

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*Дженалаев Д.Б.<sup>1</sup>, Нагыманов Б.А.<sup>2</sup>, Орловский В.Н.<sup>2</sup>, Туреханов А.Т.<sup>2</sup>, Жакилин А.Б.<sup>2</sup>, Тегисбаев М.О.<sup>2</sup>, Досов Ж.Г.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Корпоративный фонд “University Medical Center”, Нур-Султан, Республика Казахстан

<sup>2</sup>Национальный научный центр материнства и детства, Нур-Султан, Республика Казахстан

Еще сравнительно недавно хирургическое лечение ВДГК подразумевало расширенные мобилизационно-резекционные вмешательства. В последнее десятилетие широко стала применяться малоинвазивная методика, разработанная D. Nuss.

С 2013 г. в отделениях ортопедии Национального научного центра материнства и детства находилось на лечении 285 пациентов с диагнозом «Воронкообразная деформация грудной клетки», в хирургической коррекции которых использовалась методика Nuss. Возраст пациентов — от 3 до 17 лет, мальчиков было 164, девочек — 121.

При выполнении метода основными моментами явились следующие: подбор пластины правильной длины: установленная пластина не должна выходить за пределы грудной клетки; антибиотикопрофилактика за 30 минут до начала операции путем введения суточной дозы антибактериального препарата (цефазолин); правильное положение пациента на операционном столе: руки оперируемого разогнуты во всех суставах и отведены от туловища на 70° — такое положение создает наилучшие условия для правильного проведения и закрепления пластины; формирование подкожного и подмышечного «туннелей»; пластина проводится вогнутой стороной к груди и затем переворачивается на 180°, при этом выпуклая сторона обращается к груди и выводит последнюю в правильное положение; фиксация пластины перикостальными швами и поперечным стабилизатором; эндоскопический (торакоскопия) контроль на всех этапах операции; мониторинг основных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем; дренирование плевральной полости по Бюлау на 1 сутки, перед удалением дренажа — контрольная рентгенография; ранняя активизация пациентов; удаление пластины через 2 — 2,5 года.

Средняя длительность операции составила 45 минут. К сожалению, отмечался один летальный исход вследствие повреждения крупного сосуда у пациента, ранее оперированного по поводу порока сердца. Среди остальных 284 пациентов хороший косметический результат к концу операции отмечался у 274 пациентов (96 %). Необходимо отметить, что наилучший косметический результат отмечался у пациентов до 11–12 лет с эластичным реберным каркасом, хотя в наших наблюдениях большинство пациентов было более старшего возраста.

Поздние осложнения: рецидив после удаления пластины — 10 (3,5 %) — в первый год мы удаляли пластину через 6–12 месяцев, все рецидивы из данной группы пациентов, проведена повторная коррекция с хорошим отдаленным результатом.

**Выводы.** Данный способ выгодно отличается от других торакопластик малой инвазивностью, большой эффективностью вмешательства и направленностью на профилактику неблагоприятных последствий. Анализируя литературные данные и свой опыт, можно отметить, что четкое соблюдение алгоритма клинического обследования, определение и соблюдение диагностических и лечебных критериев позволят улучшить показатели положительных исходов после операции.