

УДК 616.712-007.24-053.2(476.2)

ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В. Моторенко

кафедра педиатрии с курсом ФПКП УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель: д.м.н., профессор Н.Д. Титова

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — врождённая аномалия развития, проявляющаяся патологическим вдавлением грудины, прилежащих рёбер и соответствующих грудино-рёберных хрящей [1]. Данную патологию определяют у 1 из 300–400 новорождённых, и она составляет около 90% от всех врождённых аномалий грудной клетки [2].

Ключевые слова: воронкообразная деформация грудной клетки, дети, физическое развитие.

PECTUS EXCAVATUM IN CHILDREN OF THE GOMEL REGION

N. V. Motorenko

Department of Pediatrics with the course of FPKiP of Gomel State Medical University",
Gomel, Republic of Belarus

Scientific supervisor: MD, Professor N.D. Titova

GUO "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education",
Minsk, Republic of Belarus

Summary. Pectus excavatum is a congenital anomaly of development, manifested by pathological depression of the sternum, adjacent ribs and corresponding sternocostal cartilages [1]. This pathology is determined in 1 out of 300–400 newborns and it accounts for about 90% of all congenital anomalies of the chest [2].

Key words: pectus excavatum, children, physical development.

Введение. Клинические проявления ВДГК зависят от степени западения грудино-рёберного комплекса. Чаще всего наблюдается западение хрящевой части 3–8 рёбер, что приводит к уменьшению объёма грудной клетки, снижению вентиляционного резерва лёгких, нарушению дренажной функции бронхов и хронизации воспалительных процессов, а также к заметному косметическому дефекту. Этиология на сегодняшний день до конца не изучена, но в её развитии основное место отводится наследственной предрасположенности и генетическим дефектам развития. Так как ВДГК является одним из фенотипических признаков синдрома неспецифической дисплазии соединительной ткани, то большинство авторов ссылаются на диспластический процесс как основную причину возникновения деформации [3]. В большинстве случаев ВДГК диагностируется сразу после рождения ребёнка, но по мере роста у половины детей прогрессирует. В пубертатный период родители отмечают активный рост ребёнка, сопровождающийся усилением западения грудины и грудино-рёберных хрящей. Пациенты жалуются на «чувство сердцебиения» в покое и при физической нагрузке, одышку при малых физических нагрузках, быструю утомляемость, боли в сердце, головокружения, дисфагические нарушения.

Цель исследования. Изучить возрастную и половую структуру воронкообразной деформации грудной клетки и возраст обращения за хирургической коррекцией среди детского населения Гомельской области.

Материал и методы. В исследование включен 41 пациент с установленным диагнозом – воронкообразная деформация грудной клетки, проходивший обследование и оперативное лечение на базе ортопедо-травматологического отделения УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» с января 2019 года по май 2022 года. Всем пациентам выполнена мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки и органов грудной полости. Для определения степени тяжести деформации и показаний к оперативному лечению использовали индекс Халлера.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы «Statistica 10,0». Полученные данные представлены в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей (Me (Q25–Q75)), абсолютным числом (n) и относительной величиной (%).

Результаты. I степень деформации встречалась у 22 (53,66%) пациентов, III степень – у 19 (46,34%) пациентов. Среди исследуемых пациентов 31 – были мальчики (75,60%) и 10 – девочки (24,39%). Половая структура детей с ВДГК представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Половая структура детей с ВДГК

Степень деформации	Мальчики	Девочки	Всего
II степень ВДГК	17 (77,27%)	5 (22,73%)	22 (53,66%)
III степень ВДГК	14 (73,68%)	5 (26,32%)	19 (46,34%)

Средний возраст пациентов составил $14,12 \pm 2,25$ (13–16). При этом средний возраст мальчиков был $14,26 \pm 2,45$ (13–16), девочек $13,70 \pm 1,45$ (12–15) лет. Распределение детей по степени ВДГК в различных возрастных группах представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение детей по степени ВДГК в различных возрастных группах

Степень деформации по индексу Халлера	6–8 лет	9–11 лет	12–14 лет	15–17 лет
II степень	1 (2,44%)	–	14 (34,15%)	7 (17,07%)
III степень	–	1 (2,44%)	8 (19,51%)	10 (24,39%)

Наиболее часто пациенты обращались для оперативного лечения в возрасте от 12 до 14 лет – 22 (53,66%) и в 15–16 лет – 17 (41,46%).

Всем детям была проведена оценка физического развития с помощью центильных таблиц. У большинства – 21 (51,22%) было отмечено высокое физическое развитие, у 3 (7,32%) – очень высокое, у 4 (9,76%) пациентов было среднее физическое развитие, у 9 (21,95%) – выше среднего, у 3 (7,32%) – ниже среднего, у 1 (2,43%) – низкое. Гармоничное физическое развитие отмечено у 10 (24,39%) пациентов и дисгармоничное – у 31 (75,61%) пациента за счёт дефицита массы тела I степени – у 28 (68,29%) пациентов.

Количество детей с ВДГК, проживающих в городе Гомеле, составило – 20 (48,78%), в Гомельской области – 21 (51,22%). Встречаемость ВДГК у жителей города Гомеля составляет 0,02% от всей популяции детей 6 – 17 лет, в Гомельской области – 0,01% от общего числа популяции детей с 6 до 17 лет, проживающих в Гомельской области.

При сборе анамнеза было выявлено, что у 19 (46,34%) пациентов проявления воронкообразной деформации грудной клетки наблюдались, со слов родителей, с раннего возраста. Однако прогрессирование деформации в период активного роста (с 12 до 15 лет) ребёнка наблюдалось у 26 (63,41%) пациентов.

Выводы

1. ВДГК чаще встречается у мальчиков (75,60%), чем у девочек (24,39%).
2. Оценка физического развития у детей с ВДГК показала, что преобладают дети с высоким (51,22%) и выше среднего (21,95%) физическим развитием, чаще дисгармоничным (75,61%) в основном за счёт дефицита массы тела I степени у 68,29% пациентов.
3. Прогрессирование деформации грудной клетки наблюдалось в период активного роста ребёнка (с 12 до 15 лет) у 63,41% детей.
4. Наиболее часто пациенты обращались для оперативного лечения в возрасте от 12 до 14 лет (53,66%).

Список литературы

1. Hebra, A. Minimally invasive repair of pectus excavatum / A. Hebra, B. W. Calder, A. Leshner // *J Vis Surg.* — 2016 Apr 5. — Vol 2, P. 73.
2. Печетов, А. А. Выбор метода коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у пациентов старшего возраста / А. А. Печетов, Ю. С. Есаков, Г. Ф. Губайдуллина, М. А. Маков, Т. Н. Хлань // *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.* 2017. — № 7. — С.24–29.
3. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова // *Руководство для врачей.* — СПб.: Элби-СПб. — 2009. — С.704.