

Е.В. Губина, Д.В. Рыжиков

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В НОВОСИБИРСКОМ НИИТО***Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (Новосибирск)***ВВЕДЕНИЕ**

Дефекты развития грудной клетки встречаются примерно у 1 % населения (Ravitch M.M., 1977), среди них воронкообразная деформация грудной клетки составляет 91 % (в среднем каждый пятый требует оперативного лечения). Клинически воронкообразная деформация представляет собой искривления грудины и передних отделов ребер различные по форме и глубине, приводящие к уменьшению объема и размера грудной клетки с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем..

Цель: анализ результатов хирургического лечения воронкообразных деформаций грудной клетки, создание медицинской технологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы результаты хирургического лечения 76 пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки III ст. (по классификация В.К. Урмонаса и Н.И. Кондрашина, 1983), оперированных в 2003 – 2010 гг. сотрудниками Новосибирского НИИТО. Были сформированы 3 группы пациентов: группа 1 (36 пациентов) – малоинвазивная торакопластика по Д. Нассу, группа 2 (38 пациентов) – радикальная торакопластика по М. Равичу и группа 3 (3 пациента) – симультанные торакопластики (одномоментное двухэтапное кардиохирургическое и ортопедическое вмешательства). Соответственно по группам: средний возраст пациентов составил в 1-й группе – 13,4 (2 года 10 мес. – 23,1 года), во 2-й – 18,5 (15,3 – 25,3 года), в 3-й – 19,8 (16,8 – 21,4 года); средняя продолжительность операции: в 1-й группе – 1 час 12 мин., во 2-й – 2 часа 38 мин., в 3-й – 1 час 48 мин. (ортопедический этап); средняя интраоперационная кровопотеря: в 1-й группе – 30 мл, во 2-й – 125 мл, в группе 3 не учитывалась, т.к. применялся аппарат искусственного кровообращения. Срок послеоперационного наблюдения за пациентами составляет от года до семи лет. В комплексном исследовании до и после операции применялись клинический, рентгенологический, статистический методы, анкетирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях достигнута коррекция деформации, получено улучшение по кардиореспираторным функциям. Летальных исходов не было, в структуре 12 осложнений были представлены: позиционный плексит плечевого сплетения, гиперкоррекция деформации, гематома области хирургического вмешательства, пневмоторакс, потребовавший установки дренажных систем. Ни одно из осложнений не оказало существенного влияния на течение послеоперационного периода и сроки нахождения в стационаре. Удовлетворенность результатами лечения составила в группе 1 – 83,3 %, в группе 2 – 89,5 %, в группе 3 – 100 %. Мы считаем, что для профилактики рецидивов удаление конструкции у пациентов группы 1 должно выполняться не ранее, чем через 2 – 4 года после оперативного лечения, а у пациентов групп 2 и 3 не ранее, чем через год.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированный подход к выбору объема необходимого лечения, ведению пациента в пред- и послеоперационном периоде позволяет уменьшить число неудовлетворительных результатов, снизить процент осложнений, улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациентов в после операции.

Е.К. Гуманенко ¹, А.В. Никифорова ²**СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДИ У ПОСТРАДАВШИХ
С ПОЛИТРАВМАМИ В УСЛОВИЯХ ТРАВМОЦЕНТРА I УРОВНЯ**¹ Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)² Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования (Санкт-Петербург)

Одно из первых мест по числу осложнений и летальности занимает доминирующая сочетанная травма груди. Торакальная травма является непосредственной причиной смерти каждого третьего

пострадавшего с сочетанными повреждениями, а у 25 % стационарных пациентов с этой патологией допускаются серьезные диагностические и тактические ошибки.

В нашем исследовании проведен анализ данных историй болезни 183 пострадавших с политравмами, поступивших в клинику с 2004 по 2007 гг. Средний возраст составил $42,4 \pm 1,2$ года. Средний срок поступления в клинику — $65,7 \pm 1,8$ мин. Тяжесть повреждений была $9,6 \pm 0,5$ балла по шкале ВПХ-П, тяжесть состояния $27,4 \pm 0,7$ балла по шкале ВПХ-СП. Повреждение двух областей тела встречалось в 25,1 % случаев; трех — в 33,3 %, четырех — в 26,5 %, пяти — в 11,9 %, шести — в 3,2 %. Тяжелая травма груди, как ведущее повреждение, встречалась в 26,9 %. Летальность по массиву составила 32,8 %.

Пострадавшим исследуемого массива было выполнено 632 оперативных вмешательства. На груди выполнено 88 (13,8 %) операций. Из них по неотложным показаниям произведено 32 оперативных вмешательства (29,0 % от всех неотложных операций): при напряженном пневмотораксе (24) и напряженной эмфиземе средостения (1), большом гемотораксе (5) и продолжающемся внутриплевральном кровотечении (1). В срочном порядке выполнено 26 (33,8 %), из них — операций при закрытом пневмотораксе (17) и среднем гемотораксе (9). Большой удельный вес составили различные отсроченные оперативные вмешательства, выполненные для стабилизации реберного клапана (10), для устранения рецидивирующего пневмоторакса и гемоторакса (15), для удаления свернувшегося гемоторакса (5 — все видеоторакоскопии). В структуре всех отсроченных операций операции на груди выполнялись в 10,2 %. Плановые оперативные вмешательства при повреждениях груди не выполнялись.

При одновременном возникновении показаний к выполнению нескольких неотложных операций у одного пострадавшего — сначала выполнялось дренирование плевральных полостей при напряженном пневмотораксе или большом гемотораксе на фоне подготовки к лапаротомии и временной остановки наружного кровотечения из поврежденных областей тела. При одновременном возникновении показаний к выполнению нескольких срочных операций у одного пострадавшего — сначала выполняется дренирование плевральных полостей при закрытом пневмотораксе или среднем гемотораксе (это важно для предупреждения рецидива пневмоторакса при повышении альвеолярного давления в легких на фоне ИВЛ). При одновременном возникновении показаний к выполнению нескольких отсроченных операций сначала выполнялась фиксация реберного клапана при выраженной нестабильности грудной стенки, не устраняемой ИВЛ.

С.О. Давыдов, О.А. Кошкин, Е.Б. Кожина, Т.Л. Боровская

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА КИНЕЗИТЕРАПИИ КАК МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Медицинский центр «Академия Здоровья» (Чита)

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника относятся к хроническим заболеваниям, часто ведущим к ограничению активности лиц трудоспособного возраста. В современном мире данная патология является наиболее частым заболеванием, поражающим до 90 — 97 % взрослого населения. По данным ряда исследователей, до 90 % радикулопатий обусловлено грыжами межпозвонковых дисков. Поэтому, одним из наиболее значимых проявлений процесса дегенерации является формирование грыжи межпозвонкового диска, и более чем в 80 % случаев патология выявляется в поясничном отделе. Как правило, пациенты, страдающие болями в спине — это активно работающие люди. Значительная продолжительность заболевания, клинические проявления в виде невозможности трудиться, обслуживать себя, невысокая эффективность существующих методов лечения — все это ведет к колоссальным затратам на лечение данной патологии и порой заканчивается инвалидизацией.

Цель лучевых диагностических исследований: оценить преимущества раннего реабилитационного лечения пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника методом кинезитерапии. За время работы, обследуя больных перед началом курса реабилитации и после прохождения нескольких курсов, мы пришли к выводу, что методика кинезитерапии является альтернативной для восстановления трудоспособности.

Нами обследовано с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии 53 пациента. Исследование проводилось с помощью магнитно-резонансного томографа I-Open 0,36 Тсл (Китай), мультиспирального компьютерного томографа (Aquilion-32 Toshiba Япония). Установлено что преимущественное поражение, приводящее к утрате трудоспособности и причиняющее страдание больным, было поражение поясничного отдела позвоночника у 35 человек, шейного отдела позвоночника — у 18 человек. У 5 человек были выявлены секвестрирующие грыжи, пролабирующие в просвет