

# Лапароскопически ассистированная торакооментопластика в реконструкции обширных дефектов передней грудной стенки

А.В. БАЗЫЛЮК, А.А. ПЕЧЕТОВ, Ю.С. ЕСАКОВ

Отделение торакальной хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

## Актуальность

Выбор метода реконструкции обширных приобретённых дефектов передней грудной стенки на завершающем этапе лечения стерномедиастинита зависит от объёма дефекта, сохранности каркасной функции передней грудной стенки, дефицита мышечной массы, риска аррозионного кровотечения из сосудов переднего средостения. Важным фактором при выборе лоскута остаётся состояние внутренних грудных артерий, которые могут быть перевязаны во время предыдущих операций либо ранее использованы для реваскуляризации миокарда. Надёжным методом замещения дефекта грудной стенки при вышеперечисленных состояниях остаётся транспозиция пряди большого сальника. Однако традиционный метод забора лоскута, в свою очередь, ассоциирован с высоким риском развития послеоперационной вентральной грыжи, абдоминальных и инфекционных осложнений.

## Материал и методы

В проспективное одноцентровое исследование включено десять пациентов, оперированных в период с декабря 2014 г. по декабрь 2015 г. в отделении торакальной хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского». Медиана возраста составила 64 (51, 69) года, преобладали мужчины (6/4). Все пациенты имели обширные дефекты передней грудной стенки в исходе послеоперационного стерномедиастинита IV степени (по классификации Oakley-Wright). У четырех из десяти больных ранее выполняли различные операции на органах брюшной полости. При подготовке к торакооментопластике всем больным проведено этапное лечение, включавшее хирургическую обработку с резекцией грудины и хрящевых отрезков рёбер, местное лечение, вакуумную терапию (у шести пациентов

из десяти). Завершающую операцию выполняли при отрицательных двукратных посевах из раны. Всем пациентам после лапароскопической мобилизации прядь большого сальника перемещали в переднее средостение и на грудную стенку через щель Ларрея на правой желудочно-сальниковой артерии. После транспозиции лоскут фиксировали ко дну раны отдельными узловыми швами и укрывали перемещёнными кожно-жировыми лоскутами.

## Результаты

Все пациенты активизированы в течение первых суток после операции. Осложнения I степени (по классификации Dindo-Clavien) в послеоперационном периоде развились у двух из десяти пациентов (параментальная серома и несостоятельность кожных швов), что было скорректировано местным лечением и не потребовало повторной операции. Послеоперационной летальности не было. Таких осложнений, как острая кишечная непроходимость и отторжение трансплантата также не было. За время наблюдения (от 2 до 12 мес) рецидива основного заболевания не отмечено. Медиана послеоперационного стационарного лечения 9 (8, 11) сут.

## Выводы

Торакооментопластика до настоящего времени остаётся методом выбора реконструкции обширных приобретённых дефектов передней грудной стенки при дефиците пластического материала, высоком риске местных осложнений и аррозионного кровотечения, нарушении каркасной функции передней грудной стенки и отсутствии возможности реваскуляризации перемещённых свободных лоскутов. Лапароскопия позволяет значительно снизить риск послеоперационных осложнений при транспозиции большого сальника.