



ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



14(2) • 2010
ЛЮТИЙ

ту ранах Fischl значительно уступає розрезу Freedom і нашій модифікації.

Разрез в виде якоря по Dofourmetel et Mouly нами применен у 1(2,5%) пациента. Мы наблюдали некроз кожи в верхнем углу разреза. В косметическом плане он значительно проигрывает разрезу Freedom, Freedom в нашей модификации и Fischl. Учитывая эти недостатки, мы отказались от разреза Dofourmetel et Mouly.

Трансплантация пупка в аутопичное место является важной эстетической стороной оперативного вмешательства, особенно у женщин. Трансплантация пупка на питающей ножке в аутопичное место нами выполнена у 61 (91%) пациента. Необходимо отметить, что риск развития раневой инфекции при этом минимальный. Время операции удлинялось на 5-10 минут. Некроза пупка мы не наблюдали.

Реконструктивные вмешательства на брюшной стенке при множественных грыжевых дефектах, больших и гигантских вентральных грыжах нами выполнялись с применением сетчатых эндопротезов и аутодермального лоскута по В.Н.Янову - 46(77,9%) наблюдений. Разработанным нами способом у 9(15,3%) и по К.М.Сапезко - у 4(6,8%) пациентов. Ограничение применения этих способов было вызвано риском развития Abdominal Compartment Syndrome.

В послеоперационном периоде у пациента, которому был выполнен разрез по Dofourmetel et Mouly, отмечалась лимфоррея до 9 дней. Летальных исходов не было.

Результаты оперативного лечения прослежены в сроки от 1 до 15 лет. Избыточного отложения жира в области оперативного вмешательства мы не наблюдали.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Хирургическая коррекция формы живота становится востребованной среди пациентов Украины.

2. При пластических и реконструктивных оперативных вмешательствах на передней стенке живота целесообразно применять разрез Freedom и Freedom в нашей модификации, обеспечивающие максимальный косметический эффект.

3. Трансплантация пупка на питающей ножке в аутопичное место является неотъемлемым этапом пластического оперативного вмешательства на передней стенке живота.

Пластические и реконструктивные операции на передней стенке живота значительно улучшает качество жизни у этих людей.

Литература

- Грубник В.В. Современное лечение Эстетическая хирургия живота у больных с ожирением /Г.Д.Петренко, А.А.Лосев, Н.В.Баязимов. - К., Здоров'я, 2001. - 280 с. //Сучасні аспекти ожиріння: клініка, діагностика, лікування: матеріали науково-практичної конференції. - Вінниця, 26 листопада 2004. - С. 28-29.
- Абдоминальный лифтинг при оперативном лечении пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами /Г.Д.Петренко, В.А.Сипливиый, Д.Г.Петренко [и др.] //Вісник української медичної стоматологічної академії. - 2008. - Вип.8, №1-2(21-22). - С. 109-111.

ПЛАСТИЧНІ ТА РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Петренко Г.Д., Сипливиый В.А., Петренко Д.Г., Петюнін А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

Резюме. Наведено клінічний досвід пластичних і реконструктивних оперативних втручань на передній стінці черевної порожнини у 67 пацієнтів із надлишковим відкладенням жиру на животі, "звисаючим животом", великими та гігантськими вентральними килами. Обґрунтовано принципи вибору оперативного доступу у цієї категорії пацієнтів. Наведено переваги розробленого авторами оперативного доступу при порівняльній оцінці якості життя після операції та у віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: пластичні, реконструктивні операції, ожиріння, "звисаючий живіт", вентральна кила, якість життя.

PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF AN ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Petrenko G.D., Syplyviy V.O., Petrenko D.G., Petunin O.G., Guz A.G., Menkus B.V.

Summary. The clinical experience of plastic and reconstructive surgery on an anterior abdominal wall of 67 patients with excessive abdominal adiposis, "loose-hanging abdomen", large and huge ventral hernias is presented. The principles of choice of incisions in this group of patients are substantiated. The advantages of worked off by the authors the operative access in comparative evaluation of life quality in early and remote postoperative period are shown.

Key words: plastic, reconstructive surgery, obesity, "loose-hanging abdomen", ventral hernia, life quality.

© 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.

УДК: 616-007.24-053.2

МАЛОІНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ 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 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), *Криворізьська міська клінічна лікарня №8 (вул. 23-го Лютого, 55, м. Кривий ріг, Україна, 50082), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21100)

Резюме. Запропонований новий спосіб оперативного лікування дозволяє надійно корегувати вроджені та набуті лійкоподібні деформації грудної клітки II-III ступеню у дітей, значно знизивши травматичність операції. Спосіб також дає можливість покращити косметичні результати даної операції.

Ключові слова: лійкоподібна грудна клітка, лікування, діти.

Вступ

Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛПДГК) досить часте (один випадок на 1000 дітей) та важке захворювання дитячого віку. У 1/3 випадків передається по спадковості [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Жила, 2000; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007]. Проявляється западінням грудини і хрящової частини ребер починаючи з 2-4 по 7 ребро (частіше 4-6 ребро), зменшенням об'єму грудної клітки, здавленням серця, легень з порушенням їх функціонування [Тимошенко, 1995; Ашкрафт, Холдер, 1996; Разумовський та ін., 2006; Кривченя, 2007; Кривченя та ін., 2008; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001; Hosie et al., 2002]. Залежно від ступеня ЛПДГК і віку хворих формуються функціональні, косметичні, і психологічні відхилення зростаючого організму [Тимошенко, 1995; Разумовський та ін., 2006; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001; Hosie et al., 2002], вони ж і є показами до оперативного лікування.

У структурі скарг дитячого віку домінує наявність косметичного дефекту, періодичні болі в грудній клітці, стомлюваність, особливо помітна при фізичних швидкісних навантаженнях, або функціональних пробах. Стабільно пізньою залишається виявлення захворювання медичними фахівцями (педіатри, загальні хірурги та травматологи), як і несвоєчасне звернення батьків до дитячого хірурга за спеціалізованою допомогою [Nuss et al., 2000]. Школярі та підлітки з ЛПДГК, як правило самотні, цураються однолітків і протилежної статі, комплексують і соромляться своєї зовнішності. Це ускладнює соціальну адаптацію [Бойко, 1991; Тимошенко, 1995; Данилов та ін., 2006; Разумовський та ін., 2006; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001; Hosie et al., 2002] дитини і підлітка.

Часті випадки поєднання ЛПДГК з патологією сполучної тканини (синдромами Морфана, Елерса - Данло, Шпренгеля тощо), аномаліями легень, хребта і черепа, діафрагмальними грижами [Дольницький, Дирдовская, 1987; Тимошенко, 1995; Ашкрафт, Холдер, 1996; Бойко, 1991; Жила, 2000; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007; Кривченя та ін., 2008; Разумовський та ін., 2006; Hosie et al., 2002]. Часто захворювання вперше діагностують у дорослому віці. Дорослі хворі з ЛПДГК схильні до більш раннього і важкого перебігу поширених захворювань серцево-судинної (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, судинна аневризма, інсульт) та дихальної (пневмонія, бронхіальна астма, деформуючий бронхіт) системи [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Тимошенко, 1995; Данилов та ін., 2006].

Мета роботи: розробити і впровадити в клінічну практику оптимальний малоінвазивний спосіб лікування вродженої та набуті лійкоподібної деформації грудної клітки в дитячому віці.

Матеріали та методи

З січня 2009 року нами прооперовано 20 дітей віком 10-18 років з вродженою та набутою (двоє хворих) лійкоподібною грудною кліткою II-III ступенів. Ступінь деформації визначалась на оглядовій рентгенографії грудної клітки в двох проекціях за М.Гіжицькою [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Жила, 2000; Данилов та ін., 2006; Разумовський та ін., 2006; Кривченя, 2007; Кривченя та ін., 2008], де I ст. - 0,8; II ст. - 0,7-0,5; III ст. - менше 0,5; а також за допомогою комп'ютерної рентгенографії: індекс асиметричності більший 100,0 ($R/4 \cdot 100$); індекс Халлера більший 3,25 [Ашкрафт, Холдер, 1996; Данилов та ін., 2006; Разумовський та ін., 2006]. Типове викривлення грудини спостерігалось у 6 хворих, у 14 дітей діагностована асиметрична форма деформації грудини і ребер. S-подібний грудо-поперековий сколіоз I-II ст., мав місце у 14 дітей, у 6 пацієнтів діагностовано порушення постави з домінуванням кіфозу.

У процесі традиційного генетичного обстеження у 12 дітей діагностована недиференційована дисплазія сполучної тканини, у 8 хворих підтверджені синдромальні форми (Елерса-Данло, марфаноподібний синдром, синдром Марфана, нейрофіброматоз). Причиною набуті лійкоподібною деформації грудної клітки і ребер II-III ст. була перенесена кардіохірургічна операція та БДЛ (по одному хворому). Стадія компенсації встановлена у 6 дітей, у 14 хворих - субкомпенсації. Деформація грудної клітки з народження проявилась у 13 хлопчиків і в 7 дівчаток. Її прогресування посилювалось переважно після 10 років (10 хворих), але особливо у віці 12-14 років (17 дітей). У трьох хворих з синдромом Елерса-Данло глибина деформації сформувалась в перші п'ять років життя.

Оперативне лікування: В якості "золотого стандарту" XX століття загально прийнята операція M.Ravitch в різних модифікаціях [Дольницький, Дирдовская, 1987; Жила, 2000; Miller et al., 2001]. Використовуються різні методи стернохондропластики (торакопластики), які направлені на усунення деформації грудної клітки (ДГК) шляхом різних резекцій ребер і грудини, з наступною зовнішньою або внутрішньою (через- та загрудинною) фіксацією ребер і грудини. Для цих операцій характерна певна

довготривалість, висока травматичність, зменшення об'єму грудної клітки, високий ризик кровотечі і пневмотораксу з однієї або двох сторін. У післяопераційному періоді (перші 5-8 днів) спостерігається постійний больовий синдром. Інтенсивність його нерідко потребує додаткового знеболення, перидуральної аналгезії, тривалого дренивання над- та за грудинного простору. Середній ліжко-день становить 28 днів [Дольницький, Дирдовская, 1987; Данилов та ін., 2006].

"Золотим стандартом" XXI століття вважається метод D.Nuss [Бойко, 1991; Тимошенко, 1995; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007; Nuss 2000; Hosie et al., 2002]. Сутність операції полягає у попередньому виконанні двобічного дозованого пневмотораксу для відеоконтролю (торакоскопії); проведенні металевої позагрудинної пластини (між грудиною і перикардом) з виведенням і фіксацією пластини до кісткової частини ребер і грудини з обох її сторін.

За даними вивчення 8 європейськими хірургічними клініками безпосередніх результатів лікування 172 пацієнтів з лічкоподібною грудною кліткою мінімально інвазивним методом за D.Nuss [Hosie et al., 2002]: у 35,5% хворих спостерігалася характерна симптоматика; у 45,3% випадків - асиметрична грудна клітка, у 74,3% - індекс Халлера перевищував 3,25; зміщення дуги-пластини або стабілізатора відмічено у 3,5% хворих. У 11,1% дітей відмічена пневмонія, пневмоторакс, ателектаз, місцева інфекція, перикардальний та плевральний випіт, пошкодження печінки. Самокорегуючі ускладнення (пневмоторакс, ателектаз, підшкірна емфізема) відмічені у 8,1% випадків. У 81,5% хворих косметичний ефект операції оцінений як хороший та відмінний.

Недостатній косметичний ефект спостерігався у пацієнтів більш старшого віку з меншою еластичністю грудної клітки та в групі хворих з обширною деформацією і перекрутом грудини. На думку авторів з Німеччини, Польщі і Швейцарії незважаючи на простоту методики, незначну тривалість і мінімальну втрату хворими крові при операції, необхідно звертати увагу на важливі технічні деталі, методика потребує ретельного відбору хворих. Також необхідно враховувати суттєві обмеження її проведення з урахуванням, в першу чергу, конфігурації грудної клітки та віку хворих.

Основною проблемою при даному методі операції був біль після операції. Середній вік хворих склав $15,1 \pm 4,6$ роки. Оскільки з віком пластичність грудної клітки зменшується, що обумовлює інтенсивність болю після операції. Його корекція потребувала проведення до і після операції епідуральної анестезії. На нашу думку, найкращим удосконаленням мінімально інвазивної операції D.Nuss є нерезекційний метод Д.Ю.Кривчені зі співав. [2008]. Він полягає у проведенні двох поперечних розрізів до 3,5-4,0 см у ділянці обох середньоаксілярних ліній та одного вертикального (субксіфоїдального), переважно у хлопчиків. Тупо пальцем мобілізували за грудинний простір, формували за грудинний ту-

нель для модифікованої дуги-пластини та її провідника. Під контролем ока проводили візуальний контроль можливої медіастинальної та міжреберної кровотечі. По ходу сформованого за грудинно-м'язевого тунелю провідником власної конструкції проводили дугу-пластину, яка розвертається на 180 градусів під найбільш запавшою ділянкою грудини і фіксували швами до грудини з кожної сторони. Таким чином субперіостальну секторальну резекцію ребер і грудини не проводили. Проведення пластини не потребує візуального відеоторакокопичного контролю та дозованого пневмотораксу. Дуга-пластина має Т-подібну форму за рахунок стабілізатора з однієї сторони. Фіксацію пластини проводили в трьох точках (дві в ділянці стабілізатора, одна в ділянці грудини). Але і така фіксація за даними літератури [Кривченя, 2007; Nuss et al., 2000; Miller et al., 2001] не завжди гарантує надійну фіксацію пластини, профілактую її міграцію в плевральну порожнину, або може посприяти виникненню гемо- та пневмотораксу. Її видалення, хоча і значно рідше за пластину D.Nuss, періодично представляє певні технічні проблеми. Асиметрична ЛПДГК як правило оперуються за допомогою різних резекційних методик [Дольницький, Дирдовская, 1987; Бойко, 1991; Ашкрафт, Холдер, 1996; Данилов та ін., 2006; Кривченя, 2007]. Середній ліжко-день при не резекційних методиках становить 5-10 діб. На думку автора цієї методики [Жила, 2000] з'являються передумови для зменшення термінів планового оперативного лікування та лікування дітей з ЛПДГК І-ІІ ступеня у ранньому віці [Дольницький, Дирдовская, 1987; Данилов та ін., 2006].

Усі діти були прооперовані за власною малоінвазивною методикою (МІСПП: патенти України №46696, Бюл. №24 за 2009 рік, та №47142, Бюл. №1 за 2010 р.) передньої стернопластики (15 дітей) однією металевою дугою-пластиною і п'яти пацієнтам виконана передня стернохондропластика двома металевими пластинами (рац. пропозиція №13 від 10.10.2009 р.).

Малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) виконаний за функціональними, косметичними та психологічними показами при корекції симетричної та асиметричної ЛПДГК ІІ-ІІІ ступенів. Після попереднього обстеження хворого, отримання у батьків і дитини, починаючи з 14 років, згоди на операцію, шляхом гіпсування передньої грудної стінки, або комп'ютерної томографії грудної клітки уточнюються деталі ЛПДГК. Попередньо проводили традиційне вивчення відповіді організму дитини на індивідуальну переносність даної марки металу, антибактеріальної терапії, липкого пластиру, новокаїново-полісахаридного розчину. Пластина індивідуально налаштовується на грудній стінці. Під інтубаційним наркозом в положенні пацієнта на спині, з розведеними в боки руками, в проекції 4-5 міжребір'я по середній аксілярній лінії з обох сторін робили два поперечних пошарових розрізи довжиною 2,5-4 см і один на грудині довжиною 3-2,5 см, або субксіфоїдально. Мобілізацію м'яких тканин здійснювали в місцях при-

кріплення стабілізаторів і пластини. В залежності від положення мечеподібного відростка проводиться його мобілізація. Загрудинний простір при ЛПДГК мобілізували лише в межах проведення лігатури. Проводили субперіостальну мобілізацію двох ребер з наступним проведенням поліамідних або дротяних лігатур, по дві з кожної сторони стабілізатора. Через бокові та грудинний (субксифоїдальний) розрізи на грудній клітці субфасціально в межах м'яких тканин формували надгрудинний субм'язево-фасціальний тунель для дуги-пластини. По закінченню його формування над ДГК проводили дугу-пластину, попередньо фіксовану у провіднику (модифікований плевральний дренаж №10 Кам'янець-Подільського НВО "Каммед"). У 12 хворих з протилежної від ДГК (справа/зліва) на пластину в аксілярній ділянці вводили другий стабілізатор. У 8 випадках стабілізатор вводили лише з однієї сторони. Обидва стабілізатори пластини прикріплювали до двох ребер П-подібними вузловими швами з кожної сторони з наступною елевацією і фіксацією грудної стінки до пластини. М'які тканини дренивали гумовими випускниками, ретростернально на 1-2 доби ставили дренаж. Рани пошарово зашивали. В залежності від типу і ступеню ДГК, через 9-12 або 14-24 місяців дуги-пластини видаляли під загальним знеболенням.

В 1 хлопчика з ВДГК Іст. пластина видалена вимушено у віці 13,5 років через 6 місяців після операції у зв'язку з важким побутово-ятрогенним пошкодженням шкіри на грудній стінці. При цьому функціональний результат оцінений як "добрий", а косметичний - задовільний (келоїдний рубець). Таким чином, завдяки створенню оптимальних умов при формуванні надгрудинного біаксілярного субм'язевого тунелю над ЛПДГК для металеві індивідуально підбраної надгрудинної дуги-пластини (без застосування резекційних методик лікування та мінімально інвазивного методу D.Nuss, у всіх 20 дітей досягнуто хорошого і відмінного функціонального, косметичного і психологічного попередніх результатів лікування ДГК у дитячому віці. Операція тривала від 50 до 120 хвилин. Додаткова фіксація універсальною надгрудинною пластиною забезпечує надійну стабільність груднини при корекції лікоподібної деформації грудної клітки вродженого та набутого генезу.

Проведення малоінвазивного способу передньої пластики грудної клітки в дитячому віці передбачає та-

кож можливість проведення альтернативних способів комбінованої передньої стернохондропластики двома або трьома (рац.проп. №12 і №13 від 10.09.2009 р.) металевими пластинами без- та з застосуванням резекційних методик (рац. проп. №1 від 12.01.2010 р.) оперативної корекції лікоподібної грудної клітки вродженого та набутого генезу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лікоподібна деформація грудної клітки у дітей супроводжується різними комплексними (органічними, функціональними, косметичними і психологічними) змінами в основних системах активно зростаючого організму.

2. Консервативне лікування (ЛФК, масаж, фізична реабілітація і час) при лікоподібній деформації грудної клітки може бути лише етапом передопераційної підготовки і післяопераційної реабілітації хворих.

3. Малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) при оперативному лікуванні лікоподібної деформації грудної клітки II-III ступеня у дітей має ряд істотних переваг: відсутність резекції ребер і груднини, мобілізації загрудинного простору і грудинно-діафрагмальної зв'язки, зменшення тривалості інтубаційного наркозу, травматичності і тривалості операції, важкості післяопераційного больового синдрому, і інтенсивності консервативного лікування. МІСПП в післяопераційному періоді виключає переверт і міграцію двокомпонентної дуги-пластини; не потребує переливання препаратів крові, дає можливість рости і розвиватися грудній клітці, усуває деформацію з добрими функціональним та косметичним результатами після видалення пластини.

4. Головною умовою проведення МІСПП у дітей є наявність мобільності грудинно-реберного (хрящового) комплексу після обов'язкового курсу (один-три місяці) гіперрелаксаційного масажу на тлі лікування супутніх захворювань.

5. Застосування МІСПП в післяопераційному періоді передбачає: виписку зі стаціонару на 5-10 добу або після зняття швів; плавання, ранню соціальну реабілітацію (з 3-4 тижня); заняття фізичною культурою, або спортом за індивідуальною програмою (з 6-7 тижня), а також профілактику прогресування та одночасно лікування диспластичного сколіозу.

Література

- Ашкрафт К.У. Детская хирургия /К.У.Ашкрафт, Т.М.Холдер. - СПб: Хардфорд, 1996. - №1. - С. 168-175.
- Бойко Л.И. Хирургическая и аппаратная коррекция деформаций грудной клетки у детей (клинико-экспериментальное исследование): дис. ... доктора мед. наук /Бойко Л.И. - Днепропетровск, 1991. - 234 с.
- Деформація грудної клітки у дітей: навч.-метод. посібник /[О.А.Данилов, А.В.Макаров, П.П.Сокур, В.Ф.Рибальченко, М.І.Юрченко]. - К., 2006. - С. 145.
- Дольницький О.В. Врожденные деформации грудной клетки у детей /О.В. Дольницький, Л.Н.Дирдовская. - К.: Здоров'я, 1987. - С. 120.
- Жила Н.Г. Хирургическая моделирующая коррекция врожденных и приобретенных деформаций грудной клетки у детей и подростков: дис. ... д-ра мед. наук /Жила Н.Г. - Иркутск; 2000. - 248с.
- Кривченя Д.Ю. Реконструктивно-пластична корекція лікоподібної деформації грудної клітки /Д.Ю.Кривченя //Педіатрія, акуш. та гінекоід. - 2007. - №1. - С. 36-43.
- Сучасні методи корекції лікоподібної деформації грудної клітки /Д.Ю.Кривченя, В.Г.Заводій, В.П.Прутулата [та ін.] //Хірургія дитячого віку. -

2008. - Т.5, №1. - С. 98-107.
Тимошенко В.А. Металлостернохондопластика при вроджених і придобаних деформаціях грудної клітки у дітей: дис. ... доктора мед. наук /Тимошенко В.А. - М., 1995. - 187 с.
Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки методом Насса /А.Ю.Разумовский, А.А.Павлов, Г.Б.Алхазов [и др.] //Детская хирургия. - 2006. - №2. - С. 4-9.

Minimaly invasive repair of pectus excavatum: a single institution's experience /K.A.Miller, P.K.Woods, R.J.Sharp [et al.] //Surgery. - 2001. - Vol.130, №4. - С. 652-659.
Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of

251 cases /D.Nuss, A.Hedra, B.Swoveland [et al.] //J. Pediatr. Surg. - 2000. - Т.35, №2. - P.252-258.
Минимально инвазивная коррекция воронкообразной деформации грудной клетки - метод Насса. Европейское многоцентровое исследование /S.Hosie, T.Sitkiewicz, C.Petersen [et al.] //Eur. J. Pediatr. Surg. - 2002. - Vol.12. - P.235-238.

МАЛОИНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛЕЧЕННЯ ВОРОНКООБРАЗНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ
Погорилый В.В., Кукуруза Ю.П., Шульга Д.И., Лойко Е.Е., Фомин А.А., Зябченко И.С., Федчишин А.П., Доброванов А.Е., Сасюк А.И., Череповский В.В.

Резюме. Предложен новый способ оперативного лечения, позволяющий надежно корректировать врожденные и приобретенные воронкообразные деформации грудной клетки II-III степени у детей и подростков. Способ значительно снижает травматичность операции и улучшает косметические результаты.

Ключевые слова: воронкообразная грудная клетка, лечение, дети.

LOW-INVASIVE METHOD OF CORRECTION OF FUNNELED-BREAST DEFORMATIONS IN CHILDREN
Pogoriliy V.V., Kykuryza Y.P., Shulga D.I., Loyko E.E., Fomin O.O., Zybchenko I.S., Fedchishyn O.P., Dobrovanov O.E., Sasjuk A.I., Cherepovskyi V.V.

Summary. A new surgical technique is offered correct reliably the congenital and acquired funneled-breast, (II-III degrees) in children and teenagers, to reduce significantly the surgical traumatism and to improve the cosmetic results.

Key words: funneled-breast, treatment, children.

© Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В.
УДК: 617-089-168.1+616.34-007.272

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЧЕРЕВНОГО СПАЙКОУТВОРЕННЯ

Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Кіровоградська обласна лікарня МОЗ України (пр. Університетський, 2/5, м. Кіровоград, Україна, 25050)

Резюме. Представлений клінічний досвід лікування спайкової кишкової непрохідності за допомогою лапароскопічного адгезіолілізу та кишкової симпатекомії, в основу якої покладена нова концепція патогенезу спайкоутворення. Метод апробовано в клінічних умовах після експериментального вивчення на 34 хворих. Отримані достовірно значущі результати, які дозволяють рекомендувати його для використання в клінічній практиці.

Ключові слова: спайкова кишкова непрохідність, лапароскопічний адгезіолізіс, кишкова симпатична блокада.

Вступ

Методи ендоскопічної хірургії дають кращі результати, ніж традиційні методи реконструктивних операцій, і сприяють зменшенню утворення спайок. В наш час все ширше впроваджуються нові методи малоінвазивної терапії - лапароскопічна, ендovasкулярна хірургія, проте для кожного з цих методів вже зараз зрозумілий найбільш раціональний діапазон можливостей, так званий "золотий стандарт". При профілактиці спайкової хвороби надається велике значення зменшенню травми очеревини в комплексі з іншими превентивними заходами, надається перевага тільки раціональній та щадній хірургічній техніці. З цією метою застосовують лапароскопічні операції [Дронов, 2001; Хасанов та інш., 2006; Swank et al., 2003, 2004]. Проте за наявності у пацієнтів схильності до спайкоутворення при повторних оперативних втручаннях можливості лапароскопічних методів значно скорочуються.

Мета дослідження: клінічна апробація нового мето-

ду лікування спайкової хвороби очеревини шляхом виконання лапароскопічної кишкової симпатекомії.

Матеріали та методи

Поставлена мета досягається способом, що передбачає проведення кишкової симпатекомії після завершення планового чи ургентного лапароскопічного втручання, як завершальний етап оперативного втручання. Виконують блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Такий спосіб використаний у 34 хворих з рецидивуючою спайковою кишковою непрохідністю. Серед цих хворих 27 - жінок, 7 - чоловіків. В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4 рази. Середній вік хворих склав 47,1 року.

У 19 хворих причиною спайкової хвороби була про-

ВІ
РЕ

Таї
нін

дс

Ос
Ко
Пр

вед
трє
Сеї
би
від
сеї

що
тіл
збс
нас
реї
ячу
обї
ра
Ви:
нії
сир

нос
тиї
опї
кої
чаї
лиї
таї
рої
каї
пеї
шв
обї

лід
прї
пої
Дл
гру
неї
ми

лої
ної
ми
диї
хол

МЕТОДИКИ

Азарський І.М., Процек О.Г., Азарська О.О., Андреев М.Д., Кириченко В.І., Корольова Н.Д., Кириченко І.М., Поляруш В.В., Малик С.Л., Кривецька Н.В., Дарманський С.М., Чурбанов О.В. Метод діагностики гострого апендициту	378
Ісакова Н.М., Філімонов Ю.В. Нові підходи до оцінювання знань іноземних студентів під час проведення комплексного випускного державного іспиту зі стоматології дитячого віку	380
Каніковський О.Є., Гнатюк Ю.П., Гребенюк Д.І. Порівняльна оцінка методів корекції панкреатичної гіпертензії при хронічному панкреатиті	381
Капшитарь А.В., Капшитарь А.А. Особенности методики лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии при различных конституциональных типах больных	384
Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С. Оцінка кровообігу при сучасних і традиційних методах лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок	386
Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Выбор способа холецистэктомии	390
Куцук Б.І., Чуба В.І., Прийма С.С., Кривецький О.Ф., Прийма О.Б., Парій Т.Б. Дуплексне обстеження і комбіноване оперативне лікування хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок	392
Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Стороженко О.В., Свириденко Н.П. Прогнозування перебігу загоєння гнійних ран	394
Литовченко В.А., Березка Н.И., Горячий Е.В., Аракелян А.Г., Кравченко А.С., Медушевский С.Б., Мишнев С.В. Использование шовных материалов с антибактериальными свойствами в лечении обширных первично инфицированных ран	399
Машкова Т.А., Неровный А.И. Методики эвакуации экссудата из лобной пазухи при фронтитах с учетом типа лобно-носового сообщения	402
Пархисенко Ю.А., Булынин В.В. Редкие методы устранения дисфагии в пластической хирургии пищевода	405
Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Петюнин А.Г., Гузь А.Г., Менкус Б.В. Пластические и реконструктивные операции передней стенки живота	407
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. Малоінвазивний спосіб лікування ліктоподібної деформації грудної клітки у дітей	409
Покидько М.І., Шевчук О.М., Терещенко Н.В. Досвід лапароскопічної профілактики та лікування червоного спайкоутворення	413
Притуляк С.Н., Киркилевский С.И. Значение шунтирующей пластики пищевода для улучшения качества жизни больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод	415
Рылов А.И. Селективная антибиотикотерапия в гипотермическом режиме тяжелой интраабдоминальной инфекции	419
Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Попович Я.М., Воронич В.М. Можливості реконструкційної хірургії при дистальних формах ураження стегново-підколінно-гомількового сегмента	422
Семенюк Ю.С., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Заяць О.Є. Симультантні оперативні втручання з приводу жовчокам'яної хвороби та гриж передньої черевної стінки	426
Сергійчук О.Л., Кривецький В.Ф., Петрушенко В.В., Шапринський В.О., Полянчук М.А., Озолін В.О., Поліщук В.І. Оцінка результатів діагностики та лікування ахалазії кардії	428
Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Поляруш В.В., Кривецька Н.В., Малик С.Л., Сидорчук Т.М. Наш погляд на організацію підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю "Загальна практика-сімейна медицина" на кафедрі медицини катастроф та військової медицини в нму ім. М.І. Пирогова	432
Фелештинський Я.П., Мамчич В.І., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А. Вибір способу алопластики при післяопераційних грижах живота	434
Черенок Є.П., Крижановський Я.Й. Петльовий шов tsuge та раннє функціональне навантаження при відновленні сухожилків згиначів пальців кисті	438
Шідловський О.В., Карел О.І., Бобко В.М., Стасів М.Я., Шідловський В.О. Результати склеротерапії кістозних вузлів щитоподібної залози 70% розчином етанолу	440
Шимон В.М., Пантьо В.І., Вайнагій О.М., Фенцик В.Л., Сливка Р.М., Чундак С.С., Шерегій А.А. Досвід вдосконалення вивчення курсу загальної хірургії	444
Юлдашев А. Выбор оперативного доступа в случае конверсии при лапароскопической холецистэктомии в зависимости от ее причины	447