



При поддержке:

Одесского национального морского университета  
Украинской государственной академии  
морского флота и транспорта  
Института Морского и Берегового Предпринимательства

Сборник научных трудов

# SWorld

Научные исследования и их практическое применение.  
Современное состояние и пути развития '2013



входит в РИНЦ  
Science Index

2013

Том 47

Проект SWorld



При поддержке:



Одесский национальный морской университет



Украинская государственная академия  
железнодорожного транспорта

Институт морехозяйства и предпринимательства

Входит в международную наукометрическую базу

РИНЦ SCIENCE INDEX

Импакт-Фактор > 0

*Научный журнал*

*Сборник научных трудов*

*SWorld*

*НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ.  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РАЗВИТИЯ '2013*

*Наукові дослідження та їх практичне застосування. Сучасний стан та шляхи  
розвитку 2013*

*Scientific researches and their practical application. Modern state and ways of  
development '2013*

*01-12 октября 2013 года*

*www.sworld.com.ua*

Том 47

*Медицина, ветеринария и фармацевтика*

Сборник научных трудов SWorld. – Выпуск 3. Том 47. – Иваново: МАРКОВА АД, 2013 – 102 с.

*Для ссылок использовать следующий шаблон (курсивом указаны поля для замены Вашими данными):  
Авторы. Название статьи. // Сборник научных трудов SWorld. – Выпуск 3. Том номер тома. – Иваново: МАРКОВА АД, 2013. – ЦИТ:..... – С. ....*

*Результаты научных исследований авторов, опубликованные в научном журнале, были также рассмотрены на международной научно-практической конференции (название и сроки указаны на обложке).*

*Результати наукових досліджень авторів, які опубліковані в науковому журналі, були також розглянуті на міжнародній науково-практичній конференції (назва та терміни вказані на обкладинці).*

*The results of published research were also considered in the international scientific-practical conference (name and date indicated on the cover).*

**Редактор: к.т.н. Куприенко С.В.**

**Редакционная коллегия:**

*д-р.техн.наук, проф. Шибяев А.Г.,  
д-р.техн.наук, проф. Гончарук С.М., д-р.техн.наук, проф. Ломотько Д.В.,  
д-р.экон.наук, проф. Лапкина И.А., проф. Яценко А.В.,  
д-р.физ.-мат. наук, проф. Малахов А.В.; к-т.экон.наук, проф. Рылов С.И.,  
к-т.техн.наук, доц. Петров И.М., к-т.техн.наук, доц. Кириллова Е.В.,  
к-т.педаг.наук Демидова В.Г.; к-т.педаг.наук, проф. Мозилевская И.М.;  
к-т.искусствовед.наук Кантарович Ю.Л.,  
к-т филос.наук, доц. Стovens А.В.; к-т филолог.наук, доц. Стovens В.Г.;  
технические организаторы – к.т.н. Куприенко С.В., Маркова А.Д.*

©Коллектив авторов, 2013  
©Издательство МАРКОВА АД, 2013



**Барышева О.Ю., Голубева А.М., Везикова Н.Н., Хейфец Л.М.**  
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ**  
**БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ (ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ AASLD, ACG, AGA)**  
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», 185910, Г.  
Петрозаводск, пр. Ленина, 33

*В данной работе рассматриваются вопросы этиологии, диагностики, дифференциальной диагностики неалкогольной жировой болезни печени, а также представлен обзор рекомендаций AASLD, ACG, AGA по диагностике и лечению данного заболевания.*

*Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, жировой гепатоз, стеатогепатит, цирроз печени, диагностика, лечение, рекомендации*

**Введение.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) охватывает группу патологических изменений печени от жирового гепатоза, неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) с фиброзом или без него до цирроза печени с его осложнениями. Выявляется с помощью инструментальных методов визуализации и при выполнении биопсии печени при исключении других возможных причин жировой дистрофии, таких как злоупотребление алкоголем, прием гепатотоксичных лекарственных препаратов, наследственная патология печени.

Интерес к данной патологии печени постоянно растет. Связано это, в первую очередь, с увеличением распространенности заболевания вследствие роста популярности неправильного образа жизни и питания, а также с развитием новых возможностей диагностики заболеваний печени. По результатам проводимого в 2007 году фармацевтической компанией Санofi-Авентис открытого многоцентрового рандомизированного проспективного исследования – наблюдения DIREG\_L\_01903 НАЖБП была выявлена у 27% пациентов (у 8315 из 30754 обследованных пациентов), среди них стеатоз был выявлен у 79,9%, НАСГ – у 17,1%, цирроз печени – у 3% больных [1].

По данным ГБУЗ «РМИАЦ» Республики Карелия в 2012 году среди взрослого населения республики заболеваний печени с шифром МКБХ К70-К76 было зарегистрировано всего 3434, из них впервые в жизни 922. Общая заболеваемость на 1000 населения составила 6,54, первичная заболеваемость – 1,76. К сожалению, детального учета различных нозологических форм заболеваний печени не осуществляется, в связи с чем о заболеваемости НАЖБП можно судить косвенно по общему количеству больных с патологией печени.

НАСГ подразделяют на первичный и вторичный. Первичный НАСГ ассоциирован с такими проявлениями метаболического синдрома как ожирение, сахарный диабет, дислипидемия. Основные факторы риска первичного НАСГ – возраст, мужской пол, белая раса, эндокринная патология (синдром поликистозных яичников, гипогонадизм, гипопитуитаризм, синдром сонного апноэ). Причинами вторичного НАСГ считают злоупотребление



алкогольных напитков (класс рекомендаций 1, уровень В).

Терапия метформином снижает уровень трансаминаз, снижает инсулинорезистентность, но не оказывает существенного влияния на улучшение гистологической картины в печени, и в связи с этим не рекомендован для терапии НАЖБП (класс рекомендаций 1, уровень А).

Пиоглитазон в дозе 30 мг/сут может быть использован для лечения пациентов с доказанным по данным гистологического исследования НАСГ. Большинство пациентов, участвующих в исследовании по изучению влияния терапии пиоглитазоном на течение НАСГ, не страдали сахарным диабетом. Безопасность и эффективность препарата по влиянию на НАСГ не установлена (класс рекомендаций 1, уровень В). Выявлено отрицательное влияние пиоглитазона на течение хронической сердечной недостаточности.

В рекомендациях описано применением витамина Е. В дозе 800 Ед/сут витамин Е уменьшает гистологические явления НАСГ (но не фиброза) у пациентов без сахарного диабета, поэтому должен быть рекомендован как препарат первой линии (класс рекомендаций 1, уровень В). Витамин Е не рекомендован для лечения НАСГ у пациентов с сахарным диабетом, у кого по данным биопсии не подтверждена НАЖБП, стеатогепатит с исходом в цирроз печени, криптогенный цирроз (класс рекомендаций 1, уровень С). Учитывается тот факт, что витамин Е в дозе 400 Ед/сут увеличивает риск образования рака предстательной железы у здоровых мужчин с частотой 1,6:1000 мужчин в год. У пациентов с НАЖБП или НАСГ, а также иной диагностированной патологией печени, назначение витамина Е или пиоглитазона с целью улучшения прогноза не рекомендовано (класс рекомендаций 1, уровень В).

Терапия урсодезоксихолиевой кислотой не рекомендована в терапии НАЖБП и НАСГ.

В рекомендациях обсуждается прием омега-3-ПНЖК для лечения пациентов с НАЖБП и НАСГ, в большей степени при сочетании патологии печени и триглицеридемии (класс рекомендаций 1, уровень В).

При недостаточном эффекте консервативного лечения пациентам с ожирением в совокупности с НАЖБП, НАСГ без явлений цирроза применяется оперативный метод терапии, так называемые бариатрические операции (класс рекомендаций 1, уровень А). Рекомендовано считать бариатрическую хирургию доказанным специфическим лечением стеатогепатита (класс рекомендаций 1, уровень В). Не существует данных о наличии вида, безопасности и эффективности бариатрической операции для пациентов страдающих циррозом печени вследствие прогрессирования неалкогольной болезни печени (класс рекомендаций 1, уровень В).

С целью снижения кардиоваскулярного риска у пациентов с НАЖБП и НАСГ для лечения дислипидемии рекомендована терапия статинами (класс рекомендаций 1, уровень В). По рекомендациям у пациентов с НАСГ, принимающих статины, редко встречается повышение трансаминаз, повреждение клеток печени. У некоторых пациентов наоборот наблюдается улучшение уровня печеночных маркеров и гистологической картины при НАСГ. Важно понимать, что статины не являются специфическим лечением



НАЖБП и НАСГ (класс рекомендаций 1, уровень В).

#### Заключение.

НАЖБП является одной из актуальных междисциплинарных проблем в медицине. Своевременная диагностика и адекватная терапия с позиций доказательной медицины должны обеспечить благоприятный прогноз для пациента. Представленный обзор рекомендаций может быть использован практическими врачами при принятии решения о диагностике и лечении НАЖБП у каждого конкретного пациента.

#### Литература:

1. Скрининговая программа по выявлению распространенности неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и определению факторов риска развития заболевания. Режим доступа: [http://тэла.рф/articles/ochrana/ochrana\\_224.html](http://тэла.рф/articles/ochrana/ochrana_224.html) свободный. – Загл. с экрана.

2. Мехтиев С.Н., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Браценкова А.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика и лечение. Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2008/02/4829117/> свободный.

3. Naga Chalasani, Zobia Younossi, Joel E. Lavine, Anna Mae Diehl, Elizabeth M. Brunt, Kenneth Cusi, Michael Charlton, Arun J. Sanyal. AASLD Practice guideline. The Diagnosis and Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. Режим доступа: [http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/NonalcoholicFattyLiverDisease2\\_012\\_25762\\_frp.pdf](http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/NonalcoholicFattyLiverDisease2_012_25762_frp.pdf) свободный.

Статья отправлена: 28.08.2013г.

© Барышева О.Ю., Голубева А.М., Везикова Н.Н., Хейфец Л.М.

ЦИТ: 313-0306

УДК 616.712-007.24-053-089

Погорілий В.В., Сасюк А.І., Лойко Є.Є.

### СПОСІБ НЕРЕЗЕКЦІЙНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ КІЛЕПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,*

*Дана робота присвячена лікуванню дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки другого та третього ступеню із застосуванням малоінвазивного способу корекції. Операція проведена у 24 дітей віком 7-18 років з використанням металевої надгрудинно-реберної корегуючої пластини. Деформація усунена у всіх дітей.*

*Ключові слова: кілеподібна грудна клітка, малоінвазивний метод, лікування, діти.*

Актуальність роботи визначається зростаючою поширеністю вродженої кілеподібною деформації грудної клітки (8-22% усіх деформацій грудної клітки у дітей), функціональними змінами і супутніми захворюваннями на рівні

основних систем зростаючого організму, а також косметичними та соціально-психологічними проблемами не лише підліткового віку, але і у дорослих [1].

Тридцятирічний досвід застосування класичних оперативних втручань, їх чисельних модифікацій та удосконалень [2] засвідчив високу травматичність резекційних методів оперативного лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки (ВКДГК) у дітей, важкість післяопераційного періоду, його ускладнень (12,8-31% випадків) та рецидивів (7,05-15% дітей). Останні 3-10% випадків потребували повторних операцій в дитячому віці.

Консервативне лікування ВКДГК з використанням різних громіздких і важких компресійних пристроїв, котрі потребували постійної участі лікаря, лише у 30% випадків призвело до зменшення ступеню деформації грудної клітки [4], а ЛФК масаж плавання є лише етапом лікування який передуює хірургічній корекції.

Таким чином, залишається актуальним подальше вдосконалення методів лікування ВКДГК, шляхом зменшення травматичності оперативного втручання та підвищення надійності стабілізації грудинно-реберного комплексу в післяопераційному періоді, які б давали змогу отримати відмінні косметичні та функціональні результати лікування.

Кілеподібна деформація грудної клітки характеризується симетричним або асиметричним викривленням вперед грудини та ребер, які з нею зчленовуються.

КДГК є другою за частотою деформацією грудної клітки після лікоподібної [4,8].

За даними різних авторів КДГК становить від 5-22% від всіх деформацій грудної клітки [10]. Кілеподібна деформація зустрічається у хлопчиків в середньому, в три рази частіше, ніж у дівчаток [9].

На відміну від лікоподібної деформації грудної клітки, яку, не рідко видно вже при народженні або в періоді новонародженості, клінічно КДГК частіше проявляється в старшому віці [7].

До сьогодні етіологія КДГК повністю не вивчена [4, 6]. В науковій літературі існують різні, інколи діаметрально протилежні думки з приводу етіології та патогенезу вродженої кілеподібної ДГК, немає переконливої науково обгрунтованої теорії виникнення цієї вади. Таким чином, дана проблема на сьогоднішній день є актуальною та потребує більш детального вивчення.

КДГК може існувати як ізольована аномалія так і поєднуватися з іншою патологією: синдром Марфана, Поланда, Шпренгеля, Моркіо, Нунан, Еллерса-Данлоса, П'єра-Робена, тibia vara, арахнодактилією, мікроцефалією, дифузною гіпотонією, плоско-вальгусними стопами та ін. [11].

#### Клінічна характеристика.

У хворих з кілеподібною деформацією грудної клітки грудина виступає вперед у верхньому або нижньому відділі, а реберні хрящі можуть бути вражені з одного так і з обох боків. Внаслідок деформування реберних хрящів, реберних дуг та грудини, виникає дислокація вперед грудини та ребер які з нею зчленовані. Це викликає збільшення передньо-заднього розміру грудної клітки

з формуванням кілеподібної деформації. «Курячі» груди бувають одним з компонентів «змішаних» деформацій з западінням хрящів на одній стороні і випинанням на іншій або з ротацією грудини [3].

При рентгенологічному обстеженні у хворих з КДГК відзначається збільшення ретростернального простору, серце має краплеподібну форму і повернене по осі. У бічній проекції грудина має вигляд окремих сегментів [5].

Кілеподібну деформацію, через випинання грудини, складно приховати під одягом, що є постійним травмуючим фактором для психіки хворої дитини або підлітка. Це зазвичай худі, боязкі діти. Щоб приховати свій недолік, вони ходять і сидять, злегка нахилившись вперед з опущеними плечима. У шкільному віці вони піддаються глузуванням, соромляться ходити на пляж, в басейн та приймати участь в різних заходах [12]. Косметичний дефект призводить до замкнутості, в деяких випадках вираженої агресивності [12]. Таким чином КДГК це не тільки косметичний дефект.

Основою для пошуку нової методики оперативної корекції ВКДГК став доведений факт, що не дивлячись на значний об'єм резекції диспластично змішаних хрящів та ребер, а інколи і грудини за класичною методикою та іншими резекційними методами наявний високий процент рецидивів (7,1-31,3%), [4] зменшення в об'ємі грудної клітки.

Метою нашої роботи було покращення результатів хірургічного лікування дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки шляхом застосування нерезекційного малоінвазивного способу передньої пластики грудної клітки.

Для досягнення поставленої мети нами були визначені наступні завдання:

а) Вивчити основні клінічні зміни в органах та системах зростаючого дитячого організму при вродженій кілеподібній деформації грудної клітки у дітей.

б) Розробити нерезекційний малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) та визначити оптимальні терміни хірургічного лікування дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки (ВКДГК).

в) Провести порівняльну оцінку результатів лікування дітей із ВКДГК прооперованих з використанням резекційної методики та нерезекційного малоінвазивного способу передньої пластики грудної клітки.

За період з 2010 року по 2013 рік нами було обстежено 54 пацієнти з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки. Робота проводилась на кафедрі дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

При аналізі дітей з ВКДГК з'ясовано, що 45 дітей (83%) складають хлопчики, а 9 дітей (17%) склали дівчата, що свідчить про виражену перевагу хлопчиків з даною патологією над дівчатами.

Перші прояви деформації були виявлені: до 1 року – 2 дітей (3,70%); 1-3р. – 6 дітей (11,11%), 3-5р. – 7 дітей (14,81%), 6-12р. – 32 дітей (59,26%), 13-18р. – 6 дітей (11,11%).

За ступенями деформації переважали діти з III-ім ступенем – 28 пацієнтів (51,85%), Iст – 20 пацієнтів (37,03%), Iст – 6 пацієнтів (11,11%).

Визначення ступеню кілеподібної деформації проводилось за боковими рентгенограмами (рис. 1) органів грудної клітки та за допомогою акушерського циркуля (рис. 2). Ступінь деформації визначався за індексом кілеподібної деформації, який отримується в наслідок відношення максимального розміру грудної клітки до мінімального в сагітальній проекції.

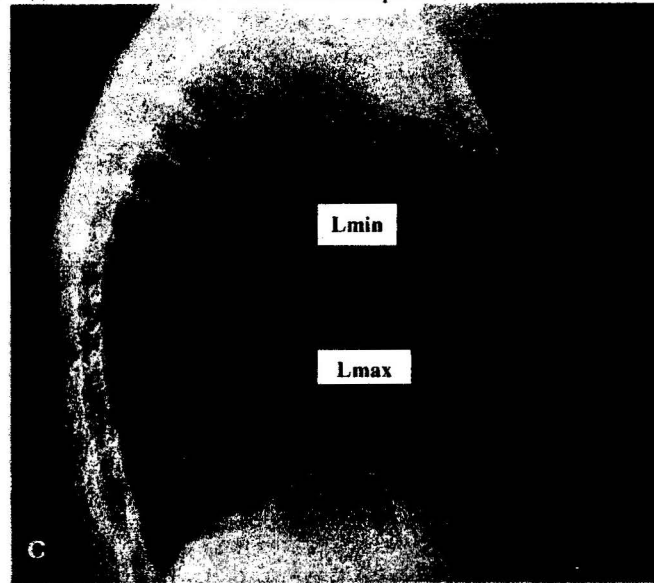


Рис. 1. Бокова рентгенограма хворого з ВКДГК

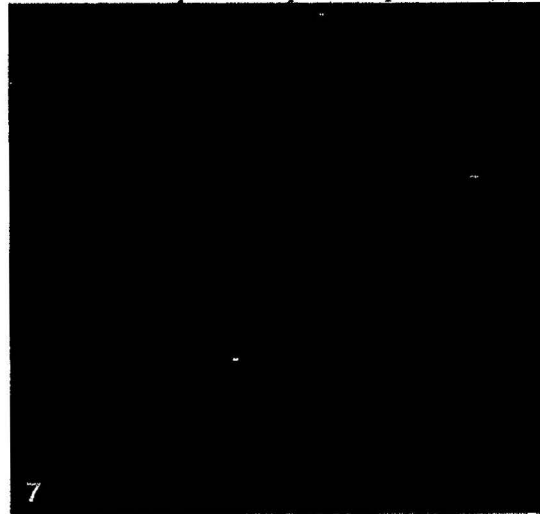


Рис. 2. Визначення ступеня деформації грудної клітки за допомогою акушерського циркуля.

Нами запропонований новий підхід до лікування дітей з ВКДГК, шляхом розробки нерезекційного способу корекції ВКДГК – малоінвазивний спосіб передньої пластики, з використанням для корекції деформації металевої пластини власної конструкції (рис. 3).

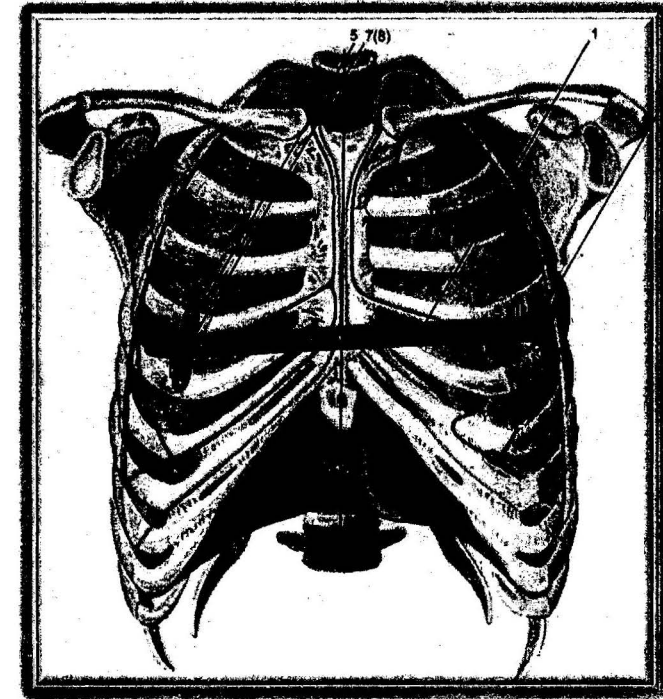


Рис. 3. Схематичне зображення положення металевої пластини при застосуванні малоінвазивного способу передньої пластики.

Малоінвазивний спосіб передньої пластики застосовується за функціональними, косметичними і психо-соціальними показами при корекції симетричної та асиметричної ВКДГК 2 і 3 ступенів.

Оперативна корекція кілеподібної деформації з використанням запропонованого нами малоінвазивного способу передньої пластики проведена 24 дітям.

#### Методика запропонованого оперативного лікування

Попередньо підготовлена дуга-пластина приміряється на грудній стінці над місцем деформації, наноситься її контур (рис. 4).

В проекції 4-5 міжребір'я по середній аксілярній лінії з обох сторін виконується поперечний розріз шкіри довжиною 3-4 см. Проводиться мобілізація м'яких тканин до ребер в місцях запланованого прикріплення стабілізаторів. Відповідно до розмірів останніх, безпосередньо над ребрами, формуються ложа з обох боків для рухомого та нерухомого стабілізаторів.

Після візуалізації необхідної пари ребер проводиться їх субперіостальна мобілізація. За допомогою голки Дешана, без порушення цілісності пристінкової плеври, за кожне ребро проводяться по одній металевій лігатурі.



Рис. 4. Нанесений на шкіру контур пластини.

Наступним етапом операції є інфільтрація м'яких тканин по лінії формування надгрудинно-реберного тунелю 0,25% розчином новокаїну. Дана маніпуляція, крім місцевого знеболення, сприяє відшаруванню м'яких тканин від ребер та грудини без надлишкової їх травматизації, що значно полегшує проведення провідника над грудиною та ребрами при формуванні тунелю для проведення титанової корегуючої пластини.

Через бокові розрізи на грудній клітці, за допомогою провідника (рис. 5) (плеврального дренажа №10) формується надгрудинно-реберний тунель для проведення пластини. По закінченню формування тунелю над вершиною ДГК проводиться корегуюча металева пластина попередньо фіксована до провідника вільним кінцем.



Рис. 5. Плевральний дренаж №10.

Вільний кінець пластини з'єднується з рухомих стабілізатором, який закріплюється на пластині за допомогою фіксатора, який у свою чергу закріплюється поліамідною лігатурою (з метою попередження його міграції до утворення сполучнотканинної капсули навколо пластини). Коли стабілізатори з обох боків займають попередньо сформовані, (у м'яких тканинах над ребрами) для них ложа, в ділянці вершини деформації проводиться пресія до моменту, коли передня стінка грудної клітки набуває свого фізіологічного положення. В такому стані коригуюча пластина фіксується до двох ребер з кожного боку за допомогою металевих лігатур, проведених через отвори стабілізаторів, надійно утримуючи передню стінку грудної клітки у відкорегованому стані.

Видалення пластини в залежності від типу і ступеню ВКДГК проводиться під час повторної операції через 18-24 місяці. Видаляються металеві лігатури та рухомий стабілізатор. Корегуюча титанова (ВТ 10,15) пластина видаляється без технічних труднощів. Дитина на третю добу пишисується додому.

Приводимо клінічний приклад використання малоінвазивного способу породної пластики при корекції вродженої кілеподібної деформації грудної клітки.

Приклад 1. Хлопчик М., 13 років (рис. 6, 7). Діагноз: вроджена асиметрична справа кілеподібна деформація грудної клітки III-го ступеню, костостернальний тип, пірамідальна форма, пряма грудина, стадія компенсації; дисплазія сполучної тканини недиференційована форма; лівобічний С-подібний сколіоз грудного відділу хребта Іст; аномальна хорда, вегето-судинна дистонія; еритроматозна гастропатія.

У дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки діагностовані функціональні зміни з боку серця (ПМК I-IIст у 20,36% дітей, порушення провідності у 40,74%), травної системи (патологія гастродуоденальної зони у 42,53% хворих, рефлюкс-езофагіт у 25,92% хворих), кістково-м'язової системи (сколіози та порушення постави у 61,04% дітей, плоскостопість у 79,5% дітей), генетичні та психологічні (косметичні) розлади поведінки у половини обстежених дітей.

Нерезекційний малоінвазивний спосіб передньої пластики грудної клітки у віддалений (до 2-х років) термін спостереження в 91,66% дітей з симетричними та асиметричними формами цієї патології, однією або декількома корегуючими металевими пластинами, повністю усуває основний кілеподібний компонент деформації при збереженні соціальної якості життя дитини. Оптимальним терміном хірургічного лікування даного захворювання II-III ступенів є вік 7-18 років, що обумовлено достатньою мобільністю грудино-реберного або реберного комплексу грудної клітки.

Нерезекційний малоінвазивний спосіб передньої пластики грудної клітки в порівнянні з резекційними методами суттєво скорочує тривалість операції ( $102,91 \pm 12,14$  проти  $226,25 \pm 30,92$  хвилин, ( $p < 0,05$ ) і знеболення ( $1,7 \pm 1,05$  проти  $5,25 \pm 0,95$  днів, ( $p < 0,01$ ), інфузійної ( $3,16 \pm 2,04$  проти  $8,5 \pm 1,29$  днів, ( $p < 0,01$ ) і антибактеріальної ( $5,54 \pm 1,75$  проти  $10,25 \pm 1,7$  днів, ( $p < 0,01$ ) терапії, скорочує термін післяопераційного лікування до  $7,17 \pm 1,4$  проти  $18,75 \pm 2,21$  днів,

(p&lt;0,01).



Рис. 6. Фотографія хворого М. 13 років. Історія хвороби №3548.  
Діагноз: вроджена кілеподібна деформація грудної клітки ШІст. Вигляд збоку (До операції).

## Литература:

1. Баиров Г.А. Килевидная деформация грудной клетки / Г.А. Баиров, А.А. Фокин // Вестник хирургии им. Грекова. — 1983. — № 2. — С. 89—94.
2. Разумовский А.Ю. Хирургическое лечение килевидной деформации грудной клетки у детей / А.Ю. Разумовский, М.О. Савчук, А.А. Павлов, С.Г. Гандуров // Хирургия. — 2008. — №7. — С. 64-69.
3. Судейкина О.А. Новый метод хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки у детей: дис. ...кандидата мед.наук : 14.00.35 / Судейкина Ольга Александровна. — Москва, 2005. — 102с.



Рис. 7. Фотографія хворого М. 13 років. Історія хвороби №3548.  
Діагноз: вроджена кілеподібна деформація грудної клітки ШІст. Вигляд збоку (після операції).

4. Тимошенко В.А. Металлостернохондропластика при врожденных и приобретенных деформациях грудной клетки у детей: Дис. ...доктора мед.наук : 14.00.35 / Тимошенко Валерий Александрович. — Москва, 1995. — 328с.
5. Чепурной Г.И. Оптимизация торакометрии и контроля косметических результатов торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей / Г.И. Чепурной, В.Б. Шамик // Детская хирургия. — 2002. — № 1. — С. 8—10.
6. Chest wall anomalies: pectus excavatum and pectus carinatum / M. J. Chorotsky, R. E. Kelly, D. Croitoru [et al.] // Adolesc. Med. — 2004. — Vol. 15. — P.



455—471.

7. Ellis D.G. Chest wall deformities in children / D.G. Ellis // *Pediatr. Ann.* — 1989. — Vol. 18 — P. 161—165.

8. Fonkalsrud E.W. Pectus carinatum: the undertreated chest malformation / E.W. Fonkalsrud // *Asian. J. Surg.* — 2003. — Vol. 26 — P. 189—192.

9. Fonkalsrud E.W. Surgical Managment of Pectus Carinatum: 30 Eears Experience / E.W. Fonkalsrud, S. Beans // *J. World Surg.* — 2001. — Vol. 25. — P. 898—903.

10. Saxena A.K. Pectus excavatum, pectus carinatum and other forms of thoracic deformities / A.K. Saxena // *J. Indian. Assoc. Pediatr. Surg.* — 2005. — Vol. 10. — P. 147—157.

11. Saxena A.K. Surgical repair of pectus carinatum / A.K. Saxena G.H. Willital // *Int. Surg.* — 1999. — Vol. 84. — P. 326—330.

12. The surgical treatment of chondrosternal prominence (pectus carinatum) / F. Robicsek, P.W. Sanger, F.H. Taylor [et al.] // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1963. — Vol. 45. — P. 691—701.

Стаття відправлена: 13.09.2013р.

© Погорілий В.В., Сасюк А.І., Лойко С.Є.

ЦИТ: 313-0415

УДК 616.5-006.31:615.035.1

Дементьєва Н.А.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОПРАНОЛОЛУ В ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»,  
49100 Україна, м. Дніпропетровськ, вул. Космічна, 13

Автором проведено оцінку ефективності пропранолол-терапії 163 гемангіом у 106 дітей в залежності від віку: 1 група – діти віком 1 – 5 місяців (відповідає фазі проліферації); 2 група – 6 - 8 місяців (відповідає фазі стабілізації); 3 група – 9 - 24 місяців (фаза регресії); 4 група – 4 – 16 років (фаза закінченої регресії). Продемонстровано однаково дуже високу ефективність по відношенню до гемангіом, які не закінчили трансформацію (знаходяться в різних її фазах), та відсутність ефекту в групі закінченої регресії.

Ключові слова: «гемангіома, лікування, пропранолол, діти різного віку».

Гемангіоми є найбільш поширеними доброякісними пухлинами в дитячому, насамперед, ранньому дитячому, віці. Вони ушкоджують 10 – 12% дітей першого року життя, більше дівчинок, ніж хлопчиків (2,5 – 4 : 1); діагностуються в 1 – 2,6% новонароджених [3,5,7,11,16,18]. Складні гемангіоми (такі, як, наприклад, сегментарні) спостерігаються приблизно в 0,1%.

Притаманними вони є недоношеним малюкам із малою вагою тіла при народженні; також частота виникнення їх зростає у зв'язку із плацентарною травмою або плацентарними ускладненнями (передлежання плаценти, амніоцентез) під час вагітності. За даними літератури, гемангіоми частіше

вистрілюються також в випадках багатоплідних вагітностей (близнюки), вікових нагінних, обтяженого сімейного анамнезу.

Унікальність гемангіом полягає в передбачуваності розвитку, детермінованості фаз формування [5,11,16,18].

При народженні дитини може не бути чітких прояв гемангіоми, місце може виглядати як подряпина, плоске обмежене поверхнєве телеангієктатичне ураження, бліда пляма на шкірі або дрібна гемангіома. У перші тижні життя починається фаза швидкого зростання поверхневих та/або глибоких компонентів гемангіоми (проліферативна фаза), яка триває зазвичай від 3 до 6 місяців, а іноді і до 24 місяців [2,16]. Глибокі гемангіоми, як правило, тривають довше, ніж поверхневі [4]. В подальшому певний час (зазвичай декілька місяців) гемангіома знаходиться у відносно стабільному стані. В подальшому відбувається фаза інволюції тривалістю від 4 до 10 років [15], котра більш ніж в 50% випадків є неповною [6,9]. В 60% випадків регресія завершується за 4 роки і в 76% - до 7 років. В багатьох випадках зостаються мінімальні наслідки у вигляді надлишків шкіри, волокнистих, рубцевих, жирових залишків і телеангієктазій [2,4.]

Гемангіоми можуть бути небезпечними для життя, коли вони розвиваються в ділянках шиї, грудної клітини, поблизу верхніх дихальних шляхів або в них, в печінці, селезінці, викликаючи гостру дихальну недостатність, серцеву недостатність або масивну внутрішньочеревну кровотечу [3,8,16,19].

Місцеві ускладнення, такі, як кровотеча, некроз, виразка (навіть невеликі по площі та глибини) можуть мати значний негативний вплив на якість життя дитини у зв'язку із достатньо болісними відчуттями, а також утворенням шрамів (рубців), які важко виправити.

Гемангіоми окремих локалізацій можуть викликати порушення сенсорних функцій (індукувати розвиток анізотропії, астигматизму, амбліопії, порушення розвитку зубів, прикусу, функції жування, ковтання).

Крім того, гемангіоми можуть викликати косметичні недоліки, іноді інвалідність, рубці, які призводять до психологічних порушень (проблема соціальної дезадаптації людини).

Незважаючи на здатність більшості гемангіом до природної регресії, 10 – 20% їх потребують раннього лікування (у проліферативній фазі). Показаннями до активної тактики є: ульceraція або ризик її виникнення, попередження або усунення загрозливих для життя ускладнень, попередження або лікування функціональних порушень, неестетичних вад.

Справжню революцію в лікуванні проблемних гемангіом спричинило відкриття французькими медиками здатності препарату пропранололу викликати регресію гемангіом у дітей дітей [15]. Все більше даних надходить з усіх континентів про чудову ефективність та безпечність його використання за цим призначенням [1,3,8,12,19]. Але є низка питань, які потребують подальшого вивчення, а саме – механізм дії препарату, ефективність його в дітей різних вікових груп, подальша тактика по відношенню до мінімальних залишкових локальних змін в шкірі на місці первинного розташування

## СОДЕРЖАНИЕ

### МЕДИЦИНА, ВЕТЕРИНАРИЯ И ФАРМАЦЕВТИКА

<b>Клиническая медицина</b>	
ЦИТ: 313-0142 Барышева О.Ю., Голубева А.М., Везикова Н.Н., Хейфец Л.М. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ (ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ AASLD, ACG, AGA).....	3
ЦИТ: 313-0306 Погорілий В.В., Сасюк А.І., Лойко Є.Є. СПОСІБ НЕРЕЗЕКЦІЙНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ КІЛЕПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ.....	7
ЦИТ: 313-0415 Дементьева Н.А. ЭФЕКТИВНІСТЬ ПРОПРАНОЛОЛУ В ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ.....	16
ЦИТ: 313-0467 Шарыпов М.В., Маджди А., Житний Н.И., Комок А.А., Шандыба С.И., Шмат С.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНЫХ ДРЕНАЖЕЙ, ПРОМЫВАЮЩИХ УСТРОЙСТВ И ДИАЛИЗИРУЮЩИХ АППАРАТОВ, ИСПОЛЗУЮЩИХСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН И УСТРОЙСТВА ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ГНОЙНЫХ РАН СОБСТВЕННОЙ КОНСТРУКЦИИ.....	24
ЦИТ: 313-0564 Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Григорьян А.Ю., Кобзарева Е.В., Бакишева К.В. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЗЕЙ.....	36
ЦИТ: 313-0565 Григорьян А.Ю., Кобзарева Е.В., Горохова А.С., Комарицкая М.И., Трошина А.А. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЗЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАН.....	38
ЦИТ: 313-0567 Оксюта В. М. ОСОБЛИВОСТІ БІОІМПЕДАНСНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДІАМ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ.....	40
ЦИТ: 313-0603 Зорій І.А., Пашковська Н.В. КЛІНІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ 7-ГО ЕКЗОНА ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ.....	45
ЦИТ: 313-0627 Шимон В.М., Пушкаш І.І. ЗНАХІДКА ПРИ ЛІКУВАННІ МНОЖИНОЇ ТРАВМИ.....	51
ЦИТ: 313-0690 Шайко-Шайковський О.Г., Олексюк І.С., Василов В.М., Білик С.В., Дудко О.Г., Зіньків Л.І., Ленік Д.К. ШЛЯХИ ПРОЕКТУВАННЯ НАКІСТКОВИХ ФІКСУЮЧИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ НАКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ.....	56
ЦИТ: 313-0798 Курникова И.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ФОРМИРОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА.....	59
ЦИТ: 313-0823 Фролов М.А, Казакова К.А, Федоров А.А., Михайлов В.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО КОАГУЛЯТОРА 1, 44 МКМ НА РОГОВИЦУ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	71
ЦИТ: 313-1132 Лебедев Д.Ю. МОДЕЛЮВАННЯ ОРГАНУ СЛУХУ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ.....	78
<b>Ветеринарная медицина и зооинженерия</b>	
ЦИТ: 313-0282 Сорока Н. М., Сидоренко І. В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНСЕКТИЦИДНИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА МАЛОФАГОЗІВ СВІЙСЬКИХ ГОЛУБІВ.....	80
ЦИТ: 313-0538 Почтаренко П.П. БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ КУРЧАТ-БРОЙЛЕРІВ ЗА УМОВ ЗГОДОВУВАННЯ ПЕСТИЦИДУ ГАММА – ГХЦГ.....	83
ЦИТ: 313-0553 Тімченко О.В. ІНДИКАЦІЇ БАКТЕРІЙ РОДУ SALMONELLA З СИРОВИНИ ТВАРИННОГО ПОХОДЖЕННЯ І ПТИЦІ ТА ВОДНОЇ ФАУНИ МЕТОДОМ ІМУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛІЗУ НА АНАЛІЗАТОРІ VIDAS БЕЗ ПОПЕРЕДНЬОГО НЕСЕЛЕКТИВНОГО ЗБАГАЧЕННЯ.....	88
ЦИТ: 313-0571 Кит А.А. ВЛИЯНИЕ РАСТВОРА ПОЛТАВСКОГО БИШОФИТА НА МИКРООРГАНИЗМЫ МОЛОКА КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ МАСТИТОМ СВИНОМАТОК.....	91
<b>Профилактическая медицина</b>	
ЦИТ: 313-0853 Семикина Е.В., Калуцкий П.В., Черных А.М., Шевень М.П., Коломойцева Е.Е., Кекух П.О., Кузьменко О.Ю. СОЧЕТАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ ВЗВЕШЕННЫХ ВЕЩЕСТВ И МАГНИТНОГО ПОЛЯ.....	95
<b>Иновации в медицине</b>	
ЦИТ: 313-0096 Антонов В.М., Антонова-Рафі Ю.В. КІБЕРАКМЕОЛОГІЧНІ ОСНОВИ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я ТА АКМЕ-МОЖЛИВОСТЕЙ ОСОБИ.....	98