



Топография Грудной Стенки При Локальных Деформациях У Детей

Джумабоев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Каримов Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт

АБСТРАКТ

В основу работы легли результаты диагностики и лечения редко встречающихся аномалий грудной клетки у детей. Особенности хирургической коррекции и ее непосредственные и отдаленные результаты.

ARTICLE INFO

Received: 6th October 2022

Revised: 6th November 2022

Accepted: 10th December 2022

KEY WORDS:

топография грудной
стенки, аномалии
развития грудной клетки
и их хирургическая
коррекция

Topography of Local Deformities of Chest Wall in Children

Dzhumaboev Zh.U., Mirzakarimov B.Kh. Karimov D.K.
Andijan state medical institute

Resume. The work is based on the results of diagnosis and treatment of rare anomalies of chest wall in children. Features of surgical correction and its immediate and long-term results.

Key words: chest wall topography, anomalies of development of chest wall and their surgical correction

Болаларда Кўкрак Қафаси Чегараланган Деформациялари Топографияси

Джумабоев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Каримов Д.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Резюме. Бу иш болаларда кам учрайдигон кўкрак қафаси аномалияларини текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Жарроҳли коррекция хусусиятлари ва унинг натижалари.

Калит сўзлар: кўкрак қафас топографияси, ривожланиш аномалиялари ва уларнинг жарроҳли коррекцияси

Актуальность. На грудной стенке у детей могут встречаться деформации в виде врожденной и приобретенной. Причиной приобретенных деформаций могут быть заболевания легких, рахит, травмы, а также после хирургических операций на органах грудной клетки. Различные виды врожденных деформаций грудной клетки у детей делятся на группу локальных аномалий развития, т.е. самостоятельной патологией грудной клетки, и на группу, где деформация является одним из симптомов генерализованного заболевания. Наиболее частой врожденной деформацией грудной клетки является воронкообразная (ВДГК) и килевидная (КДГК) (рис. 1,2). Причиной образования их окончательно не выяснены. Существуют множество гипотез, но до сих пор нет единого мнения относительно причин возникновения. Ведущие гипотезы сосредоточены на дефекте метаболизма или нарушении развития грудино-реберного хряща. Кондрашин Н.И. (1975), исследуя резецированные реберные хрящи, отметил значительные изменения в структуре клеток и межпозвоночного вещества, что дало ему основания считать причиной деформации груди дисплазией реберных хрящей. Русаков А.В. (1959) подразумевал дисплазию как болезненный процесс, приводящий к неправильному формированию тканевых элементов, что приводит к деформации. Исследования других авторов подтверждают существующие предположения [1,2,3].

В отношении диагностики и лечения этих видов деформаций в литературе изложено достаточно [4,5,6,7,8,9]. Среди разновидностей особое место занимают локальные деформации грудной клетки. Наиболее распространенной классификацией деформаций грудной клетки является классификация Acatello в модификации M.Torre (2012) [10].

Тип 1. Деформации хрящевой части ребра. Воронкообразная, килевидная деформация

Тип 2. Деформации костной части ребра (аплазия, гипоплазия и т.д.)

Тип 3. Деформации хрящевой и костной части (синдром Поланда)

Тип 4. Деформации тела грудины (расщепление грудины)

Тип 5. Деформации ключицы и лопатки



Рис. 1: Воронкообразная деформация

Рис. 2: Килевидная деформация

В настоящее время более актуальным является диагностика и тактика при различных дефектах грудной стенки, которые возникают при аплазии ребер, расхождении ребер, синостозах ребер, добавочном ребре, недоразвитии грудных мышц. Отсутствие достаточной информации в литературных изданиях указывают на актуальность этой проблемы.



Рис. 3: Синдром Поланда

Рис. 4: Двустороннее западение ребер

Материалы и методы: в хирургическом отделении детского многопрофильного медицинского центра за последние 15 лет на обследовании и лечении находились 85 детей с различными видами аномалий развития грудной клетки за исключением воронкообразной и килевидной деформации в возрасте от 1 года до 17 лет. Из них мальчиков – 54, девочек – 31. По разновидности деформаций грудной клетки распределились следующим образом: экзостозы III-IV ребер – 38, из них односторонние – 26, двусторонние – 12; западения отдельных ребер – 23, из них односторонние – 14, двусторонние – 9; сращения ребер между собой – 9; отсутствие отдельных ребер – 6; недоразвитие ребер без сочленения с грудиной – 7, синдром Поланда – 2.

Жалобы при поступлении в основном на косметические нарушения. Согласно анамнестическим данным, у всех детей аномалия развития грудной клетки замечена с рождения. С возрастом местное проявление становилось выраженным. Всем детям были проведены общеклинические лабораторные исследования, рентгенологическое обследование грудной клетки. После предварительной подготовки произведена изолированная торакопластика направленное на устранение этих дефектов грудной стенки. Приводим два примера из нашей практики, которые мы считаем наиболее сложной в отношении коррекции.

Пример 1: больная П. в возрасте 6 месяцев поступила с одышкой, учащенным дыханием. При локальном обследовании у ребенка отмечается объемное образование размером 10x10 см в правой боковой грудной стенке, кожа не изменена, образование плотное неподвижное. На рентгеновском снимке (рис. 5) в прямой проекции отмечалось отсутствие III, IV, V ребер. Нижние ребра резко смещены вниз. Пальпируемое плотное образование оказалось печенью, которая выпячивалась через дефект грудной стенки. Мышцы груди недоразвиты, правая часть диафрагмы растянута. Мягкие ткани недоразвиты. В связи с тяжестью патологии анестезиологического и хирургического риска, после предварительной подготовки была оперирована в годовалом возрасте. Дефект грудной стенки был восстановлен путем частичного смещения продольного расщепления ребер и использован в качестве трансплантата. Пластика диафрагмы и мышц груди. Ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр через 3-6 месяцев: косметических и функциональных нарушений не выявлено.

Пример 2: под нашим наблюдением были двое детей, из них больная И., 3 года, жалобы на учащенное дыхание и деформация грудной клетки. При локальном обследовании грудной клетки отмечалась асимметрия: левая половина недоразвита за счет гипоплазии большой и малой грудной мышцы. Смещение левого соска вниз с гипоплазией. Рентгенологическое исследование (рис. 6) в прямой проекции показало недоразвитие, отсутствие части IV-V реберных хрящей, VI ребро в виде крючка смещен вниз, нижние ребра резко направлены вниз. На основании выше указанных данных был установлен диагноз синдрома Поланда. С целью улучшения функции легких, предотвращению прогрессирования дыхательной недостаточности, защиты органов средостения необходимо восстановление каркаса грудной клетки.



Рис. 5



Рис. 6

Техника. Косым разрезом по ходу IV-V межреберья с обнажением грудино-реберного комплекса, продольное рассечение III ребра, смещение вниз с фиксацией к ней IV ребра. В дальнейшем из костной части недоразвитого V ребра полученный трансплантат перемещали и фиксировали к VI ребру. Дефект грудной стенки был ликвидирован. Мышечный дефект был восполнен частичным смещением широчайшей мышц спины. При восстановлении кожи она смещена выше вместе с соском. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр через 3-6 мес. Косметических и функциональных нарушений не выявлено. В литературе синдром Поланда характеризуется как редкий врожденный синдром с частичным или полным односторонним отсутствием большой грудной мышцы с аномалией развития ребер в виде аплазии или гипоплазии. У большинства пациентов наблюдалось истончение подкожно-жировой клетчатки на стороне поражения. Тактика лечения детей с синдромом Поланда заключается в основном в реконструктивном вмешательстве на грудной клетке. Авторами предлагаются различные варианты ликвидации дефекта на грудной стенке от трансплантации ребра до полимерного протезирования.

Результат и обсуждение. Врожденные пороки развития грудной клетки встречаются довольно часто как воронкообразная и килевидная деформации. Реже встречаются аномалии развития ребер и грудины. Результатом исследования были больные дети с различными вариантами нарушения развития грудной стенки. Причины образования этих пороков окончательно не выявлены. Морфологические исследования соединительной ткани выявили нарушения ее строения такие как дисплазия, аплазия хрящевой или костной части грудной клетки. Хирургическая тактика зависела от разновидности нарушения развития ребер, грудины и мышц. Основной целью реконструкции грудной клетки является ликвидация дефекта грудной стенки и восстановление мышечной структуры. Непосредственные и отдаленные результаты всех оперированных детей признаны хорошими в сроках от 3 мес до 1 года. Со стороны сердечной и дыхательной систем функциональных нарушений нет.

Заключение. Таким образом у детей могут встречаться различные виды нарушения развития грудины и ребер. В некоторых случаях они остаются незамеченными со стороны родителей и медперсонала, т.к. нет функциональных нарушений. А в большинстве случаев косметический дефект на грудной клетке представляет большую опасность со стороны легких и сердца. В связи с этим необходима хирургическая коррекция направленные на устранение дефекта в раннем возрасте.

Список литературы:

1. Курицин В.М. Патогистология реберного хряща и иммуноморфологическая характеристика коллагена при воронкообразной груди. Архив патологии, Т. 49, №1, 1987: 20-26
2. Абакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. СПб: ГПМА, 2006: 36

3. Цветкова Т.А., Козлов Е.А., Рудаков С.С. Экстрагируемость коллагена реберного хряща и кожи при воронкообразной деформации грудной клетки у детей. Вопросы медицинской химии, №34(1), 1988: 71-74
4. Виноградов А.В. Хирургическое лечение редких врожденных и приобретенных деформаций грудной клетки у детей. Дис. канд. мед. наук. М., 1999г.
5. Акилов Х.А., Мирзакаримов Б.Х., Джумабоев Ж.У. Оптимизация хирургической коррекции килевидной деформации грудной клетки у детей. Новый день в медицине: 4(28)2019: 126-129.
6. Мирзакаримов Б.Х. Оптимизация методов диагностики и коррекции грудной клетки у детей при ее воронкообразной деформации. Дис. канд. мед. наук. Андижан, 2010г.
7. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Бережной В.В. Клинико-функциональное состояние больных с деформациями грудной клетки до и после торакопластики. Сб.: Материалы V юбилейного симпозиума «Дисплазия соединительной ткани». Омск, 1995г, стр. 63-66.
8. Дольницкий О.В., Дирдовская Л.Н. Врожденные деформации грудной клетки у детей. Здоровя. Киев, 1978г: 55-90.
9. Francesca Forzano, Piers E.F. Daubeney, Susan M. White. Midline Raphe´, Sternal Cleft, and Other Midline Abnormalities: A New Dominant Syndrome? American Journal of Medical Genetics 135A:9–12 (2005): 9-12.
10. Torre M., Rapuzzi G., Jasonni V. Chest wall deformities: An overview on classification and surgical options. In: Topics in Thoracic Surgery / Ed. P. Cardoso, 2012: 117-136.