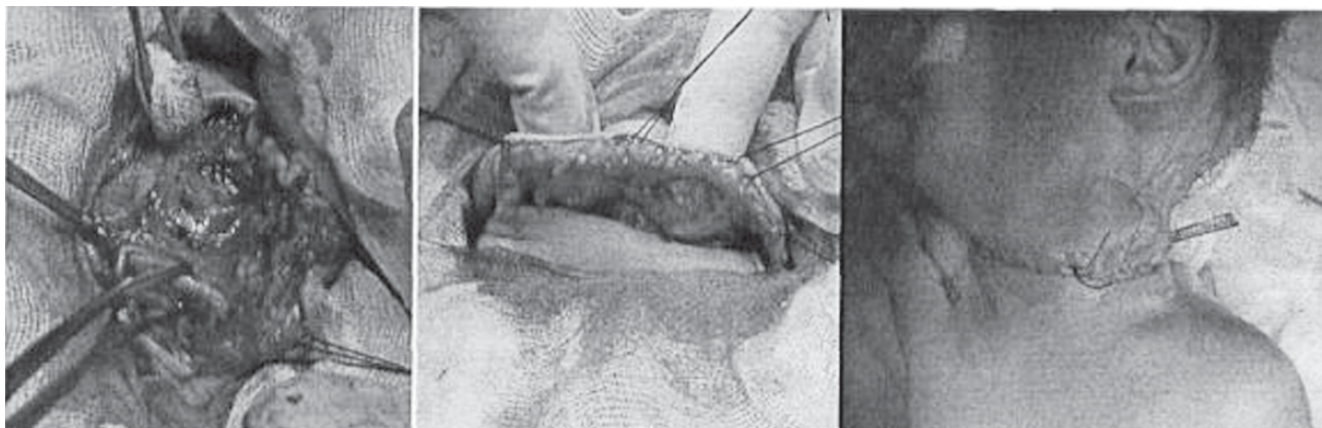
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

Державна служба інтелектуальної власності України,
вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна
ДП «Український інститут інтелектуальної власності»,
вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601

НОВИНИ

31st PANHELLENIC CONGRESS OF PAEDIATRIC SURGERY with International Participation 6th to 8th October 2017 University of Macedonia Thessaloniki, Greece

WELCOME LETTER

The Greek Association of Paediatric Surgeons has the honor and pleasure to invite you to participate at the **31st Panhellenic Congress of Paediatric Surgery with International Participation** to be held from **6th to 8th October 2017 in Thessaloniki**.

Following the organization of two successful congresses in 2013 and 2015 in Athens, we are convinced that the upcoming congress in Thessaloniki will be equally successful, as far as participation and scientific program level are concerned. Doctors from Northern Greece have proved repeatedly their strong support for the promotion of Paediatric Surgery – which is the major goal of the Greek Association of Paediatric Surgeons – by participating in all scientific events of the Association no matter where they have been organized. I am certain that colleagues from all over Greece and other countries will follow their example and the Panhellenic Congress will result in fruitful exchange of views and presentation of all contemporary techniques and methods for diagnosis and treatment of Paediatric Surgical diseases. The participation of accomplished Greek and foreign speakers and the scientific program topics will highlight the upgraded scientific level.

The Organizing Committee acknowledges the significant contribution of the University of Macedonia, Thessaloniki, Greece for the kind grand of its wonderful halls for the congress sessions and satellite events. We really hope that we will co-organize a scientific congress that will fulfill our expectations. Personally, I feel obliged to express deepest thanks on behalf of the Organizing Committee to beloved friends, relatives, old fellow-students and colleagues who offered their great help in the organization.

Finally, I would like to express our thanks to the Authorities of the City of Thessaloniki and Northern Greece for their willingness to support our scientific organization which aims to promote my birth city, beautiful Thessaloniki, in Greece and abroad.

We sincerely thank and invite all of you to participate actively in your 31st Panhellenic Congress of Paediatric Surgery with International Participation.

On behalf of the Organizing Committee
President of the Greek Association of Paediatric Surgeons
Alexander G. Passalides
Head, 2nd Department of Paediatric Surgery
«Panagiotis and Aglaia Kyriakou» Children's Hospital, Athens

More information: <http://gaps.gr/congress2017/en/home-page/>

Правила подання та оформлення статей

Авторська стаття направляється до редакції електронною поштою у форматі MS Word з додаванням сканованих копій офіційного направлення та першої (титульної) сторінки статті з підписами всіх авторів статті у форматі Adobe Acrobat (*.pdf) або (*.jpeg). Друкований екземпляр рукопису, підписаний автором (ами), та оригінал офіційного направлення висилаються поштою на адресу редакції.

Текст статті приймається українською, російською або англійською мовами.

Структура матеріалу: вступ (стан проблеми за даними літератури не старіші 5–7 років); мета, основні завдання та методи дослідження; результати досліджень та їх обговорення (висвітлення статистично оброблених результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого дослідження в даному напрямку; список літератури (2 варіанти), реферати російською, українською та англійською мовами.

Обсяг реферату не повинен перевищувати 200–250 слів. Обов'язково зазначаються «ключові слова» (від 3 до 8 слів) у порядку значущості, що сприятиме індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах.

Реферат є незалежним від статті джерелом інформації. Він буде опублікований окремо від основного тексту статті на сайті та має бути зрозумілим без самої публікації. Реферат є стислим і послідовним викладенням матеріалу публікації за основними розділами і повинен повторяти структуру публікації.

Реферат до оригінальної статті повинен бути структурованим: а) мета дослідження; б) матеріал і методи; в) результати та їх обговорення; г) висновки; д) ключові слова. Всі розділи в резюме мають бути виділені в тексті жирним шрифтом. Для інших статей (огляд, лекція, обмін досвідом, клінічний випадок тощо) реферат складається зі стислого викладення основної концепції статті та ключові слова.

На першій сторінці зазначається: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори.

Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) повинна бути мінімальною. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel, фотографії повинні бути збережені в одному з наступних форматів: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (150-600 dpi). Таблиці та рисунки розташовують в тексті статті після першого згадування. У підпису до рисунку наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номера таблиць, їхні заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, повинні точно відповідати наведеним у тексті.

Посилання на літературні джерела в тексті позначаються цифрами у квадратних скобках, повинні відповідати нумерації у списку літератури.

Необхідно надавати два варіанти списку літератури.

Перший варіант. Список літератури подається відразу же за текстом і оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, що використовується у дисертаційних роботах. Автори зазначаються за алфавітом — спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською або українською мовами, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою.

Приклад оформлення:

1. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 608 с.
2. Волосянко А. Б. Эффективность коррекции эндотелиальной дисфункции в дітей із мікроаномаліями розвитку серця інгібіторами ангіотензину конверту вального фактору / А. Б. Волосянко, О. Б. Синовєрська, Л. Я. Литвинєць // Буковинський мед. вісн. – 2007. – Т. 11, № 2. – С. 23–27.
3. Дедов И. И. Руководство по детской эндокринологии / И. И. Дедов, В. А. Петеркова – М. : Универсум Паблшинг, 2006. – 595 с.
4. Референтные значения тиреотропного гормона и распространенность субклинических нарушений функции щитовидной железы у подростков в регионе легкого йодного дефицита / А. В. Кияев, Л. И. Савельев, Л. Ю. Герасимова [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2008. – № 4 (54). – С. 14–17.

Другий варіант необхідний для аналізу статті у міжнародних наукометричних базах даних, він повністю повторює перший, але джерела на українській і російській мовах **ПЕРЕКЛАДАЮТЬСЯ!** на англійську мову. Неможна використовувати передбачені ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 знаки розділення: // и /.

Приклад оформлення:

Для статей: Прізвища авторів і назва журналу можуть подаватися в транслітерації латиницею, назва статті – перекладається на англійську мову.

Author AA, Author BB, Author CC. (2005). Title of article. Title of Journal. 10(2);3: 49-53.

1. Kaplin VV, Uglov SR, Bulaev OF, Goncharov VJ, Voronin AA, Piestrup MA. 2002. Tunable, monochromatic x rays using the internal beam of a betatron. Applied Physics Letters. 18(80); 3: 3427-3429.
2. Kulikov VA, Sannikov DV, Vavilov VP. 1998. Use of the acoustic method of free oscillations for diagnostics of reinforced concrete foundations of contact networks. Defektoskopiya. 7: 40-49.
3. Levey A, Glickstein JS, Kleinman CS et al. 2010. The Impact of Prenatal Diagnosis of Complex Congenital Heart Disease on Neonatal Outcomes. Pediatr Cardiol. 31(5): 587–597.

Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускаються. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною у всьому тексті.

Стаття закінчується відомостями про авторів. Зазначаються прізвища, ім'я, по батькові (повністю), вчений ступінь, вчене звання, посада в установі/закладі, робоча адреса з поштовим індексом, робочий телефон і адреса електронної пошти всіх авторів; ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Скорочення не допускаються. Автор, відповідальний за зв'язок з редакцією, вказує свій мобільний/контактний номер телефону. Якщо автор працює в декількох організаціях, указуються дані про всі організації.

Друкований варіант статті супроводжується офіційним направленням від установи, в якій вона була виконана, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та експертним висновком про можливість у відкритому друку. На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів і відсотковий внесок кожного автора.

Відповідальність за достовірність і оригінальність наданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) несуть автори.

Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне і літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у публікації статей може здійснюватись без пояснення її причин і не вважається негативним висновком щодо наукової та практичної значущості роботи.

Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

Редколегія



ДІЄ, КОЛИ ІНШІ ЗДАЮТЬСЯ!



МЕПЕНАМ (меропенем) – антибіотик класу карбапенемів, призначений для лікування полімікробних інфекцій, в тому числі нозокоміальних, викликаних резистентними бактеріями.

Легкість проникнення у стінки бактеріальної клітини, високий рівень стабільності до всіх серинових бета-лактамаз та виражена спорідненість з білками, що зв'язують пеніцилін (РВР), пояснюють сильну бактерицидну дію меропенему проти широкого спектру аеробних та анаеробних бактерій.

МЕПЕНАМ – меропенем від лідера України у виробництві та просуванні антибактеріальних препаратів.

- збереження високої чутливості більшості збудників тяжких інфекцій¹;
- переважає іміпенем/циластатин за клінічною та бактеріологічною ефективністю і рідше викликає побічну дію (небажані явища)²;
- меропенем – єдиний карбапенем, який можна застосовувати для лікування бактеріального менінгіту³.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» і ПАТ «Галичфарм».

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

МЕПЕНАМ

MEPENAM

Діюча речовина: меропенем; 1 флакон містить меропенему тригідрату, у перерахуванні на меропенем, 1,0 г;

Лікарська форма. Порошок для розчину для ін'єкцій.

ПОКАЗАННЯ.

Мепенем показаний для лікування таких інфекцій у дорослих і дітей віком від 3 місяців:

- пневмонії, у тому числі негоспітальної та госпітальної пневмонії;
- бронхолегеневих інфекцій при муковісцидозі;
- ускладнених інфекцій сечовивідних шляхів;
- ускладнених інтраабдомінальних інфекцій;
- інфекцій під час пологів і післяпологових інфекцій;
- ускладнених інфекцій шкіри і м'яких тканин;
- гострого бактеріального менінгіту.

Мепенем можна застосовувати для лікування пацієнтів з нейтропенією і гарячкою при підозрі на бактеріальну інфекцію.

ПРОТИПОКАЗАННЯ.

Підвищена чутливість до діючої речовини та/або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, та/або до будь-якого іншого антибактеріального засобу групи карбапенемів. Тяжка підвищена чутливість (наприклад анафілактичні реакції, тяжкі реакції з боку шкіри) до будь-якого іншого типу бета-лактаманного антибактеріального засобу (наприклад пеніцилінів або цефалоспоринів).

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ.

Оральний та вагінальний кандидоз; ангіоневротичний набряк, анафілактична реакція; діарея, блювання, нудота, біль у животі; висип, свербіж, кропив'янка; запалення, біль, тромбоз флебіт; біль у місці ін'єкції та ін.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Мепенем, порошок для розчину для ін'єкцій. Міжнародне непатентоване найменування: Меропенем. **ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ.** Інформація виключно для медичних та фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності. Виробник: ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 139).

Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 10.07.2017 р.

1. Turner P. Trends in antimicrobial susceptibilities among bacterial pathogens isolated from patients hospitalized in European medical centers: 6-year report of the MYSTIC Surveillance Study (1997-2002). *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.*, 2005, 51 (4), 281-289
2. Edwards S, Enmas C, Campbell H, et al. Systematic review comparing meropenem with imipenem plus cilastatin in the treatment of severe infections. *Curr. Med. Res. Opin.*, 2005, 21 (5), 785-794.
3. Zhanel, George G, et al. «Imipenem and meropenem: Comparison of in vitro activity, pharmacokinetics, clinical trials and adverse effects.» *The Canadian Journal of Infectious Diseases* 9.4 (1998): 215

Ближче до людей



УКРАЇНСЬКО-ПОЛЬСЬКІ ДНІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ

АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
ХІРУРГІЇ
ДИТЯЧОГО
ВІКУ



Львів
19-22 жовтня 2017

Щиро запрошуємо до Львова – перлини Світової спадщини ЮНЕСКО.

UKRAÏNSKO-POLSKIE DNI CHIRURGII DZIECIĘCEJ

AKTUALNE
PROBLEMY
CHIRURGII
WIEKU
DZIECIĘCEGO



Lwów
19-22 października 2017

Serdecznie zapraszamy do Lwowa – perły Światowego Dziedzictwa UNESCO.