



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 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 діафрагми. 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].

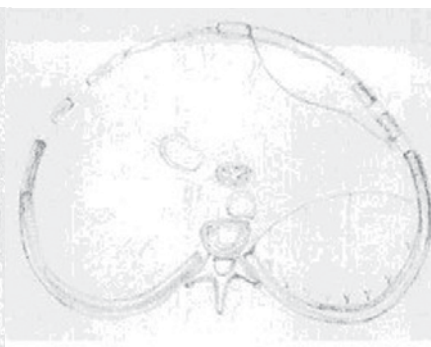
В даний час для хірургічного лікування великих дефектів діафрагми у новонароджених широкого застосування набуває застосуванням синтетичних та алопластичних матеріалів. Проте, їх використання пов'язане з високою частотою рецидивів (до 40 %) [4] та летальністю, ранніми післяопераційними ускладненнями, 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-ребрового м'язового валика з формуванням

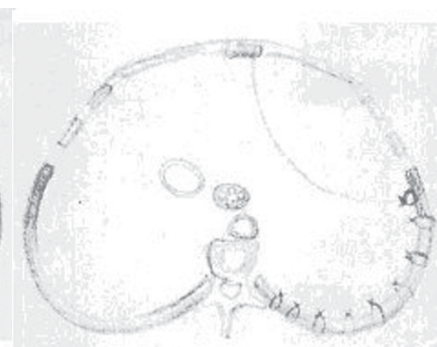
* Публікується з виправленнями. Редакція журналу просить вибачення у авторів за допущену технічну помилку у назві патенту на корисну модель, опублікованого у №2 за 2017 р.



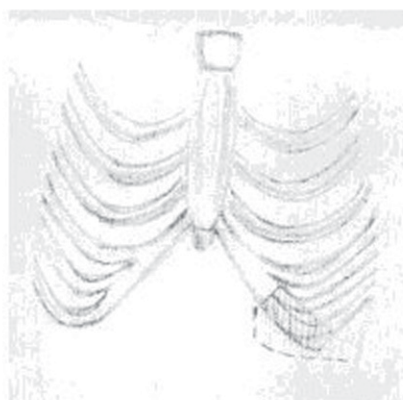
Фіг. 1



Фіг. 2



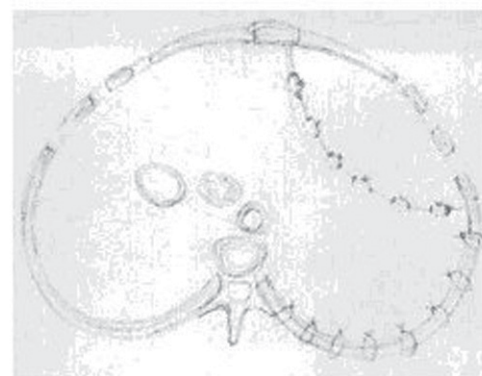
Фіг. 3



Фіг. 4



Фіг. 5



Фіг. 6

двох трикутних клаптів, основа кожного з яких фіксується до VII або VIII ребра двома окремими синтетичними 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 хрящо-

Винаходи

вої 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 ІІІ ст. СДР І. ГІП 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 6×7 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 «ШАГ 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.

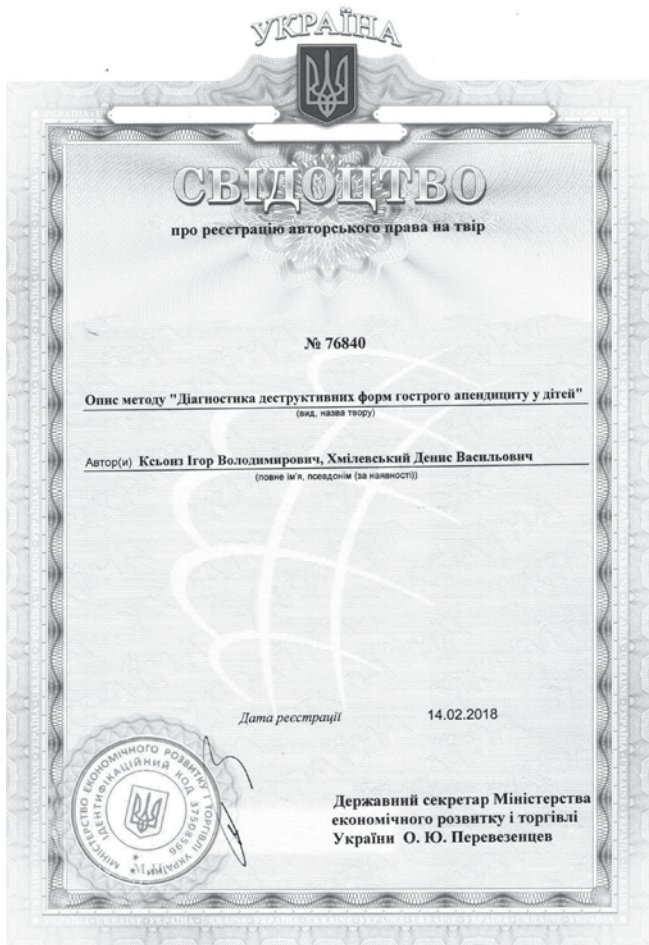
Державна служба інтелектуальної власності України,
вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна
ДП «Український інститут інтелектуальної власності»,
вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601

Авторське право на твір № 76840 від 14.02.2018 р.

МПК А61 В

Заявник:

професор кафедри дитячої хірургії з травматологією та ортопедією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» д.мед.н. проф. **Ксьонз І.В.**,
лікар-хірург дитячий дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави **Хмилевський Д.В.**
Дата подання заявки: **04.07.2016**



Реферат опису твору. Запропонований метод відноситься до галузі медицини, а саме до дитячої хірургії. Може бути використаний для діагностики деструктивних форм гострого апендициту у дітей. Запропонований спосіб передбачає визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга в поєднанні з пальцевим дослідженням прямої кишки, тим самим виключається можливість потрапити у вікно «уявного благополуччя», коли нервові рецептори очеревини уражені продуктами розпаду тканин в наслідок цього поріг больової чутливості значно знижений і пальпація передньої черевної стінки не викликає болю. Позитивний ефект полягає в тому, що зменшилась кількість діагностичних помилок при гострому деструктивному апендициті у дітей, який супроводжується «стертою симптоматикою», при сумнівних або негативних симптомах подразнення очеревини.

Опис

Діагностика деструктивних форм гострого апендициту у дітей

Запропонований метод відноситься до галузі медицини, а саме до дитячої хірургії. Може бути використаний при діагностиці гострого апендициту у дітей.

Про розповсюдженість гострого апендициту у дітей говорить той факт, що щорічно в дитячих хірургічних відділеннях України проводиться майже 25 тисяч апен-

дектомій. Всього ургентних оперативних втручань з приводу гострої хірургічної патології у дітей в Україні проводиться 28 тисяч на рік, тобто 88% хірургічних втручань по екстреним показам у дітей припадає на гострий апендицит. (Рибальченко В.Ф. Аналіз роботи дитячої хірургічної служби України у 2012 році // Хірургія дитячого віку – 2013. – № 3. – С. 24-33.)

Анатомо-фізіологічні особливості червоподібного відростка впливають на клінічну картину та симптоматику гострого апендициту. Внизсхідне або каудальне положення паростка відмічається до 40% випадків. В 20% випадків паросток спускається в порожнину малого тазу та безпосередньо контактує з органами малого тазу. У жінок та дітей тазове розташування червоподібного паростка зустрічається частіше чим у чоловіків.

Данні літератури останніх років вказують на той факт, що не зважаючи на розвиток медичної науки та практики післяопераційна летальність у хворих з гострим апендицитом зупинилася на рівні 0,2–0,3%, а в окремих регіонах на рівні 0,4–0,5% (Седов В.М., 2002; Борисов А.Е., 2005). Летальність при ускладнених формах захворювання сягає 4,3–5,8% (Кригер А.Г., Федоров А.В., 2002; Gulzar S., 2004).

Діагностичні помилки, на думку ряду авторів, зустрічаються в 12–31%, а на до госпітального етапі до 60% (Ротков И.Л., 1988; Степанов Э.А., 2000; Седов В.М., 2002; Липатов В.А., 2004).

Винаходи

В.И. Колесов (1972) описував, що 2299 апендектомій в 35,5% випадків відмічали гістологічно «простий» гострий апендицит, а в наукових працях А.А. Русанова (1979) відмічались катаральні зміни червоподібних паростків у 24% пацієнтів, причому автор вважав простий апендицит самостійною морфологічною формою та доказував неможливість її переходу в деструктивну форму. Цю думку підтримують в публікаціях більш пізнього періоду (Луцевич Э.В. и соавт., 2003; Бараев Т.М., 2003; Быков А.В. и соавт., 2006). Данні факти підтверджуються і нашими даними: так у 2012 році хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м.Полтави з приводу гострого апендициту було прооперовано 198 дітей із них, по результатам гістологічного дослідження, 60 з приводу катарального апендициту, що склало 30,3%.

Деякі автори вказують на той факт, що у 10–15% оперованих виявляється незмінений червоподібний паросток (Raajanen H., Mansikka A. et al., 2002; Понкратов П.А., 2003; Миминошвили О.И., 2003; Сорока А.К. и соавт., 2005; Васильев А.Ф. и соавт., 2005). Більше 50% пацієнтів, що були оперовані з приводу гострого «простого» апендициту виявляються інші захворювання (Дуданов И.П. и соавт., 1998).

Гостре запалення червоподібного відростку, в особливості у дітей, - джерело частих діагностичних помилок, коли раз оперують даремно, а другий, що набагато гірше, оперують пізно, коли запалення червоподібного паростку розповсюджуються або вже охопило всю черевну порожнину. Такі помилки зустрічаються кожного дня та певної кількості помилок ми не можемо уникнути. Наше прагнення в тому щоб їх число як можна більше знизити, а нашою ціллю є прагнення привести помилки до нуля. Ми вміємо надійно розпізнавати типові випадки захворювання з характерними симптомами: ми не забуваємо про дане захворювання навіть коли його симпатологія сильно відрізняється від норми, є атиповою (Тошовски В. 1987).

В літературі зустрічається більше 100 симптомів, які використовуються хірургами для діагностики гострого апендициту. В 1982 році після обробки даних на ЕВМ А.К. Арсеній опублікував практичну значимість 8-9 симптомів.

Найчастіше визначаються симптоми: Кохера, Щьоткіна-Блюмберга, Бартонье-Михельсона, Восресенского, Ровзінга, Сітковського, Роздольського.

Найбільш близьким до запропонованого є діагностика запалення очеревини шляхом визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга – коли після легкого надавлювання на черевну стінку різко «відривають» пальці. При запаленні очеревини «відривання пальців більш болючіше ніж надавлювання (симптом не специфічний для апендициту і характерний для всіх захворювань які супроводжуються запаленням очеревини).

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб діагностики гострого деструктивного апендициту у дітей.

Поставлену задачу вирішують створенням способу діагностики деструктивних форм гострого апендициту у дітей, що включає визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга шляхом пальпації в правій здухвинній ділянці, який відрізняється тим, що додатково, під час діагностичної маніпуляції, проводиться пальцеове дослідження прямої кишки.

Спосіб діагностики здійснюється у наступний спосіб.

Положення хворого в ліжку на спині, ноги зігнуті в колінах, хірург проводить пальцеве дослідження прямої кишки пальцем правої руки, одночасно лівою рукою проводить пальпацію в правій здухвинній ділянці, так як при визначенні симптому Щьоткіна-Блюмберга. При деструктивному апендициті при «відриванні» пальців лівої руки від передньої черевної стінки відмічається скорочення внутрішнього сфінктера прямої кишки у вигляді «обжимання пальця», при цьому сам симптом Щьоткіна-Блюмберга залишається негативним.

Запропонований спосіб діагностики деструктивних форм гострого апендициту у дітей впроваджений в діяльність хірургічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави.

Позитивний ефект полягає в тому, що зменшилась кількість діагностичних помилок при гострому деструктивному апендициті у дітей, який супроводжується «стертою симптоматикою», при сумнівних або негативних симптомах подразнення очеревини.

ФОРМУЛА МЕТОДУ

Діагностики деструктивних форм гострого апендициту у дітей, що включає визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга шляхом пальпації в правій здухвинній ділянці, який відрізняється тим, що додатково, під час діагностики проводиться пальцеве дослідження прямої кишки.



УКРАЇНА

UA 112738 U

МПК (2016.01)

A61B 17/00

A61M 31/00

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**

Номер заявки: **u 2016 07236**
Дата подання заявки: **04.07.2016**

Дата, з якої є чинними права
на корисну модель: **26.12.2016**

Публікація відомостей
про видачу патенту: **26.12.2016,
Бюл.№ 24**

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 ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ОЦІНКИ ПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ ПРИ IV ТИПІ АТРЕЗІЇ ТОНКОЇ КИШКИ

Реферат. *Спосіб післяопераційної оцінки прохідності кишечнику при IV типі атрезії тонкої кишки у новонароджених дітей включає перевірку прохідності тонкої кишки. Після установавлення відновлення моторики тонкої кишки, у відвідну стому вводиться розчин активованого вугілля, та відмічається факт його виділення per rectum, що підтверджує нормальну прохідність дистальних, по відношенню до відвідної стому, відділів кишечнику.*

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема дитячої хірургії, і може бути використаний для підвищення ефективності лікування новонароджених дітей з природженою низькою непрохідністю тонкої кишки.

Природжена низька непрохідність тонкої кишки є вадою розвитку, котра потребує проведення оперативного лікування, за життєвими показами, в перші дні життя дитини. Найбільш частою причиною, яка викликає низьку непрохідність тонкої кишки, є атрезія голодної та здухвинної кишки. Її частота складає від 1:5000 до 1:1000 новонароджених [1]. Згідно класифікації Grosfeld J.L. (1986), атрезія тонкої кишки може бути ізольованою або множинною [4]. Множинні атрезії або комбінація I і III типів атрезії, класифікуються як IV тип атрезії. 20-35 % новонароджених з низькою непрохідністю тонкої кишки мають множинні атрезії [1].

Частота повторних операцій після корекції природженої обструкції тонкої кишки (ПОТК) складає 4% - 14% [3]. Основними причинами повторних операцій є інтраопераційно не діагностована комбінована обструкція тонкої кишки, неспроможність анастомозу, або його дисфункція, злукова кишкова непрохідність [1,3]. Дистальна, до атрезії, тонка кишка знаходиться в стані мікроколону. Завжди існує ризик того, що діагностувати наявність супутньої обструкції кишечника, в вищезгаданих відділах, буде важко, або неможливо, особливо у випадках вираженого злукового процесу черевної порожнини. В літературі описані випадки, коли при проведенні первинного оперативного втручання видаляють проксимальну мембрану, проте не виявляють наявності інших мембран [2]. Кількість повторних операцій може бути зменшена шляхом більш ретельного періопераційного дослідження гастро-інтестинального тракту [1,2].

Відомий спосіб, згідно якого, прохідність дистального, по відношенню до атрезії, кишечника визначається шляхом введення в його просвіт кишкового зонда та поступовому проведенні останнього в дистальному напрямку. Після остаточного заведення зонда, відділи кишечника, через котрі пройшов зонд, вважаються прохідними.

Винаходи

Проте, даний спосіб не є оптимальним через те, що останній пов'язаний з високою травматичністю кишечника, в результаті механічного його пошкодження, не може бути застосованим в умовах наявності вираженого злукового процесу черевної порожнини, при неможливості проведення вісцеролізу, у зв'язку з важкістю стану пацієнта, а також, він не може бути застосованим в післяопераційному періоді.

Найближчим за суттю способом оцінки прохідності тонкої кишки є інтраопераційне введення в її просвіт фізіологічного розчину. Суть способу полягає у інтраопераційному застосуванні введення теплих сольових розчинів в дистальні, по відношенню до атрезії, відділи кишечника, після чого досліджують перетік введеного розчину по дистальним відділам кишечника. Вважається, що перетік введеного розчину в дистальні відділи кишечника вказує на нормальну його прохідність.

Недоліком найближчого аналога є те, що він не може бути застосованим в умовах наявності вираженого злукового процесу черевної порожнини, при неможливості проведення вісцеролізу, у зв'язку з важкістю стану пацієнта, а також, він не може бути застосованим в післяопераційному періоді. Крім того, існує певний відсоток хибних діагностичних результатів цього способу, у зв'язку з перетіканням розчину через звужені місця (мембрани) тонкої кишки.

В основу способу післяопераційної оцінки прохідності кишечника при IV типі атрезії тонкої кишки (множинній), поставлено задачу ефективного визначення прохідності дистальних, по відношенню до атрезії, відділах тонкої кишки в умовах наявності вираженого злукового процесу черевної порожнини, при неможливості проведення вісцеролізу, у зв'язку з важкістю стану пацієнта, це дасть можливість попередити розвиток повторної післяопераційної кишкової непрохідності та значно зменшити кількість повторних оперативних втручань.

Поставлена задача способу післяопераційної оцінки прохідності кишечника при IV типі атрезії тонкої кишки у новонароджених дітей, що включає перевірку прохідності тонкої кишки, згідно з корисною моделлю, після установлення відновлення моторики тонкої кишки, у відвідну стому вводиться розчин активованого вугілля, та відмічається факт його виділення *per rectum*, що підтверджує нормальну прохідність дистальних, по відношенню до відвідної стоми, відділів кишечника.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після оперативного лікування, з виведенням подвійних стом та установлення, шляхом УЗД, відновлення моторики тонкої кишки, в відвідну стому заводиться шлунковий зонд № 8, на глибину 4,0-5,0 см. До заведеного шлункового зонда приєднується система з розчином активованого вугілля, який використовується в якості контрастної речовини. Останній вводиться в кишечник перфузором, зі швидкістю 1,0 мл/год. При приготуванні розчину активованого вугілля, останнє ретельно подрібнюється подрібнювачем для таблетованих засобів, та застосовується в дозі із розрахунку 0,05 г/кг і розведенні – 1,0 мл/кг (NaCl 0,9%) маси тіла. Далі, проводиться динамічне спостереження та відмічається факт його виділення *per rectum*. Виділення контрастної речовини з самостійним випорожненням, свідчить про наявність нормальної прохідності кишкової трубки у відділах кишечника, котрі лежать нижче відвідної стоми.

Суть способу, що заявляється підтверджується наступним прикладом.

Приклад застосування способу лікування. *Хвора Д.* 1 доба. Діагноз: Природжена вада розвитку тонкої кишки – повна атрезія голодної кишки; природжена низька кишкова непрохідність. Внутрішньоутробний заворот проксимального атрезованого кінця голодної кишки з некрозом та перфорацією голодної кишки. Абсцес черевної порожнини. Внутрішньоутробний перитоніт. Злукова хвороба черевної порожнини.

Новонароджена дівчинка народилась в акушерських клініках ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». Наявність природженої вади розвитку діагностовано пренатально, шляхом проведення ультразвукового дослідження плода, в терміні 32 тижнів гестації. На контрольному пренатальному УЗД, на момент початку пологової діяльності, було діагностовано внутрішньоутробну перфорацію порожнистого органа, наявність абсцесу черевної порожнини. Доношена дитина народжена в присутності дитячого хірурга, в стані асфіксії важкого ступеня, в терміні 37 тижнів гестації. Маса при народженні – 4000 г, оцінка за шкалою Апгар 2/2 балів.

В пологовій залі дитина оглянута хірургом. Виявлено різке збільшення розмірів живота, синюшність передньої черевної стінки. Проведено зондування шлунка, виділилось 40,0 мл зеленого шлункового вмісту. У зв'язку з підозрою на природжену низьку кишкову непрохідність та перфорацію порожнистого органу, одразу після народження, в умовах транспортного кювезу, дитину транспортовано до хірургічного відділення. В умовах відділення дитячої реанімації ІПАГ було проведено пункцію абсцесу черевної порожнини та евакуйовано 800,0 мл вмісту темно-зеленого кольору. На другу добу життя було виконано

оперативне втручання: лапаротомію, дренування абсцесу черевної порожнини. Через наявність вираженого злукового процесу черевної порожнини та перитоніту, проведення вісцеролізу було неможливим, через можливість розвитку фатальної крововтрати. Через 6 діб, було проведено другий етап оперативного лікування: релапаротомія, видалення некротизованого кінця голодної кишки, виведення проксимальної та дистальної ентеростом. Проведення повного вісцеролізу було неможливим, через підвищену кровоточивість при розділенні злук. Проведення перевірки прохідності дистальних, по відношенню до атрезії, відділів тонкого кишечника було неможливим. На третю добу після операції, шляхом УЗД, було діагностовано відновлення перистальтики кишечника. У відвідну стому, за описаною методикою, було введено розчин активованого вугілля. Через дві доби, після самостійної дефекації, в випорожненні було виявлено домішки речовини чорного кольору (активованого вугілля), діагностовано нормальну прохідність дистальних відділів кишечника. Після підтвердження прохідності дистальних відділів, розпочато введення у відвідну стому вмісту, отриманого з привідної стоми. Закриття ентеростом було проведено на двадцять першу добу життя. Пасаж по ШКТ було повністю відновлено, досягнуто самостійну дефекацію та розпочато ентеральне розгодовування дитини.

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

Джерела інформації

1. George W. Holcomb III MD, J. Patrick Murphy MD; Daniel J. Ostlie MD. Ashcraft's Pediatric Surgery, 6th Ed. - Philadelphia: Elsevier saunders, 2014. - 1040 p. 45
2. Congenital duodenal obstruction in neonates: a decade's experience from one center / Qing-Jiang Chen, Zhi-Gang Gao, Jin-Fa Tou, Yun-Zhong Qian, Min-Ju Li, Qi-Xing Xiong, Qiang Shu // World J Pediatr. - 2014. - pp 238-244.
3. Analysis of postoperative reoperation for congenital duodenal obstruction / Zhang Q., Chen Y., Hou D., Guo W. // Asian J Surg. - 2005. - pp 38-40. 50
4. Grosfeld J.L. Duodenal atresia and stenosis: reassessment of treatment and outcome based on antenatal diagnosis, pathologic variance, and long-term follow-up / Grosfeld J.L., Rescorla F.J. // World J Surg. - 1993. - May-Jun. 17(3), pp 301-309.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб післяопераційної оцінки прохідності кишечника при IV типі атрезії тонкої кишки у новонароджених дітей, що включає перевірку прохідності тонкої кишки, який відрізняється тим, що після установа відновлення моторики тонкої кишки, у відвідну стому вводиться розчин активованого вугілля, та відмічається факт його виділення per rectum, що підтверджує нормальну прохідність дистальних, по відношенню до відвідної стоми, відділів кишечника..

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 112682 U

МПК

A61B 17/03 (2016.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

Номер заявки: **u 2016 06785**
Дата подання заявки: **04.07.2016**
Дата, з якої є чинними права
на корисну модель: **22.06.2016**
Публікація відомостей
про видачу патенту: **26.12.2016**

Винахідник(и):
**Слепов Олексій Костянтинівич (UA), Мигур Михайло
Юрійович (UA), Сорока Василь Петрович (UA)**
Власник(и):
**Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології НАМН України», вул. Платона Майборо-
ди, 8, м. Київ, 04050 (UA)**

СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЇ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

***Реферат.** Спосіб хірургічного лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонароджених дітей включає оперативне лікування, причому створюється первинний прямий або обхідний анастомоз дванадцятипалої кишки з постановкою виключно назогастрального зонда для декомпресії шлунка та раннього ентерального харчування в післяопераційному періоді*

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема дитячої хірургії, і може бути використана для підвищення ефективності лікування новонароджених дітей з атрезією дванадцятипалої кишки.

Природжена непрохідність дванадцятипалої кишки (ДПК) є вадою розвитку, котра потребує проведення оперативного лікування за життєвими показами в перші дні життя дитини. Її частота складає від 1:2500 до 1:10000 новонароджених і на неї припадає близько 40% від усіх випадків атрезій кишечника [6-7]. Дуоденальна обструкція може бути повною або частковою, зовнішньою або внутрішньою, а також комбінованою [1].

Ціллю оперативного лікування атрезії ДПК є створення первинного прямого або обхідного дуодено-дуоденоанастомозу з, або без, проведення звужуючої дуоденопластики [1-5]. У світовій літературі досі дискутуються підходи до оптимального шляху забезпечення ентерального харчування дитини в післяопераційному періоді. Перша доповідь, щодо забезпечення раннього ентерального харчування через заведену за анастомоз харчову трубку, датується 1971 роком [8]. До появи та широкого розповсюдження парентерального харчування, заведення різними способами, трансанастомотичних харчових трубок, надало можливість новонародженим рости і розвиватись в післяопераційному періоді, особливо у випадках, коли неможливо тривалий час ввести повне ентеральне харчування [9]. Проте, останнім часом, спостерігається тенденція до відмови як від застосування харчових трубок, так і від парентерального харчування, через великий відсоток асоційованих, при цьому, ускладнень [9].

Відомий спосіб, згідно з яким після створення первинного дуодено-дуоденоанастомозу проводиться накладання гастростоми з наступним проведенням через останню харчового зонда за лінію анастомозу в голодну кишку для забезпечення ентерального харчування в ранньому післяопераційному періоді (рис. 1) [10].

Проте даний спосіб не є оптимальним через те, що останній пов'язаний з розширенням об'єму оперативного втручання, за рахунок накладення гастростоми, та потребує проведення оперативного лікування в майбутньому (закриття гастростоми). Крім цього даний спосіб призводить до гіпокінезії дуодено-дуоденоанастомозу через знаходження зонда в просвіті дванадцятипалої кишки.

Також відомий спосіб, в якому первинна пластика ДПК не проводиться. Після пересічення в 4-5 см від зв'язки Трейца голодної кишки (рис. 2-А), її дистальна частина виводиться на 30 передню черевну стінку у вигляді єюности, через яку проводиться зонд в голодну кишку, дистальний кінець проксимальної голодної кишки вшивається в бік голодної кишки, виведеної у вигляді стоми (рис. 2-Б). Створення дуодено-дуоденоанастомозу проводиться через 2-3 тижні після першої операції (рис. 2-В) [11].

Проте, даний спосіб не є оптимальним через те, що останній пов'язаний з розширенням об'єму оперативного втручання, за рахунок накладення кінцевої єюности та єюно-єюноанастомозу кінець-в-бік та потребує проведення оперативного лікування в майбутньому, у зв'язку з тим, що не проводиться первинна пластика ДПК.

Відомий й інший спосіб, згідно з яким, після створення первинного дуодено-дуоденоанастомозу проводиться накладання харчової єюности з черезшкірним заведенням зонда в голодну кишку (рис. 3) [10].

Проте, даний спосіб не є оптимальним через те, що останній пов'язаний з розширенням об'єму оперативного втручання, за рахунок накладення харчової черезшкірної єюности з наступним розвитком спайкової хвороби черевної порожнини, після проведення фіксації петлі голодної кишки до передньої черевної стінки.

Найближчим за суттю способом лікування атрезії ДПК є створення первинного дуодено-дуоденоанастомозу з заведенням за лінію анастомозу в голодну кишку назоентерального зонда [8]. Суть способу полягає у створенні первинного, прямого або обхідного, дуодено-дуоденоанастомозу з, або без, звужуючої дуоденопластики з інтраопераційним проведенням зонда через ніс, стравохід, шлунок та дванадцятипалу кишку, за лінію створеного анастомозу, в голодну кишку, для проведення наступного раннього ентерального харчування в післяопераційному періоді. Недоліком даного способу є те, що він призводить до гіпокінезії дуодено-дуоденоанастомозу, через знаходження зонда в просвіті дванадцятипалої кишки, а також асоційований з ризиком неспроможності анастомозу та перфорації кишечника при проведенні зонда в голодну кишку, можливістю оклюзії або міграції зонда у шлунок.

В основу способу хірургічного лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонароджених дітей поставлено задачу ефективного відновлення пасажу по ШКТ у дітей в післяопераційному періоді, після створення первинного прямого або обхідного анастомозу ДПК, що дасть можливість значно зменшити тривалість часу до забезпечення повного ентерального харчування, зменшити тривалість проведення парентерального харчування та знаходження центрального венозного катетера, попередити розвиток гіпокінезії анастомозу ДІЖ та післяопераційних ускладнень, скоротити тривалість перебування в стаціонарі і летальність серед цих дітей.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонароджених дітей, що включає оперативне лікування, згідно з корисною моделлю, виконується шляхом створення прямого або обхідного анастомозу дванадцятипалої кишки з постановкою виключно назогастрального зонда для декомпресії шлунка та раннього ентерального харчування в післяопераційному періоді, без проведення зонда за лінію анастомозу.

Спосіб здійснюється наступним чином: після створення первинного прямого або обхідного дуодено-дуоденоанастомозу з, або без, проведення звужуючої дуоденопластики, встановлюється назогастральний зонд, для декомпресії шлунка в післяопераційному періоді, без заведення зондів за лінію анастомозу ДІЖ. Раннє післяопераційне ентеральне харчування розпочинається через назогастральний зонд після нормалізації шлункового вмісту, зменшення кількості застійних виділень по шлунковому зонду та при появі випорожнень, а при нормальному засвоєнні останнього дитина переводиться на харчування через рот. Зондове харчування розпочинається в кількості 20 мл/кг/добу грудного молока або харчової суміші, шляхом постійного введення перфузором. Харчовий об'єм розширюється на 20-30 мл/кг/добу. Оральне харчування розпочинають тоді коли дитина може ссати та засвоює не менше 8 мл/год. зондового харчування.

Винаходи

Суть способу, що заявляється, підтверджується наступним прикладом.

Приклад застосування способу лікування. Хвора Х., 1 доба.

Діагноз: Природжена вада розвитку тонкого кишечнику - атрезія дванадцятипалої кишки, мембранозна форма, природжена часткова кишкова непрохідність; мальротация кишечнику, заворот середньої кишки. Гіпоксичне ураження ЦНС. Відкрите овальне вікно.

Новонароджена дівчинка народилась в акушерській клініці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». Наявність природженої вади розвитку діагностовано пренатально шляхом проведення ультразвукового дослідження плода в терміні 28 тижнів гестації. Доношена дитина народжена в присутності дитячого хірурга, в стані асфіксії важкого ступеня, шляхом кесарського розтину, в терміні 40 тижнів гестації. Маса при народженні - 3800 г, оцінка за шкалою Апгар 6/6 балів.

В пологовій залі дитина оглянута хірургом. Виявлено здуття епігастральної ділянки живота. Проведено зондування шлунка, виділилось 30,0 мл жовтуватого шлункового вмісту. У зв'язку з підозрою на високу кишкову непрохідність, одразу після народження, в умовах транспортного кювезу, дитину транспортовано до хірургічного відділення. В умовах відділення дитячої реанімації ІПАГ було проведено постнатальне хірургічне обстеження, яке включало: оглядову рентгенографію, пасаж контрастної речовини по ШКТ, УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору. За першу добу після народження по назогастральному зонду виділилось 55,0 мл застійного шлункового вмісту з домішками жовчі. Після проведеного дообстеження підтверджено наявність часткової високої кишкової непрохідності. Проведено оперативне лікування: серединна лапаротомія, вісцероліз, деторсія тонкого кишечнику (ліквідовано заворот на 180). Дуоденотомія, видалення мембрани, ромбовидна пластика ДПК без проведення зонда за лінію анастомозу. Установлено назогастральний зонд.

В післяопераційному періоді, на 2 добу після операції, отримано випорожнення після проведення клізми, на 3 добу - самостійне. Виділення застійного вмісту по назогастральному зонду спостерігалось впродовж 2 діб. Зондове ентеральне харчування розпочато з 3 доби після операції з поступовим нарощуванням харчового об'єму. У зв'язку з неможливістю ентерального харчування в повному об'ємі, проводилось парентеральне харчування. З 16 доби після операції дитину переведено на повне ентеральне харчування. Післяопераційних ускладнень не було. Дитина виписана зі стаціонару на 18 добу життя в задовільному стані. При виписці засвоювала по 65-70 мл грудного молока, поступово набирала вагу (на момент виписки $m=3900$ г), спостерігалась регулярна самостійна дефекація.

Спосіб пройшов клінічну апробацію в дитячих клініках ДУ «ІПАГ НАМН України» з гарними результатами та рекомендований до практичного впровадження у спеціалізованих клініках.

Джерела інформації

- George W. Holcomb III MD, J. Patrick Murphy MD; Daniel J. Ostlie MD. Ashcraft's Pediatric Surgery, 6th Ed. - Philadelphia: Elsevier Saunders, 2014. - 1040 p.
- Congenital duodenal obstruction in neonates: a decade's experience from one center / Qing-Jiang Chen, Zhi-Gang Gao, Jin-Fa Tou, Yun-Zhong Qian, Min-Ju Li, Qi-Xing Xiong, Qiang Shu // World J Pediatr. - 2014. - P. 238-244.
- Congenital Duodenal Obstruction / Sherif N., Kaddah, Khaled H.K., Bahaa-Aldin, Hisham Fayad Aly, Hosam Samir Hassan // Annals of Pediatric Surgery, Vol. 2, № 2. - April, 2006. - P. 130-135.
- Rothenberg S.S. Laparoscopic duodenoduodenostomy for duodenal obstruction in infants and children / Rothenberg S.S. // J Pediatr Surg. - 2002. - P. 1088-1089.
- Laparoscopic duodenoduodenostomy for duodenal atresia / Bax N.M., Ure B.M., Zee D.C. [et 5 al] // SurgEndosc-2001. - P.217.
- Congenital duodenal obstruction: early antenatal ultrasound diagnosis / Lawrence M.J., Ford W.D., Furness M.E., Hayward T., Wilson T. // Pediatr Surg Int. - 2000. - P. 342-345.
- Kimura K. Biliious vomiting in the newborn: Rapid diagnosis of intestinal obstruction / Loening-Baucke V., Kimura K. // Am Fam Physician. - 2000. - P. 2791-2798. 10
- Nixon H.H. Etiology and treatment of small intestinal atresia: analysis of a series of 127 jejunoileal atresias and comparison with 62 duodenal atresias / Tawes R., Nixon H.H. // Surgery. - 1971. - P. 41-51.
- The role of parenteral nutrition following surgery for duodenal atresia or stenosis / M. Bishay, B. Lakshminarayanan, A. Arnaud, M. Garriboli, K.M. Cross, J.I. Curry, D. Drake, E.M. Kiely, P.De Coppi, 15 A. Pierro, S. Eaton // Pediatr Surg Int. - 2013. - P. 191-195.
- Duodenal atresia: a comparison of three modes of treatment / Upadhyay V., Sakalkale R., Parashar K., Mitra S.K., Buick R.G., Gornall P., Corkery J.J. // Eur J Pediatr Surg. - 1997. - P. 75-77.
- Пат. 2257168 С1, RU, МПК А61В 17/00. Способ хирургического лечения атрезии двенадцатиперстной кишки. Чепурной Геннадий Иванович (RU), Шин Владимир Федорович 20 (RU). 3. № 2004111035/14. Заявлено 12.04.2004. Оpubл. 27.07.2005.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонароджених дітей, що включає оперативне лікування, який відрізняється тим, що створюється первинний прямий або обхідний анастомоз дванадцятипалої кишки з постановкою виключно назогастрального зонда для декомпресії шлунка та раннього ентерального харчування в післяопераційному періоді.

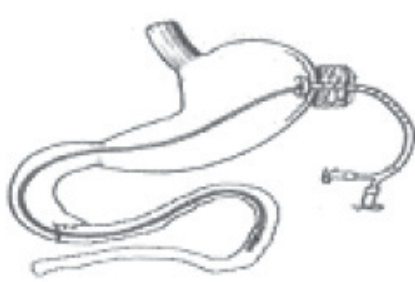


Рис. 1

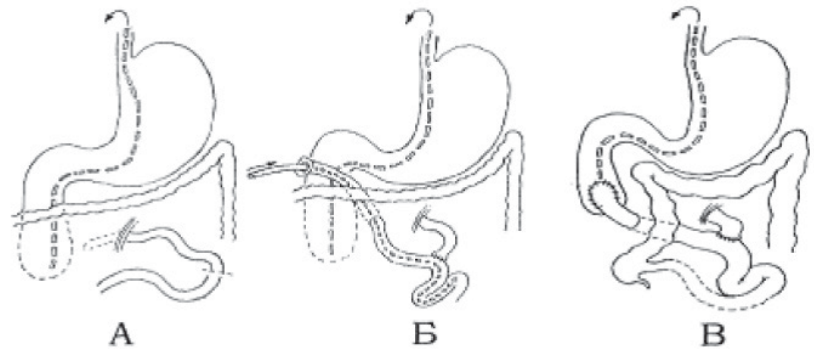


Рис. 2

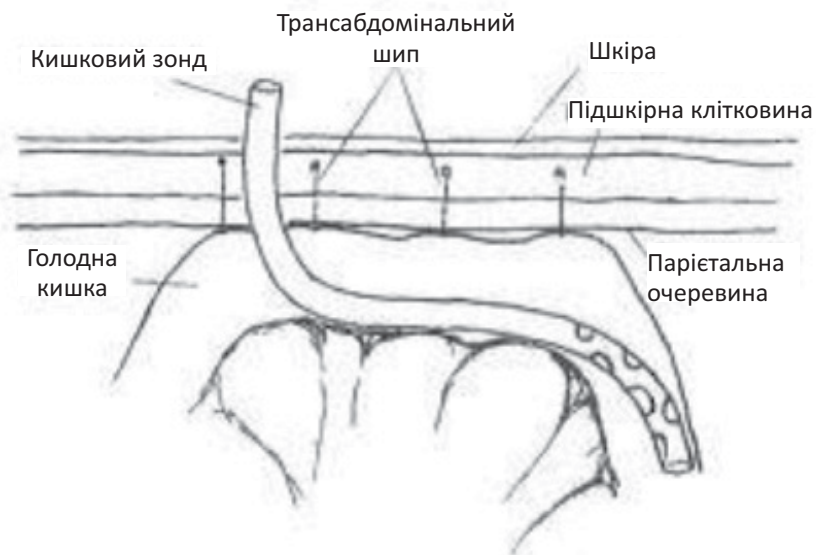


Рис. 3

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

Правила подачі та оформлення статей

Авторська стаття направляється до редакції електронною поштою у форматі MS Word. Стаття супроводжується офіційним направленням від установи, в якій була виконана робота, з візою керівництва (наукового керівника), завіреним круглою печаткою установи, експертним висновком про можливість відкритої публікації, висновком етичного комітету установи або національної комісії з біоетики. На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів та інформація про відсотковий внесок у роботу кожного з авторів.

Приймаються оригінали супровідних документів з примірником рукопису, підписаного автором(ами), надіслані поштою, або скановані копії вищезазначених документів і першої (титульної) сторінки статті з візою керівництва, печаткою установи і підписами всіх авторів у форматі Adobe Acrobat (*.pdf), надіслані на електронну адресу редакції.

Статті приймаються українською, російською або англійською мовами.

Структура матеріалу: вступ (стан проблеми за даними літератури не більше ніж 5–7-річної давності); мета, завдання, матеріали та методи; результати дослідження та їх обговорення (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальших досліджень у даному напрямку; список літератури (два варіанти); реферати українською, російською та англійською мовами.

Реферат є незалежним від статті джерелом інформації, коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації за основними розділами і має бути зрозумілим без самої публікації. Його обсяг не повинен перевищувати 200–250 слів. Обов'язково подаються ключові слова (від 3 до 8 слів) у порядку значущості, що сприятиме індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах.

Реферат до оригінальної статті повинен мати структуру, що повторює структуру статті: мета дослідження; матеріали і методи; результати; висновки; ключові слова. Усі розділи у рефераті мають бути виділені в тексті жирним шрифтом.

Для інших статей (огляд, лекція, клінічний випадок тощо) реферат повинен включати короткий виклад основної концепції статті та ключові слова.

Оформлення статті. На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установ, де працюють автори та виконувалось дослідження, місто, країна.

За умови проведення досліджень із залученням будь-яких матеріалів людського походження, в розділі «Матеріали і методи» автори повинні зазначити, що дослідження проводилися відповідно до стандартів біоетики, були схвалені етичним комітетом установи або національною комісією з біоетики. Те саме стосується і досліджень за участю лабораторних тварин.

Наприклад: «Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів)».

«Під час проведення експериментів із лабораторними тваринами всі біоетичні норми та рекомендації були дотримані».

Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми, фото) має бути мінімальною. Діаграми, графіки, схеми будуються у програмах Word або Excel; фотографії повинні мати один із наступних форматів: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (150–600 dpi).

Таблиці та рисунки розташовують у тексті статті відразу після першого згадування. У підпису до рисунку наводять його назву, розшифровують усі умовні позначки (цифри, літери, криві тощо). Таблиці мають бути оформлені відповідно до вимог ДАК, бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їхні заголовки і цифрові дані, оброблені статистично, повинні точно відповідати наведеним у тексті статті.

Посилання на літературні джерела у тексті позначаються цифрами у квадратних дужках та відповідають нумерації у списку літератури. **Статті зі списком літературних джерел у вигляді посилань на кожній сторінці або кінцевих посилань не приймаються.**

Необхідно подавати два варіанти списку літератури.

Перший варіант подається відразу після тексту статті, джерела розташовуються за алфавітом (спочатку праці, опубліковані українською або російською мовами, далі – іншими мовами).

Другий варіант повністю відповідає першому, але джерела українською та російською мовами **ПЕРЕКЛАДАЮТЬСЯ!** на англійську мову. Цей варіант необхідний для сайту, підвищення індексу цитування та аналізу статті у міжнародних наукометричних базах даних.

Обидва варіанти оформлюються за стилем APA (American Psychological Association style), який використовується у дисертаційних роботах.

Приклад оформлення для обох варіантів:

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2005). Назва статті. Назва журналу. 10(2); 3: 49-53.

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва книги. Місто: Видавництво: 256.

У тексті статті допускаються загальноприйняті скорочення, а також авторські скорочення, які обов'язково розшифровуються у тексті при першому згадуванні та залишаються незмінними по всьому тексту.

У кінці статті автори мають заявити про наявність будь-яких конкуруючих фінансових інтересів щодо написання статті. Зазначення конфлікту інтересів або його відсутності у статті **є обов'язковим.**

Приклад: «Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів» або «Матеріал підготовлений за підтримки компанії...»

Стаття закінчується відомостями про **усіх авторів**. Зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (повністю), вчений ступінь, вчене звання, посада в установі/установах, робоча адреса з поштовим індексом, робочий телефон і адреса електронної пошти; ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Автор, відповідальний за зв'язок із редакцією, надає свій мобільний/контактний номер телефона.

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

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

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

Редколегія



27 Международная медицинская выставка

PUBLIC HEALTH

2-4

октября

2018

Киев, МВЦ, Броварской пр-т, 15

М Левобережная



Билет на сайте
www.publichealth.com.ua

У рамках выставки состоится:

Всеукраинское награждение

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ГОДА – 2018»

Организаторы:

PREMIER

ITE GROUP

Проходит одновременно:

MTEC
Medical Travel Exhibition & Conference

VI Международная
выставка и конференция
медицинского туризма MTEC, Kiev 2018



ДІЄ, КОЛИ ІНШІ ЗДАЮТЬСЯ!

Р.Л. № 041075901/01, переоформлений з 24.06.2015



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 імipенем/циластатин за клінічною та бактеріологічною ефективністю і рідше викликає побічну дію (небажані явища)²;
- меропенем – єдиний карбапенем, який можна застосовувати для лікування бактеріального менінгіту³.

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-лактамного 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.

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., Emmas 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.

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. Сакаганського, 139). Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 25.04.2018 р.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» та ПАТ «Галичфарм»

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.artერიум.ua

Ближче до людей
ARTERIUM