

## ОЦЕНКА ПОСТНАТАЛЬНОГО РОСТА НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мордус С.А.

Научный руководитель: доц. Аникин И.А.

Запорожский государственный медицинский университет МОЗ Украины.

Кафедра детской хирургии и анестезиологии.

**Цель работы:** изучить влияние клинического питания, проводимого в комплексе интенсивной терапии, на темп постнатального роста новорождённых с низкой массой тела.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное контрольное исследование 37 новорождённых, получавших клиническое питание, в связи с заболеваниями перинатального периода в отделении интенсивной терапии. Группу исследования (n=18) составили новорождённые, получавшие нутритивную поддержку в отделении интенсивной терапии в 2015 году. Срок гестации при рождении составил 28,89/27–29 недель (Среднее/межквартильный диапазон), а вес 1195,73±362,82г. 16 (89%) младенцев, находились на продлённой ИВЛ. Группу контроля (n=19) – младенцы, репрезентативные по сроку гестации и весу, находившиеся на койках интенсивной терапии в 2013 году. Изучали общеклинические показатели, определяли уровень мочевины, общего белка, глюкозы в плазме крови (автоматический анализатор). Оценку темпов постнатального развития проводили при помощи таблиц Фентона (2003г.), исходя из рекомендаций Американской академии педиатрии. Целевой точкой считали показатели веса, роста и окружности головки по достижении 36 недели постменструального возраста. Обработка материала проведена в программе Statistica.

**Результаты.** Показатель веса младенцев группы исследования при рождении соответствовал 49,47±7,54 перцентилю. Для достижения целевых показателей роста новорождённых, близких к внутриутробным, младенцам группы исследования обеспечивали дотацию энергии 129,29±8,37 ккал/кг, а белка 3,97±0,25 г/кг массы. Данная дотация проводилась на протяжении 2–4 недели постнатального возраста. Высокая белковая нагрузка не приводила к гиперазотемии, на что указывал показатель уровня мочевины 4,86±1,12 ммоль/л. Практиковалась методика раннего агрессивного энтерального вскармливания, при этом средняя длительность парентерального питания составила 16/14–18 сут. К 36 неделям скорректированного возраста, у новорождённых группы исследования и сравнения, достигнуты следующие показатели перцентилей соответственно: вес – 17,58±5,16 и 9,87±3,12; длина тела – 19,62±5,82 и 12,23±3,88; окружность головки – 19,00±7,59 и 11,23±4,01. Анализ подходов к организации клинического питания детей обеих групп выявил, по нашему мнению, что на улучшение показателей роста новорождённых с низкой массой тела повлияли дополнительные факторы: еженедельная антропометрия, кормление 12 раз в сутки без ночных перерывов, профилактика позднего сепсиса новорождённых и использование программного расчёта нутритивной поддержки при помощи персональной ЭВМ.

**Выводы.** Нутритивная поддержка новорождённых с низкой массой тела, включающая в себя агрессивное энтеральное вскармливание и раннюю дотацию белка 3,97±0,25 г/кг, обеспечивает постнатальный рост, близкий к внутриутробному.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ В КЛИНИКЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ЗГМУ

Фарходбек Мухамедов

Научный руководитель: проф. Клименко В.Н., д.мед.н. Клименко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

**Актуальность.** Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция (ЛапПДР) – одна из самых технически и тактически сложных операций в абдоминальной хирургии. На сегодняшний день в мире насчитывается не более десятка хирургов, имеющих опыт ЛапПДР более 20 пациентов. Однако эта операция набирает популярность, справедливо отражая рост технических возможностей эндоскопических хирургов. По мнению ведущих экспертов (M. Kendric, USA; C. Palanivelu, India; И. Хатьков, Россия), ЛапПДР имеет несомненные преимущества перед традиционными лапаротомными вмешательствами, сохраняя при этом онкологические принципы и основные характеристики традиционной ПДР.

Показаниями к ЛапПДР являются злокачественные опухоли панкреатодуоденальной зоны, так называемые периапулярные неоплазии. Ряд авторов считает, что наиболее технически выгодно

выполнять ЛапПДР при раке большого дуоденального сосочка. Однако ведущие эксперты указывают, что на сегодняшний день ни опухолевая инвазия портальной вены, ни ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, ни, тем более, соседних органов не является противопоказанием к выполнению лапароскопической операции.

Освоение техники ЛапПДР требует адаптации этой операции к возможностям и особенностям конкретной клиники, финансовым возможностям пациента, поэтому внедрение ЛапПДР должно сопровождаться не только достаточным тренингом операционной бригады, но и решением проблемы удешевления операции, при этом сохраняя качественные параметры на должном уровне.

**Цель исследования.** Оценить техническую выполнимость ЛапПДР и определить пути решения проблемы внедрения этой операции.

**Материалы и методы.** В 2014-2016 гг в клинике факультетской хирургии ЗГМУ выполнены 2 лапароскопические пилоросохраняющие панкреатодуоденальные резекции. Обе операции выполнены женщинам 54 и 57 лет при раке головки поджелудочного желез Т3N1M0. Все пациентки обследованы согласно современных стандартов, включая КТ, ФГДС, УЗИ, патогистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение.** ЛапПДР состоит из двух этапов. Первый этап – это мобилизация и удаление панкреатодуоденального комплекса, второй, – восстановительный: формирование гастроэнтеро-, билиоэнтеро- и панкреатоэнтероанастомозов. В клинике внедрен метод полностью лапароскопического выполнения первого этапа ЛапПДР при помощи ультразвукового скальпеля “Harmonic” с последующим выполнением второго этапа из поперечного минилапаротомного доступа, через который удалялся и макропрепарат. Модифицированный метод ЛапПДР позволяет максимально удешевить операцию, делая ее сравнимой с традиционной ПДР, в том числе по продолжительности операции. Летальных исходов не было. Среди осложнений необходимо отметить характерный для пилоросохраняющей модификации ПДР гастропарез.

**Выводы.** 1. Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция технически выполнима в условиях реалий современной медицины. 2. Внедренный в клинике факультетской хирургии ЗГМУ метод ЛапПДР позволяет приблизить данную перспективную и современную методику к потенциальному пациенту.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Николаев М.В.

Научный руководитель: проф. Клименко В.Н., д.мед.н. Клименко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

**Актуальность:** Рак желудка (РЖ) относится к наиболее распространенным опухолевым заболеваниям и занимает 3-е место в структуре онкозаболеваемости в Украине. Современное лечение РЖ – это комбинированная программа, в которой хирургическое вмешательство является обязательной и неотъемлемой частью. Лапароскопическая гастрэктомия (ЛапГЭ) в тотальном или субтотальном вариантах во многих клиниках мира и в Украине вытесняет операции через лапаротомный доступ. Однако остаются спорными и до конца не разработанными некоторые аспекты ЛапГЭ, связанные с техническими особенностями формирования анастомозов, выбором метода ЛапГЭ, показаниями и противопоказаниями к этой операции.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность лапароскопической гастрэктомии при раке желудка и определить преимущества ЛапГЭ перед открытыми вмешательствами.

**Материалы и методы:** С 2013 по 2016 гг. в клинике факультетской хирургии ЗГМУ радикальные операции при РЖ выполнены у 34 больных. Средний возраст составил  $64 \pm 13,2$  г. Мужчин было 22 (64,7%), женщин – 12 (35,3%). Лапароскопическая гастрэктомия была выполнена 7 (20,5%) пациентам из них в тотальном варианте – 2 (5,8%), субтотальном – 5 (14,7%). Лапаротомная гастрэктомия (ЛтГЭ) – 27 (79,5%) больным, из них в тотальном варианте – 19 (55,9%) и в субтотальном – 8 (23,6%). У 31 (91,2%) пациента на момент операции определена T4N2M0 стадия онкопроцесса, у 3 (8,8%) – T3N1M0. Сопутствующая патология выявлена у 11 (32,3%) больных. Все пациенты обследованы согласно современных стандартов, включая ФГДС, КТ, УЗИ, до и послеоперационное патогистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение:** ЛапГЭ сохраняет все основные преимущества ЛтГЭ, а именно полное удаление опухоли согласно онкологических стандартов, лимфодиссекция в объеме D2 с удалением всех видимых по КТ пораженных лимфоузлов и большого сальника, наложение классического ручного анастомоза. Однако ЛапГЭ имеет значимые преимущества в виде