

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Митупов З.Б.^{1,2}, Разумовский А.Ю.^{1,2}, Алхасов А.Б.³, Павлов А.А.³, Мовсесян Л.А.³

¹ Детская городская клиническая больница имени им. Н.Ф.Филатова, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

³ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) — вторая по частоте встречаемости деформация грудной клетки, которая характеризуется протрузией грудины и суставов реберных хрящей. Оперативное вмешательство является традиционным методом лечения. Следуя «хирургической концепции Равича», многие хирурги разработали модификации его техники. Тем не менее, в настоящее время не принято единой тактики хирургического лечения КДГК. Авторами применяется торакопластика в модификации клиники, позволяющая сократить продолжительность операции и сроки пребывания в стационаре после операции.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2019 г. торакопластика в модификации клиники была выполнена 91 больному с КДГК. Мальчиков было 76 (83,5 %), девочек — 15 (16,5 %). Все дети оперированы в возрасте 9–15 лет, когда деформация грудной клетки имела выраженный характер. В наших наблюдениях грудинохрящевой тип и симметричные формы КДГК встречались чаще других. Синдромальная патология (синдром Марфана, марфаноподобный синдром и синдром Элерса-Данло) отмечены у 15 (16,5 %) детей. Основными этапами разработанного метода торакопластики являются: поперечный разрез кожи на грудной стенке длиной не более 8 см; мобилизация кожи, подкожной клетчатки и грудных мышц единым лоскутом; поднахрящичная резекция деформированных реберных хрящей (II–VIII ребра) с двух сторон; резекция тела грудины до 2–2,5 см в месте наибольшей деформации и сшивание ее конец в конец отдельными узловыми швами; послойное ушивание раны с наложением косметического кожного шва.

Результаты и обсуждения. Продолжительность операции составила 50–60 мин. Обезболивание наркотическими анальгетиками проводили в течение 2 дней. На 3-е сутки начинали вертикализировать больных. Пациентов выписывали из стационара на 7–9-е сутки. У 98,3 % из них полностью устранена деформация. Анкетирование пациентов указывает на отличные и хорошие результаты в 96,6 % наблюдений.

У 2 (3,4 %) детей развились осложнения. В одном наблюдении выявлено расхождение фиксирующих швов грудины. В другом наблюдении потребовалась повторная операция в ранние сроки — резекция хрящей III ребер для полного устранения косметического дефекта. У 36 детей (39,5 %) выявлен гемоторакс по данным УЗИ. Лишь в одном наблюдении (1,09 %) потребовалась плевральная пункция с эвакуацией геморрагической жидкости. В одном наблюдении (1,7 %) в связи с локальной костной деформацией потребовалось повторное оперативное вмешательство.

Заключение. разработанная модифицированная методика торакопластики позволяет минимизировать риск развития осложнений и получать отличные косметические и функциональные результаты в подавляющем большинстве наблюдений.