

длительность пребывания в стационаре, способствует раннему формированию адекватной позы и ходьбы. При выраженных эквинусных деформациях (трицепс-тест $110-115^\circ$) применялась операция Страйера. Однако она при слабости камбаловидной мышцы может приводить к формированию недостаточности трехглавой мышцы голени, проявляющейся походкой с согнутыми коленями. В случае контрагирования как икроножной, так и камбаловидной мышц считаем показанной ахиллопластику – при нерезко выраженной деформации (трицепс-тест – $90-115^\circ$) – по Ноке, при более грубой деформации – по Байеру или Вульпиусу.

В последующем, особенно у детей с выраженной недостаточностью камбаловидной мышцы, целесообразно использование ортезов и ортопедической обуви.

Подобный дифференцированный индивидуальный подход к выбору метода хирургического лечения эквинусной деформации стоп позволяет в большинстве случаев избежать осложнений. Неудовлетворительные результаты в виде рецидива деформации и пяточных стоп составили 0,7% и были обусловлены недооценкой первичной врожденной слабости камбаловидной мышцы, тяжести неврологического статуса и последующим неверным выбором тактики и метода оперативного лечения.

Таким образом, учет характера деформаций нижних конечностей и тяжести неврологического статуса, выбор оптимальной хирургической тактики позволяют получить стабильные результаты лечения и снизить степень инвалидизации у детей с ДЦП.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*П.Я. Фищенко, А.В. Виноградов, Е.Г. Сологубов, В.Г. Босых
МОНИКИ, Детская психоневрологическая больница № 18, г. Москва*

Проблемой врожденных деформаций грудной клетки у детей хирурги занимаются многие десятилетия. За это время предложено в общей сложности более 100 различных радикальных и паллиативных операций, разработано множество конструкций для фиксации грудинореберного комплекса в физиологически правильном положении [1, 2, 3, 7, 8, 9]. Но, тем не менее, до настоящего времени не существует универсальной системы для выбора оптимального метода лечения с учетом вида деформации, возраста больного и сопутствующей патологии. В клиниках чаще всего применяются один-два способа хирургической коррекции с незначительными вариациями [4, 5, 6, 10, 11]. Основные недостатки большинства существующих на сегодняшний день методик – большая травматичность и отсутствие косметического подхода. Дети тяжело переносят операцию и послеоперационный период, а сроки реабилитации больных затягиваются на многие месяцы. После оперативных вмешательств на коже остаются грубые протяженные рубцы, которые значительно ухудшают косметический результат лечения.

Деформации грудной клетки у детей вызывают функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Косметические недостатки приводят к развитию тяжелых психических расстройств: дети становятся замкнутыми, сторонятся сверстников, что отрицательно сказывается на гармоничном развитии детского организма и социальной адаптации больных.

Несмотря на распространенность данной патологии, на сегодняшний день не существует единой схемы организации медицинской помощи и амбулаторного наблюдения за детьми с деформациями грудной клетки, не определены методики консервативного лечения и послеоперационной реабилитации этой группы больных.

Нами разработана система обследования, хирургического лечения и реабилитации детей с врожденными деформациями грудной клетки с учетом индивидуальных особенностей больных и видов деформаций. Предложены новые методики оперативного лечения, учитывающие возрастные анатомо-физиологические особенности детского организма. Установлены сроки фиксации грудинореберного комплекса после операции.

Больным проводились различные методы исследования: клинический (анамнез, психологическое тестирование, сбор анализов), рентгенологический (рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях, компьютерная томография), ультразвуковой (исследовалась регенерация реберных хрящей после операции). Кроме того, проводилось исследование функции внешнего дыхания, электрокардиография и эхокардиография.

Нами предложены два способа хирургической коррекции воронкообразных деформаций грудной клетки у детей: стернохондродистракция и перекрестная транспозиция реберных дуг.

Показаниями к **стернохондродистракции** служат воронкообразные деформации грудной клетки II-IV степени у детей в возрасте от 3 до 18 лет. Из двух небольших (около 4 см) кожных разрезов на боковых поверхностях грудной клетки в проекции 5-6-го межреберья (рис. 1,а) тупым способом формировали загрудинный тоннель, через который с помощью лавсановых нитей проводили S-образно изогнутую титановую пластину (рис. 1,б). Грудину на изгибе пластины поднимали в нормальное положение (рис. 1,в). Край пластины загибали по форме грудной клетки и фиксировали к подлежащим ребрам узловыми лавсановыми швами (рис. 1,г). Через отдельные разрезы у края операционных ран вдоль пластины устанавливали дренажные трубки, подключенные к системе активной аспирации.

На данный способ лечения деформации грудной клетки у детей подана заявка на патент (приоритетная справка № 2002102469). По предложенной методике оперировано 19 детей в возрасте от 3 до 16 лет. Продолжительность операции составляет около 1 часа. Кровопотеря незначительная, послеоперационный период протекает гладко. У большинства детей получены хорошие результаты. Рецидив деформации отмечен у одного больного, незначительные искривления реберных дуг – у двоих.

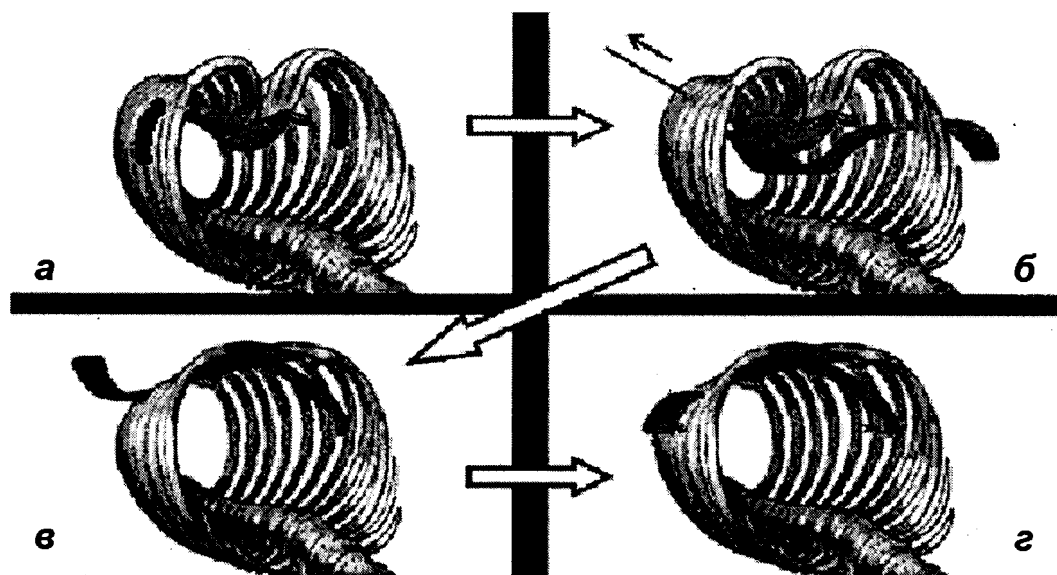


Рис.1. Схема операции стернохондродистракции:
а – вид грудной клетки до операции и линии разрезов кожи; б – проведение пластины за грудиной; в – исправление деформации грудной клетки; г – фиксация пластины.

Для второго способа хирургической коррекции деформаций грудной клетки – **перекрестной транспозиции реберных дуг** показаниями были врожденные и приобретенные воронкообразные деформации нижней трети грудины и реберных дуг I и II степени и изолированные западения реберных дуг. Противопоказания – возраст пациентов до 13 лет и наличие признаков прогрессирования деформации.

Техника вмешательства заключается в субмаммарном разрезе кожи протяженностью от 7 до 10 см через центр деформации, отсечении от грудины реберных дуг (рис 2,а и 2,б), фиксации их крест-накрест к передней поверхности запавшей нижней трети грудины (рис. 2,в и 2,г).

По данному способу оперировано 9 детей. Сроки наблюдения – до 4 лет. Ни у одного ребенка не было осложнений и рецидивов. Дети хорошо перенесли операцию и послеоперационный период.

У 8 пациентов получены хорошие результаты, сформирован функционально и косметически полноценный каркас грудной клетки, деформация полностью устранена. У одного больного отмечалось незначительное искривление правой реберной дуги, но, учитывая отсутствие жалоб ребенка, от коррекции было решено воздержаться.

На способ получен патент № 2156113.

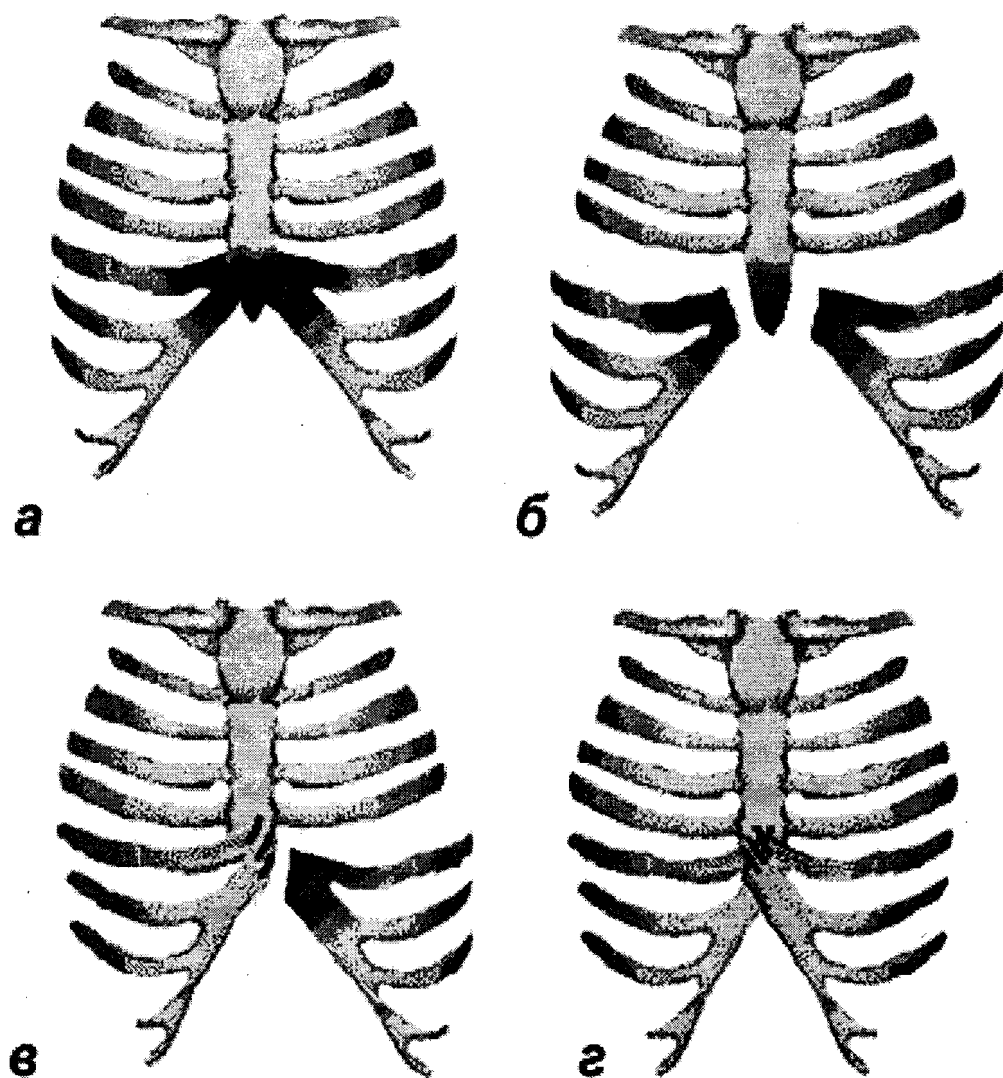


Рис. 2. Схема операции перекрестной транспозиции реберных дуг:
а – вид грудной клетки до операции; б – отсечение реберных дуг и мечевидного отростка; в – фиксация правой реберной дуги; г – фиксация левой реберной дуги.

Исправление килевидных деформаций грудной клетки выполняли без применения дополнительных фиксирующих устройств. Производили субмаммарный разрез, иссекали деформированные реберные хрящи с сохранением надхрящницы, отсекали реберные дуги от грудины и укорачивали их. Выполняли одну или две (в зависимости от вида деформации) поперечные клиновидные стернотомии. Грудину выпрямляли и фиксировали в корригированном положении, подшивая к ней укороченные реберные дуги (рис. 3).

По данной методике оперировано 35 больных с хорошими ближайшими и отдаленными послеоперационными результатами.

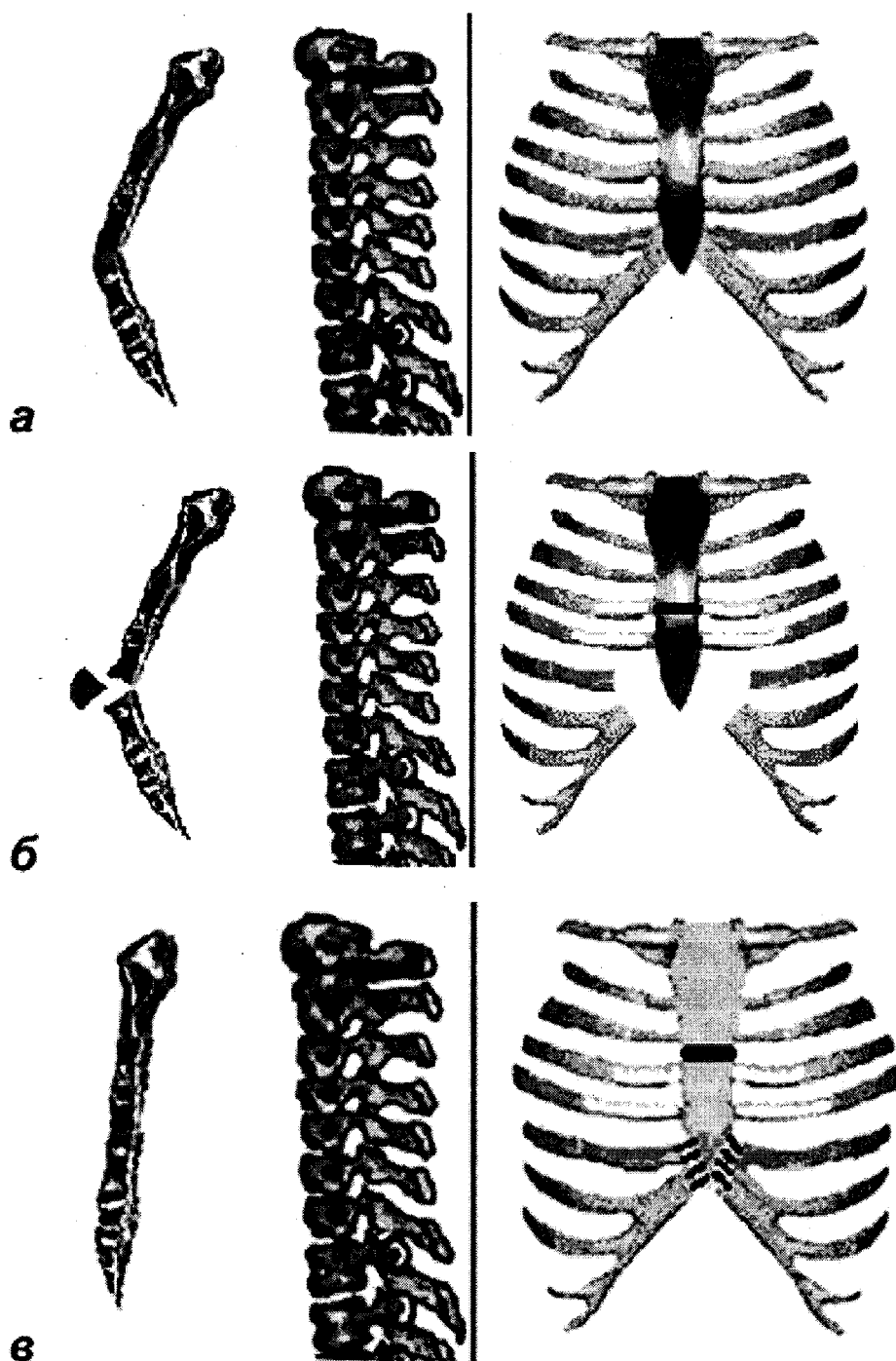


Рис. 3. Схема операции при килевидной деформации грудной клетки:
а – вид грудной клетки до операции; б – клиновидная стернотомия, резекция реберных хрящей, отсечение и укорочение реберных дуг; в – фиксация реберных дуг, выпрямление грудины.

В заключение необходимо отметить следующее.

1. Оперативное лечение носит как функциональный, так и косметический характер.
2. Применение малотравматичных операций улучшает результаты лечения, уменьшает количество осложнений и ускоряет период реабилитации.

3. Послеоперационный период у больных с фиксирующими устройствами должен длиться не менее 1 года до полного восстановления костно-хрящевых структур.
4. При корригирующих операциях грудной клетки предпочтительно использование внутренних фиксаторов, которые способствуют ведению ребенком достаточно активного образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафаров Х.З., Плаксейчук Ю.А., Плаксейчук А.Ю. Лечение врожденных деформаций грудной клетки. – Казань, 1996. – 142 с.
2. Исаков Ю.Ф., Гераськин В.И., Рудаков С.С. и др. // Хирургия. – 1980. – № 3. – С. 99-103.
3. Кондрашин Н.И. // Ортопед., травматол. – 1983. – № 3. – С. 29-33.
4. Тимошенко В.А. Хаспеков Д.В. // Хирургия. – 1990. – № 8. – С. 122-123.
5. Fonkalsrud E.W., Bustorff S.J. // Am. J. Surg. – 1999. – V. 177, № 2. – P. 121-124
6. Hirayama T. et al. // Ann. Plast. Surg. – 1985. – V. 14, № 3. – P. 213-223.
7. Nuss D., Kelly R.E. Jr, Croitoru D.P., Katz M.E. // J. Pediatr. Surg. – 1998. – V. 33, № 4. – P. 545-552.
8. Paltia V., Sulamaa M. // Acta. Chir. Scand. – 1958/1959. – V. 116, № 2. – P. 90-98.
9. Ravitch M.M. // Proc. Pediatr. Surg. – 1971. – № 3. – P.1-12.
10. Rehbein F. // Kinderärztl. Prax. – 1955. – H. 23. – S. 126.
11. Wada J. // Ann. Thorac. Surg. – 1970. – № 10. – P. 526.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

*В.Г. Цуман, А.Е. Машков, А.Е. Наливкин, В.И. Щербина,
Н.В. Синенкова, И.В. Троянский*
МОНИКИ

Данные литературы и наши наблюдения показывают рост числа заболеваний острым панкреатитом (ОП) как у взрослых, так и у детей. Если в начале 50-х годов больные с острым панкреатитом составляли 0,83% среди всех больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, то к концу 70-х годов этот показатель составлял уже 4-4,8% [2]. За эти же годы число детей с ОП в хирургических стационарах увеличилось с 0,4 до 1%, в 90-е годы удельный вес таких больных доходил уже до 15% [1, 4].

Несмотря на общий рост числа заболеваний ОП взрослых и детей, а также на некоторые общие закономерности, ведущие к возникновению этого заболевания, у детей имеются свои особенности, связанные с этиопатогенезом, характером питания, более частыми вирусными заболеваниями, инфицированием желчных путей и другими причинами. Вместе с тем, на клинике острого панкреатита у детей сказывается сам детский возраст: невозможность охарактеризовать первые симптомы заболевания в ранние сроки, с одной стороны, а с другой – более благоприятные условия кровоснабжения поджелудочной железы и более выраженная способность к репарации поврежденных тканей, что положительно сказывается на исходах заболевания. Тем не менее, ОП у детей нередко переходит в деструктивную фазу, по нашим данным [5], – в 25-30% наблюдений.