

*Татур А.А.1, Протасевич А.И.1, Попов М.Н.2, Росс А.И.2,
Куптель М.А.2, Пландовский А.В.1*

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛУЧЕВОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДИНЫ И РЕБЕР У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ХОЛСТЕДУ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска*

Актуальность. Остеомиелит грудины и ребер (ОГиР) в отдаленном послеоперационном периоде после выполнения мастэктомии по Холстеду с проведением лучевой терапии диагностируется у пациенток пожилого и старческого возраста, поскольку в настоящее время эта операция в лечении рака молочной железы (МЖ) применяется крайне редко. Мастэктомия по Холстеду сопровождается удалением больших грудных мышц (БГМ), принося пациенткам косметический дискомфорт, а развитие на фоне постлучевого дерматита ОГиР делает лечение этой тяжелой гнойно-септической патологии сложным вследствие отсутствия местных тканей, которые можно было бы использовать для пластики пострезекционного дефекта грудной стенки.

Цель: анализ результатов диагностики и хирургического лечения постлучевого ОГиР у пациенток после мастэктомии по Холстеду.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 22 пациенток, находившихся на лечении в 2013-19 г.г. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска по поводу постлучевого ОГиР после комбинированного лечения рака МЖ.

Результаты и их обсуждение. Медиана возраста пациенток - 72 (62; 84) года. ОГиР развился в сроки от 3 месяцев до 32 лет после комбинированного лечения рака МЖ I-III стадий в различных онкологических учреждениях Республики: 3 пациенток после двухсторонней с интервалом 1-10 лет МЭ, у 19- односторонней. Среднее время от мастэктомии и радиотерапии до появления первых симптомов ОГиР составило $24,2 \pm 1,3$ лет. Факторами риска развития ОГ были лучевая терапия и постлучевой дерматит (100%), артериальная гипертензия (АГ) и ИБС (86%), сахарный диабет (СД; 27,3%). У всех пациенток были свищевые формы ОГиР с выраженными постлучевыми изменениями кожи, и они находились на амбулаторном и (или) стационарном лечении в отделениях гнойной хирургии по месту жительства. Основным методом диагностики ОГиР в РЦТХ с 2008 г. является мультиспиральная КТ грудной клетки с болюсным усилением, которая позволяет определить распространенность деструкции грудины и определить адек-

ватный объем операции. При КТ ОГК и планировании объема операции совпадение с интраоперационными данными отмечено у 16 пациенток (72,7%), недооценка поражения – у 5 (22,7%) и переоценка только у 1 (4,5%). Предоперационная подготовка включала санацию свищевых ходов (100%), вскрытие и дренирование гнойных затеков (50%), вакуум-терапия (32%), определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам (100%). В микробном пейзаже отделяемого из свищей преобладали *Ps. aeruginosa* и *Staph. aureus*. У 3 пациенток после двухсторонней мастэктомии края резецированных ребер были укрыты межреберными мышцами, грудины – надкостнично-фасциальным лоскутом, а края кожи фиксированы к дну дефекта. В течение 4 недель пациенткам проводилась вакуум-терапия ран с последующим переходом на мазевые повязки. У двух пациенток 80 и 82 лет отмечено заживлением раны вторичным натяжением после их перевода на амбулаторное лечение. У одной пациентки 62 лет после доплеровского исследования внутренних грудных артерий (слева – облитерация!) потребовалась пластика обширного дефекта грудной стенки ТРАМ-лоскутом. У пациентки 68 лет после мастэктомии справа планировалось выполнение протезирования аортального клапана, в связи с чем перемещение контрлатерального лоскута БГМ признано нецелесообразным. После резекции двух ребер и края грудины после вакуум-терапии рана репарировала. У одной пациентки 82 лет после мастэктомии справа и лучевой терапии развился гнойный артрит грудино-ключичного сустава, остеомиелит рукоятки грудины и хондрит 1 ребра. После вскрытия и дебридмента гнойного очага и вакуум-терапии в течение 3 недель была выполнена резекция головки ключицы, краевая резекция рукоятки грудины и хрящевого отрезка 1 ребра с миопластикой контрлатеральным лоскутом БГМ. Индивидуальный операционный доступ у 17 других пациенток обеспечивал иссечение свищевых ходов, минимальную мобилизацию кожи в зоне постмастэктомического рубца и достаточный переход к контрлатеральной БГМ. Краевая резекция грудины выполнена у 10 пациенток (58,8%), с/3 тела – у 4 (23,5%), дистальная ½ тела – у 2 (11,8%), субтотальная – у 1 (5,9%) с удалением от 2 до 5 деструктивно-измененных передних отрезков ребер на стороне мастэктомии. При окончательной резекции тела грудины удалялись также соответствующие контрлатеральные ребра, причем у 4 пациенток с признаками их гнойной деструкции. Резекционный этап вмешательства завершали миопластикой дефекта грудной стенки мобилизованным васкуляризированным лоскутом контрлатеральной БГМ по оригинальной методике. В послеоперационном периоде проводилась этиотропная антибактериальная терапия. У 3 пациенток отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало применения вакуум-терапии и

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

наложения вторичных швов. Медиана длительности стационарного лечения, составила 65 (17; 125) суток. Летальных исходов не было.

Выводы: 1) Факторами риска развития ОГиР после комбинированного лечения рака МЖ являются лучевая терапия в анамнезе на фоне АГ, ИБС и СД у пациенток пожилого возраста; 2) Диагностическая программа ОГиР после мастэктомии должна включать КТ ОГК и бактериологический мониторинг; 3) Лечебная тактика при постлучевом ОГиР должна быть персонализированной с учетом объема поражения и тяжести коморбидной патологии; 4) После предоперационной подготовки и резекционного этапа вмешательства показана одномоментная пластика дефекта грудной стенки васкуляризированным лоскутом контрлатеральной БГМ.