

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

01.12.2019 г., которым проведена корригирующая остеотомия пяточной кости по Evans. Девочек было 10 (62,5 %), мальчиков — 6 (37,5 %). Детей с различными формами ДЦП было 13 (81,25 %), со спинномозговым инсультом — 3 (18,75 %).

11 пациентам с плоско-вальгусной деформацией выполнена коррекция по Evans, которая заключается в поперечной остеотомии пяточной кости на уровне шейки, затем выполняется дистракция отломков и трансплантация в зону дефекта алло- или ауто трансплантата, который удлиняет опорную часть стопы и создает стабильность в ней (рисунок 1).

5 пациентам с эквино-плоско-вальгусной деформацией, в дополнение к операции по Evans, выполнена ахиллотомия по Байеру. Результаты оценивались по клиническим (стабильность, походка, опороспособность нижних конечностей, свод стопы, степень позиционной контрактуры суставов) и рентгенологическим (угол таранно-пяточной дивергенции в прямой проекции, угол таранно-пяточной дивергенции в боковой проекции, угол наклона пяточной кости, таранно-плюсневый угол) показателям [3].



Рисунок 1 — Схема операции по Evans

Результаты исследования и их обсуждение

Изучены следующие показатели: угол таранно-пяточной дивергенции в прямой проекции, который до операции составил — $35^\circ \pm 2$; через 6 месяцев, после контрольных рентгенограмм — $14^\circ \pm 1$; угол таранно-пяточной дивергенции в боковой проекции (до операции — $25^\circ \pm 3$, через 6 месяцев — $23^\circ \pm 2$); угол наклона пяточной кости (до операции — $11^\circ \pm 1$, через 6 месяцев — $20^\circ \pm 2$); таранно-плюсневый угол (деформация линии Shade) (до операции — $5^\circ \pm 1$, через 6 месяцев — $7^\circ \pm 2$); таранно-II плюсневый угол в прямой проекции (до операции — $24^\circ \pm 2$, через 6 месяцев — $7^\circ \pm 1$), (рисунок 2).

До операции

Через 6 месяцев



Рисунок 2 — Рентгенография стоп при нагрузке до операции (в боковой и прямой проекциях) и через 6 месяцев после лечения.

Показан угол таранно-ладьевидной дивергенции (1) и таранно-плюсневый угол (2)

У всех пациентов достигнута сращение пяточной кости с удлинением и стабилизацией опоры, так же полностью устранен вальгусный компонент деформации. У детей, с элементом высокого стояния пятки, устранен эквинус и достигнута коррекция высоты продольного свода от 50 до 70 %, то есть плоскостопие из 3-й ст. исправлено до 1–2-й ст. Всем детям после операции проведены курсы реабилитации. При контрольных осмотрах 1 раз в 3 месяца после реконструктивного вмешательства, констатировалось исправление деформаций стоп, устранение контрактуры суставов стоп, улучшено и достигнуто активное разгибание в коленных суставах, улучшена походка и опороспособность нижних конечностей. Рентгенологическая оценка после оперативного вмешательства улучшена.

Выводы

1. Результаты клинического наблюдения наглядно отражают, что для коррекции плоско-вальгусной деформации стоп у детей с нейроортопедической патологией, эффективной и результативной является корригирующая остеотомия пяточной кости по Evans.

2. Операция по Evans при эквино-плоско-вальгусной деформации стоп, в сочетании с послеоперационным ведением и комплексным ранним восстановительным лечением, способствует достижению стойкой стабилизирующей опорно-рессорной функции стоп, что особенно важно для детей с неврологической патологией, для которых после лечения значительно повышаются возможности для адаптации в социуме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биомеханика и коррекция дисфункций стоп: монография / М. Дерлятка [и др.]: под науч. ред. А. И. Свириденка, В. В. Лашковского. — Гродно: ГрГУ, 2009. — 279 с.
2. Корж, Н. А. Структурно-функциональные особенности стопы как органа опоры и передвижения / Н. А. Корж, Д. А. Яременко // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2003. — № 3. — С. 36–41.
3. Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им Г. А. Илизарова. — 2016. — № 3.

УДК 616-053.32-097:577.213.32]-07

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА TREC/KREC У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОЙ GESTАЦИОННОЙ ЗРЕЛОСТИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Гнедько Т. В.¹, Остроушко Д. В.¹, Полякова Е. А.², Берестень С. А.¹

¹Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр “Мать и дитя”»,
г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
детской онкологии, гематологии и иммунологии»
пос. Лесное, Республика Беларусь

Введение

Первичные иммунодефицитные состояния (ПИД) могут быть обнаружены с помощью определения кольцевых структур ДНК T- и В-клеточного рецептора (TREC и KREC), образующихся при реаранжировке T- и В-клеточного рецепторов лимфоцитов и содержащих определенные константные последовательности нуклеотидов, в сухом пятне крови на карте Гатри методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени. Средний возраст постановки диагноза первичного иммунодефицита при отсутствии скрининга колеблется в разных странах от одного дня до 583 дней жизни, составляя в среднем 138,5 дней (4,2 месяца) [1]. T-рецепторные эксцизионные кольца (T-cell receptor excision circle, TREC) — структуры, формирующиеся во время созревания T-лимфоцитов на этапе