

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Фіщенко Я.В., Улещенко Д.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

Найчастішою вадою розвитку грудної клітки є лійкоподібна деформація (ЛДГК), яка складає біля 90 % всіх деформацій. Частота, за даними різних авторів, складає від 0,6 до 2,3% населення (А.А.Вишневський і співавтор., 2005).

Після хірургічної корекції деформації суттєво підвищується форсована життєва ємність легень (P. Quigley, 1996), покращується максимальна вентиляція легень (J. Cahill, 1984).

Не дивлячись на широке застосування різних хірургічних методик частка посередніх і незадовільних результатів залишається високою (10-40%) (В.Б. Шамик, 2003; E.W. Fonkalsrad, 2000, 2002; К.А. Molik, 2001; D. Nuss, 2008; A. Nasr, 2010).

На сьогоднішній день найпоширенішими методиками хірургічного лікування лійкоподібної деформації грудної клітки є методики за Ravitch та Nuss. Маючи понад тридцятирічний досвід хірургічного лікування за методикою Ravitch в різних модифікаціях (понад дві тисячі пацієнтів), з 2014 року в інституті впроваджена методика за Nuss.

На сьогоднішній день, в першу чергу в країнах минулого Радянського Союзу, застосовуються як повноцінна, близька до авторської, методика, так і різноманітні варіації, в першу чергу із її спрощенням. Так рядом хірургів не застосовується торакоскопичний контроль, а операція виконується наче «всліпу». На пластичний результат операції це хоч і не впливає, однак контроль колабування легень, контроль цілісності перикарду та контроль кровотечі при цьому не виконується. На наш погляд, торакоскопичний контроль є необхідною умовою виконання хірургічної корекції лійкоподібної деформації грудної клітки.

Так з 2014 року в інституті було виконано 64 хірургічних втручання з приводу лійкоподібної деформації грудної клітки II-III ст. за методикою Nuss. Вік пацієнтів склав 12–38 років, з перевагою групи 15–17 років (37,5 % випадків). У 10 хворих (15,6 %) було застосовано 2 фіксатора, що були встановлені на суміжних рівнях. Встановлення 2-х фіксаторів потребували пацієнти старшої вікової групи із глибокими деформаціями.

Розправлення легень здійснювали вакуумуючою системою – аспіраційну трубку вводили в грудну клітку через торакоскопичний порт – із поступовим збільшенням дихального об'єму апарату штучної вентиляції легень. Після повного розправлення легень аспіраційну трубку видаляли з накладенням герметичних швів на рану торакоскопичного порту. Вакуумуючу систему лишали на добу у пацієнтів із візуалізованою торакоскопичною кровотечею із міжреберних судин, навіть за умови відсутності кровотечі на момент закінчення операції.

Хоча пацієнти і не потребували особливого ведення у післяопераційному періоді, першу добу здійснювався догляд у відділенні інтенсивної терапії із ліжковим режимом, адекватним знеболенням та контролем серцево-легеневої діяльності. В жодному випадку не виникла необхідність екстреної корекції серцево-легеневої діяльності в післяопераційному періоді.

Через добу після хірургічного лікування виконувався рентгенологічний контроль коректного розташування фіксатора та розправлення легень. Пункції плевральної порожнини з метою відсмоктування повітря при залишковому пневмотораксі потребувало 4 (6,3 %) пацієнтів. Гемотораксу не спостерігали. Потреби в повторних плевральних пункціях не виникало.

Вертикалізація пацієнтів на другу добу після операції. Інтенсивний больовий синдром, що потребував застосування ін'єкційних анестетиків зберігався від 5 до 7 діб, після чого пацієнти виписувались за місцем проживання під нагляд ортопеда.

Результати лікування оцінювали через місяць, чотири місяці, рік та три роки при видаленні фіксатора. Втрати корекції не спостерігали. Зміщення фіксаторів у пізньому післяопераційному періоді не відмічали. Після видалення фіксаторів корекція зберігалась.