

Инфекция *H. pylori* является идеальной моделью для изучения взаимодействия человека с бактериями. Дальнейшие исследования по выяснению роли *H. pylori* в возникновении экстрагастроудоденальных заболеваний продолжаются, что позволит на современном этапе более глубоко представить патогенез многих заболеваний и оптимизировать процессы лечения.

УДК 616.712-007.24-089.23

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Винник А. В.^{1,2}, Маринчик А. В.¹, Дивович Г. В.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Воронкообразная деформация грудной клетки является наиболее распространенным пороком развития передней грудной стенки у детей, который встречается с частотой 1:800, с преобладанием мужчин от 2:1 до 9:1 в различных исследованиях. При этой деформации грудина вогнута в направлении позвоночного столба с максимальным углублением, как правило, на уровне мечевидного отростка. В большинстве случаев искривление грудной клетки является генетической аномалией и возникает на фоне синдрома Марфана, аномалии остеогенеза, синдрома Тернера, синдрома Дауна, ахондроплазии. Генетические дефекты обусловлены непропорциональным развитием костной и хрящевой тканей, что вызывает развитие асимметрии ребер и грудины, проявляющуюся вогнутостью или выпуклостью грудной клетки. Иногда деформация грудной клетки является приобретенной и может развиваться на фоне таких заболеваний, как сколиоз, рахит, туберкулезная инфекция, сифилис костей и др. Помимо этого, в редких случаях, причиной деформации грудины могут являться механические травмы и повреждения. Учитывая данный аспект, воронкообразная деформация грудной клетки несет в себе не только физический компонент болезни, она является источником психоэмоциональных страданий пациентов, тем самым социально дезадаптируя их в обществе [1, 2].

Для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) традиционно осуществляли открытые оперативные вмешательства Палтия, Равича и др. Но вот уже больше 20 лет во всем мире «золотым стандартом» коррекции данной деформации является операция, предложенная D.Nuss. Суть метода заключается в малотравматичной миниинвазивной имплантации за грудину металлической пластины под торакоскопическим контролем, либо без него [2, 3].

Цель

Оценить эффективность методики D.Nuss при лечении воронкообразной деформации грудной клетки в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

На базе травматолого-ортопедического отделения У «ГОДКБ» выполнено 4 оперативных вмешательства по методике D.Nuss с торакоскопической видеоассистенцией. Все пациенты при поступлении в отделение обследованы рентгенологически в прямой и боковой проекции, всем выполнена компьютерная томография (КТ) грудной клетки, по которой рассчитан индекс Халлера. Данный показатель у всех пациентов составлял выше 3,25 при норме 2,5. Из 4 пациентов: 3 мальчика и 1 девочка. Возраст пациентов составлял 14–15 лет.

Видеоторакоскопическая поддержка осуществлялась на оборудовании фирмы Karl Storz с применением стандартной оптики. Оперативное лечение выполнялось из 2 небольших кожных разрезов по средне-подмышечным линиям, пластина проводилась на уровне вершины деформации. Следствием поворота пластины являлся подъем грудины и исправление деформации, фиксация пластины производилась перикостальными швами, с целью избежания миграции, ротации и дислокации пластины. После ушивания ран производилась контрольная рентгенограмма с целью исключения пневмоторакса и проверки положения пластины.

Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период в течение 2 суток в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии с адекватной анальгезией, с последующим переводом в травматолого-ортопедическое отделение, протекал без значимых осложнений. У 1 пациента в раннем послеоперационном периоде развился пристеночный пневмоторакс. Все пациенты активизированы на 2 сутки, болевой синдром купирован к 5–7 суткам, раны зажили первичным натяжением, деформация грудной клетки исправлена в полном объеме. Выписаны на 7–10 сутки.

Всем пациентам через 3 месяца выполнены контрольные рентгенограммы органов грудной клетки — миграции, ротации и дислокации пластин не выявлено. Выполнено КТ грудной клетки — индекс Халлера у всех пациентов от 2,50 до 2,54. Все дети перестали испытывать эстетический и психоэмоциональный дискомфорт в социальной среде и удовлетворены результатом лечения.

Клинические примеры представлены на рисунках 1, 2.



Рисунок 1 — Результат коррекции ВДГК у юноши

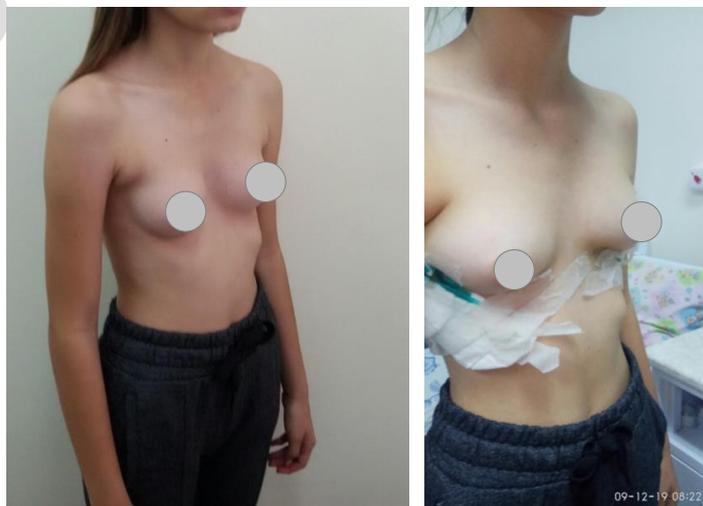


Рисунок 2 — Результат коррекции ВДГК у девочки

Выводы

1. Методика малоинвазивной коррекции ВДГК с помощью пластин является эффективным и безопасным методом хирургического лечения.
2. Видеоторакоскопическая поддержка позволяет минимизировать риск интраоперационных осложнений и уменьшить длительность оперативного вмешательства.
3. Малоинвазивность, отсутствие кровопотери, малое время операции, ранняя активизация пациентов позволяет оптимизировать показатель «койко-день» до 7–10 суток (включая отделение реанимации), уменьшая таким образом бюджетные расходы на стационарное пребывание пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Nuss, D.* Indication of pectus repair. *Pediatric Chest Wall Deformities Concepts and Conformities*; Adobe connect 2010.
2. *Pavlov, A. A.* Repair of pectus excavatum by Nuss procedure. 2005: 28–65 (in Russian).
3. Комплексный подход к коррекции воронкообразной деформации грудной клетки *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* / Р. Т. Адамян [и др.]. — 2017. — № 3. — С. 40–57.

УДК 616.586-007.56/.58-089.23-053.2

КОРРЕКЦИИ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ ПО EVANS

Вислоух С. В.¹, Дивович Г. В.^{1,2}, Маринчик А. В.¹, Довгяло Е. А.¹

¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что плоско-вальгусная (эквино-плоско-вальгусная) деформация стоп является наиболее частым нарушением у детей с нейроортопедической патологией, носит прогрессирующий характер и часто приводит к ограничению возможности самостоятельного передвижения, затруднению использования обуви. На сегодняшний день детям с плоско-вальгусной деформацией стоп предлагаются различные варианты сухожильно-мышечных пластик, остеотомий, стабилизирующих операций на костях стопы. Однако не всегда удается получить желаемый результат в отдаленном периоде наблюдения. При лечении плоско-вальгусной деформации стоп считается, что стратегически следует достичь эффекта стабильности опоры, следовательно, наиболее эффективными будут операции на скелете стопы, одной из которых является корригирующая остеотомия пяточной кости по Dillwyn Evans, которая была предложена в 1975 году [1]. Выполнение реконструктивных вмешательств позволяет улучшить многие параметры, как статического ортопедического статуса, так и показателей походки, что, в целом, повышает функциональные возможности ребенка [2].

Цель

Представить результаты оперативного лечения эквино-плоско-вальгусной деформации стоп у детей с нейроортопедической патологией, которым выполнено стабилизирующее вмешательство — остеотомия пяточной кости по Evans.

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании изучены результаты оперативного лечения 16 детей в возрасте от 8 до 15 лет, проходивших лечение в травматолого-ортопедическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы в период с 01.10.2018 г. по