

РАДИКАЛЬНАЯ ПОДКОЖНАЯ МАСТЭКТОМИЯ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИЙ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хоров А.О.¹, Астапенко Т.Г.², Гузаевский Ю.Н.², Хомбак А.М.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре злокачественных новообразований у женщин. Статистические данные последних лет свидетельствуют о неуклонном и интенсивном росте заболеваемости РМЖ в разных странах, в том числе в Республике Беларусь [1]. Лечение РМЖ – сложная и еще не решенная задача. Хирургическое лечение остается ключевым этапом радикального лечения РМЖ. Объем хирургических операций различен. За последние годы подходы к хирургическому лечению изменились в сторону уменьшения блока удаляемых тканей железы. Но не следует забывать о важнейшем онкологическом параметре – по возможности каждая операция должна быть выполнена радикально, что включает удаление первичной опухоли и регионарного лимфоколлектора.

Пластические операции на молочной железе открывают возможности для полноценной реабилитации пациенток с РМЖ. Исторически многообразие способов пластики молочной железы привело к использованию в настоящее время силиконовых экспандеров и эндопротезов, применению лоскута из широчайшей мышцы спины и кожномышечного лоскута передней брюшной стенки на прямой мышце живота. В настоящее время при РМЖ перспективной является ее первичная реконструкция, когда пластическая операция выполняется во время этапа хирургического лечения. Реконструкция молочной железы стала неотъемлемой частью умения ослабить чувства пациентки к изменению физического состояния ее тела [3] и заняла прочное место в комбинированном и комплексном лечении РМЖ. Таким образом, первичная реконструкция после органосохраняющих вмешательств – перспективный раздел в хирургии РМЖ.

Пластические операции на молочной железе открывают возможности для полноценной реабилитации пациенток с РМЖ. В настоящее время при РМЖ оптимальной является первичная реконструкция молочной железы с применением эндопротезов [2].

Цель. Оценить опыт применения подкожной мастэктомии с одномоментным эндопротезированием при лечении пациенток, страдающих РМЖ.

Методы исследования. В исследование включены 25 пациенток, страдающих первичным РМЖ (I-III стадий), которым в период с 2014 по 2018 годы выполнялась радикальное хирургическое лечение с применением подкожной мастэктомии с эндопротезированием. Применялись различные доступы к ткани молочных желез. Аксиллярная клетчатка удалялась по классической методике.

У всех пациенток выполнено двусторонняя реконструкция. Применялись импланты одного производителя. В зависимости от индивидуальных показаний выбирались форма и параметры эндопротеза. Круглые импланты использованы в 18 случаях, анатомические в 3 случаях. В работе обобщен опыт ранних и поздних осложнений данного типа операций.

Результаты и их обсуждение. Для выполнения радикальных операций на молочной железе использованы доступы к ткани железы с параареолярным разрезом в 7 (28,0%) случаях и методика бокового хирургического доступа у 14 (56,0%) пациенток. По нашему мнению боковой доступ имел преимущества, поскольку позволял производить адекватный доступ к структурам молочной железы и подмышечной зоны, а также позволяет сформировать адекватный подмышечный карман для эндопротеза. В 4 (16,0%) случаях применен способ комбинированной операции с использованием мастопаксии. В данном варианте наиболее адекватно и в полной мере визуализируются структуры молочной железы и клетчатка резецируется без значимых трудностей. У всех пациенток послеоперационный период протекал гладко. Каких либо значимых общих жалоб не было. В их число входили стандартные жалобы пациентов, которые сопоставимы с такими при стандартном хирургическом лечении при РМЖ. Отличием является лишь присутствие в раннем послеоперационном периоде жалоб на чувство сдавления грудной клетки, что ассоциировано с наличием эндопротезов и ношением компрессионного белья. Частота послеоперационных осложнений была низкой – 5,5%. В число осложнений включены краевые некрозы в области послеоперационной раны, которые легко купировались консервативными методами. В отдаленном периоде у 2 пациенток зарегистрирован местный рецидив заболевания, что потребовало выполнения иссечения кожи с сосково-ареолярным комплексом и удаления эндопротеза. У 4 пациенток зарегистрировано одностороннее развитие капсулярной контрактуры с экстружией протеза. В 3 случаях эндопротез удален. В 1 случае иссечена капсула импланта, дефект укрыт местными тканями, эндопротез сохранен.

Был оценен эстетический результат операции в отдаленный период. С точки зрения доступа косметический эффект предпочтителен при параареолярном разрезе. Отличные косметические результаты были получены у 26,8%, хорошие – у 54,6%, удовлетворительные – у 18,6% пациенток.

Отсутствие явных признаков калечащей операции и эстетический результат благоприятно влияли на эмоциональный статус. В позднем послеоперационном периоде пациентки были удовлетворены качеством жизни.

Всем пациенткам согласно стандартам лечения проводились методы комбинированного и комплексного лечения.

Выводы. Первичные реконструктивно-пластические операции, выполненные одновременно с радикальным удалением ткани железы с регионарными лимфатическими узлами до подкожной мастэктомии с эндопротезированием являются перспективным направлением в лечении пациенток с РМЖ.

Использование методов первичной хирургической реабилитации при РМЖ, позволяет выполнять одноэтапные реконструктивные вмешательства с хорошим эстетическим результатом и высокими конечными показателями психологической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в Беларуси 2001–2010 / РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова ; сост. А.Е. Океанов [и др.] ; под ред. О.Г. Суконко, М.М. Сачек. – Минск : РНПЦ МТ, 2011. – 220 с.

2. Радикальная субтотальная резекция молочной железы по поводу рака с одномоментной маммопластикой / В.И. Чиссов [и др.] // Рос. онкологич. журн. – 2004. – №: 1. – С. 26-29.

3. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы. С.Н. Блохин [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №3. – 1997. – С.59-63.

ОСТЕОМА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Хоров О.Г., Головач Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Остеома – доброкачественное новообразование из костной ткани, растущее длительное время медленно, не подвергающееся малигнизации. Выявление остеом, как правило, является случайным [1]. Опухоль обычно солитарная, редко множественная. Этиология остеом окончательно не установлена. По локализации чаще поражается лобная пазуха (51,9%) и клетки решетчатого лабиринта (22%) или их сочетание, далее верхнечелюстная (3,1%) и клиновидная пазухи (1,7%) [2].

Цель. Изучить данные пациентов, госпитализированных с диагнозом остеомы околоносовых пазух в гнойные оториноларингологические отделения для детей и взрослых УЗ «Гродненской областной клинической больницы» за период с 2015 по 2017 годы и продемонстрировать случай клинического наблюдения гигантской остеомы решетчатого лабиринта.

Методы исследования. Нами изучены медицинские карты пациентов, госпитализированных с диагнозом остеомы околоносовых пазух в гнойные оториноларингологические отделения для детей и взрослых УЗ «Гродненской областной клинической больницы» за период с 2015 по 2017 годы.

Результаты и их обсуждение. За 2015-2017 гг. в гнойном оториноларингологическом отделении для взрослых с данным диагнозом находилось 9 человек. Из них: 3 мужчин (33%) и 6 женщин (67%). Все пациенты