

ISSN 1684-9280

Травматология
ЖӘНЕ
Ортопедия

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

I. ОРТОПЕДИЯ

УДК 616.712-089.87

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.Ж. АБДРАХМАНОВ, К.Б. ТАЖИН

НИИ травматологии и ортопедии, г. Астана

Мақалада кеуде құрсағының туа болған ақаулары бар 39 науқастардың хирургиялық емінің нәтижелері көрсетілген. Сым темір кеуде құрсағының іштен бекіту операциясы аталған және операциядан кейінгі кезеңдегі емі көрсетілген. Операциялардың жақсы нәтижелері авторлардың ұсынған әдісінің қолайлығының дәлелі.

Introduced experience surgical treatment of inborn deformation chest-cage of 39 patient. Written method of operation internal fixation with cross screw of the chest-cage and post-operation tactics. Individual results of patients in 1 year favourable. That allow given this method of treatment.

Среди всех форм врожденных деформаций грудной клетки можно выделить часто встречающиеся группы аномалий: воронкообразную, килевидную и западение ребер. Проблема их лечения остается весьма актуальной и общепризнанным методом лечения является хирургический.

В БСМП, железнодорожной больнице и в клинике НИИТО находились на лечении 41 больной с различными видами деформаций. Из них 39 были подвергнуты оперативному вмешательству: 35 с воронкообразной, 4 с килевидной и 2 больных с правосторонней локальной деформацией грудной клетки.

Всем больным проводили исследование грудной клетки с использованием различных показателей для определения ее рельефа, развития и формы: показатель уплощения грудной клетки, показатель Марти, показатель асимметрии.

Для уточнения степени тяжести деформации, характера аномалии грудины, ребер и позвоночника производили рентгенографию грудной клетки в двух проекциях.

Из функциональных методов исследования использовали ЭКГ, ЭхоЭКГ, спирометрию и спирографию.

Показаниями к хирургической коррекции воронкообразной груди были 2-3 степень деформации, функциональные изменения со стороны внутренних органов. Торакопластику при килевидной и других локальных деформациях выполняли по косметическим соображениям.

Сравнение различных доступов показало, что наиболее косметическим является поперечный субмаммарный разрез, однако при нем несколько затруднен доступ к верхней части грудины и ребер.

Модифицированный нами вертикальный разрез по типу "жилетки" обеспечивает свободный доступ на всем протяжении деформации, однако он менее косметичен. В связи с этим субмаммарный доступ мы использовали у больных женского пола, по типу "жилетки" - у лиц мужского пола.

Торакопластика по поводу воронкообразной деформации грудной клетки заключалась в следующем: после разреза, единым блоком, тупо отслаивают от ребер и грудины мягкие ткани (кожа, мышцы, надхрящница, надкостница) до наружных границ деформации. Отсекают мечевидный отросток и тупо мобилизуют грудину по ее задней поверхности с предварительным введением в загрудинное пространство 0,25% раствора новокаина. Следующим этапом по наружным границам деформации производят сегментарную клиновидную остеотомию деформированных ребер, парастеральную резекцию реберных хрящей. Грудину корригировали в III межреберном промежутке путем поперечной неполной клиновидной стернотомии, заднюю пластинку лишь надламывали. Для стабилизации грудино-реберного комплекса использовали 2 толстые спицы, которые проводят под грудиной или сквозь нее, перекрещивая на вершине "воронки". Концы спиц выводят через межреберные промежутки на поверхность ребер, за пределы мобилизованной реберно-грудинной "панели". Концы каждой спицы изгибали под прямым углом в противоположные стороны, чтобы спицы опирались на выше и ниже лежащие ребра. Длина изогнутых концов должна несколько превышать ширину межреберных промежутков. Этим предупреждается вращение спиц вокруг своей оси, миграция и проваливание их в плевральную полость.

В отличие от воронкообразной грудной клетки, килевидная грудь не требует в ходе оперативного вмешательства применения металлоконструкции для фиксации грудины. Важным моментом этой операции является коррекция угла Louisa, путем поперечной клиновидной стернотомии. При недостаточном исправлении грудину пересекали дополнительно с экономной резекцией, что мы считаем одним из факторов предупреждения рецидива деформации.

В послеоперационном периоде больным проводили адекватное обезболивание, антибиотикотерапию, инфузию глюкозо-солевых растворов, при необходимости повторные переливания крови и плазмы. С первых дней назначалась дыхательная гимнастика, ингаляция с бронхолитиками, УВЧ на область послеоперационного шва, ЛФК. Больного поднимали с постели на 3 сутки, а еще через день разрешали ходить. Швы снимали на 9 сутки.

Гемопневмоторакс имел место у 1 больного, который купировали дренажной системой по Бюлау. Таких характерных осложнений, как гнойный медиастенит, повреждение внутренней грудной артерии, краевой некроз кожи, нестабильность металлоконструкции мы не наблюдали.

Больным после торакопластики по поводу килевидной и локальной деформации, в послеоперационном периоде надевали корректор осанки грудной клетки с регулируемым надувным пелотом для устранения асимметрии сроком 5 недель.

Металлоконструкции удаляли через 1 год, через небольшие разрезы над легко пальпируемыми концами. Этот срок можно считать достаточным для предупреждения рецидива деформации.

Отдаленные результаты были прослежены у 28 больных, у 26 из них результат оценен как хороший. Частичный рецидив деформации наступил у 2

пациентов через 1 год после операции уже после удаления металлоконструкции, что было связано в одном случае с недостаточным объемом парастеральной резекции ребер, во втором случае - с тем, что не произведено укорочение грудины (эффект "крышки консервной банки").

ВЫВОДЫ

1. Показания к хирургическому лечению деформаций грудной клетки носят преимущественно косметический характер.
2. При стабилизации каркаса грудной клетки следует отдавать предпочтение внутренней фиксации, позволяющей обеспечить иммобилизацию на сроки не менее 8 - 12 месяцев.
3. Адекватный объем резекции не только ребер, но и грудины, является основным фактором предупреждения рецидивов деформаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А. Врожденные деформации грудной клетки // *Костнопластические операции у детей*. - Киев, 1974. - С. 216-246
2. Баиров Г.А., Фокин А.А. Лечебная тактика при врожденной килевидной деформации грудной клетки у детей // *Педиатрия* - 1983. - № 8. - С. 67-71.
3. Дольницкий О.В., Дирдовская Л.Н. Врожденные деформации грудной клетки у детей. - Киев, 1978.
4. Кондрашин Н.И. Варианты торакопластики при воронкообразной деформации грудной клетки // *Ортопедия, травматология*. - 1983. - № 3. - С. 29-33.
5. Рудаков С.С., Воронцов Ю.П., Солониченко В.Г. Синдромные формы врожденных деформаций грудной клетки и их лечение // *Хирургия*. - 1986. - № 8 - С. 92-96.