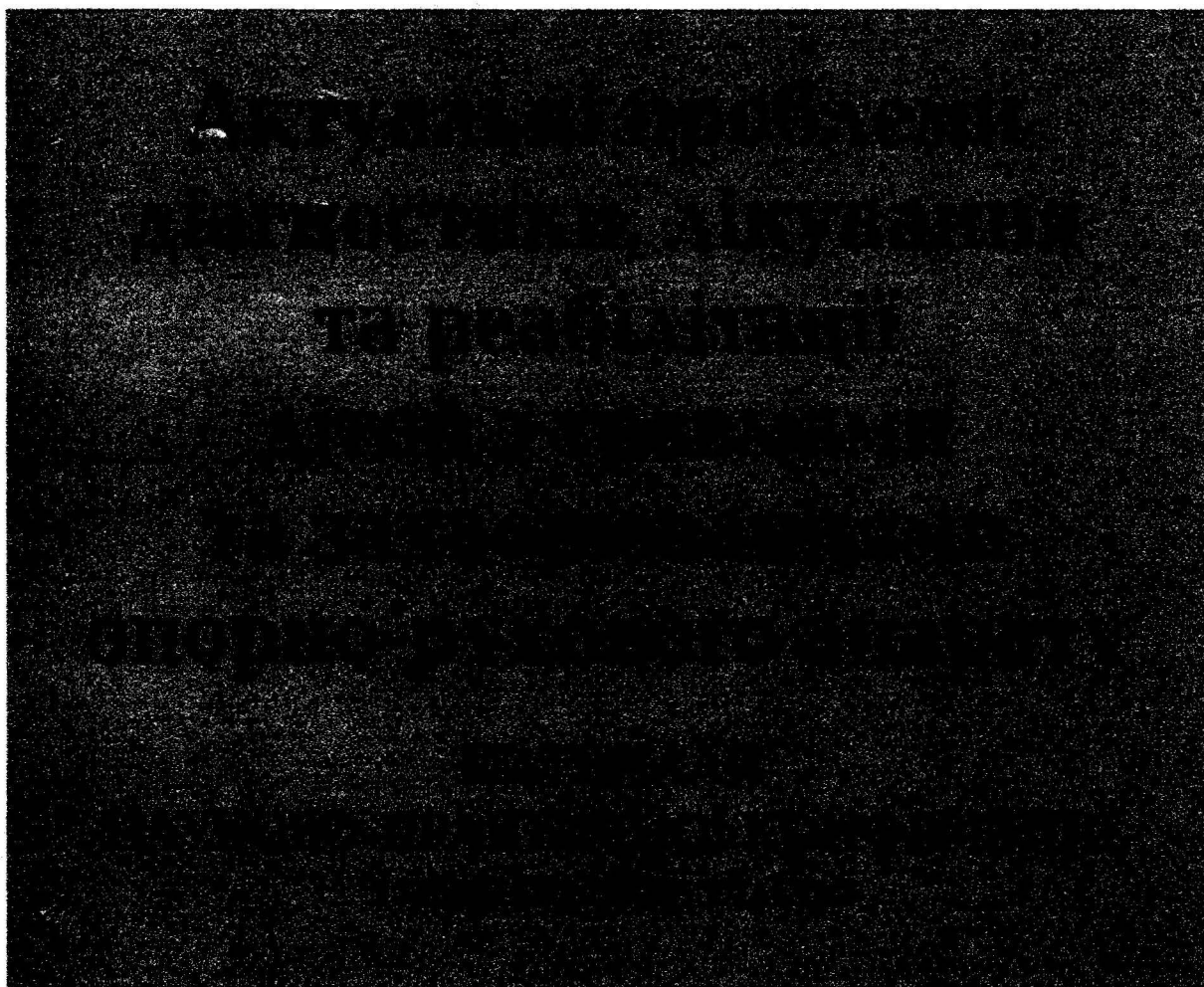


2011

Національна Академія медичних наук
України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Інститут травматології та ортопедії
НАМН України»
Український НДІ медичної реабілітації
та курортології МОЗ України



ВСЕ НАЙКРАЩЕ – ДІТЯМ!



Лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки та початкових стадій сколіозу у дітей.

Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Лойко Є.Є., Шульга Д.І., Сасюк А.І., Зябченко І.С. Федчишин О.П.** ,Саврій Ю.Д.** , Заболотний В.А.****

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

*КЗ «Криворізьська міська лікарня №8», Кривий Ріг**

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, Вінниця***

*Вінницьке казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство, Вінниця****

Актуальність лікування кілеподібної деформації грудної клітки (КДГК) у дітей визначається частотою захворювання (6-22% випадків серед усіх деформацій грудної клітки), функціональними змінами на рівні основних систем зростаючого організму, незадовільними косметичними та віддаленими результатами оперативного лікування. 7-10% хворих потребують повторних операцій.

Метою роботи є удосконалення методики і поліпшення безпосередніх, косметичних та функціональних результатів оперативного лікування КДГК у дітей шляхом застосування нерезекційного малоінвазивного способу передньої пластики деформованих ділянок грудної клітки, з консервативним лікуванням початкових стадій сколіозу.

Матеріали і методи. У 2009-2011 роках оглянуто 68 дітей віком 2-18 років з різними проявами кілеподібної деформації грудної клітки. Ступінь КДГК визначався з обох сторін за Я.В.Фіщенком: I ступінь – ІКГ – 1,1-1,2 (10 хворих); II ступінь – ІКГ – 1,21-1,3 (9 хворих); III ступінь – ІКГ більше 1,3 (3 хворих). Костальний тип КДГК зустрічався у 12 дітей, у 10 дітей – стерно-костальний тип. Синдромальні форми змін у сполучній тканині організму діагностовано генетиком у 4 дітей. Манубріо-костальний та комбінований типи, недостатня еластичність грудної клітки визначають вибір способу оперативної корекції КДГК: малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСП) або спосіб комбінованої передньої пластики (СКП) грудної клітки у дітей. Форма деформації груднини не впливає на вибір способу оперативного лікування. У 22 дітей проведено оперативне втручання за запропонованою нами методикою – малоінвазивний спосіб передньої пластики грудної клітки. Вік оперованих хворих 3-18 років. У 19 хворих КДГК усунена за допомогою однієї металевої пластини, у трьох дітей – за допомогою двох пластин.

Головною умовою проведення МІСП була достатня еластичність передньої стінки грудної клітки, остання досягалася за допомогою гіперрелаксаційного масажу груднини і ребер та призначенням корегуючого ортезу (1-1.5 міс.) на грудну клітку (ГК). Корегуючий ортез одночасно забезпечує консервативне лікування початкових проявів (I-II ст.) сколіозу та порушень постави. В післяопераційному періоді, при необхідності, продовжувалося консервативне лікування деформації хребта та порушень постави за допомогою різних варіантів корегуючого ортезу.

Оперативне лікування. В ділянці 4-5-го ребер по середньоаксілярній лінії проводиться поперечний розріз довжиною 2,5-4 см. з кожного боку. В місцях кріплення стабілізаторів дуги-пластини по бокових поверхнях грудної клітки проводиться субперіостальна мобілізація двох ребер, перекостальне проведення дротяної лігатури, формується субфасціальний тунель. По закінченню формування субфасціального тунелю на грудній клітці за допомогою провідника (торакального дренажа №10 Кам'янець-Подільського НВО "Каммед") надгрудинно-реберно проводиться дуга-пластина зі стабілізатором. Другий стабілізатор приєднується на проведену пластину в аксілярній ділянці з протилежного боку. Застосуванням пресії дуги-пластини на

верхівку кілеподібної деформації досягається корекція деформації грудної клітки, з подальшою фіксацією обох стабілізаторів дуги-пластини дротяними лігатурами з кожного боку. Дренування м'яких тканин, ушивання операційних ран. Крововтрата 12-20 мілілітрів. Тривалість операції 50-120 хвилин. Пластина видаляється через 18-36 місяців. Післяопераційний ліжкодень складає 5-7 діб. Внутрішньовенна інфузійна терапія проводиться в перші два-три дні післяопераційного періоду. Антибактеріальна терапія та знеболюючі препарати відмінюються на третю-четверту добу.

Нами не проводилися маніпуляції з мечоподібним відростком, стерно-діафрагмальною зв'язкою, тканинними елементами загрудинного простору.

Висновки:

Показами до проведення МІСПШ у дітей 5-18 років є стернокостальний та костальний типи КДГК I-III ступенів.

Головною умовою проведення МІСПШ є еластичність грудино-реберної частини переднього пластрону ГК.

Застосування корегуючого ортезу на ГК в доопераційному періоді тимчасово зменшує ступінь деформації (на 0,5-1 ст.) ГК та хребта, а також збільшує еластичність ГК у дітей. У післяопераційному періоді корегуючий ортез виконує одну з провідних ролей консервативного лікування диспластичного сколіозу та порушень постави у дітей.

МІСПШ не передбачає розрізу в ділянці грудини, мобілізації мечоподібного відростка та тканинних елементів загрудинного простору, резекції грудини і ребер, дренування загрудинного та надгрудинного простору. Інтенсивний та тривалий післяопераційний больовий період маловиражений. Операційна крововтрата становить 12-20 мл. Тривалість операції 50-120 хвилин, на 5-7 добу діти виписуються додому.

Рання (з другого-третього місяця) соціально-психологічна адаптація хворих після проведеного нерезекційного (МІСПШ) способу оперативної корекції КДГК є обов'язковою умовою даного методу хірургічного лікування.

Видалення титанової дуги-пластини проводиться через 18-36 місяців.

Показники імунітету та клоногенної активності стромы кісткового мозку дітей та підлітків хворих на хронічний післятравматичний остеомієліт довгих кісток.

Панченко Л.М., Дехтяренко Н.О., Соколовская О.Р.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії АМН України", м. Київ

Хронічний остеомієліт – це тяжка патологія, яка характеризується гнійно-некротичним ураженням кісткової та оточуючих тканин із значними змінами в гомеостазі організму хворого. Серед існуючих публікацій, присвячених цьому питанню, майже відсутні розробки, в яких досліджуються вікові особливості змін імунного статусу, остеогенної активності стовбурових стромальних клітин (ССК) кісткового мозку хворих на хронічний післятравматичний остеомієліт довгих кісток, не розроблені схеми імункорекції для пацієнтів дитячого та підліткового віку.

Мета роботи – дослідити стан імунної системи та показники активності стромы кісткового мозку та визначити особливості імункорекції при хронічному остеомієліті довгих кісток у хворих цієї вікової категорії.

Нами проаналізовані результати імунологічних досліджень 63 пацієнтів та 30 здорових дітей (контрольна група) віком від 5 до 17 років. Також проведено порівняльний аналіз показників остеогенної активності ССК кісткового мозку з осередку запалення та крила здухвинної кістки 16 хворих тієї ж вікової групи.

Як показали проведені дослідження, перебіг хронічного післятравматичного остеомієліту у дітей та підлітків відбувається на ґрунті значних розладів імунного захисту. У

Лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки та початкових стадій сколіозу у дітей.	161
Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Лойко Є.Є., Шульга Д.І. [*] , Сасюк А.І., Зябченко І.С. ^{**} Федчишин О.П. ^{**} , Саврій Ю.Д. ^{***} , Заболотний В.А. ^{***}	161
Показники імунітету та клоногенної активності стромы кісткового мозку дітей та підлітків хворих на хронічний післятравматичний остеомієліт довгих кісток.	162
Панченко Л.М., Дехтяренко Н.О., Соколовская О.Р.	162
Временное блокирование зон роста как способ лечения осевых деформаций нижней конечности	164
Сердюченко С.Н., Соколовский О.А., Деменцов А.Б., Урьев Г.А.	164
Гомеопатические препараты в лечении ликвородинамических нарушений у детей первого года жизни	165
Секер Т.М.	165
Сравнительная оценка функциональных методов лечения диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника у детей	166
Усикова Т.Я., Кравченко А.И., Жилицын Е.В., Богданова Л. В, Валюшко Т. В.	166
Рейнфузия как один из способов кровосбережения при хирургической коррекции сколиотической деформации	167
Хмызов А. А.	167