

Матеріали наукового симпозіуму з міжнародною участю «Сучасні проблеми торакальної хірургії» 04-05 жовтня 2018 р. м. Київ

О.Г. Дубровін, І.В. Коломоєць, Д.І. Вороняк, Л.О. Трембач, С.А. Черноволенко, С.А. Клименко
Сторонні тіла стравоходу у дітей

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна*

Однією з частих причин звернення до лікарів є проковтування дитиною стороннього тіла (СТ). Потрапляючи в шлунково-кишковий тракт (ШКТ), СТ можуть становити небезпеку для життя та здоров'я дитини, спричинити інвалідизацію та навіть смерть. Залежно від потенційного ризику виникнення ускладнень СТ поділяються на небезпечні та безпечні. До небезпечних СТ належать магніти високої потужності, батарейки, гості СТ, суперпоглинаючі об'єкти. До безпечних СТ належать харчові болюси, монети та інші круглі СТ. При локалізації СТ у стравоході, клінічна картина включає скарги на слинотечу, відчуття СТ, неможливість проковтнути рідину, їжу. Виділяють три періоди видалення СТ: екстрений (менше 2 годин від проковтування, незважаючи на дотримання голодної паузи), ургентний (менше 24 годин від проковтування, після 6 годин голодної паузи) та факультативний (понад 24 години від проковтування, після дотримання терміну голодної паузи). СТ стравоходу викликають порушення його прохідності та вимагають видалення у 100% випадків.

Метою роботи є оптимізація лікування дітей зі СТ стравоходу.

Матеріали і методи. У дослідження включено 183 пацієнти зі СТ стравоходу, які були видалені. У пацієнтів відмічалися скарги на дисфагію, слинотечу, неможливість проковтувати слину та рідину. З метою визначення наявності рентген-контрастного СТ та його локалізації пацієнтам було зроблено рентген шії, ОГП та ОЧП у вертикальному положенні. За досліджуваний період 100% (n=183) СТ стравоходу були видалені ендоскопічно: 42,1% (n=77) ригідними ендоскопами та 57,9% (n=106) гнучкими. За неможливості видалення гнучкою або високому ризику ускладнень перевага надавалась ригідній ендоскопії.

Результати. За період із січня 2013 р. по грудень 2017 р. включно в НДСЛ «ОХМАТДИТ» з приводу СТ ШКТ звернулося 2396 пацієнтів. З них з приводу СТ стравоходу – 7,6% (n=183). У структурі видалених нами СТ стравоходу переважали монети та круглі СТ – 51,9% (n=95). Один випадок (1,05% (n=1)) був ускладнений перфорацією стравоходу. Обструкція стравоходу харчовими болюсами та шматками їжі становила 22,9% (n=42). Найчастіше такі СТ трапляються у дітей зі стенозами стравоходу – 78,6% (n=33) проти 21,4% (n=9) у здорових дітей. Гострі СТ становили 16,9% (n=31) від усіх випадків. Перфорація стравоходу гострими СТ зафіксована у 6,4% (n=2). Батарейки становили 8,3% (n=9), з них 77,8% (n=7) випадків були ускладнені опіком III ст. та перфорацією стравоходу. Середня тривалість знаходження батарейки в стравоході у таких пацієнтів становила 24,5 години. Усі ускладнення підлягали консервативному, консервативно-інструментальному або оперативному лікуванню.

Висновки. Будь-яке СТ стравоходу може бути потенційно небезпечним, оскільки зі збільшенням терміну стояння СТ та його постійного тиску на стінки може виникнути інтрамуральний некроз та перфорація стінки стравоходу. Для батарейок характерним є електротермічне та механічне пошкодження стравоходу. Отже, СТ стравоходу мають бути видалені у 100% випадків.

Для визначення типу та локалізації СТ ШКТ має виконуватись рентгенографія шії, ОГП та ОЧП у вертикальному положенні. Ендоскопічне видалення СТ за наявності повної обструкції стравоходу та слинотечі має виконуватись в екстреному порядку, при частковій обструкції стравоходу та можливості ковтати слину – в ургентному.

За наявності ускладнень має проводитись адекватне та своєчасне лікування.

В.Д. Захарычев, А.В. Ганул, Б.О. Борисюк, Л.В. Бороров, А.И. Шевченко, Е.А. Малярчук
**Выбор альтернативного подхода к неoadъювантной терапии резектабельного
немелкоклеточного рака лёгкого III A стадии**

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
Национальный институт рака, г. Киев, Украина*

Введение. Рак легкого остаётся ведущей причиной смертности от злокачественных образований в мире, составляя 1,4 млн случаев в год. В Украине среди мужчин с момента постановки диагноза 64,2% пациентов не проживают года, а среди женщин – 51,3% пациента, и специальное лечение способны получить лишь 41,5% мужчин и 39,4% женщин. Восемьдесят пять процентов случаев рака лёгкого составляет именно немелкоклеточный рак лёгкого. Треть случаев диагностируется при местно-распространённом процессе, при этом даже сочетание неoadъювантной химиотерапии и радикальной резекции с лимфодиссекцией N2 и N3 не даёт значительного увеличения выживаемости. Соответственно, активно ведётся поиск методов, способных повысить эффективность лечения.

На данный момент для немелкоклеточного рака лёгкого в качестве неoadъювантной терапии как стандарт приняты 2–4 курса химиотерапии с препаратами платины. Неoadъювантная химиолучевая терапия применялась в случае выраженного болевого синдрома либо в старости опухоли. Данные об эффективности химиолучевой терапии по сравнению с химиотерапией противоречивы, некоторые работы показывают отсутствие улучшения выживаемости, другие – значительное улучшение выживаемости при полном гистологическом ответе и одно – улучшение выживаемости

Матеріали конференції

для пациентов, которым были выполнены лобэктомии, и отсутствие таковой для тех пациентов, которые перенесли операции большего объёма. Возможно, такая разница в результатах обусловлена разными препаратами, выбранными для химиотерапии, разным количеством курсов химиотерапии и разной суммарной дозой лучевой терапии.

Мы проанализировали сравнительную эффективность неоадьювантной химиолучевой терапии по сравнению с неоадьювантной химиотерапией ретроспективно, изучив и оценив результаты лечения пациентов, получивших соответствующее лечение на базе торакального отделения Национального института рака.

Цель: сравнить эффективность неоадьювантной химиотерапии и неоадьювантной химиолучевой терапии при III A ст. немелкоклеточного рака лёгкого.

Задача: проанализировать все случаи неоадьювантной химиолучевой терапии и неоадьювантной химиотерапии с последующей радикальной операцией, сравнив основные показатели лечения – выживаемость и количество послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В исследование включено 204 пациента с НМРЛ IIB – 3 A стадии, получавшие лечение в НИР с 2000 по 2017 годы. Всем выполнено комплексное лечение с неоадьювантной ХТ/ХЛТ. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1-й 34 пациента II B – 3 A стадий получали неоадьювантную ХЛТ, во 2-й (первой контрольной) группе пациентов с НМРЛ III A ст. (N1) и в 3 (2 контрольной) 86 пациентов с НМРЛ III A (N2) ст. Получали предоперационную ХТ. В первой группе больным было проведено 2–4 курса ХТ по схеме цисплатин/карбоплатин + паклитаксел. ЛТ проводилась одновременно или последовательно с ХТ в режиме 5 раз в неделю по 2 Гр в суммарной дозе 29,5–30,5 Гр. В контрольных группах пациентам проводилось 2–4 курса ХТ по схеме цисплатин/карбоплатин + паклитаксел. Операции выполнялись через 3 недели после окончания неоадьювантной терапии. Всем больным выполнялись радикальные операции.

Результаты. Основные результаты лечения продемонстрировали значительно лучшую регрессию опухоли и лимфоузлов средостения на фоне ХЛТ по сравнению с неоадьювантной ХТ; у 5 пациентов настала полная рентгенологическая и патологическая регрессия медиастинальных лимфоузлов. Не отмечено увеличения частоты послеоперационных осложнений и смертности у пациентов после химиолучевой терапии. Выживаемость в основной группе составила от 7 месяцев до 11 лет. Медиана выживаемости – 29 мес. В 1-й контрольной группе выживаемость составила от 8,5 до 120 месяцев, медиана выживаемости – 25 месяцев. Во второй контрольной группе общая выживаемость составила от 5 до 49 месяцев, пятилетняя выживаемость – 0%, медиана 19 месяцев. Ни у одного из пациентов с полным морфологическим ответом не отмечено программирования опухолевого процесса. Больные прожили от 2 до 9 лет, со средним значением 45 месяцев.

Заключение. Предоперационная ХЛТ по сравнению с неоадьювантной ХТ выгодно отличается более выраженной регрессией опухоли, процессом наступающего рестадирования за счёт частичной и полной регрессии медиастинальных лимфоузлов, улучшением общей и безрецидивной выживаемости резектабельных пациентов стадии III A НМРЛ. Частота послеоперационных осложнений и смертности больных с НМРЛ не увеличивалась.

В.М. Качмар, Т.М. Гапонюк

Бронхопластичні операції при раку легень

Волинська обласна клінічна лікарня, м. Луцьк, Україна

Загальновідомо, що операцією вибору при раку легень є пульмонектомія. Але остання часто буває функціонально непереносимою для хворих похилого віку із супутніми захворюваннями, особливо серцево-судинної системи; якість життя хворих після пульмонектомії і після лоб- чи білобектомії іноді суттєво відрізняється. Тому актуальною є проблема пластичних часткових резекцій легень, які зазвичай виконуються при I та II стадіях раку легень.

Останнім часом у відділенні торакальної хірургії Волинської обласної лікарні з усіх пластичних операцій на бронхах при раку легень найчастіше виконувалась верхня лобектомія зліва, що дає змогу систематизувати й узагальнити загальні положення цієї операції і післяопераційного періоду. Із 4 пластичних верхніх лобектомій зліва у 3-х пацієнтів була центральна локалізація раку легень: обтурація верхньодолевого бронха у двох із переходом на лівий головний бронх у однієї пацієнтки; у одного – периферично. Вік пацієнтів був від 43 до 61 року, по гістологічній структурі – у 2-х плоскоклітинний рак, у інших – великоклітинний рак і карциноїд. По стадіям: у 3-х I стадія і у 1-го II стадія раку легень. Із супутніх захворювань, що заслуговують уваги, у одного пацієнта була постійна форма фібриляції передсердь і змішаний цироз печінки, ще в одного гіпертонічна хвороба II ст., у хворої з карциноїдом – нагноєний фіброателектаз верхньої частки.

На комп'ютерних томограмах і рентгенограмі ОГП чітко видно ателектазовану і значно зменшену в об'ємі верхню долю лівої легень у пацієнтки з карциноїдом.

Усім 4 пацієнтам операція була зроблена з передньо-бокової торакотомії зліва, після обробки всіх артерій до верхньої долі і верхньої легеневої вени, дугоподібним розрізом на хрящовій частині нижньо-часткового і лівого головного бронхів, які були виділені і взяті на утримувачі, висікався бронх верхньої частки за типом клиновидної резекції. Для співставлення діаметрів нижньо-часткового і головного бронхів на хрящовій частині останнього висікався трикутником хрящ і зшивався вузловими швами. Анастомоз між бронхами накладався атравматичними голками №4. Під час накладання анастомозу постійно проводилась санація бронхів нижньої частки, після операції на операційному столі санаційна фібробронхоскопія. У всіх хворих післяопераційний період перебігав без ускладнень. У подальшому хворий з великоклітинним раком і метастазами в бронхопальмональні лімфовузли (II стадія раку) і гіпертонічною хворобою II ст. отримав курс хіміотерапії, після чого в нього виникла фібриляція передсердь і в подальшому хіміотерапію не отримував, спостерігається у онколога. Один хворий пережив 5-річний рубіж після операції, живий –



одужання, один з постійною формою фібриляції передсердь і змішаним цирозом печінки помер від неонкологічних хвороб не доживши 2,5 місяця до 5-річного строку після операції. Хвора з карциноїдом через рік після операції оглянута – здорова. Таким чином, бластичну лобектомію на початкових стадіях раку легень можна вважати альтернативою пульмонектомії, як за віддаленими результатами, так і за якістю життя.

Ключові слова: рак легень, пульмонектомія, лобектомія.

Д.Ю. Кривченя, О.Г. Дубровін, Є.О. Руденко, О.В. Метленко, Н.А. Воробей

Метод індукції росту стравоходу за Фокером при його атрезії з великим діастазом

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

Вступ. Атрезія стравоходу є поширеною вадою розвитку з частотою, за сучасними світовими даними, 2,55–2,86 випадків на 10000 пологів. Розвиток дитячої хірургії, анестезіології, неонатальної інтенсивної терапії та парентерального харчування підвищили рівень виживаності після реконструктивних операцій від майже повністю фатальною до 95%. Проте висока частота незрілості, асоційованих аномалій та атрезії з великим діастазом ускладнюють лікування таких пацієнтів. Спектр вади є широким в аспекті анатомії та важкості перебігу. Для хірурга складність операції зростає зі збільшенням діастазу між сегментами стравоходу. З іншого боку, чим більшим є діастаз, тим меншою є ймовірність первинного відновлення стравоходу та більшою – ускладнень і тривалого складного лікування. Проблема великого діастазу у дітей з атрезією стравоходу є серйозним викликом для хірурга, особливо коли формування первинного анастомозу неможливе. У наш час великим вважається такий діастаз, що є занадто довгим для істинної первинної корекції (зазвичай більше 3,5 см), тобто для формування анастомозу стравоходу без міотомії або переміщення шлунка у грудну порожнину. Відомі різні підходи до подолання великого діастазу: відтермінований анастомоз, міотомія, викручування клаптів із сегментів стравоходу, розширення стравохідного отвору діафрагми, переміщення шлунка, подовження стравоходу за рахунок гастропластики, замісна кишкова пластика. Новим підходом стала стратегія індукції росту власного стравоходу.

Мета. Оптимізація лікування пацієнтів з атрезією стравоходу з великим діастазом шляхом створення умов для формування анастомозу і збереження власного стравоходу.

Матеріали і методи. У дослідження включено три пацієнти, що мали атрезію стравоходу з дистальною трахео-стравохідною норичею і великим діастазом, яким була застосована методика індукції росту стравоходу. Діастаз становив 5,0–5,5 см, у 2-х випадках норича була біфуркаційною. Вік пацієнтів на момент застосування методики становив 2 доби, 2 місяці і 1 рік 7 місяців, маса тіла – 2,5 кг, 3,6 кг та 8 кг відповідно. Супутні аномалії включали аберантну праву підключичну артерію, правобічну дугу аорти, подвоєння нирки. Застосування методу передбачало наступні етапи: торакотомія/скопія з розділенням норичі та мобілізацією сегментів атрезованого стравоходу, накладання тракційних м'язово-підслизових швів на них з виведенням ниток на грудну стінку, етапна дозована тракція, реторакотомія/скопія з формуванням анастомозу стравоходу. Термін тракції стравоходу становив 6–14 днів. Контроль зближення сегментів стравоходу проводився за допомогою езофагографії або вимірювання відстані між контрастними мітками на оглядових рентгенограмах. В одному випадку методика застосована під час первинної операції у новонародженого, в інших двох на першому етапі виконувалось лише роз'єднання норичі. Шийна езофагостомія не застосовувалась. У двох випадках етапи лікування виконані із застосуванням торакотомії, в одному – торакоскопії.

Результати. В усіх випадках після застосування дозованої етапної тракції спостерігалось подовження стравоходу зі зменшенням діастазу між його сегментами до 0–0,5 см, що дало змогу сформувати анастомоз «кінець до кінця». Невелика обмежена недостатність анастомозу спостерігалась в одному випадку зі спонтанним загоєнням на дренажі. Двоє пацієнтів мали стеноз зони анастомозу, що потребував 2–3 сеансів балонної дилатації. Ці ж пацієнти мали виразний шлунково-стравохідний рефлюкс з потребою у фундоплекції. В усіх випадках відновлене повноцінне харчування через рот зі збереженням власного стравоходу.

Висновки. Методика індукції росту власного стравоходу за допомогою тракційних швів дозволяє подолати великий діастаз між сегментами атрезованого стравоходу, створити умови для формування анастомозу та зберегти власний стравохід з відновленням вікового перорального харчування.

В.Ф. Рибальченко, Н.В. Степанова, Н.В. Науменко, Б.В. Коваленко, В.В. Кравченко, І.В. Лишевська, О.В. Радзіховський.

Мікробіологічна характеристика збудників пневмонії у новонароджених дітей та їх чутливість до антибактеріальних препаратів

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київська міська дитяча клінічна лікарня №1, м. Київ, Україна

Актуальність. За даними літератури, пневмонії виявляють приблизно у 1% доношених і до 15% серед недоношених новонароджених. Недуга розвивається в першу добу від народження. Внутрішньоутробні пневмонії частіше викликаються стрептококами групи В (*Streptococcus agalactiae*) і грамнегативними бактеріями *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, рідше – *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes*. Вибір стартового антибактеріального препарату залежить від чутливості найбільш ймовірного збудника, віку дитини, ситуації, що передуює захворюванню, а також клінічної картини.

Мета роботи: вивчити мікробіологічну характеристику збудників пневмонії у новонароджених дітей та їх чутливість до антибактеріальних препаратів.

Матеріали і методи. У відділенні патології новонароджених на базі міської дитячої клінічної лікарні №1 м. Києва в період 2017–2018 рр. (15 місяців) знаходилися на лікуванні 70 новонароджених дітей з діагнозом пневмонії. 50 (71,4%) дітей були переведені з відділення реанімації новонароджених, а 20 (28,6%) – з пологових будинків. Усі хворі були обстежені: дослідження крові та сечі, мікробіологічне дослідження мокротиння, рентгенологічне дослідження грудної порожнини та ультразвукове дослідження черевної, грудної порожнини, а також нейросонографія та ехокардіографія. Рентгенографія органів грудної порожнини проводилась у день госпіталізації та за показаннями залежно від встановленої недуги, а також на 6–7 добу лікування. Мікробіологічне дослідження проводилося при госпіталізації та протягом лікування.

Результати. Доношених дітей було 43 (61,4%), недоношених – 27 (38,6%). Вага при народженні до 2 500 г була у 23 (32,8%), понад 2 500 г – у 47 (67,2%) дітей. За результатами комплексного обстеження встановлена сторона ураження: правобічна – 59 (84,2%), лівобічна – 4 (5,7%), двобічна – 7 (10%) випадків. Зміни в аналізі крові діагностовано у всіх хворих. У матеріалі (мокротинні) при госпіталізації висіли наступні збудники:

Матеріали конференції

Staphylococcus epidermidis – 8 (11,5%), *Staphylococcus haemolyticus* – 9 (12,8%), *Streptococcus pneumoniae* – 6 (8,6%), *Escherichia coli* – 5 (7,2%), *Staphylococcus aureus* – 4 (5,7%), *Pseudomonas aeruginosa* – 7 (10,0%), *Enterococcus faecalis* – 2 (2,8%), збудник + *Candida* – 10 (14,3%), не висіялось збудника – 19 (27,1%). Чутливість окремих клінічних штамів (взята за 100%) мікроорганізмів до антибіотикотерапії: *Staphylococcus haemolyticus* – у 77,8%, *Streptococcus pneumoniae* – у 16,6%, *Escherichia coli* – у 60,0%, *Staphylococcus aureus* – у 70,0%, *Pseudomonas aeruginosa* – у 85,6%, збудник + *Candida* – у 40,0%. Встановлена чутливість збудників до напівсинтетичних пеніцилінів: *Staphylococcus haemolyticus* – 55,5%, *Escherichia coli* – 40,0%, *Staphylococcus aureus* – 50,0%, *Pseudomonas aeruginosa* – 42,9%, *Enterococcus faecalis* – 50,0%; до цефалоспоринов I–IV поколінь: *Staphylococcus haemolyticus* – 77,8%, *Streptococcus pneumoniae* – 33,3%, *Escherichia coli* – 80,0%, *Staphylococcus aureus* – 75,0%, *Pseudomonas aeruginosa* – 42,9%, *Enterococcus faecalis* – 50,0%; до аміноглікозидів I–III поколінь: *Staphylococcus haemolyticus* – 77,8%, *Escherichia coli* – 40,0%, *Staphylococcus aureus* – 75,5%, *Pseudomonas aeruginosa* – 39,9%, *Enterococcus faecalis* – 50,0%; до карбапенемів: *Staphylococcus haemolyticus* – 88,9%, *Streptococcus pneumoniae* – 66,7%, *Escherichia coli* – 80,0%, *Staphylococcus aureus* – 50,0%, *Pseudomonas aeruginosa* – 80,0%.

Антибактеріальна терапія до висіяної мікрофлори була ефективною при призначенні напівсинтетичних пеніцилінів у 39,9%, цефалоспоринов – у 60,6%, аміноглікозидів – у 48,5%, карбапенемів (резерв) – у 72,7%, протигрибкових препаратів – у 30,0%. Відповідно, в аналогічних групах препаратів антибактеріальна терапія не була ефективною: 60,1%, 39,4%, 51,5%, 27,3%, 70,0%. За результатами досліджень усі пацієнти отримували комбіновану антибактеріальну терапію. Зміна курсів та комбінація антибіотиків ґрунтувалася на даних бактеріологічного дослідження та клінічної картини перебігу недуги.

Висновки. Таким чином, тільки комбінована антибактеріальна терапія з урахуванням результату посівів та його моніторингу є запорукою доброго результату лікування пневмоній у дітей раннього віку.

Л.І. Цмокалюк¹, Б.О. Кравчук², П.С. Русак^{1,2}, В.Р. Заремба¹

Інноваційна методика лікування хімічних опіків стравоходу у дітей

¹Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Широке використання в побуті агресивних хімічних речовин та їх неналежне зберігання в домашніх умовах часто призводять до хімічних опіків ротової порожнини, стравоходу та шлунка. Найчастіше важкі наслідки настають при опіках стравоходу, на кшталт шрамуватого стенозу, облітерації останнього тощо. У дитячій хірургічній практиці дані ушкодження займають перше місце серед усіх захворювань стравоходу. Лікування опіків стравоходу та їх наслідків є складною та не вирішеною проблемою.

Мета роботи полягала у вивченні дії та ефективності продукту медичного призначення «Унібіол» за умов місцевого застосування при хімічних опіках стравоходу у дітей та опрацьованні методики його застосування при даній патології.

У період з 1990 р. по 2010 р. в умовах КУ «Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня» проліковано 76 хворих із хімічними опіками стравоходу. Хворі розподілені на дві групи. Контрольна група складала 42 (55,3%) пацієнти, які лікувались традиційно з використанням методики профілактичного бужування, впродовж 1990–2000 рр. Основна група – 34 (44,7%) хворих – лікувалась за запропонованою нами інноваційною методикою, яка включала раннє місцеве лікування хімічних опіків стравоходу у дітей, в період з 2000 р. по 2010 рік. Для лікування використовувався продукт медичного призначення «Унібіол» (Патент № 86565 від 27.04.2009 року «Універсальна біологічна мазь, спосіб лікування опікових ран та спосіб лікування хімічних опіків стравоходу»). В основній групі з першої доби гострого періоду призначалось по 3,0 г (пів чайної ложки) засобу «Унібіол» *per os* кожні 2 години при I та II ст. опіку, при III ст. – щогодини. В обох групах первинне ендоскопічне дослідження – фіброезофагогастроуденоскопія – проводилось при госпіталізації та в процесі лікування кожні 7–10 днів.

У досліджуваній групі найчастіше зустрічались опіки стравоходу лужними розчинами – 10 (29,4%) випадків, переважно II–III ступенів. У 4 (11,8%) випадках спостерігалось заковтування кислотних агентів, важкість ураження стравоходу у цих хворих варіювала від I до III ступеня. Неорганічні пошкоджуючі агенти та інші різноманітні речовини зафіксовані у 6 (17,6%) та 13 (38,2%) хворих відповідно, які спричинили опіки стравоходу I–II ступенів. У 1 (2,9%) дитини опік стравоходу був обумовлений випитим окропом, який спричинив опік II ступеня.

За результатами первинного та подальших ендоскопічних оглядів, хімічний опік стравоходу I ст. виявлено у 13 (38,3%) пацієнтів основної та у 17 (40,5%) контрольної груп; опік II ст. діагностовано у 10 (29,4%) та 13 (31%); опік III ст. – у 11 (32,3%) та 12 (28,6%) пацієнтів відповідних груп. Через важкий стан у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології знаходилось 19 (43,2%) дітей основної та 25 (56,8%) контрольної груп. Упродовж перших п'яти днів у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології проліковано 18 (94,7%) пацієнтів основної та 15 (60,0%) дітей контрольної груп. Решта пацієнтів, 1 (2,9%) основної та 10 (40,0%) контрольної груп, перебували у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології шість і більше діб. Прийом рідини та рідкої їжі у перші дві доби розпочали 22 (64,7%) хворих основної та лише 12 (28,6%) дітей контрольної груп. Абсолютною перевагою інноваційної методики лікування стало зменшення кількості хворих, які вимагали проведення підтримуючих бужувань з 23 (54,8%) пацієнтів контрольної групи до 2 (5,9%) пацієнтів в основній групі, а також скорочення середнього терміну перебування хворих у стаціонарі, який при опіку I ст. склав 2 доби, а при II та III ст. – 4 та 9 діб відповідно.

Використання інноваційної методики клінічно довело позитивний вплив продукту медичного призначення «Унібіол» на перебіг та кінцевий результат лікування хімічних опіків стравоходу у дітей; 97,1% пацієнтів основної групи виписані з одужанням, в контрольній групі цей показник склав 52,4% пацієнтів. При хімічних опіках стравоходу I та II ступенів вдалося уникнути розвитку рубцевих змін стравоходу у всіх пацієнтів та, як наслідок, забезпечити відповідну якість життя. При хімічному опіку стравоходу III ст. зменшено кількість хворих, які вимагали проведення тривалих профілактичних бужувань, з 23 (54,8%) у контрольній групі до 2 (5,9%) в основній групі. Клінічна ефективність, безпечність та доступна вартість продукту медичного призначення «Унібіол» роблять його препаратом вибору при лікуванні даної патології у дітей.

УДК 616.26-007.43-007.271-089

Е.Н. Шепетько, Д.А. Гармаш, А.К. Курбанов

Особенности хирургического лечения ущемленных диафрагмальных грыж

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Хирургическое лечение ущемлённых диафрагмальных грыж представляет собой сложную задачу в ургентной торакальной и абдоминальной хирургии, связанную с трудностями диагностики, несвоевременностью хирургического лечения, высокой послеоперационной летальностью (30–50%).

Цель: показать особенности диагностики и хирургического лечения ущемлённых диафрагмальных грыж.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения четырех случаев ущемлённых диафрагмальных грыж у пациентов в возрасте от 24 до 79 лет (двое мужчин и две женщины).

Результати. В двух случаях интраоперационно диагностирована ущемлённая параззофагеальная грыжа с некрозом фундального отдела желудка. В третьем случае у пациентки, поступившей в клинику с диагнозом частичной кишечной непроходимости, на вторые сутки после выполнения колоноскопии состояние ухудшилось, и больная была экстренно оперирована. В четвёртом случае пациентка 79 лет оперирована через сутки после поступления в клинику. С диагностической целью у всех пациентов в предоперационном периоде выполнялось рентгенологическое исследование, и лишь в одном случае было высказано подозрение о наличии ущемленной диафрагмальной грыжи. Все пациенты были оперированы с признаками перитонита. Выполненные оперативные вмешательства: резекция фундального отдела желудка с наложением двухрядного шва и ушиванием грыжевых ворот с крурорафией (1-й и 2-й случай); 3-й случай – ущемление в сухожильной части левого купола диафрагмы селезеночного угла ободочной кишки с ее некрозом и перфорацией 2х2,5 см, наличием левосторонней эмпиемы плевры; выполнена левосторонняя гемиколэктомия, ушивание дефекта диафрагмы двухрядным швом, дренирование левой плевральной полости по Бюллау, дренирование брюшной полости; 4-й случай – ущемление поперечноободочной кишки с ее некрозом и перфорацией, наличием каловой эмпиемы плевры слева и зон некроза в раздутой слепой и восходящей кишке; произведена правосторонняя гемиколэктомия с резекцией поперечноободочной кишки, илеодесцендоанастомозом, ушивание диафрагмы двухрядным швом, дренирование левой плевральной полости по Бюллау, лапаростомия. Умер один пациент (1-й случай) от сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы. Особенности хирургического лечения ущемленных диафрагмальных грыж заключаются в несвоевременной диагностике, поздних оперативных вмешательствах, необходимости выполнения сложных и травматичных органрезецирующих операций в условиях перитонита и развившейся эмпиемы плевры.

УДК 617.53-002.36-07-08

В.В. Яцків, С.Е. Фрімет, В.П. Сливка, Ю.Д. Лук'яничук, С.М. Мереуца

Хірургічний сегмент у лікуванні розповсюдженого гнійного медіастиніту

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Обласна клінічна лікарня м. Чернівці, Україна

Класичні методи хірургічного лікування гнійного медіастиніту, запропоновані ще В.Д. Добромисловим (1900 р.), В.І. Розумовським (1895 р.), І.І. Насиловим (1888 р.), Н.Н. Каншиним (1973 р.), використовуються в сучасній практиці, що має цілком логічне пояснення. Водночас, за даними літератури, незважаючи на сучасний арсенал діагностичних методик, медикаментозного лікування, летальність при даній патології досягає 50%, без хірургічного лікування – 70–100%, що обґрунтовує необхідність розробки нових видів оперативних втручань, удосконалення загальноприйнятих методик.

Мета: удосконалення методики хірургічного лікування розповсюдженого (тотального) гнійного медіастиніту, аналіз результатів.

Матеріали і методи. На базі відділення торакальної хірургії ОКЛ за період 2010–2017 рр. проліковано 32 хворих. Серед них чоловіків – 23(71%), жінок – 9 (29%); середній вік пацієнтів склав 43 роки. Розподіл оперованих за етіологією захворювання: первинний медіастиніт – 10 (31%), вторинний медіастиніт – 22 (69%) хворих.

Результати. Основним завданням хірургічного втручання при медіастиніті є адекватне розкриття та дренування гнійних виділень при забезпеченні мінімальної травматичності операції. Даним вимогам відповідають торакоскопічні медіастинотомії. Нами запропонована методика прямої (безпосередньо через рановий канал) вольнероскопії у випадках гнійних ускладнень, у тому числі медіастинітів, проникаючих поранень грудної клітки (Патент України на корисну модель №51784 від 26.07.2010р.). При тотальних медіастинітах з гнійною імбібіцією клітковини загальноприйнята медіастинотомія доповнювалась висіченням останньої з формуванням каналів відтоку та установкою постійного аспіраційно-промивного дренажу, що дозволило зменшити інтоксикацію, легенеvu гіпертензію, покращити результати лікування. Летальність склала 6,25%.

Висновки. Застосування мініінвазивних методик та формування каналів відтоку при тотальних медіастинітах дозволяє зменшити летальність та покращити результати лікування гнійно-септичних процесів межистіння.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: гнійна імбібіція клітковини, канали відтоку, проточний лаваж, вольнероскопія.



27 Международная медицинская выставка

PUBLIC HEALTH

2-4

октября

2018

Киев, МВЦ, Броварской пр-т, 15

Ⓜ Левобережная



Билет на сайте
www.publichealth.com.ua

У рамках выставки состоится:

Всеукраинское награждение

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ГОДА – 2018»

Организаторы:



Проходит одновременно:





ДІЄ, КОЛИ ІНШІ ЗДАЮТЬСЯ!

Р.Л.: № UA107590/01, набір ліцензій 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 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.

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-лактамового 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 флєбіт; 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 Мепенам, 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. Сахсаганського, 139). Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 13.09.2018 р.

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

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.artერიум.ua

Ближче до людей
ARTERIUM