

операции наступает через 6-12 месяцев через 1,5 - 2 года структура костного рисунка соответствует нормальной кости без вкрапления инородного материала

Отдавая предпочтение гидроксиапатиту при замещении костных дефектов, мы учитывали, что существующие методы костной пластики имеют ряд неблагоприятных факторов. При пластике аутотрансплантатом достигается хороший результат, но взятие трансплантата из другого сегмента увеличивает в значительной мере объем операции и наносит дополнительную операционную травму ребенку. При использовании аллотрансплантатов возникает опасность иммунологического конфликта, значительно больше угроза инфекционных осложнений.

Применение гидроксиапатита при костно-пластических операциях у детей с успехом заменяют традиционные ауто- и аллотрансплантаты. уменьшают риск аллергических и инфекционных осложнений, позволяет в значительной степени сократить объем и тяжесть оперативных вмешательств.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Некрасова Е.Н., Цап Н.А, Виноградова И.А., Комаров А.В., Казаков В.О.

Наиболее часто встречающаяся аномалия развития грудной клетки - врожденная воронкообразная деформация. Порок развития заключается в различном по форме и степени западении грудино-реберного комплекса. У мальчиков встречается в три раза чаще, чем у девочек. Существует множество теорий возникновения данного порока. В некоторых случаях прослеживается влияние наследственного фактора, так как у 6 % больных заболевание носит семейный характер. В некоторых случаях порок проявляется с рождения, чаще - в возрасте 10-14 лет.

С 1997 по 1999 г.г. в отделении торакальной хирургии прооперировано 43 ребёнка в возрасте от 3 до 15 лет. Из них - 14% - до 4 лет, 56% - с 5 до 14 лет, 30% - старше 14 лет. Преобладание операций у детей старшей возрастной группы обусловлено, как было отмечено выше, поздним проявлением и прогрессированием деформации, а так же в ряде случаев поздней диагностикой заболевания на поликлиническом этапе. Клиническая картина зависит от степени деформации (1, 2, 3), которая определяется на основании рентгенологического обследования и расчёта грудино-позвоночного индекса Гюжицкой. С 1 степенью деформации прооперирован 1 ребёнок, со 2 степенью - 27 детей, с 3 степенью - 15 детей. Показания к оперативному лечению обосновывались в связи с наличием функциональных нарушений со стороны внутренних органов грудной клетки (смещение органов средостения, снижение жизненной ёмкости лёгких), выявляемых при проведении дополнительных мето-

дов обследования в предоперационном периоде - обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекции, электрокардиографии, спирографии. Наиболее часто данные нарушения обнаруживались у детей со 2 и 3 степенью деформации. Косметический дефект, вызывающий у детей старшего возраста психологический дискомфорт, в некоторых случаях так же являлся показанием к операции независимо от степени деформации.

В последние годы намечается тенденция к снижению возрастной границы для оперативного лечения детей с ВДК. Оценка косметического эффекта в ближайшем послеоперационном периоде и диспансерное наблюдение детей с отдаленными результатами хирургического лечения ВДК показывает, что наиболее полная коррекция порока достигается в возрасте 4-7 лет.

В клинике применяется метод торакопластики по Палтия с фиксацией грудино-реберного комплекса титановым металлофиксатором. Преимущества данной методики заключаются в сокращении сроков пребывания больного в стационаре в послеоперационном периоде, в упрощении ухода за больным. Отсутствие внешней фиксации способствует снижению инфекционных осложнений.

Торакопластика по Палтия показала хорошие результаты и у больных с синдромными формами заболевания. Данный метод оперативного вмешательства был применен для коррекции ВДК у 2 больных с Марфаноподобным фенотипом, оперированных ранее без применения фиксации грудино-реберного комплекса с удовлетворительным результатом, а также у одного больного с синдромом Марфана с хорошим косметическим эффектом.

С 1999 г. всем больным с ВДК, поступившим на оперативное лечение проводится компьютерная томография органов грудной клетки. Целью обследования является более детальное изучение изменений строения скелета (измерение ретростернального пространства на различных уровнях, угол отклонения деформированных хрящевых участков ребер, угол ротации грудины и позвоночника), а так же изменений топографии внутренних органов - легких, сердца, дислокации крупных сосудов. Анализ данных компьютерного обследования больных до и после хирургической коррекции порока позволяет в будущем с использованием математических расчетов перейти к компьютерному моделированию формы грудной клетки каждого больного ВДК с учетом индивидуальных особенностей с целью улучшения косметического результата операции и снижения послеоперационных рецидивов.