

Визначення етапів реабілітації хворих котрі перенесли метаепіфізарний остеомієліт

В. А. Дігтяр, Д. М. Лук'яненко, М. О. Камінська, М. В. Савенко,
О. Г. Садовенко

Дніпропетровська медична академія

Вступ. Хірурги і ортопеди, проводячи лікувальні та реабілітаційні заходи хворим на метаепіфізарний остеомієліт (МЕО) здебільшого мають за мету допомогти цим хворим тільки в фізичному одужанні, у той час, коли вони не меншою мірою потребують соціально–психологічної реабілітації. Вирішення цих задач має велике медико–соціальне значення

Мета. Мета дослідження полягає у визначенні обсягу методів медичної реабілітації цього контингенту хворих.

Методика дослідження. Дослідження проводилось методом анкетування за спеціально розробленою анкетною. До анкети були включені питання, котрі охоплювали соціально–психологічний та фізичний стан хворих, що перенесли захворювання. Ми звернулися до контингенту осіб (53 респонденти), які перебували на лікуванні до 20 років тому з вираженими ускладненнями та наслідками метаепіфізарного остеомієліту.

Результати та їх обговорення. Проведену реабілітацію в дитячому віці й пізніше респонденти оцінили як недостатню. Із них 28 (52,8%) осіб взагалі ніякого лікування після виписки зі стаціонару в поліклініці не отримували, стаціонарне лікування проводилось тільки 11 (20,8%) респондентам, санаторно–курортне лікування отримували лише 13 (24,5%) осіб.

На головне питання анкети – як захворювання вплинуло на реалізацію життєвих планів, 8 (15,1%) респондентів відповіли, що остеомієліт перекреслив усі життєві плани. Такий висновок дещо частіше робили пацієнти чоловічої статі – 18,2% проти 10% жіночої ($p > 0,05$).

З урахуванням результатів дослідження, у теперішній час усім дітям, які надходять до клініки з діагнозом метаепіфізарний остеомієліт, проводиться комплексне лікування. Хворий проходить курс стаціонарного лікування, після чого в умовах поліклініки виконується загальнозміцнююча терапія та динамічне спостереження до 2 місяців. Потім, оцінюється патологічний процес у кістці, проводиться корекція імобілізації, при необхідності – протирецидивне лікування. Через 4–6 місяців після купірування гострого процесу або пізніше, практично усім дітям у залежності від віку (з настанням трьох років) ми рекомендуємо проводити лікування в санаторіях кістково–суглобового профілю. Головними показаннями до санаторно–курортного лікування ми вважаємо порушення кісткової структури, котре призводить до ортопедичних ускладнень та наслідків, спричиняючих інвалідизацію. Протягом 2 років дитина перебуває під наглядом дитячого хірурга та ортопеда поліклініки. Одужання пацієнта оцінюється не тільки по відновленню форми та функції кінцівок, загальному стану, але, найголовніше – по відновленню структури кістки. Нагляд за пацієнтом, лікування ймовірних наслідків захворювання надалі повинен проводити ортопед–травматолог. Робота психолога проводиться з дітьми, у котрих виникли ортопедичні наслідки МЕО, що дозволяє підготувати дитину до життя та праці з урахуванням цих наслідків.

Висновки. Виходячи з вище переліченого обґрунтованими є наступні етапи реабілітації у дітей з МЕО: лікування МЕО в гострому періоді та диспансерне спостереження у

хірурга та ортопеда протягом 2–х років (реабілітація); відновлення структури і функцій ураженого сегменту кінцівки протягом росту пацієнта (диспансерне спостереження і корекція у ортопеда); корекція наслідків перенесеного МЕО, котра внаслідок тяжких вад пов'язана насамперед з корекцією психологічного стану, що дозволить адаптуватися хворим в суспільстві (протягом життя у ортопеда та психолога).

Малоінвазивна корекція кілеподібної деформації грудної клітки у дітей

В. А. Дігтяр, Д. І. Шульга, М. О. Камінська, О. І. Мохов

Дніпропетровська медична академія,
Криворізька міська клінічна лікарня № 8,
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Вступ. Кілеподібна деформація грудної клітки (КДГК) – це важка вада розвитку, що характеризується вираженими косметичним дефектом. У вітчизняній і зарубіжній літературі відзначається великий відсоток добрих результатів корекції цієї патології відкритим способом, проте усі види операцій дуже травматичні, припускають широкий операційний доступ, включають маніпуляції на кістково–хрящовій і м'язових тканинах грудної клітки, при цьому є високий ризик розвитку ускладнень в інтра- і післяопераційному періодах. У зв'язку з цим залишається актуальною необхідність розробки нових малоінвазивних методів оперативної корекції цієї вади розвитку грудної клітини, коли при мінімальній травмі шкірного покриву і грудинно–реберного комплексу усувається деформація з урахуванням естетичних вимог пацієнта.

Мета роботи – провести аналіз результатів хірургічного лікування КДГК у дітей з використанням малоінвазивної передньої торакопластики.

Об'єкт и методи дослідження. На базі КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» проведено оперативне лікування 35 дітей з КДГК II та III ступеню в стадії компенсації та субкомпенсації. Хлопчиків було 32 (91,4%), дівчаток 3 (8,6%). За класифікацією В.Б. Шаміка (2003) грудинно–реберний I тип трапляється у 15 дітей (42,85%), реберно–грудинний II тип у 20 дітей (57,15%). За формою деформації частіше зустрічалась еліпсова та кругла. Признаки дисплазії сполученої тканини виявлені у всіх пацієнтів. Це проявлялось у вигляді деформації хребта (сколіоз або кіфоз), плоскостопість, малих аномалій розвитку серця, гіпоплазії легеневої тканини. Більшість дітей прооперовано у віці від 11 до 18 років, коли деформація грудної клітки мала найбільш виражені прояви. Прогресування деформації грудної клітки припадало на пубертатний період. Усім дітям виконувалось комплексне обстеження за загально прийнятною методикою. Оперативне за способом малоінвазивної передньої торакопластики з використанням титанової пластини. Спосіб полягає в усуненні КДГК шляхом компресії титанової пластини в ділянках деформації передньої стінки грудної клітки, пластину проводять субфасціалью нагрудинно–реберно через попередньо сформований тунель із двох розрізів в передне–аксілярних ділянках з обох боків.

Результати, їх обговорення. У пацієнтів, оперованих за даною методикою, переливання еритроцитарної маси і препаратів крові не виконувалось. Середня тривалість оперативного втручання складала від 60 до 100 хв. Знеболювання наркотичними анальгетиками не проводилося. Застосували епідуральну анестезію, що дало можливість пе-