

## СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Сар А.С.<sup>1</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>, Хаспеков Д.В.<sup>1</sup>, Судейкина О.А.<sup>1</sup>, Прутова О.Р.<sup>1</sup>,  
Кузнецова Е.В.<sup>1</sup>, Рогачева О.А.<sup>1</sup>, Гогичаева, А.А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

К килевидной деформации грудной клетки (КДГК) относят деформацию, характеризующуюся различными вариантами выпячивания вперед грудинно-реберного комплекса. В структуре всех форм деформаций грудной клетки КДГК встречается в 17 % случаев.

Проблема коррекции КДГК до последнего времени не теряет своей актуальности. По данным статистики неудовлетворительные результаты торакопластики при данном виде деформации встречаются в 28–38 %.

С 2004 по 2019г. оперированы 103 пациента с различными формами КДГК. Мальчики — 83 (80,58 %), девочек — 20 (19,42 %). 96 (93,2 %) относились к подростковому возрасту (12–18 лет), 7 оперированы в возрасте 6–10 лет (6,8 %).

Показанием к операции являлся выраженный косметический дефект, вызывающий серьезные проблемы социальной адаптации. Значимых нарушений со стороны внутренних органов, которые могли бы явиться показанием к оперативной коррекции порока выявлено не было.

Согласно классификации все пациенты были разделены на три группы:

I. Манубриокостальный тип — 43

II. Корпорокостальный — тип: пирамидальный — 21; круглый — 12.

III. Костальный тип — 27

Все операции выполнены по методу торакопластики, разработанному в клинике (Патент на изобретение «Способ хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки» №2223698, 2004 г.).

Применяли общую анестезию с эпидуральной блокадой.

Доступ у мальчиков — поперечный, у девочек — два субмаммарных.

Кожу с подкожно жировой клетчаткой отслаивали.

Прямую мышцу живота с мечевидным отростком отсекали от грудины.

Париетальную плевру отделяли от грудинно-реберного каркаса. Билатерально большую и малую грудные мышцы отслаивали от ребер.

Поднадхрящично резецировали хрящевые зоны деформированных ребер.

При необходимости выполняли поперечную клиновидную стернотомию. Реберные дуги отсекали от грудины с обеих сторон.

Согласно местам анатомического крепления определяли уровень максимально возможного укорочения указанных ребер, необходимый для полного выпрямления грудины.

Ребра, формирующие реберные дуги, резецировали в пределах нанесенных меток и подшивали к местам их анатомического крепления.

Прямую мышцу живота с мечевидным отростком подшивали к грудине. Послойный шов раны.

Операционное время 90–120 минут. Нахождение в стационаре 10–12 дней.

У всех больных полностью устранили косметический дефект.

У 4 (3,88 %) больных наблюдались послеоперационные осложнения. У 2 — правосторонний пневмоторакс, у 1 — правосторонний гемоторакс, у 1 — нагноение послеоперационной раны с перихондритом. Осложнения устранили в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, данный метод торакопластики является эффективным способом коррекции КДГК.

Отсутствие необходимости в фиксации грудинно-реберного комплекса позволяет выполнять операцию в один этап.

Сохранение анатомичности грудинно-реберного каркаса не нарушает защитной функции передней грудной стенки.

Соблюдение предложенной технологии позволяет получить хороший косметический эффект за счет устранения всех компонентов, формирующих данный вид деформации грудной клетки.