

Д.Ю. Кривченя¹, В.П. Притула¹, А.Ф. Левицький¹, О.В. Бебешко², Є.О. Руденко¹, О.В. Метленко¹, М.І. Сільченко², С.Ф. Хуссейні¹, В.О. Рогозинський¹

Лікування лійкоподібної деформації грудної клітки у дітей з екстраплевральним проведенням однокомпонентної Т-форми пластини під контролем субксіфоїдального вікна

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

Вступ. Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК) зустрічається найчастіше (до 90%) серед усіх вад розвитку грудної клітки. Хірургічне лікування ЛДГК має майже столітню історію. Запропоновано багато доволі складних і травматичних хірургічних втручань з резекцією реберних хрящів (M. Ravich, 1949, 1964; I. Welch, 1958; I. Haller, 1970). Мобілізація груднино-реберного комплексу вимагала подальшої стабілізації з використанням його тракції або встановлення різноманітних фіксаторів. Наприкінці минулого століття запропоновано абсолютно новий мініінвазивний метод операції (D. Nuss, 1987, 1998, 2001). За допомогою оригінальної конструкції дуги-пластини та способу її встановлення досягнуто вирівнювання деформації грудної стінки та її стабілізації. Новий нерезекційний метод за D. Nuss прийшов на зміну «золотого стандарту» M. Ravich та отримав світове поширення. По мірі накопичення досвіду та впровадження нового методу з'являються доповнення до нього з метою зниження ризику небезпечних ускладнень і поліпшення кінцевих результатів.

Мета: оптимізація мініінвазивного лікування ЛДГК за допомогою використання Т-форми металевої пластини.

Матеріали і методи. За період 2001–2017 рр. мініінвазивна методика за D. Nuss застосована у 162 пацієнтів віком від 6 місяців до 18 років з різними варіантами ЛДГК. Застосовували дуги-пластини: власної конструкції Т-пластину із клиноподібним ведучим полюсом та пластину моделі Лоренца. Для контролю безпеки медіастинального екстраплеврального проведення пластини застосовували субксіфоїдальне вікно з парціального вертикального розтину.

Т-форми металеву пластину власної конструкції застосовували у 116 пацієнтів, пластину Лоренца – у 31 пацієнта, обидві пластини одночасно – у 10 пацієнтів, поетапно – у 5 пацієнтів (1 група).

З 2011 р. до методу D. Nuss приєднали елемент операції M. Ravich – пересічення передньої пластини груднини над її викривленням з парціального горизонтального розтину у 20 пацієнтів (2 група).

В окрему (3-ю) групу ввійшли 36 пацієнтів з одночасною (симультанною) або послідовною корекцією ЛДГК при вадах серця (n=16), легень (n=1), стравоходу (n=1) та діафрагми (n=18).

Результати. Летальних випадків та важких життєво небезпечних ускладнень під час операції не було. Позитивного функціонального та косметичного ефекту досягнуто у 97% пацієнтів. У першій групі у віддаленому періоді мали два випадки гемотораксу: післяопераційний (n=1) і від перелому ребра після занять на перекладині, що потребувало термінової операції (n=1). Реактивний перикардит у віддаленому періоді з одноразовою пункцією – в одному випадку. Нагноєння ложа пластини, що потребувало її видалення через 8 місяців після постановки, у однієї дитини. Інтраопераційний пневмоторакс – у 20 пацієнтів. Горизонтальне зміщення пластини – у 1, підвиги пластини – у 3, рецидив деформації – у 2 пацієнтів. У другій групі пневмоторакс діагностовано у 2 дітей, у тому числі рецидивний у віддаленому періоді – у однієї. В третій групі у 2 пацієнтів відмічено гіперкорекцію грудної клітки. У жодному випадку не було необхідності пролонгації штучної вентиляції легень.

Висновки. Переднє поперечне січення груднини та застосування субксіфоїдального вікна з парціального вертикального розтину забезпечують достатній дактилотактильний контроль проведення Т-форми металевої пластини. Застосування Т-форми металевої пластини власної конструкції із клиноподібним ведучим полюсом дозволяє безпечно встановлювати її без пневмотораксу або допоміжних провідних інструментів. Вищевказані доповнення значно технологічно спрощують мініінвазивну методику за D. Nuss з попередженням інтенсивного болю, появи підвигу пластини з попередженням рецидиву деформації після її видалення. Т-пластина видаляється з одного розтину.

М.С. Опанасенко, Л.І. Леванда, Б.М. Конік, О.В. Терешкович, М.Ю. Шамрай Ятрогенні постінтубаційні розриви трахеї

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Вступ. Ятрогенні захворювання і стани є найбільш небажаними та неприємними у медичній практиці, оскільки традиційно, у більшості випадків, сприймаються як навмисне завдання шкоди здоров'ю пацієнта лікарем. Також неможливо ігнорувати і той факт, що подібні випадки не завжди закінчуються сприятливо. Усе це створює передумови для неналежного висвітлення спеціалістами власного реєстру невдач і помилок. Тому істинна інцидентність ятрогенії реально відрізняється від опублікованих даних. Одним з таких ускладнень у практиці анестезіологів і торакальних хірургів є ушкодження, викликані інтубаційними трубками та роздутими манжетками, – постінтубаційний розрив трахеї, яке зустрічається досить рідко та є надважким ускладненням з високим ризиком загрози життю пацієнта.

Таблиця 1

Характеристика пацієнток, виду анестезії та операції

Стать	Вік, роки	Зріст см	Вага, кг	Діагноз	Супутні стани	Ризик ASA	Вид анестезії	Операція
жін	54	165	88	Внутрішньогрудна лімфоаденопатія	АГ І ст.	II	ТІВА+МР+ШВЛ з ІТ	ВТС-ППП з біопсією Л/В
жін	30	158	85	Утворення передньо-верхнього середостіння	Немає	II	ТІВА+МР+ШВЛ з ІТ	ВТС-ЛПП з біопсією утворення
жін	50	178	80	–	АГ І ст.	II	ТІВА+МР+ШВЛ з ІТ	–

Примітка: ТІВА+МР+ШВЛ з ІТ – тотальна інтравенозна анестезія із застосуванням міорелаксантів і штучної вентиляції легень та інтубації трахеї; ВТС-ППП – відеоторакоскопія правої плевральної порожнини; ВТС-ЛПП – відеоторакоскопія лівої плевральної порожнини, АГ – артеріальна гіпертензія; Л/В – лімфатичний вузол.