Міністерство охорони здоров'я України

Академія медичних наук України

Українська асоціація ортопедів-травматологів

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ XV З'ЇЗДУ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ XV СЪЕЗДА ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ УКРАИНЫ

ABSTRACT BOOK OF XV CONGRESS OF ORTHOPAEDISTS AND TRAUMATOLOGISTS OF UKRAINE

м. Дніпропетровськ
16-18 вересня
2010

ДОДАТОК

ДОПОЛНЕНИЕ

APPENDIX

НЕРЕЗЕКЦІЙНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ КІЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ

Погорілий В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.І., Лойко Є.Є., Фомін О.О., Зябченко І.С., Федчишин О.П., Доброванов О.Є., Сасюк А.І., Череповський В.В.

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

Криворіжська міська клінічна лікарня №8, Кривий Ріг, Україна

Мета дослідження: удосконалити методику ти покращити безпосередні, косметичні та соціальні результати оперативного лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки (ВКПДГК) у дітей шляхом застосування нерезекційного – малоінвазивного способу передньої пластики (МІСПП) грудної стінки.

Пацієнти і методи. За рік нами прооперовано 14 дітей віком 5-18 років з ВКПДГК I-III типів. У 4 дітей спостерігався перший тип, у 8 хворих мав місце другий тип, у 2 дітей діагностований третий тіп деформації. У 8 дітей вона проявилась після народження і характеризувалась недорозвитком всіх структур грудної стінки. В 6 випадках перші прояви ВКПДГК спостерігались у віці 3-7 років. Синдромальні прояви при ВКПДГК нами не діагностовані. У 8 дітей мала місце недиференційована дисплазія сполучної тканини, у 6 дітей її ізольовані прояви.

Результати та їх обговорення. Показом до операції стало прогресування і обширність деформації, функціональні, косметичні та психологічні чинники. Передопераційна підготовка (ЛФК, масаж, симптоматична терапія) тривала 1-3 місяці. Головною умовою проведення операції є досягнення локальної мобільності грудини і ребер.

Біаксілярно субхондрально в vcwz[фіксації стабілізаторів дуги-пластини виділялися два ребра з кожної сторони, через які проводилися дротяні лігатури №7 або №9. Після чого надгрудинно-реберно (субмускулярно) формувався тунель, через який провідником (модефікований плевральний дренаж №10 Кам'янець-Подільського НВО «Каммед») проводилася титанова дуга-пластина із стабілізатором з кожної сторони, а в третині випадків додатково ще шурупом до грудини. Дренування м'яких тканин проводилось гумовим дренажем 1-3 доби. Резекція грудини та ребер не проводилася. Операція МІСПП триває від 50 до 90 хвилин. Виписка зі стаціонару проводилась на 5-7 добу післяопераційного періоду.

Висновки.

Консервативне лікування ВКПДГК і час можуть бути етапом передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації хворого.

Проведення МІСПП не потребувало переливання препаратів крові під час операції. Внутрішньовенна інфузійна терапія, знеболюючі та антибактеріальний препарат відмінялися на 3-4 добу.

Застосування МІСПП при корекції ВКПДГК усих типів дає змогу проводити повну соціальну адаптацію та реабілітацію (плавання, фізична культура і спорт) дітей вже на 1-3 місяці післяопераційного періоду.