

Vasile Goldish Western University, Arad
Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry

International scientific and practical conference

**TODAY'S PROBLEMS IN MEDICINE,
PHARMACY AND DENTISTRY**

December 17-18, 2020

Romania, Arad

International scientific and practical conference “Today’s problems in medicine, pharmacy and dentistry” : Conference proceedings, December 17-18, 2020. Arad: 276 pages.

Editorial board:

S.L. Dr. Lile Ioana – decan

Conf.Univ.Dr. Freiman Paul – presedinte Senat UVVG

Sef lucrari dr. Hossu Tiberiu – director departament

Sef lucrari dr. Marian Diana – prodecan

Asist. univ. dr. Gag Otilia

Publisher:



ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ НА СТАН ОРГАНІВ ТА ТАКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ СУБКЛІНІЧНОМУ ГІПОТИРЕОЗІ	
Ревич В.О.	163
ПРОФІЛАКТИКА ОСНОВНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: САМООЦІНКА АКТИВНОСТІ ЛІКАРІВ	
Рингач Н.О., Власик Л.Й.	167
BIOCHEMICAL STUDIES OF GINGIVAL LIQUID OF PATIENTS WITH PERFORATION OF HARD TOOTH TISSUES	
Ryabokon Eug. N., Dolya E.I., Volkova O.S.	169
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТИ З COVID-19 В АНАМНЕЗІ У РІЗНІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ	
Савчук Т.В., Лещенко І.В.	174
ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ ТКАНИН НАВКОЛО ІМПЛАНТІВ МЕТОДОМ СПЕКТРОМЕТРІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	
Самойленко О.О.	179
ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ВРОДЖЕНОЇ КІЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КІЛТКИ У ДІТЕЙ МАЛОІНВАЗИВНИМ НЕРЕЗЕКЦІЙНИМ СПОСОБОМ	
Сасюк А. І., Коноплицький В. С.	182
КЛІНІКО – ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ	
Славінська В. В.	186
АКТУАЛЬНІСТЬ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МАЛОДОСЛІДЖЕНИХ ВИДІВ РОДУ <i>THYMUS L</i>	
Стещенко Я.М.	188
USE OF CASE METHODS IN THE FORMATION OF CLINICAL THINKING OF STUDENTS OF THE GRADUATE COURSE OF THE MEDICAL FACULTY	
Tarnavska Svitlana	190
АНГІОМІОФІБРОБЛАСТОМА ВУЛЬВИ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)	
Тітова Ю.П., Міщенко І.М.	193
МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ СУГЛОБОВОГО ХРЯЩА КОЛІННОГО СУГЛОБА ЗА УМОВ ТРАВМИ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ	
Ткаченко А. С., Ткач Г. Ф.	197

.....

• ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ВРОДЖЕНОЇ КІЛЕПОДІБНОЇ
• ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ
• МАЛОІНВАЗИВНИМ НЕРЕЗЕКЦІЙНИМ СПОСОБОМ

Сасюк А. І.

кандидат медичних наук

асистент кафедри дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Коноплицький В. С.

доктор медичних наук, професор

завідувач кафедри дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Вроджена кілеподібна деформація грудної клітки все більше привертає до себе увагу за рахунок зростаючої поширеності, вона є другою за частотою деформацією грудної клітки після лікоподібної [6, с. 189-192]. Дана проблема може супроводжуватися функціональними змінами і супутніми захворюваннями на рівні основних систем зростаючого організму. Проте на перший план виходить грубий косметичний дефект, який призводить до виникнення важкого психологічного дискомфорту, що виливається в порушення соціальної адаптації не лише у підлітковому віці, але і у дорослих.

За даними різних авторів кілеподібна деформація грудної клітки становить від 5-22% від всіх деформацій грудної клітки [8, с. 147-157] та зустрічається у хлопчиків в середньому, в три рази частіше, ніж у дівчаток [7, с. 898- 903].

На відміну від лікоподібної деформації грудної клітки, яку нерідко видно вже при народженні або в періоді новонародженості, клінічно кілеподібна деформація частіше проявляється в старшому віці [5, с. 161-165].

У хворих з кілеподібною деформацією грудної клітки груднина виступає вперед у верхньому або нижньому відділі, а випинання реберних

хрящів можуть бути вражені як з одного так і з обох боків. Внаслідок деформування реберних хрящів, реберних дуг та груднини, виникає дислокація вперед груднини та ребер які з нею зчленовані. Це викликає збільшення передньо-заднього розміру грудної клітки з формуванням кілеподібної деформації. Така деформація може бути одним з компонентів «змішаних» деформацій з западінням хрящів на одній стороні і випинанням на іншій або з ротацією груднини [2, с. 32-33].

Багаторічний досвід лікування кілеподібних деформацій із застосуванням класичних оперативних втручань і їх чисельних модифікацій та удосконалень [1, с. 64-69] засвідчив високу травматичність резекційних методів оперативного лікування, важкість післяопераційного періоду, значний відсоток ускладнень (12,8-31% випадків) та рецидивів (7,05-15% дітей). Останні 3-10% випадків потребували повторних операцій в дитячому віці.

Консервативне лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки з використанням різних громіздких і важких компресійних пристроїв, котрі потребували постійної участі лікаря, лише у 30% випадків призвело до зменшення ступеню деформації грудної клітки [3, с. 105-106].

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 [4, с. 8-10].

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

За період з 2010 року по 2019 рік нами було обстежено 268 пацієнтів з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки різних ступенів. З них проведено оперативну корекцію 58 пацієнтам. Дослідження проводилось на кафедрі дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

При аналізі дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки з'ясовано, що 48 дітей (83%) складають хлопчики, а 10 дітей (17%) склали дівчата, що свідчить про виражену перевагу хлопчиків з даною патологією над дівчатами.

Визначення ступеню кілеподібної деформації проводилось за боковими рентгенограмами органів грудної клітки.

Оперативна корекція проводилася малоінвазивним способом передньої пластики, з використанням для корекції деформації металеві пластина власної конструкції (рис. 1).

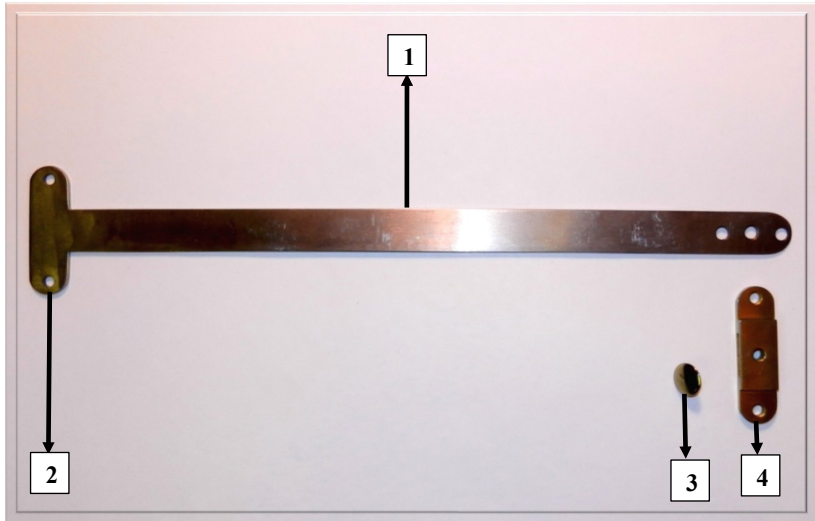


Рис. 1. Пристрій для корекції кілеподібної деформації грудної клітки
 1 – Т-подібна металева корегуюча пластина; 2 – нерухомий стабілізатор; 3 – фіксатор рухомого стабілізатора;
 4 – рухомий стабілізатор.

Методика оперативного лікування

В проекції 4-5 міжребрів'я по середній аксілярній лінії з обох сторін виконується поперечний розріз шкіри довжиною 3-4 см.

Через бокові розрізи на грудній клітці, за допомогою провідника формується надгрудинно-реберний тунель для проведення пластики. По закінченню формування тунелю над вершиною деформації проводиться корегуюча металева пластина. 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, 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.

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, ($p < 0,01$).

Литература:

1. Разумовский А.Ю., Савчук М.О., Павлов А.А., Гандуров С.Г. Хирургическое лечение килевидной деформации грудной клетки у детей. *Хирургия*. 2008. №7. С. 64-69.
2. Судейкина О.А. Новый метод хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки у детей: дис. ...кандидата мед. наук : 14.00.35 / Судейкина Ольга Александровна ; Москва. Кафедра детской хирургии РМАПО. М., 2005. 103с.
3. Тимощенко В.А. Металлостернохондропластика при врожденных и приобретенных деформациях грудной клетки у детей: Дис. ...доктора мед.наук : 14.00.35 / Тимощенко Валерий Александрович ; Москва. Российский государственный медицинский университет. – М., 1995. 328с.
4. Чепурной Г.И., Шамик В.Б. Оптимизация торакометрии и контроля косметических результатов торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей. *Детская хирургия*. 2002. № 1. С. 8-10.
5. Ellis D.G. Chest wall deformities in children. *Pediatr. Ann.* 1989. Vol. 18. P. 161-165.
6. Fonkalsrud E.W. Pectus carinatum: the undertreated chest malformation. *Asian. J. Surg.* 2003. Vol. 26. P. 189-192.
7. Fonkalsrud E.W., Beans S. Surgical Managment of Pectus Carinatum: 30 Eears Experience. *J. World Surg.* 2001. Vol. 25. P. 898-903.
8. Saxena A.K. Pectus excavatum, pectus carinatum and other forms of thoracic deformities. *J. Indian. Assoc. Pediatr. Surg.* 2005. Vol. 10. P. 147-157.