

ЭТАПЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Новоселова М.М.

*Кировская ГМА Росздрава,
Кафедра хирургических болезней
детского возраста*

*Научный руководитель - доц. М.П.Разин
Зав.кафедрой - доц. В.Н.Галкин*

Вопросы лечения воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей по-прежнему остаются актуальными для детской ортопедии, что связано с большой распространенностью патологии, возможными осложнениями хирургического лечения и большим вариационным рядом возможных оперативных пособий. До 1985 года дети с данной патологией лечились в нашей клинике оперативно. Им выполнялись операции стабилизации грудино-реберного комплекса с помощью гвоздя Богданова или лавсановой нити, проведенных за грудиной и транссосально. Анализ собственного и литературного материала показал недостаточную эффективность данных методик. За период с 1985 по 1997 г. в детской хирургической клинике Кировской ГМА нами было прооперировано 32 ребенка в возрасте от 3 до 15 лет, из них мальчиков 22, девочек - 10. В возрасте до 5 лет - 6, от 5 до 10 лет - 11, старше 10 лет - 15 больных. ВДГК II степени была диагностирована у 17 и III степени - у 15 детей. Течение порока было осложненным у 9 больных (в порядке убывания: синдром Марфана, сколиоз, бронхоэктатическая болезнь), поэтому всем 32 больным была выполнена торакотомия с мобилизацией грудино-реберного комплекса, резекцией деформированных реберных хрящей и стернотомией с последующей фиксацией грудино-реберного комплекса на шине Маршева. Отдаленные результаты оперативного лечения были прослежены в сроки от 2 до 6 лет. В 25 случаях они были признаны хорошими (ВДГК скорректирована полностью, косметический результат устраивает родителей и пациента), в 2 случаях - удовлетворитель-

ными (гиперкоррекция грудины) и в 5 случаях - неудовлетворительными (рецидив и прогрессирование ВДГК). Средний койко-день составил 28,1. Количество хороших результатов при данном способе оперативного лечения (в 78%) была признана нами недостаточной. За период с 1998 по 2003 г. в нашей клинике было прооперировано 25 больных (16 мальчиков и 9 девочек) с ВДГК методом металлоторакопластики с фиксацией грудино-реберного комплекса имплантированной титановой пластиной, которая удалялась на сроке 12-18 месяцев после оперативного вмешательства. Из них в возрасте до 5 лет - 1 ребенок, от 5 до 10 лет - 9, старше 10 лет - 15 больных. ВДГК II степени была диагностирована у 10 больных, III степени - у 13, IV степени - у 2 детей. Течение порока было осложнено у двух человек пневмотораксом, у двух - синдромом Марфана. Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 2 до 6 лет. В 24 случаях они были признаны хорошими, и лишь у одного ребенка развился рецидив деформации. Это было связано с отторжением металлической пластины через 4 месяца после операции. Т.е. эффективность данного способа коррекции патологии составила 96%. Средний койко-день составил 10,0. Начиная с 2004 г. нами не наблюдалось больных с выраженными степенями ВДГК. Этот факт вкупе со стремлением к минимизации инвазивности оперативного пособия подтолкнул нас к выполнению коррекции ВДГК по методу Насса. За период 2004 - 2006 г. торакопластика по Нассу была выполнена 11 больным в возрасте 6-8 лет. Средний койко-день равнялся 8,6. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, все дети были обследованы через один год после хирургического лечения: коррекция деформации признана полной, а результаты - хорошими. На основании изложенных результатов собственных исследований можно сделать следующие выводы: 1) ВДГК - частая патология в детской практике, 2) оптимальным сроком для оперативной коррекции патологии является возраст 6-7 лет, 3) метод металлоторакопластики у детей с ВДГК более предпочтителен клинически и экономически по сравнению с фиксацией грудино-реберного комплекса на шине Маршева, 4) операция Насса хорошо зарекомендовала себя при малых степенях выраженности ВДГК и должна прочно войти в арсенал оперативных пособий детских хирургов.