



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра дитячої хірургії

ОБ'ЄДНАННЯ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

*До 85-річного ювілею
кафедри дитячої хірургії*

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

18–19 травня 2023 р.

Тези доповідей



Одеса ОНМедУ 2023



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра дитячої хірургії

ОБ'ЄДНАННЯ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

*До 85-річного ювілею
кафедри дитячої хірургії*

Науково-практична конференція
з міжнародною участю
18–19 травня 2023 р.

Тези доповідей



Одеса ОНМедУ 2023

УДК 617-053.2(043.2)
О-13

Редакційна колегія

О. О. Лосєв, М. Г. Мельниченко,
В. М. Аплевич, Л. Б. Елій

Відповідальна за випуск

д. мед. н., професор М. Г. Мельниченко

*Рекомендовано до друку
Вченою радою Одеського національного
медичного університету МОЗ України
Протокол № 5 від 30.03.2023 р.*

Об'єднання науки та практики: до 85-річного
О-13 ювілею кафедри дитячої хірургії : наук.-практ.
конф. з міжнар. участю. Одеса, 18–19 травня 2023 р. :
тези доп. [Електронне видання] — Одеса :
ОНМедУ, 2023. — 356 с.
ISBN 978-966-443-124-5

Збірка містить тези доповідей учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю, які об'єднані за тематичними напрямками, а саме: питання історії розвитку дитячої хірургії на Одещині та в Україні, сучасні досягнення дитячої хірургії та педіатричної науки в Україні, сучасні особливості викладання клінічних дисциплін у медичному вищому закладі освіти.

УДК 617-053.2(043.2)

ISBN 978-966-443-124-5

© Одеський національний
медичний університет, 2023

**Четверіков С. Г. — д. мед. н., професор,
Одеський національний медичний університет МОЗ України**

**Максимовський В. Є. — к. мед. н.,
Одеський національний медичний університет МОЗ України**

**Каштальян М. А. — д. мед. н., професор,
Одеський національний медичний університет МОЗ України**

**Атанасов Д. В. — к. мед. н, Одеський національний медичний
університет МОЗ України**

**Четверікова-Овчинник В. В. — Одеський національний
медичний університет МОЗ України**

**Четверіков М. С. — Одеський національний медичний
університет МОЗ України**

**Пирогов В. В. — Одеський національний медичний університет
МОЗ України**

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ КАРЦИНОМАТОЗОМ ТА ІНШИМИ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИМИ МЕТАСТАЗАМИ РІЗНОГО ПЕРВИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Метою дослідження є збільшення тривалості та покращення якості життя хворих з перитонеальним карциноматозом та іншими інтраабдомінальними метастазами різного первинного походження шляхом вдосконалення діагностики, раціонального періоперативного лікування, диференційованого застосування циторедуктивних оперативних втручань та інтраперитонеальної гіпертермічної хіміоперфузії в складі комплексної терапії.

Матеріали та методи: проаналізовано результати клінічного обстеження та лікування 318 випадків госпіталізації пацієнтів з перитонеальним карциноматозом/саркоматозом без інших інтраабдомінальних метастазів різного первинного походження або з ними.

Цим хворим було встановлено діагноз:

- 126 епітеліальних карцином яєчників (первинний рак з перитонеальним карциноматозом — 74 пацієнтки, рецидивний — 52);
- 140 колоректальних аденокарцином (рак з синхронним перитонеальним карциноматозом — 117 хворих, рак з метакронним перитонеальним карциноматозом — 23 хворих);
- 30 аденокарцином шлунка;
- 8 злоякісних мезотеліом очеревини;

З метою встановлення діагнозу, а також 1 раз на три місяці під час виконання спеціального лікування та в перший рік після закінчення спеціального лікування (в подальшому — 1 раз на півроку) хворим виконувалось комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням (СТ) або магнітно-резонансна томографія в протоколі, що містить T_1 та T_2 , контрастно-підсилена T_1 , дифузно-зважені послідовності (DWI/MRI) органів малого таза та черевної порожнини, в окремих випадках — позитронно-емісійна комп'ютерна томографія.

Процедура гіпертермічної інтраперитонеальної хіміоперфузії (HIPEC) виконувалась за допомогою системи RanD Performer NT. Перфузія перитонеальної порожнини розчином, що містив хіміопрепарати, здійснювалась за температури 41 °С. Загальна тривалість процедури HIPEC займала 120 хв, включаючи період перфузії протягом 90 хв із середньою швидкістю потоку 800–900 мл/хв. Процедура проводилась за допомогою техніки «закритого живота», яка полягає в тому, що черевну стінку пошарово зашивають перед початком HIPEC, а введення та евакуація рідини проводиться за допомогою 5 силіконових трубок, встановлених через окремі розрізи під час оперативного етапу. Після досягнення інтраабдомінальної температури 41°С цисплатин у дозі 50 мг/м² та доксирубіцин у дозі 15 мг/м² розчиняли у 4–6 л перфузату (об'єм перфузату залежав від маси пацієнтки 60 мл/кг).

Результати дослідження. У хворих з перитонеальним карциноматозом, індекс перитонеального карциноматозу (PCI) як показник розповсюдженості пухлинного процесу черевної порожнини відіграє важливу роль в аналізі можливості виконання повної циторедукції та необхідності виконання неoad'ювантної хіміотерапії, адже виконання неоптимальних та субоптимальних циторе-

дуктивних втручань значно погіршує OS таких хворих. Як методи інтраскопічної оцінки PCI можуть бути використані СТ або DWI/MRI. Порівняно обидві методики серед хворих з PCI – 10, $10 < \text{PCI} < 20$ та $\text{PCI} < 20$ при порівнянні абсолютних відхилень PCI за даними СТ та MRI із контрольними інтраопераційними значеннями. Для хворих з $\text{PCI} < 10$ та $10 < \text{PCI} < 20$ доведена перевага DWI/MRI у доопераційній оцінці PCI. Для хворих з $\text{PCI} < 20$ не доведено переваги DWI/MRI у доопераційній оцінці розповсюдженості перитонеального карциноматозу у порівнянні з СТ. Отримані результати дають підстави рекомендувати DWI/MRI для доопераційної оцінки PCI серед хворих з $\text{PCI} < 20$.

Проаналізовано результати імплементації протоколу «Покращеного відновлення після операції» (ERAS) серед хворих, яким виконувались циторедуктивні оперативні втручання та гіпертермічна інтраперитонеальна хіміоперфузія. Протокол ERAS змінював передопераційне, інтраопераційне та післяопераційне ведення пацієнтів. Отримані результати свідчать, що застосування протоколу ERAS сприяло зменшенню перебування хворих в умовах стаціонару — $(12,4 \pm 3,9)$ доби у хворих без ERAS проти $(6,8 \pm 1,9)$ доби з використанням ERAS ($p < 0,01$), швидшому відновленню функцій кишечника в післяопераційному періоді: швидкість відновлення перистальтики 3,6 доби проти 1,7 доби та дефекація через 5,6 доби проти 3,4 доби ($p < 0,01$). Впровадження протоколу ERAS дало змогу зменшити частоту післяопераційних ускладнень II–IV ступеня за класифікацією Clavien—Dindo серед аналізованих пацієнтів — 35,0 % проти 23,5 % ($p > 0,05$). При порівнянні даних анкетування за EORTC QLQ-C30 відзначалось підвищення показників якості життя у пацієнтів, які отримували ERAS, яке зберігалось з третього післяопераційного дня і тривало протягом місяця після операції.

Основною метою при виконанні циторедуктивних операцій є досягнення CC0-1, адже повнота циторедуктивного оперативного втручання значно впливає на онкологічні результати лікування хворих на розповсюджені черевною порожниною пухлини. CC 0–1 циторедукцію досягнуто у 209 пацієнтів, у 37 пацієнтів досягнуто субоптимальної циторедукції. Виконання циторедукції у повному або оптимальному обсягах (CC 0–1) у порівнянні з субопти-

мальною та неповною циторедукцією (CC 2–3) в 1,8 раза збільшує тривалість операції та в 1,4 раза час лікування у стаціонарі ($p < 0,05$), вірогідно не впливає на об'єми інтраопераційної крововтрати, частоту ускладнень післяопераційного періоду та летальність ($p > 0,05$). Післяопераційні ускладнення II–IV ступеня тяжкості за Clavien—Dindo зареєстровано у 44,8 % хворих з CC 0–1 циторедукцією та серед 64,8 % хворих з CC 2–3 циторедукцією ($p > 0,05$).

Важливим критерієм для прийняття рішення щодо доцільності виконання HIPEC є PCI хворого, адже високий PCI асоційований з меншим процентом повноти циторедукції (completeness cytoreduction — CC) CC0–CC1 циторедукцій. При порівнянні частоти досягнення CC 0–1 у хворих з $PCI < 10$, $10 < PCI < 20$ та $PCI > 20$ $\chi^2 = 7,359$, $\chi^2_{кр} = 5,991$ ($p = 0,026$).

Середня тривалість перебування на стаціонарному лікуванні серед хворих, яким було виконано циторедуктивну операцію (CRS) + HIPEC + ад'ювантну хіміотерапію (ACT) становила $(12,4 \pm 5,1)$ дня, що більше, ніж серед хворих, яким було виконано CRS + ACT — $(9,7 \pm 5,9)$ дня ($p < 0,01$). Післяопераційні ускладнення II–IV ступеня за Clavien—Dindo були у 50,2 % хворих без HIPEC та 56,1 %, яким було виконано HIPEC ($p > 0,05$; $\chi^2_{*emp} = 0,653$), тобто статистично значущої різниці не отримано. При аналізі ранніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів після HIPEC гіпертермія та гостра ниркова недостатність зустрічалися частіше, ніж у хворих без HIPEC (для обох ускладнень $p < 0,05$), що, ймовірно, було спричинено впливом хіміотерапевтичних препаратів та тривалою експозицією гіпертермічних розчинів у черевній порожнині. Загальна смертність становила 2,0 % серед хворих без HIPEC та 0 % у хворих після HIPEC ($p > 0,05$; $\chi^2_{*emp} = 0,626$), тобто статистично значущої різниці не отримано.

Застосування HIPEC погіршувало відновлення кишкової функції в післяопераційному періоді — відновлення перистальтики через $(1,9 \pm 0,5)$ дня (1–4) без HIPEC проти $(3,5 \pm 1,0)$ день (1–6) після HIPEC та дефекація через $(3,4 \pm 0,8)$ дня (2–8) проти $(5,6 \pm 1,2)$ дня (3–10) відповідно ($p < 0,01$).

При дослідженні якості життя у пацієнтів з перитонеальним карциноматозом різних первинних локалізацій за SF-36 відсутня значна різниці в параметрах фізичного та психічного показників

здоров'я у пацієнтів без НІРЕС та після НІРЕС на всіх етапах анкетування: до спеціального лікування, через 3 дні після операції, через 20 днів після операції, до четвертого циклу хіміотерапії та через місяць після завершення хіміотерапії ($p > 0,05$).

Русак П. С., Зінкевич О. В., Русак С. О., Волошин Ю. Л., Коноплицька А. П., Чорнопищук Н. П. Помилки в діагностиці та лікуванні гострого апендициту в дитячому віці	134
Стосва Т. В., Джагіашвілі О. В., Федін М. В., Соболєва К. Б. Використання методу ефективної сегментації в диференційній діагностиці больового абдомінального синдрому у дітей	138
Сучок С. О., Якименко О. Г. Абдомінальний больовий синдром на тлі діабетичного кетоацидозу в дітей	142
Фофанов В. О., Фофанов О. Д., Матіяш О. Я., Дідух І. М., Бубнів Л. Г. Анальна інконтиненція після хірургічної корекції вродженої колоректальної патології у дітей. Диференційований підхід до лікування	145
Четверіков С. Г., Максимовський В. Є., Каптальян М. А., Атанасов Д. В., Четверікова-Овчинник В. В., Четверіков М. С., Пирогов В. В. Оптимізація комбінованого лікування хворих з перитонеальним карциноматозом та іншими інтраабдомінальними метастазами різного первинного походження	150
Розділ 3. НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДИТЯЧІЙ УРОЛОГІЇ ...	155
Гаврилюк А. В., Коноплицький В. С. Вікові особливості морфологічної будови необлітерованого вагінального відростка очеревини у дітей	155
Годік О. С., Дегтярьова Д. С., Недбала В. В., Апалькова В. А. Трансплантація нирки в умовах НДСЛ «Охматдит»	159
Горбатюк О. М., Волос Л. І., Веселий М. Ю., Веселий С. В. Морфологічна структура яєчка у дітей старшого шкільного віку	163
Наконечний Р. А., Наконечний А. Й. Аспекти лікування поодиноких каменів сечовидільних шляхів у дітей	168
Пономаренко М. В., Пузько А. А. Наш досвід лапароскопічної екстравезикальної уретероцистонеостомії за Shanfield	171
Розділ 4. СУЧАСНІ ДОСЯГЕННЯ ДИТЯЧОЇ ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ.....	173
Андрашко О. В., Горелік В. В., Бідула С. В. Посттравматичні ускладнення у дітей з надвиростковими переломами плечової	