

ISSN 1684-9280

**Травматология**  
**ЖӘНЕ**  
**Ортопедия**

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.Ж.АБДРАХМАНОВ, К.Б.ТАЖИН

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

---

Мақалада кеуде құрсағының деформациясымен 58 науқастың хирургиялық емінің және төсілмен емделген нәтижелері көрсетілген. Науқастардың жасы 3 тен 27 жас аралығында. Кеуденің шұқыр төрізді деформациясында төс-қабырға комплексі 2 айқасқан сымтемір арқылы, ал үшкір деформациясында тік жебірілген 1 сым темір арқылы бекітілді.

Surgical treatment experience of chest deformations in 58 patients according to our methodics with estranged results was presented. Patients' ages ranged from 3 to 27. Surgical treatment in infundibulum and careening forms of chest deformations was done by inner fixation. Wires performed the fixator role. In infundibulum deformation, the stabilization of sterocostal complex was achieved by 2 crossed wires and in careening by 1 vertical wires.

---

Врожденные деформации грудной клетки являются наиболее тяжелыми и многогранными по своему патологическому воздействию на организм детского возраста и характеризуются не только косметическим дефектом, но и нарушением функции со стороны органов дыхания и сердца, усугубляющихся по мере роста ребенка [1]. Основное клиническое значение имеют первые два дефекта развития, которые встречаются более чем у 0,3% населения, причем 1\10 их часть требует хирургической коррекции по самым строгим показаниям [2]. По данным литературы, частота распространения воронкообразной деформации среди детского возраста колеблется от 0,4 до 2,25 [3]. Килевидная деформация грудной клетки занимает по частоте второе место после воронкообразной и составляет по данным разных авторов от 8 до 22% среди всех деформации груди [3].

Нами было прооперировано 58 больных с различными видами деформаций грудной клетки: из них 48 с воронкообразной деформацией грудной клетки, 7 больных с килевидной и 3 больных с локальной деформацией грудной клетки. Возраст оперированных больных составил от 3 до 27 лет.

Торакопластика по поводу воронкообразной деформации грудной клетки заключалась в мобилизации грудины и деформированных ребер до наружных границ деформации, отсечение мечевидного отростка, мобилизации задней стенки

грудины. Реконструкция осуществлялась путем парастеральной резекции деформированных реберных хрящей с обеих сторон, клиновидной резекции тех же ребер по наружной границе деформации. Грудину корригировали в 3 межреберном промежутке путем неполной поперечной клиновидной стернотомии, заднюю пластинку лишь надламывали. Стабилизацию грудино-реберного комплекса достигали путем использования 2 толстых спиц, которые проводили под грудиной, перекрещивая на вершине "воронки". Концы спиц выводили через межреберные промежутки на поверхность ребер, за пределы мобилизованной грудино-реберной "панели". Концы каждой спицы изгибали под прямым углом в противоположные стороны по отношению друг к другу и укладывали на выше и нижележащие костные части ребер. Длина изогнутых концов должна несколько превышать ширину межреберных промежутков. Этим предупреждается вращение спиц вокруг своей оси, миграция и проваливание их в плевральную полость.

При асимметричных формах воронкообразной деформации грудной клетки, винтообразный элемент грудины устранялся путем косога направления в момент проведения выше указанных спиц.

Торакопластика при килевидных деформациях заключалась в мобилизации грудино-реберного комплекса, резекции деформированных реберных

хрящей. При манубриокостальном типе важным моментом этой операции является коррекция угла Louisa, которую мы исправляли по нашей методике путем поперечной стернотомии на верхней границе кривизны грудины, куда в последующим вставлялся клин из хряща резецированного ребра. На вершине деформации грудины производилась дополнительная поперечная клиновидная стернотомия с иссечением клина. Задние кортикальные стенки грудины надламывались. Стабилизация в корригированном положении достигалась вертикальной спицей, которая вводилась чрезгрудинно от мечевидного отростка снизу вверх и выходила над клиновидным трансплантатом, конец спицы загибали и укладывали поверх рукоятки грудины. Культы резецированных ребер сшивали к грудины в местах их прикрепления. Металлоконструкцию удаляли через 6-8 месяцев.

При корпорокостальных и костальных типах килевидной деформации внутреннюю фиксацию не выполняли. Стабилизация грудной клетки заключалась в ношении корректора осанки с регулируемым надувным пилотом в послеоперационном периоде до срока сращения ребер 3-5 недель.

Всем оперированным больным накладывали косметические швы на рану, который снимали на 9 сутки.

Осложнения, наблюдаемые непосредственно во время операции, такие как пневмоторакс имел место у 3 больных, отверстия которых ушивали сразу. У 2 больных пневмоторакс обнаружен только на следующий день при контрольной рентгенографии. Данное осложнение при современном уровне анестезиологического обеспечения операции не

считается серьезным или угрожающим [4], более того, коммуникацию загрудинного пространства можно рассматривать как выгодный путь дренирования зоны оперативного вмешательства [2]. Пневмония имела место у 3 больных, и благодаря предпринятым мерам была ликвидирована без опасных последствий. Других осложнений во время операции и после нее нами не наблюдалось.

Отдаленные результаты были прослежены у 30 больных, у 28 результат оценен как хороший, у 2 пациентов наступил частичный рецидив деформации, причину которого мы связываем с недостаточным объемом парастеральной резекции ребер.

Таким образом, применение современных методов торакопластики с внутренней фиксацией грудино-реберного комплекса без применения громоздких металлоконструкций позволяет излечить больных с деформациями грудной клетки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кондрашин Н.И. Аномалия развития грудной клетки // *Ортопедия, травматология и протезирование*, 1984, №4, С. 62-67.
2. Малахов О.А., Рудаков С.С., Лихотай К.А. Дефекты развития грудной клетки и их лечение // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*, 2002, №4, С. 63-67.
3. Баиров Г.А., Фокин А.А. Килевидная деформация грудной клетки // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*, 1983, №2, С. 89-93.
4. Дольницкий О.В., Дирдовская Л.Н. Врожденные деформации грудной клетки у детей. Киев, 1978.