

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

¹Сушко А. А. (alexsushko@tut.by), ¹Можейко М. А. (m.mazheika@gmail.by),
²Олейник А. О. (Olejnik_A.@list.ru), ²Кропа Ю. С. (j.kropa@mail.ru)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь, Гродно

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Беларусь, Гродно

В статье приводятся случаи поражения рёбер доброкачественными и злокачественными новообразованиями, методы их диагностики. Описываются способы восстановления обширных дефектов грудной стенки после оперативного удаления опухолей с использованием местных тканей и синтетических материалов.

Ключевые слова: опухоль ребра, видеоассистированная торакоскопия, торакотомия.

Опухоли грудной стенки встречаются относительно редко. Так, по данным ряда авторов, доброкачественные остеоиды рёбер составляют около 10,1% от общего числа пациентов с опухолями костей всех локализаций и поражают чаще всего IV-X рёбра, подверженные травматическим повреждениям [2, 5]. Злокачественные опухоли костей грудной стенки патоморфологически представлены: хондросаркомы в 27% случаев, остеосаркомы – в 22%, фибросаркомы – в 22% случаев [1, 4]. Значительно реже встречаются злокачественная плазмоцитомы, фиброзная гистиоцитомы. Кроме вышеназванных новообразований, возможно вторичное поражение ребер и грудины опухолями мягких тканей грудной стенки, а также вследствие прорастания злокачественными новообразованиями легких и органов средостения. Нередко локализация и распространение опухолевого процесса представляет серьёзную проблему для радикального удаления новообразований грудной стенки [2,7].

В клинике 1-й кафедры хирургических болезней УО «ГрГМУ» на базе отделения торакальной хирургии Гродненской областной клинической больницы с 2005 по 2015 гг. находились 6 пациентов с опухолями грудной стенки различной локализации и гистологического строения. У пяти пациентов диагностированы доброкачественные остеоиды рёбер, у одного – злокачественная хондросаркома рёбер. Всем пациентам проводилось плановое оперативное лечение, направленное на радикальное удаление новообразований. Следует отметить, что при лечении пациентов с опухолями грудной стенки требуется предоперационное планирование, учитывающее состояние пациента, число пораженных ребер, степень вовлечения в опухолевый процесс мышц и кожи, предполагаемые размеры дефекта грудной стенки после удаления опухоли. Послеоперационный дефект грудной клетки может ухудшить функцию внешнего дыхания, требующую продолжительную ИВЛ. Небольшие дефекты переднебоковых отделов грудной стенки можно закрыть мышечными тканями. Однако для устранения дефекта реберного каркаса, возникающего при резекции более трех ребер или превышающих более 100 см², необходимо применение полипропиленовой сетки или синтетической пластины Gog-Tex (политетрафторэтилен) для предотвращения нарушений функции сердца и лёгкого на поражённой стороне [8, 9]. В настоящее время, как правило, используется комбинированная пластика дефекта, сочетающая как синтетические материалы, восстанавливающие жесткий каркас грудной стенки, так и перемещенные лоскуты, закрывающие дефекты мягких тканей [3, 6].

Приводим наши наблюдения.

1. Пациентка Ш., 1978 года рождения, поступила в торакальное отделение Гродненской областной

клинической больницы 20.02.2015 с жалобами на периодически возникающую боль в левом плече. Патологические изменения выявлены при амбулаторном рентгенологическом обследовании. При поступлении: состояние удовлетворительное. Пульс 82 уд. в минуту. Сердце – тоны чистые, ясные. АД – 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. КТ органов грудной полости 05.02.2015: Корни легких не расширены. Трахея и крупные бронхи без видимых сужений. Свободная жидкость в плевральных полостях не определяется. Имеется участок вздутия 2 ребра слева в среднем отделе прим. 18x31 мм с сохранением контуров кортикальной пластинки, с наличием перегородок, разделяющих полость вздутия на несколько ячеек, содержимое внутри ячеек 40-60 НУ. Убедительных данных за периостальную реакцию не получено. Перифокально мягкие ткани без видимых изменений.

Заключение: КТ-картина может быть характерна для остеоиды 2 ребра слева смешанного характера, в плане диф. диагностики предусмотреть остеобластическому (рисунок 1).



Рисунок 1. – КТ-грамма и Р-грамма остеоиды 2-го ребра слева

Электрокардиограмма 23.02.2015: ЧСС 100. Вертикальное положение ЭОС. Нормальный синусовый ритм. Синусовая тахикардия. Результаты лабораторных исследований: Группа-резус 23.02.2015: группа крови А (II); резус фактор: отрицательный. Гемостазиограмма 23.02.2015: активированное частичное тромбопластиновое время 30,7 сек.; протромбиновое время 15 сек.; активн. протромбинов. комплекса (по Квику) 95%; международное нормализованное отношение 1,03; фибриноген 3,05 г/л. Общий анализ крови 23.02.2015: эритроциты $4,57 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 136 г/л; лейкоциты $9,5 \times 10^9/л$; СОЭ 10 мм/час; цветовой показатель 1,02; гематокрит 0,4%; тромбоциты $276 \times 10^9/л$; RDW (степень анизоцитоза) 12,5%; эозинофилы 1%; нейтрофилы палочкоядерные 3%; сегментоядерные 68%; лимфоциты 23%; моноциты 5%.

03.03.2015 пациентке произведена операция: видеоассистированная торакоскопическая резекция 2-го ребра слева с опухолью. Плевральная полость дренирована двумя дренажами. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 8-е сутки, заживление раны первичным натяжением. Контрольная рентгенография ОГК в 2-х проекциях от 5.03.2015 г. Левое легкое расправлено, зон свободных от легочного рисунка не определяется. Справа без дополнительных теней. Заключение: р-признаки состояния после оперативного вмешательства (видеоассистированной анатомической резекции 2 ребра слева с опухолью от 3.03.2015 г.) (рисунок 2).

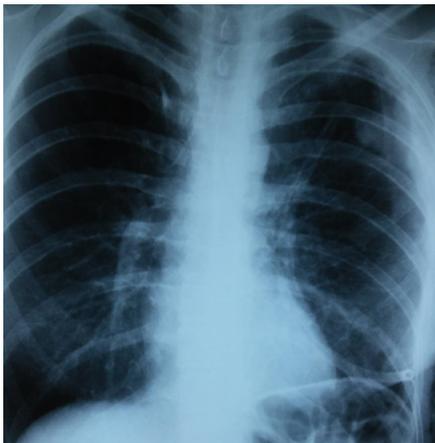


Рисунок 2. – Контрольная Р-грамма органов грудной клетки

Гистологическое заключение № 9484 от 13.03.2015: Остеома.

Пациентка на 15-е сутки выписана на амбулаторное лечение. При выписке состояние удовлетворительное. В легких с обеих сторон аускультативно везикулярное дыхание.

2. Пациент К., 1946 года рождения, поступил в торакальное отделение Гродненской областной клинической больницы 15.06.2015 с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой половине грудной клетки. Образование начал отмечать в 2012 г., с 14.06.2013 по 25.06.2013 проходил обследование в торакальном отделении, где при пункционной биопсии опухоли 18.06.2013 атипичные клетки не обнаружены. В пунктате – эритроциты, жир. Для определения дальнейшей тактики лечения был направлен в РНПЦ ОиМР им. Н.Н. Александрова, где

предложено оперативное вмешательство, от которого отказался. При поступлении 15.06.2015: состояние удовлетворительное. Пульс 86 уд. в минуту. Сердце – тоны приглушены. АД – 140/90 мм рт. ст. (ИБС, диф. и ПИ? по ЭКГ с 2013 г. кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. АГ2 риск 4 Н1). В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. МСКТ 06.09 2015: отмечается отрицательная динамика за счет увеличения площади затемнения неоднородного характера высокой степени интенсивности слева с верхней границей до нижнего края переднего отдела 2 ребра. Левое легкое неоднородно затемнено в нижнем легочном поле и паракостально в среднем. Левый купол диафрагмы четко не прослеживается на всем протяжении. Средостение не расширено, корни фиброзно уплотнены, расширены за счет сосудистого компонента. Справа без дополнительных теней. Сердце в поперечнике расширено, широко прилежит к диафрагме (рисунок 3).



Рисунок 3. – КТ-грамма органов грудной клетки

Результаты лабораторных исследований:

Группа-резус 16.06.2015: Группа крови А (II); Резус фактор: положительный; антиэритроцитарные антитела: не выявлены. Гемостазиограмма 18.06.2015: активированное частичное тромбопластиновое время 30,4 сек.; протромбиновое время 15,8 сек.; активн. протромбинового комплекса (по Квику) 84,3%; международное нормализованное отношение 1,17; фибриноген 4,4 г/л. Биохимическое исследование крови 18.06.2015: общий белок 56 г/л; мочевина 7,6 ммоль/л; креатинин 150 мкмоль/л; билирубин общий 13,6 мкмоль/л; глюкоза крови 14,0 ммоль/л; аспартатаминотрансфераза 20 Ед/л; аланинаминотрансфераза 26 Ед/л; амилаза 22 Ед/л; натрий 137 ммоль/л; калий 6,0 ммоль/л; хлориды 109 ммоль/л. Общий анализ крови 22.06.2015: эритроциты $4,14 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 110 г/л; лейкоциты $8,2 \times 10^9/л$ СОЭ 28 мм/час; цветовой показатель 0,8; гематокрит 34%; тромбоциты $146 \times 10^9/л$; базофилы 1%; эозинофилы 10%; нейтрофилы палочкоядерные 4%; сегментоядерные 58%; лимфоциты 21%; моноциты 6%.

18.06.2015 произведена операция: удаление опухоли грудной стенки с резекцией 3-4 ребер и пластикой дефекта полипропиленовой сеткой. Плевральная полость дренирована двумя дренажами. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 8-е сутки, заживление раны первичным натяжением (рисунок 4).

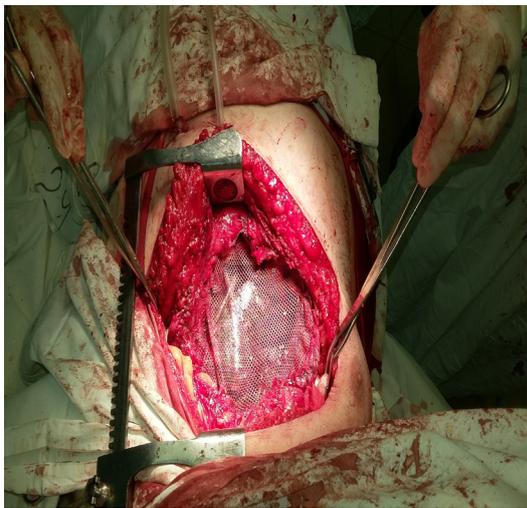


Рисунок 4. – Фотографии новообразования и пластики дефекта грудной стенки полипропиленовой сеткой

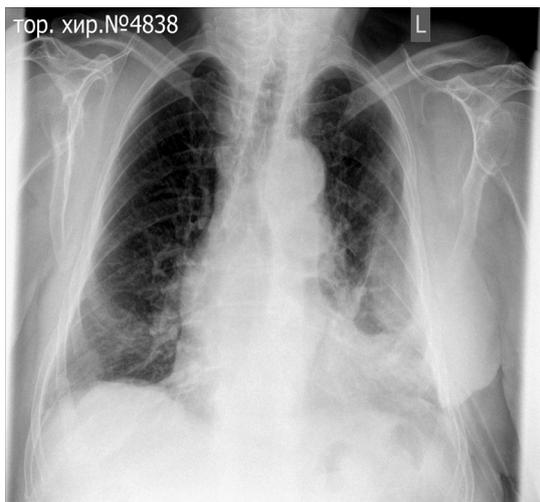


Рисунок 5. – Контрольная Р-грамма органов грудной клетки

Контрольная рентгенография ОГК в 2-х проекциях от 22.06.2015г.: состояние после оперативного вмешательства от 18.06.2015г. (рисунок 5).

Гистологическое заключение № № 27512, 27520 23. 06.2015г.: хондросаркома высокодифференцированная G1.

Пациент на 15-е сутки выписан на амбулаторное лечение. При выписке состояние удовлетворительное (рисунок 6).



Рисунок 6. – Фотографии пациента до и после оперативного вмешательства

Выводы

1. Описанные наблюдения являются довольно редкими случаями. Локализация опухолей грудной стенки разнообразна и требует определенного предоперационного обследования для выбора правильной тактики хирургического вмешательства.

2. Радикальное удаление новообразования с обширной резекцией костного скелета грудной стенки с реконструкцией послеоперационного дефекта позволяет достигнуть хороших функциональных результатов.

Литература

1. Давыдов, М. И. Лечение местно-распространенных опухолей грудной стенки. Случаи из практики / М. И. Давыдов, М. Д. Алиев, Б. Е. Полоцкий и др. // *Вестн. онкол.* 2003. - № 2. - С. 93-96.
2. Зацепин, С. Т. Костная патология взрослых / С. Т. Зацепин // М.: Медицина, 2001. - С. 501-519.
3. Трапезников, Н. Н. Сберегательные и сберегательно-восстановительные операции при опухолях костей / Н. Н. Трапезников, А. М. Цуркан // М., 1990. - С. 108-129.
4. Чиссов, В. И. / В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг, А. С. Мамонтова // М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 1994. - 156 с.
5. Arrabal Sanchez R. Primary tumors of the thoracic wall (1991-1994) / Sanchez Arrabal R. // *Arch. Bronconeumol*, 1996. - Vol. 32, № 8. - P. 384-387.
6. Dahan, M. Surgery of chest wall tumors / M. Dahan, L. Brouchet, J. Berjaud et al. // *Ann. Chir. Plast. Esthet*, 2003. - Vol. 48, № 2. - P. 93-98.
7. Dineen, J.P., Boltax, P.S. Problems in the management of chest wall tumor / J.P. Dineen, P.S. Boltax // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1966. - Vol. 52, № 4. - P. 588-594.
8. Mansour, K.A. Chest wall resections and reconstruction: a 25-year experience / K.A. Mansour, V.H. Thourani, A. Losken // *Ann. Thorac. Surg.*, 2002. - Vol. 73, № 6. - P. 1720-1726.
9. Yokote, K. Indication and method of chest wall reconstruction / K. Yokote, H. Osada // *Kyobu Geka*, 1996. - Vol. 49, № 1. - P. 38-41.

Literatura

1. Arrabal Sanchez R. Primary tumors of the thoracic wall (1991-1994) / Sanchez Arrabal R. // *Arch. Bronconeumol*, 1996. - Vol. 32, № 8. - P. 384-387.
2. Chissov, V. I. Thoracic oncosurgery / V. I. Chissov, A. H. Trachtenberg, A. S. Mamontova // М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 1994. - 156 p.
3. Dahan, M. Surgery of chest wall tumors / M. Dahan, L. Brouchet, J. Berjaud et al. // *Ann. Chir. Plast. Esthet*, 2003. - Vol. 48, № 2. - P. 93-98.
4. Davydov, M. I. Treatment of locally advanced tumors of the chest wall. Cases from practice / M. I. Davydov, M. D. Aliyev, B. E. Polotsk et al. // *Vestnik. Oncol.*, 2003. - № 2. - P. 93-96.
5. Dineen, J. P., Boltax, P. S. Problems in the management of chest wall tumor / J.P. Dineen, P.S. Boltax // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1966. - Vol. 52, № 4. - P. 588-594.
6. Mansour, K. A. Chest wall resections and reconstruction: a 25-year experience / K.A. Mansour, V.H. Thourani, A. Losken // *Ann. Thorac. Surg.*, 2002. - Vol. 73, № 6. - P. 1720-1726.
7. Trapeznikov, N. N. Savings and Savings and recovery operations for tumors of the bone / N.N. Trapeznikov, A.M. Turcan // М., 1990. - P. 108-129.
8. Yokote, K. Indication and method of chest wall reconstruction / K. Yokote, H. Osada // *Kyobu Geka*, 1996. - Vol. 49, № 1. - P. 38-41.
9. Zatsepin, S. T. Bone pathology adults / S.T. Zatsepin // М.: Медицина, 2001. - P. 501-519.

SURGICAL TREATMENT OF CHEST WALL TUMOR

¹*Sushko A. A.*, ¹*Mozheyko M. A.*, ²*Olejnik A. O.*, ²*Kropa J. S.*

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Health Care Establishment «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

This article presents cases of rib involvement by benign and malignant tumors, methods of their diagnostics are described. Restoration methods of extensive defects of chest wall after tumor excision with the use of local tissues and synthetic materials are presented.

Keywords: tumor of rib, video-assisted thoracoscopy, thoracotomy.

Поступила: 02.02.2016

Отрецензирована: 16.02.2016