

Юлчиев К.С., Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Туйчиев Г.У., Юлдашев М.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, Республика Узбекистан

Yulchiev K.S., Djumabaev J.U., Mirzakarimov B.Kh., Tuychiev G.U., Yuldashev M.A.

THE RESULTS OF CORRECTIIONAL THORACOPLASTY AT KEEL-SHAPED DEFORMATION OF CHEST BY CHILDREN

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

Резюме

Килевидная деформация характеризуется выступанием грудины вперед и западением ее по краям ребер. Деформации грудной клетки носят самый разнообразный характер, чаще являются врожденными и с возрастом прогрессируют. Торакопластика, т.е. реконструкция грудной клетки, относится к сложным и травматичным хирургическим вмешательствам, что представляет определенную опасность для ребенка. В послеоперационном периоде непосредственный результат признан у всех хорошим, отдаленные результаты хорошими признаны в 67 (88,1%) случаях.

Ключевые слова: килевидная деформация, грудная клетка, торакопластика

Abstract

Keel-shaped deformation is characterized by protrusion of chest and its sinking down across the rib edge. The deformations of chest have different character, most often they are inherent, and progress with age. Thoracoplasty, that is reconstruction of chest, is difficult and traumatic surgical intervention that is a certain danger for a child. In after operation period the straight result was recognized as good by all patients, the farther results were among) 67 children (88,1%).

Key words: keel-shape deformation, chest, thoracoplasty

Килевидная деформация грудной клетки (КДГК), так же как и воронкообразная деформация, относится к аномалиям развития. Несмотря на относительно высокий показатель частоты, данная проблема недостаточно освещена в литературе [1–6].

Деформации грудной клетки носят самый разнообразный характер, чаще являются врожденными, с возрастом прогрессируют. Косметический дефект не только сопровождается функциональными нарушениями со стороны сердца и дыхательной системы, но и ведет к изменениям в психике [1, 4–6]. КДГК характеризуется выступанием грудины вперед и ее западением по краям ребер. Деформация может быть симметричной или асимметричной [4].

Хирургическая коррекция, по мнению большинства авторов, является единственным способом

устранения деформации грудной клетки. Существующие способы и модификации по устранению деформации имеют определенные недостатки, что отражается на результатах коррекции [1, 2, 5].

Цели исследования – изучить и проанализировать результаты оперативной коррекции при различных типах деформации. Выявить возможные причины осложнений и предложить их профилактику.

Материал и методы исследования

В клинике детской хирургии за последние 10 лет на обследовании и лечении находилось 96 детей в возрасте 5–15 лет. Мы использовали классификацию КДГК, предложенную Г.А. Байровым и А.А. Фокиным [4], которая, по нашему мнению, является наиболее полной и практичной.

В исследовании участвовали 66 (68,7%) мальчиков и 30 (31,3%) девочек. Выделяли следующие типы деформации: манубриокостальный – характеризуется изгибом рукоятки грудины вперед – 20 (20,8%) детей; корпорокостальный – отличается выпячиванием средней и нижней частей грудины – 55 (57,3%) детей; костальный – наблюдается изгиб реберных хрящей парастернально вперед – 21 (21,8%) детей.

Согласно анамнестическим данным, почти у всех детей деформация грудной клетки замечена с рождения, с возрастом она только прогрессировала. У детей старшего возраста наблюдались нарушения психики в виде ощущения неполноценности, застенчивости, замкнутости, апатии.

Всем детям с КДГК были проведены общеклинические, лабораторные исследования, а также рентгенологическое обследование грудной клетки. Данные электрокардиограммы показали у 36% больных, в основном у детей старшего возраста, нарушения проводимости пучка Гиса и ритма сердца в виде синусовой брадикардии. Наши исследования показали снижение подвижности грудной клетки, что привело к нарушению вентиляции легких. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) в среднем была снижена на 36%, максимальная вентиляция легких (МВЛ) уменьшена на 24%, минутный объем (МО) повышен на 30%. Всем детям проведена корригирующая торакопластика, показаниями к которой стали косметические и функциональные нарушения.

Торакопластика, т.е. реконструкция грудной клетки, относится к сложным и травматичным хирургическим вмешательствам, представляющим определенную опасность для ребенка. В связи с этим с учетом комплексной оценки состояния больного до госпитализации были проведены отоларингологическое лечение, витамин- и физиотерапия. В результате этого улучшалось общее состояние больного, повышалась сопротивляемость организма и т.д.

В основе корригирующей торакопластики мы использовали метод, предложенный Г.А. Баировым. Наиболее рациональным доступом мы считаем поперечный волнообразный разрез, который позволяет достаточно широко и свободно открыть подход к груди и ребрам. Большие грудные и прямые мышцы живота отсекали от места их прикрепления. Вместе с надхрящницей иссекали реберные хрящи от III до VII ребер с обеих сторон,

на уровне III межреберья проводили поперечную стернотомию грудины. При корпорокостальном типе деформации, когда тело грудины выступает в виде пирамиды, для достижения ровного положения дополнительно проводили продольную клиновидную стернотомию с последующим укорочением загрудинной связки, что позволяет корригировать нижнюю часть грудины. Ребра на местах резекции сшивали лавсановой нитью. Натяжением прямых мышц живота, соединением больших грудных мышц по средней линии между собой создается своего рода мышечный каркас, оказывающий давление на грудину спереди. Необходимость в применении дополнительных давящих средств отпадает. Рану послойно зашивали.

Результаты исследования

В послеоперационном периоде непосредственный результат у всех детей признан хорошим. Изучены отдаленные результаты торакопластики у 76 детей в сроках от 1 года до 6 лет. Результаты оценивали 3-балльной системе по данным осмотра, показателям антропометрии, рентгенологическим исследованиям. У 35 детей проведены исследования функции сердца и легких. 1-ю группу с хорошими результатами составили 67 (88,1%) обследованных: у них отмечались косметически ровная грудь, хорошее состояние рубца, правильная осанка, отсутствовали жалобы, имевшиеся до операции. В этой группе антропометрические данные соответствовали нормативам данного возраста. При исследовании ЭКГ не выявлено каких-либо отклонений. Показатели внешнего дыхания у 60 (78,9%) исследованных находились в пределах нормы. Необходимо особо отметить, что недовольства внешним видом грудной клетки, наблюдавшегося до операции, нет. Удовлетворительными признаны результаты у 9 (11,8%) детей: у 4-х отмечена частичная деформация участков груди в области операции, у 5 детей – умеренные изменения со стороны рубца (келлоидный, атрофический рубец), нарушения осанки не наблюдались. Жалобы на изолированную деформацию в области операции были у 4-х детей. На ЭКГ у 2-х детей после операции сохранились частичный блок правой ножки пучка Гиса и снижение вольтажа. Исследование функции внешнего дыхания в этой группе обследованных отклонений не выявило. При исследовании детей в отдаленные сроки операции неудовлетворительных результатов не отмечено.

Анализ 2-х случаев показал, что созданный мышечный каркас был недостаточным в связи со слабым развитием мышц. В этих случаях необходима дополнительная наружная давящая фиксация грудины.

Выводы

Показаниями для оперативного лечения КДГК являются не только косметические, но и функцио-

нальные нарушения. При слабом развитии мышц груди создания мышечного каркаса недостаточно, необходима дополнительная наружная фиксация грудины. Для закрепления результата операции и сохранения достигнутой коррекции необходимо наметить комплекс рекомендаций по специальному режиму и осуществлять систематический врачебный контроль в условиях поликлиники, особенно в течение первого года после операции.

Список литературы

1. Баиров Г.А. Врожденные деформации грудной клетки // Костно-пластические операции у детей. – Киев, 1974. С. 216–246.
2. Виноградов А.В., Фищенко П.Я., Сологубов Е.Г., Босых В.Г. Контроль динамики в реабилитации детей с деформациями грудной клетки после хирургического лечения // Материалы V городской научно-практической конференции «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательной и нервной систем». – М., 2002. С. 204–205.
3. Фокин А.А. Килевидная деформация грудной клетки и кардиопатология // Ортопед., травматол. и протез. 1983. №10. С. 48–52.
4. Sasaki S., Hara F., Ohwa T. et al. Chest wall deformities: Newly modified procedures for pectus carinatum and pectus excavatum // Jpn J. Pediatr. Surg. 1988. №20. P. 164–187.
5. Fonkalsrud E. W. Pectus carinatum: the undertreated chest malformation // Asian J. Surg. 2004. Vol. 26. P. 189–192.

Авторы

Контактное лицо:

ЮЛЧИЕВ

Каримжон Салимжонович

Докторант кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Андижанского государственного медицинского института. Адрес: 170605, Республика Узбекистан, г. Андижан, 5-й микрорайон, д. 3, кв. 10.
Тел. + (998-91) 481-98-92.