

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.712.1-006.33-089.87-089.844
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-5-89-91

И. А. Ларин, Е. К. Гаврилов, С. Б. Магомедов, А. Ш. Джабраилов,
Э. Г. Вердиев, В. А. Тарасов, Г. Г. Хубулава

ОБШИРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СЛЕВА С КОМБИНИРОВАННОЙ ПЛАСТИКОЙ ДЕФЕКТА У БОЛЬНОЙ С ХОНДРОСАРКОМОЙ РЕБЕР

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить возможность комбинированной пластики дефекта грудной стенки у больной с массивной хондросаркомой грудной стенки. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Восстановление каркасности грудной стенки с помощью 4 титановых протезов, лоскута левой широчайшей мышцы спины на ножке. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Функциональные показатели: функция внешнего дыхания – в пределах нормы; жизненная емкость легких – 96 %; проба Штанге – 1 мин 26 с; проба Генчи – 28 с. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Показана возможность длительного выживания с хорошим качеством жизни у больной с обширной резекцией левой половины грудной стенки с размерами до 420 см².

Ключевые слова: грудная стенка, грудино-реберный каркас, титановая конструкция

I. A. Larin, E. K. Gavrilov, S. B. Magomedov, A. Sh. Dzhabrailov, E. G. Verdiev, V. A. Tarasov, G. G. Khubulava

Extensive left chest wall resection with combined plasty of the defect in the patient with chondrosarcoma of the ribs

Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy named after S. M. Kirov» of the Ministry of Defence of the Russian Federation, Russia, St. Petersburg

The **OBJECTIVE** of the study was to assess the possibility of combined plasty of a chest wall defect in a patient with a massive chondrosarcoma of the chest wall. **MATERIAL AND METHODS.** The restoration of frame-based structures of the chest wall with 4 titanium prosthesis, flap of the left broadest muscle of the back on the stem. **RESULTS.** Functional indices: the function of external respiration is within normal limits; lung capacity – 96 %; Stange assay – 1 min. 26 sec.; Genci test – 28 sec. **CONCLUSION.** The possibility of long-term survival with a good quality of life in a patient with extensive resection of the left half of the chest wall with dimensions up to 420 cm² is shown.

Keywords: chest wall, sternocostal frame, titanium prostheses

Злокачественные опухоли грудной стенки составляют 4 % от всех опухолей человека [1]. Принято считать, что дефекты грудной стенки, образующиеся при резекции трех ребер и более, или по площади более 100 см² для предотвращения кардиореспираторных нарушений нуждаются в реконструктивно-восстановительных операциях [2, 3].

Несмотря на значительное количество проведенных экспериментальных работ и накопленный большой клинический материал [1], исследования в этой области продолжают. В основном они направлены на поиски новых пластических материалов и более широкое использование собственных тканей организма.

Больная П., 1984 г. р., находилась на стационарном лечении в Городской больнице № 26 Санкт Петербурга с 05.12 по 23.12.2005 г. Поступила в плановом порядке с жалобами на боли в области опухолевидного образования в левой половине грудной клетки, общую слабость. Больной себя считает с августа 2005 г., когда самостоятельно выявила опухолевидное образование в левой половине грудной клетки, которое стало увеличиваться, присоединились боли в области опухоли. Больная обследовалась амбулаторно: выявлено новообразование грудной стенки с деструкцией VI–IX ребер слева. В оперативном лечении больной отказано в связи с распространенностью опухолевого процесса, от предложенной биопсии и, возможно, последующей химио- и лучевой терапии больная отказалась. Больная госпитализирована в нашу клинику для

дообследования и лечения. Пациентке дополнительно выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, малого таза, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, УЗИ молочных желез и щитовидной железы, УЗИ сердца, фиброгастроскопия, фибробронхоскопия, спирометрия, повторно рентгенография, компьютерная томография (КТ) груди.

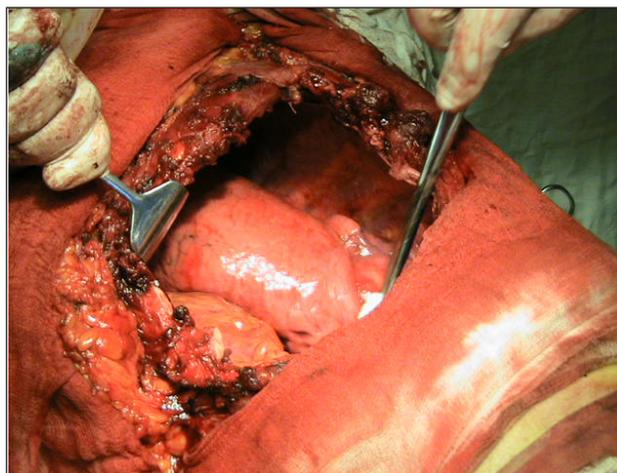
Гистологическая верификация опухоли в дооперационном периоде не была выполнена, так как у больной, по данным обследования, имел место злокачественный процесс – деструкция ребер, и морфологический тип опухоли не изменил бы тактику оперативного лечения.

На основании данных обследования и осмотра, площадь ожидаемого дефекта грудной стенки после удаление опухоли будет составлять 400–450 см².

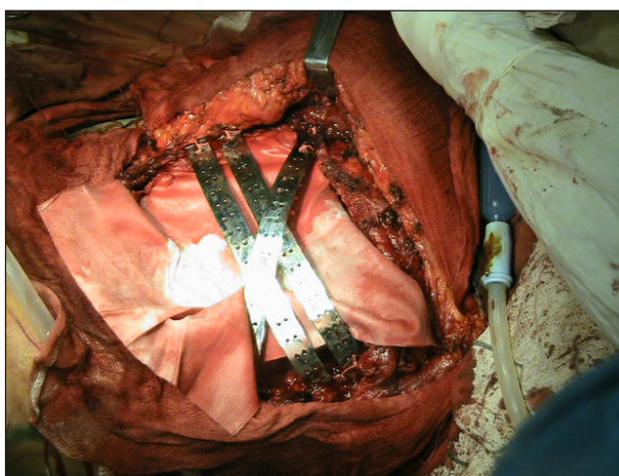
13.12.2005 г. после получения от больной согласия на операцию под эндотрахеальным наркозом произведена переднебоковая торакотомия по пятому межреберью слева, с продолжением разреза кожи до левой верхней передней подвздошной ости, с целью мобилизации левой широчайшей мышцы спины. Ткани послойно рассечены, частично выделена плотная опухоль грудной стенки размерами 15×10×10 см, прорастающая с VI по IX ребра. Опухоль прорастает в VIII сегмент легкого. Произведена атипичная резекция легкого с зашиванием раны легкого непрерывным швом нитью викрил № 3. Отступая от края опухоли по 4 см, произведена резекция ребер с VI по IX. Передние отрезки ребер удалены вместе с хрящевой частью. В плевральную полость установлены 2 дренажа во втором и девятом межреберьях слева. Образовавшийся дефект грудной стенки, размерами 420 см², закрыт следующим образом:



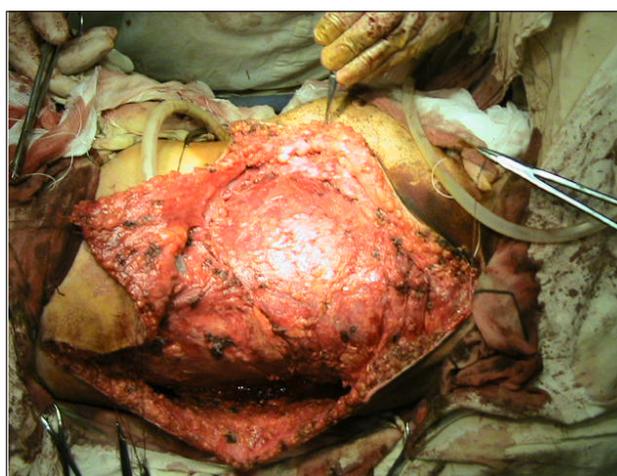
а



б



в



г

Рис. 1. Этап резекции опухоли грудной стенки у больной П., 21 год:

а – метастатическая опухоль в области грудной стенки по боковой поверхности 15×10 см; б – выполнена резекция опухоли с ребрами, образовался дефект 20×12 см; в – вшита лавсановая сетка и фиксированы титановые протезы к ребрам; г – сформированный подкожный тоннель и фиксация его к краям раны узловыми швами подкожной клетчатки



Рис. 2. Больная П., 31 год, через 10 лет после операции

дефект плевры замещен с помощью полипропиленовой сетки. Каркаасность грудной стенки восстановлена с помощью четырех титановых протезов (сплав ВТ 100). Протезы фиксировали лавсановой нитью № 6 к дистальным отрезкам V, VII, VIII, X ребер и грудины, отступя по 3–4 см от края резекций.

Титановые протезы уложены перекрестно и фиксированы между собой для прочности конструкции. Мобилизован лоскут левой широчайшей мышцы спины на ножке, который был перемещен на металлическую конструкцию, закрыв ее полностью. Мышечный лоскут фиксирован отдельными швами к краям

дефекта, герметизировав его (рис. 1). Края кожной раны шиты узловыми швами с дренированием.

Донорский дефект на спине зашит с помощью мобилизации кожных лоскутов без натяжения. В подкожную клетчатку установлены 2 дренажа, рана послойно зашита. Асептическая повязка. Больной проводили интенсивную терапию в условиях реанимации, на 2-е сутки пациентка переведена в отделение торакальной хирургии.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки. Гистология: хондросаркома грудной стенки, с прорастанием в легкое. В дальнейшем больная наблюдается амбулаторно, 1 раз в 3 месяца – рентгенография, КТ груди, КТ – 1 раз в 6 месяцев: головной мозг, брюшная полость, малый таз, со 2-го года – рентгенография, КТ груди 1 раз в год.

Больная в 2013 г. родила доношенного ребенка, беременность протекала без особенностей, роды прошли без осложнений. В настоящее время ребенок здоров. Данных за рецидив и метастазирования опухоли спустя 12 лет не выявлено (рис. 2).

Вывод. Через 12 лет после обширной резекции левой половины грудной стенки с резекцией левого легкого и сложной пластикой дефекта размерами 420 см³ по поводу гигантской хондросаркомы

левой половины грудной стенки с прорастанием в левое легкое качество жизни молодой женщины увеличилось в 2 раза по шкале Д. Карновски.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Адамян А. А. Атлас пластических операций на грудной стенке с использованием эндопротезов. М. : Мир искусства, 1994. С. 158. [Adamyán A. A. Atlas plasticheskikh operatsii na grudnoi stenke s ispol'zovaniem endoprotezov. Moscow: Mir iskusstva, 1994. P. 158].
2. Вишневецкий А. А., Рудаков С. С., Миланов О. Н. Хирургия грудной стенки. М. : ВИДАР, 2005. С. 301. [Vishnevskii A. A., Rudakov S. S., Milanov O. N. Khirurgiya grudnoi stenki. Moscow: VIDAR, 2005. P. 301].
3. Возможности оперативного лечения больных с обширными злокачественными поражениями грудной стенки / И. А. Ларин, В. А. Тарасов, Г. Г. Хубулава, Е. К. Гаврилов // Клини. мед. 2015. № 7. С. 40–45. [Larin I. A., Tarasov V. A., Khubulava G. G., Gavrilov E. K. Vozmozhnosti operativnogo lecheniya bol'nykh s obshirnymi zlokachestvennyimi porazheniyami grudnoi stenki // Klinicheskaya meditsina. 2015. № 7. P. 40–45].

Поступила в редакцию 22.06.2018 г.

Сведения об авторах:

Ларин Илья Алексеевич (e-mail: larin.i.a.@mail.ru), зав. операционным блоком первой кафедры хирургии (усовершенствования врачей); Гаврилов Евгений Константинович (e-mail: gavrilov_evgeny@mail.ru), канд. мед. наук, преподаватель первой кафедры хирургии (усовершенствования врачей); Магомедов Сунгур Багомедович (e-mail: mag_sun@mail.ru), врач-хирург, старший лейтенант медицинской службы; Джабраилов Али Шихмурадович (e-mail: e.verdiev@mail.ru), врач-хирург, старший лейтенант медицинской службы; Вердиев Эльчин Гахраманович (e-mail: e.verdiev@mail.ru), канд. мед. наук, врач-хирург; Тарасов Виктор Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, профессор первой кафедры хирургии (усовершенствования врачей); Хубулава Геннадий Григорьевич (e-mail: ggkh@gambler.ru), д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН, зав. первой кафедры хирургии (усовершенствования врачей); Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.