Эндокорректор-фиксатор грудной клетки ТУ РБ 100070211, 016-2005 (далее эндокорректор) предназначен для устранения воронкообразной деформации грудной клетки

Конструкция эндокорректора представлена на рис.1 и рис.2.

По концам выгибаемой под необходимым радиусом кривизны пластины имеется два монтажных отверстия и две скользящих опоры с монтажным отверстием в центре и двумя отверстиями по концам для крепления их к ребрам. При этом ширина пластины не должна превышать ширину межреберного промежутка (0,5см), а длина скользящей опоры должна быть достаточной, чтобы она могла лежать на двух смежных ребрах (3-3,5 см).

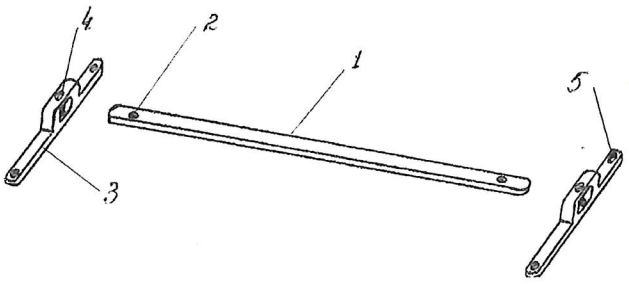


Рис. 1. Эндокорректор-фиксатор: **1** - пластина с двумя монтажными отверстиями по концам **2**; **3** - скользящие опоры с монтажными отверстиями **4** и отверстиями для крепления к ребрам **5**

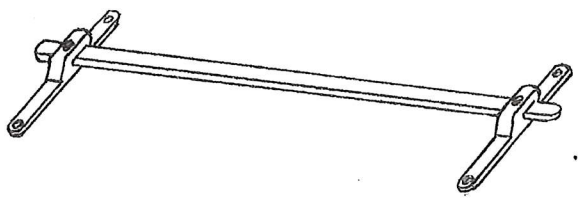


Рис.2. Устройство в сборе

Регистрация МИ в Росздравнадзоре
www.nevacert.ru | info@nevacert.ru

Использование эндокорректора для коррекции деформации грудной клетки показано, если возраст пациента 11 лет и старше.

Методика операции с использованием эндокорректора зависит от степени ригидности деформации.

При ригидности деформации операция выполняется из срединного вертикального (при высоких деформациях) или субмаммарного поперечного (при низких деформациях, начинающихся от IV ребра и ниже) доступов. Кожно-фасциальные лоскуты отслаиваются до наружного края деформации. Отсекается мечевидный отросток, отделяется париетальная плевра от задней стенки грудины. Передняя поверхность реберных хрящей обнажается через 3-4 пары отверстий, образованных путем раздвигания грудных и наружных косых мышц живота по ходу волокон. Производится надсечение по парастернальной линии деформированных ребер на две трети их диаметра. Далее выполняется частичная клиновидная резекция ребер по наружному краю деформации с сохранением внутреннего края ребра. Мобилизация грудины завершается поперечной клиновидной стернотомией во втором-третьем межреберьях.

Затем на переднюю стенку грудной клетки поперечно грудине укладывается шаблон из проволоки так, чтобы оба конца его ложились на недеформированные ребра по обе стороны от воронки, и выгибают его до такой степени, чтобы контур шаблона воссоздавал правильную форму передней стенки грудной клетки. После этого подобранный по длине эндокорректор выгибается по шаблону и вводится через пятый или шестой межреберный промежуток изгибом дорзально так, что средняя его часть располагается загрудинно, а оба конца над ребрами.

Регистрация МИ в Росздравнадзоре
www.nevacert.ru | info@nevacert.ru

Затем эндокорректор разворачивается на 180 градусов, при этом за счет своего изгиба он приподнимает грудину и ребра на рассчитанную величину. Затем по концам пластины 1 надевают скользящие опоры 3 и через монтажные отверстия 2 и 4 фиксируют друг к другу, например, проволокой. После чего через отверстия 5 скользящей опоры пришивают к ребрам.

Операция завершается ушиванием раны и дренированием загрудинного пространства. Больным разрешается ходить на 3-4-е сутки, а из стационара выписываются через 2 нед после операции.

При не ригидной деформации, когда грудная клетка эластична, а возраст ребенка 11 лет и старше, применяем предложенную нами малотравматичную методику торакопластики.

Производится небольшой разрез 6-7 см по среднегрудинной линии так, чтобы середина его находилась над мечевидным отростком, последний отсекается от грудины. Отделяется париетальная плевра от задней поверхности грудины и ребер на протяжении 1-1,5 см от края грудины.

Далее в загрудинное пространство заводится палец, выполняется попытка коррекции деформации, и если удается достичь исправления ее хотя бы частично (на 40 – 50%), то клиновидная резекция ребер не выполняется. Один из концов стержня изгибается в форме крючка, причем диаметр изгиба должен быть равен ширине грудины в месте введения эндокорректора. Далее при продолжающейся ручной тяге за грудину

Регистрация МИ в Росздравнадзоре
www.nevacert.ru | info@nevacert.ru

крючкообразный конец металлического стержня эндокорректора вводится строго у края грудины через пятое или шестое межреберье загрудинно и выводится через аналогичное межреберье с противоположной стороны от грудины.

После этого крючкообразный конец стержня разгибается, подводится под грудную мышцу и через небольшой разрез по боковой поверхности грудной клетки выводится над кожей. Затем стержень под кожей и мышцами продвигается в обратном направлении до тех пор, пока средняя часть его будет располагаться загрудинно. После этого на противоположной половине грудной клетки над концом стержня делается небольшой разрез, и на оба конца стержня эндокорректора надеваются скользящие опоры, которые фиксируются к ребрам. Операция завершается дренированием переднего средостения. На следующий день после операции больным разрешается садиться в постели, а на 2-е сутки – ходить. Через 2 недели пациенты выписываются на амбулаторное лечение. Эндокорректор удаляется не ранее чем через год после операции.

Регистрация МИ в Росздравнадзоре
www.nevacert.ru | info@nevacert.ru