

Міністерство охорони здоров'я України
Всеукраїнська асоціація дитячих хірургів
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика
Департамент охорони здоров'я Житомирської ОДА
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Збірник наукових праць
за матеріалами науково-практичної конференції,
*присвяченої 30-річчю заснування
Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні
та 10-річчю відкриття філії кафедри дитячої хірургії
НМАПО ім. П. Л. Шупика*
22 січня 2015 року, м. Житомир

ЖИТОМИР «ПОЛІССЯ» 2015

Оперативне лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки у дітей.	232
<i>Погорілий В. В., Шульга Д. І., Сасюк А. І., Лойко Є. Є., Курочкін О. С., Антіпіна О. Ю.</i>	
Внутрішньочерепні прояви пізньої геморагічної хвороби новонароджених.	235
<i>М. С. Федурко, М. В. Коріков, М. С. Стефанішин</i>	
Дивертикул Меккеля як причина інвагінації кишечника у дітей.	239
<i>Русак П. С., Рибальченко В. Ф., Стахов В. В., Недавий Г. В., Тернавський М. С., Чеканов Д. Ю.</i>	
Принципи ультразвукового та доплерографічного дослідження набряклої калитки у новонароджених дітей.	244
<i>Полулях О. К., Максакова І. С., Рибальченко І. Г.</i>	
Ендоскопічна риноскопія в діагностиці патології порожнини носа та носоглотки у дітей.	247
<i>І. І. Юїч</i>	
Аглютиніни та аглютиногени крові новонароджених, які страждають набряклою калиткою.	250
<i>Максакова І. С., Рибальченко І. Г., Ханес Г. С.</i>	
Инновационные технологии в диагностике и лечении парапроктитов у детей.	252
<i>Недавий Г. В., Тернавський М. С., Чеканов Д. Ю.</i>	
Досвід застосування лапароскопічної хірургії в Коростенській міській лікарні.	254
<i>Ковпанець Б. П.</i>	
Досвід лікування лікоподібної деформації грудної клітки.	258
<i>Шульга Д. І., Русак П. С., Заремба В. Р., Курочкін О. С., Доценко М. О.</i>	
Визначення кута відхилення грудини та пригрудинних ділянок у здорових дітей.	263
<i>Погорілий В. В., Сасюк А. І., Лойко Є. Є., Шульга Д. І.</i>	
Досвід застосування лапароскопії в лікуванні інвагінації кишечника у дітей.	266
<i>Дігтяр В. А., Барсук О. М., Савенко М. В., Інюшин С. В., Коваль С. В.</i>	
Опыт использования малоинвазивной хирургии в лечении инвагинации кишечника у детей.	271
<i>Дегтярь В. А., Барсук А. М., Савенко М. В., Інюшин С. В., Коваль С. В.</i>	

Толстанов О. К., Марченко В. Ф.,
Данилов О. А., Русак П. С.
НМАПО ім. П. Л. Шупика, Житомирська
обласна дитяча клінічна лікарня

Десятирічний досвід співпраці кафедри дитячої хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика та Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні

Філія кафедри дитячої хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика була відкрита згідно наказу по Академії № 2547 від 24.12.04 року, враховуючи клопотання управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації та дозвіл міністерства охорони здоров'я України (лист від 25.11.04 № 08.01-27/2826).

Метою створення філії було подальше набуття досвіду та необхідність підготовки фахівців з ендоскопічного розділу дитячої хірургії, а саме з питань дитячої лапароскопічної хірургії, з різних регіонів України.



Під час відкриття філії кафедри дитячої хірургії, зліва направо: В. Ф. Марченко – заслужений лікар України, головний лікар ЖОДКЛ, О. М. Горбатюк – професор, О. А. Данилов – професор, зав. кафедрою дитячої хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика, П. С. Русак – зав. хірургічним відділенням, Н. Г. Гойда – проректор НМАПО ім. П. Л. Шупика

Погорілий В. В., Шульга Д. І., Сасюк А. І.,
Лойко Є. Є., Курочкін О. С. Антіпіна О. Ю.
Вінницький національний медичний
університет ім. М. І. Пирогова,
КЗ „Міська клінічна лікарня № 8“, м. Кривий Ріг,
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Оперативне лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки у дітей

Актуальність проблеми вродженої кілеподібної деформації грудної клітки (КДГК) як самостійного хірургічного захворювання або ж компоненту генералізованого, чи навіть багатополосного захворювання дитячого віку [2], обумовлена ступенем [3] деформації грудної клітки (ДГК), косметичними, функціональними і психологічними змінами [1;2] в дитячому віці. Діагностика КДГК включає в себе декілька компонентів диспластичного враження реберних хрящів та груднини з однієї або обох сторін [1;2;5] які з віком мають тенденцію до прогресування. „Курячі груди“ можуть бути одним з типів змішаної ДГК – западіння хрящів на одній зі сторін і випинання їх на іншій з одночасною ротацією груднини [5]. Найчастіше зустрічається варіант асиметричного випинання хрящів ребер та тіла груднини, рідше – симетричне випинання груднини та ребер. Зовсім рідко зустрічаються змішані ДГК [1;2]. За сучасними даними вітчизняних та закордонних авторів, летальність при хірургічному лікуванні КДГК відсутня. Рецидиви КДГК складають 7,05–15,0 % дітей, з них 3-10 % випадків потребують повторних операцій в дитячому віці [3].

За період з 2009 по 2014 роки нами пооперовані 79 дітей з кілеподібною деформацією грудної клітки II та III ступеню в стадії компенсації та субкомпенсації. Середній вік оперованих дітей становив 11,5 років. Переважали хлопчики та косто-стернальний тип деформації. Синдромальні форми захворювання діагностовано у 6 хворих з КДГК (трое дітей із синдромом Марфана, двоє пацієнтів із синдромом Елерса-Данлоса і один із синдромом Поланда). Недиференційовану форму дисплазії сполучної тканини діагностовано у 12 хворих. Відсутність диспластичних процесів сполучної тканини встановлено у 6 обстежених дітей. Хворим проведено оперативне лікування із застосуванням нерезекційного малоінвазивного способу передньої пластики (70 дітей) та малоінвазивного способу

комбінованої передньої пластики у різних модифікаціях (9 дітей) з використанням однієї пластини (8 дітей) та двох пластин (один хворий). Всього дві пластини були імплантовані та видалені у 4-ох дітей.

Оперативна корекція КДГК малоінвазивним способом передньої пластики (МІСПП) проводилася в трьох варіантах: пацієнтам із стерно-костальним та косто-стернальним типами – 63 дитини; комбінація синдрому Поланда та кілеподібної деформації грудної клітки – 2 дітей; рукоятко-реберний тип (комбінований тип кілеподібної та ліycopодібної ДГК) – 5 дітей. Малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) проводився в два етапи: перший етап полягав в усуненні КДГК шляхом компресії або компресії та елевації пластиною (67 дітей) або двома (3 дітей) металевими корегуючими пластинами в ділянках деформації передньої стінки грудної клітки, що кілеподібно випиналися. Пластини проводилися субфасціальньо надгрудинно-реберно через тунель, який попередньо сформований два розрізи, що виконуються в аксілярних ділянках з обох боків. Під час проведення другого етапу виконується видалення металеві корегуючої пластини (39 пацієнтів).

Ранні післяопераційні ускладнення (консервативно лікований плеврит та плечовий плексит зліва) мали місце у двох пацієнтів (2,53 %) з синдромом Марфана.

Пізнні післяопераційні ускладнення діагностовано у одного хворого (1,3 %) – двобічний ексудативний серозний плеврит, який усунутий пункційно.

Попередні результати лікування вродженої КДГК у дітей ми оцінювали як добрі, задовільні та незадовільні. В якості критеріїв оцінки результатів лікування враховувались: наявність скарг, усунення деформації грудної клітки, косметичний результат та задоволення хворого і його батьків результатами оперативного лікування [3;4;5]. Добрий результат оперативного лікування КДГК досягнутий у 75 дітей (94,9 %).

Задовільний результат отриманий у трьох пацієнтів (3,7 %), що було пов'язано з прорізуванням пластиною шкіри та необхідністю передчасного видалення корегуючих пластин і як наслідок – формування більших за протяжністю післяопераційних рубців. Один випадок пов'язаний з технічним аспектом корекції кілеподібної деформації, що потребував постановки двох корегуючих пластин. У двох інших дітей прорізування шкіри корегуючою пластиною обумовлено пошкодженням м'яких тканин в проекції корегуючої пластини в наслідок травми.

Незадовільні результати хірургічного лікування вродженої КДГК із застосуванням малоінвазивної передньої пластики грудної клітки відсутні.

Висновки

Застосування малоінвазивних способів хірургічної корекції вродженої КДГК II-III-го ступенів (у порівнянні з традиційними резекційними методиками її лікування) у дітей передбачає повне усунення основного компоненту та суттєве зменшення непостійних компонентів (девіація реберних дуг, псевдогарисонової борозни) ДГК при збереженні сумарних окружностей грудної клітки. Металева корегуюча пластина видаляється через 6–24 місяці після її імплантації.

При попередній оцінці віддалених результатів (катамнез 1 місяць – 5 років) оперативної корекції вродженої КДГК малоінвазивними способами (МІСПП, СКПП) добрі результати отримані у 75 (94,9 %) пацієнтів, задовільні (незначні локальні зміни в ділянці післяопераційного рубця) результати діагностовано у трьох дітей (3,7 %). Незадовільні результати, рецидиви захворювання відсутні.

Література

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия. / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. – СПб.: Хардфорд, – 1996. Т.1, – С. 174–176.
2. Дольницький О. В. Врожденная деформация грудной клетки у детей / О. В. Дольницький, Л. Н. Дирдовская. — К.: «Здоров'я», 1978. — 117 с.
3. Разумовский А. Ю. Килевидная деформация грудной клетки / А. Ю. Разумовский, М. О. Савчук, А. А. Павлов // Детская хирургия. — 2009. — № 1. — С. 45–49.
4. 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.
5. Тимошенко В. А. Металлоостеронохондропластика при врожденных и приобретенных деформациях грудной клетки у детей: дис. ... доктора мед. наук: 14.00.35 / Тимошенко Валерий Александрович. – М., 1995. – 298 с.

М. С. Федурко, М. В. Коріков, М. С. Стефанішин
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Внутрішньочерепні прояви пізньої геморагічної хвороби новонароджених

Мета: визначення тактики лікування, ведення та профілактики внутрішньочерепних уселаднень пізньої геморагічної хвороби новонароджених.

Матеріали і методи: в статтю включено 22 клінічні випадки пізньої геморагічної хвороби новонароджених. Проведені обстеження: нейросонографія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія головного мозку, загальний аналіз крові, тромбоцити, час згортання, тривалість кровотечі, коагулограма. Проведене лікування: корекція порушень функції згортання крові, постгеморагічної анемії, гіпертензивного синдрому, люмбальні та вентрикулярні пункції, зовнішнє дренування шлуночкової системи, видалення гематом, вентрикулоперитонеальне шунтування.

Геморагічна хвороба новонароджених (ГрХН), код по МКХ-10 P53 зустрічається з частотою 0,25%-1,5% при відсутності її профілактики. Пов'язана з порушенням утворення в печінці вітамін-К залежних факторів коагуляції (II, VII, IX, X).

Розрізняють:

- Ранню ГрХН (прояви виникають в перші 24 год.);
- Класичну ГрХН (прояви виникають на 1-5 день життя);
- Пізню ГрХН (прояви виникають в період 2-8 тижнів життя, рідше до 6 міс.).

Геморагічна хвороба новонароджених проявляється різновидними кровотечами: меленою, кровотечами з пупка, місць ін'єкцій, внутрішньочерепними кровотечами.

Пізня ГрХН була вперше ідентифікована в 70-роки минулого століття, коли було звернуто увагу на те, що у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні (зазвичай діти перших 3-х місяців життя), різні хвороби ускладнюються внутрішньочерепними геморагіями та іншими явищами підвищеної кровоточивості, на відміну від тих, які знаходяться на штучному вигодовуванні. З'ясувалось, що більшості дітей не проводилась після народження профілактика ГрХН вітаміном К.

З 2008 по 2012 роки в Житомирській обласній дитячій клінічній лікарні лікувались 22 дитини з проявами пізньої ГрХН, які ускладнились внутрішньочерепними крововиливами (ВЧК):