

Мета. Аналіз методів та результатів лікування дітей з гострою інвагінацією кишечника та визначення місця лапароскопії в лікуванні даної патології.

Методи дослідження. Аналіз лікування 909 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Всі діти знаходилися на лікуванні в дитячій обласній клініці м.Дніпропетровська. В минулому у 506 дітей успішно проведена класична дезінвагінація повітрям, 70 дітей були оперовані шляхом лапаротомії, що складає 12,2% (48 хлопчиків і 22 дівчинки). У 22 (31,4%) – кишка визнана не життєздатна і була проведена резекція кишки. У 48 дітей (68,6%) проведена успішна оперативна дезінвагінація. З 2008р. в клініці використовується метод лапароскопії в лікуванні дітей з гострою інвагінацією кишечника.

Результати та їх обговорювання. За останні 10 років на лікуванні знаходилось 333 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Для діагностики використовували метод діагностичної пневмоколонографії та сонографії. Консервативна дезінвагінація була ефективна у 264 дітей, що складає 79%. У решти 69 дітей, що складає 21% від загальної кількості госпіталізованих, після безуспішного консервативного лікування проводилась повторна спроба консервативного розправлення інвагіната в операційній під контролем лапароскопа або лапароскопічно–асистована дезінвагінація кишечника. В результаті з 69 дітей у 47 (68%) випадках після розправлення кишечника визнаний життєздатним і на цьому етапі лікування закінчувалося. У 13 (18,8%) випадках візуально були виявлені некротичні зміни в стінці кишечника, що був розправлений, чи в щільному інвагінаті. У 9 (13%) випадках причиною інвагінації був дивертикул Меккеля. У всіх цих 22 випадках, що потребували резекції кишечника, проводилася лапароскопічно–асистована резекція дивертикула Меккеля або нежиттєздатної кишки з накладенням кишкового анастомозу шляхом мінілапаротомії.

Висновки:

1. Гостра інвагінація кишечника залишається найчастішим видом кишкової непрохідності у дітей.
2. Основний метод лікування інвагінації кишечника – консервативний. Протипоказанням до консервативної дезінвагінації є: перитоніт, виражена кишкова непрохідність, шок.
3. Терміни надходження хворого не впливають на тактику лікування хворого.
4. У випадках неефективності класичної консервативної дезінвагінації, повторна спроба з лапароскопічним контролем або лапароскопічно–асистоване розправлення інвагінату, що дозволяє досягти хороших результатів при значному зменшенні операційної травми.

Корекція лійкоподібної деформації грудної клітки у дітей

В. А. Дігтяр, М. О. Камінська, О. І. Мохов, С. В. Коваль, Л. М. Харитонюк

Дніпропетровська медична академія,

Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Вступ. Лійкоподібна деформація, є найбільш частою вадою розвитку грудної клітини, яка становить 91% всіх вроджених деформацій грудної клітини за даними різних авторів.

Характерною особливістю лійкоподібною деформації грудної клітини (ЛДГК) є схильність до прогресування, яка тісно пов'язана з ростом і віком дитини. Подальший розвиток деформації призводить до більш виражених порушень функції легень, зміщення та ротації серця, що в результаті проявляється декомпенсацією серцево–судинної і дихальної систем.

Загально визнано оперативне лікування ЛДГК, оскільки консервативне – не ефективно. Запропоновано більше 80 різних варіантів хірургічного втручання та їх модифікацій для корекції ЛДГК, але високий відсоток незадовільних результатів – до 41,7% свідчать про актуальність та невирішеність проблеми в цілому і вказують на необхідність її подальшого дослідження.

Мета роботи – порівняльна характеристика використання ретростернального та торокоскопічного контролю проведення металевих конструкцій при торакопластиці (ЛДГК) за методикою D.Nuss.

Об'єкт и методи дослідження. Під нашим спостереженням і лікуванням перебувала 50 дитини з ЛДГК у віці від 4 до 17 років. Хлопчиків було 42 (84%), дівчат 8 (16%). У всіх пацієнтів ЛДГК проявлялася з раннього віку. Дітей прооперовано частіше у віці від 9 до 15 років. Найбільший темп прогресування припадав на пубертатний період. З симетричною формою деформації було 33 (66%) пацієнтів, асиметричною – 10 (20%), плоско лійкоподібною – 7 (14%). Деформації грудної клітки II ступеня встановлено у 18 (36%) дітей, а III ступеня – 32 (64%). Різноманітні за структурою і тяжкості деформації хребта в сагітальній та фронтальній площині відмічені у 38 (76%) дітей.

Усім пацієнтам проведено торакопластику з використанням пластини з титану. У 18 випадках застосували торакопластику за методом D.Nuss під контролем торакоскопа, у 32 – виконували додатковий розріз в ділянці мечоподібного відростка, та у 5 випадках оперативне втручання включало остеотомію грудини та хондротомію ребр.

Результати та їх обговорення. Результати торакопластики за методом D. Nuss були простежені у 50 пацієнтів. Оцінювали результати за наступними критеріями: добрий (деформація повністю усунена, антропометричні показники відповідають віку, косметичний результат влаштовує хворого, функціональні дослідження не виявляють відхилень від норми); задовільний (частковий рецидив деформації, індекс Гіжіцької не менше 0,7 або викривлення реберних дуг, скарги на косметичний дефект або відсутні, або мінімальні, функціональні показники в нормі); незадовільний (повний рецидив деформації, скарги на косметичний дефект). У спостережуваної групі пацієнтів добрі результати отримані у 43 (86%) випадках, задовільні у 6 (12%) , незадовільні 1 (2%).

Висновки. Хірургічна корекція лійкоподібною деформації грудної клітки за допомогою ретростернальних металевих фіксаторів перспективний напрямок торакопластики і має переваги в порівнянні з резекційними методиками, а саме мініінвазивність та добрий косметичний результат. Торакоскопічне супроводження це позитивний момент як для пацієнта, так і для хірурга. А саме: 1. Повна візуалізація, та можливість виключно екстраплеврального проведення металевих конструкцій, контроль їх стояння та корекції деформації; 2. Відсутня необхідність в хірургічному доступі для ретростернального контролю проведення металевого провідника та фіксатора; 3. В цілому, це підвищення безпечності хірургічного втручання, значне зниження його травматичності та терміну виконання.