

Карабеков А.К., Нарходжаев Н.С.

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

A.K. Karabekov, N.S. Narkhodzhaev

A NEW METHOD OF SURGICAL CORRECTION CARINATE CHEST DEFORMATION IN CHILDREN

УДК:616.72-007.24-089-053.2

Предложен новый способ хирургической коррекции килевидной деформации грудной клетки, основанный на изменении биомеханики конца резецированных ребер. Способ фктенен у 24 больных с различными формами деформации, рецидива нет.

A new method for surgical correction of keeled chest deformation, based on the change in biomechanics of the end of the resected ribs. The method used in 24 patients with various forms of deformation, there is no recurrence.

Килевидная деформация грудной клетки - одна из форм деформации грудной клетки, которая наиболее встречается в ортопедической практике после воронкообразной и наибольшее количество оперативного вмешательства приходится на возраст от 12 до 15 лет [2]. В литературе, посвященной лечению этой патологии, описываются торако-пластики, основанные на резекции деформированных реберных хрящей и тела грудины с различными видами фиксации достигнутого положения спицами [1,2,7]. Имеются сообщения о применении внешних устройств для давления на грудино-реберный комплекс снаружи [3,4].

А.Ж. Абдрахмановым была отмечена необходимость достаточного объема резекции реберных хрящей для профилактики рецидива, т.к. при слишком экономной резекции ребер относительно мобильная стерильная "панель" находится под воздействием сил, способствующих возврату прежних анатомических взаимоотношений [5].

Н. И. Кондрашин, указывая на недостатки методов печения по Г. А. Баирову, Е. Chin и М. Ravitch, отметил, что в результате торакопластики не меняется положение дистальных отделов ребер между костной и хрящевой их частями, а угол наклона ребер остается таким же, как и до операции [6].

При тщательном изучении оперативного вмешательства нами было замечено, что после резекции деформированных реберных хрящей, дистальные части ребер выпрямляются и располагаются от 0,5 до 1,5см выше грудины. "Рессорная" сила одного резецированного ребра определяется устройством оригинальной с конструкцией [8] и равна от 5Н до 10Н, в зависимости от степени деформации, что в сумме может достигать до 60Н. Если произвести торакопластику по традиционной методике, то на тело грудины будет постоянно действовать сила эффект "рессоры", которая будет ходить к возврату дефор-

мации. С целью устранения этой постоянно действующей силы нами была разработана торакопластика, которая устраняет эти негативные моменты (Охранный документ Евразийского патентного ведомства №201100509 от 30.12.2011г.).

Способ осуществляется следующим образом. Срединный разрез кожи от уровня верхней границы патологии до мезогастрия. Кожно-фасциальный лоскут электроножом тупо отслаивают с обеих сторон до наружной границы деформации. Передние участки реберных хрящей обнажают путем раздвигания грудных мышц по ходу волокон над каждым ребром. Производят субнадхрящичную резекцию всех деформированных участков ребер. По верхней границе деформации производят переднюю поперечную стерно-томию и надламывают заднюю кортикальную пластинку грудины при этом грудина занимает необходимое анатомическое положение, затем отступя от зоны роста на 2 -2,5 см (рис.1), в проекции передней подмышечной линии, производят остеотомию передней стенки всех деформированных ребер с двух сторон, а заднюю пластинку надламывают с сохранением надкостницы, создавая переломы по типу "зеленой ветки". Пересеченные реберные хрящи сшивают капроновыми швами (рис.2). Непрерывность мышцы восстанавливают. Рану послойно ушивают. Прием надлома ребер достаточно прост и не требует в дальнейшем сложных внешних устройств различных конструкций для удержания грудино-реберного каркаса в положении коррекции до полного их сращения.



По предложенному способу были оперированы 24 детей с разданными формами килевидной деформацией грудной клетки, в ближайшем и отдаленном периоде у всех детей грудная клетка правильной формы, рецидива нет. Рекомендовали детям в течение двух месяцев носить давящую повязку эластическим бинтом или специальное устройство для стабилизации мобилизованного грудно-реберного комплекса (Инновационный патент РК №24343 на изобретение от 15.08.2011г).

Литература:

1. Дмитриев М.П., Баиров Г.А., Терновой КС., Прокопова Л.В. Костнопластические операции у детей - Киев. 1974 - С.352
2. Жила И.Г. Варианты моделирующей торако-пластики при килевидной деформации грудной клетки у детей //Детская хирургия. - 1999 - № 5. -С.7-10
3. Абдрахманов А.Ж., Тажипов КБ Хирургическое лечение деформаций грудной клетки //Травматология және ортопедия. - 2003 -№ 2 -С. 55-56
4. Абдрахманов А.Ж., Анаптев Т.С., Тажипов КБ Диагностика и хирургическое лечение воронкообразной деформации грудной клетки //Травматология және ортопедия - 2005.- № 2 -С 24-25
5. Абдрахманов А.Ж. Определение степени воронкообразной деформации грудной клетки и техника фиксации грудины//Ортопед, травматол. 1989-№4-С. 14-17.
6. Кондрашин Н.И., Метод торакопластики килевидной деформации грудной клетки //Ортопедия, травматология и протезирования 1984 №12 С.22-24
7. Ибрагимов Ш. А. Хирургическая коррекция врожденной деформации грудной клетки и ребер у детей// автореферат канд. дисс. Бишкек, 2001.
8. Бектаев Е.Т., Нарходжаев Н.С. //Устройство для определения рессорной силы резецированных ребер при торакопластике килевидной деформации грудной клетки// Вестник ЮКГМА №3(44) 2009г, С. 73-75.

Рецензент: к.м.н., доцент Бектаев Е.Т.