РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гладышев А.О.¹, Прохоров А.В.²

УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²,
Минск, Республика Беларусь

Рак молочной железы (РМЖ) повсеместно занимает одно из первых мест в онкологической заболеваемости у женщин. Так, ежегодно в мире регистрируется около миллиона вновь выявленных случаев заболевания РМЖ. В 2010 году в РБ зарегистрировано 3916 случаев РМЖ у женщин, что в 1,4 раза больше, чем в 2000 году. Интенсивный показатель заболеваемости РМЖ у женщин в Республике Беларусь составил 75,9 случаев на 100 000 женского населения.

Несмотря на существующую общемировую тенденцию к расширению показаний для выполнения органосохранных операций при раке молочной железы, нередко возникает необходимость выполнения «калечащей» операции в объеме мастэктомии. Так, в 80-е годы XX столетия «золотым стандартом» в оперативном лечении рака молочной железы были мастэктомии по Холстеду и Пэйти, сопровождающиеся удалением на пораженной стороне большого количества мягких тканей, что приводило к рубцовому обезображиванию передней грудной стенки, западению подключичной области, ограничению движений в плечевом суставе и нередко к лимфостазу верхней конечности [1]. Кроме того, выполнение мастэктомии является серьезной психологической травмой, которая отражается на самоощущении женщины в быту и обществе и зачастую ассоциируется с потерей женственности, сексуальности, физической привлекательности, что, в конечном итоге, приводит к необратимым изменениям в социальной жизни пациентки [2, 3]. В связи с этим возрастает значение реконструктивно-пластических операций при злокачественных новообразованиях молочной железы, выполнение которых оправдано как с онкологической, так и с эстетической точки зрения, так как их использование не ухудшает отдаленные результаты лечения и в то же время позволяет получить хороший косметиче-

ский эффект, что, несомненно, улучшает качество жизни пациентов.

В настоящее время существует множество методик реконструкции молочной железы как за счет аллопротезов, так и за счет аутопластики различными лоскутами (таблица 1) [4, 5].

Таблица 1 – Виды реконструктивно-восстановительных операций при раке молочной железы

Аллопластика	Аутопластика
Эндопротез	Торакодорсальный лоскут
Экспандер + эндопротез	TRAM: А) перемещенный на 2 питающих ножках; Б) перемещенный на питающей ножке; В) перемещенный с дополнительным анастомозом; Г) свободный (на микрососудистых анастомозах); Д) DIEP (deep inferior epigastric perforator)
Экспандер – эндопротез	Ягодичный лоскут Лоскут боковой поверхности бедра Лоскут Рубенса (пахово-подвздошной области)

Реконструктивно-восстановительные операции на молочной железе могут выполняться одномоментно с радикальным вмешательством на ней (первичная маммопластика) или спустя определенный промежуток времени (вторичная или отсроченная маммопластика) [2]. Выполнять отсроченную реконструкцию, с точки зрения некоторых авторов, легче, так как женщину, ощутившую свою «ущербность», удовлетворяют результаты, порой сомнительные в плане эстетического восприятия, тем не менее, психологические преимущества первичной маммопластики заключаются в снижении степени выраженности психологической травмы, когда отсутствует временной период жизни женщины без молочной железы и не формируются адаптационные механизмы, мешающие восприятию реконструированной железы при ее отсроченном восстановлении [6, 3].

В онкохирургическом отделении №1 МГКОД в течение 2003–2012 гг. прооперировано 79 пациенток, которым были выполнены различные виды реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы. Средний возраст пациенток составил $44,5 \pm 6,14$ лет. Первая стадия заболевания была у 12 (15,1%) пациенток, вторая – у 43 (54,4%) пациенток, третья – у 24 (30,5%) соот-

ветственно. Варианты реконструктивных вмешательств, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациенток в зависимости от вида реконструкции

Вид реконструкции	Первичная маммопластика	Отсроченная маммопластика	Всего больных
Перемещенный TRAM-лоскут			
А) на двух питающих ножках	36	4	40
Б) на одной питающей ножке	2	-	2
ТДЛ	30	-	30
Комбинированный метод (ТДЛ+Эндопротез)	-	1	1
Эндопротезирование	4	2	6
Всего больных	72	7	79

Как следует из вышеприведенных данных, пластика торакодорсальным лоскутом применялась нами в 38% случаев. Данная методика относительно проста технически, лоскут имеет хорошее осевое кровоснабжение, тем не менее, в трех случаях (10%) возник некроз перемещенного лоскута. В настоящее время ввиду расширения показаний к органосохранным операциям данный метод имеем ограниченные показания, и, как правило, выполняется в случае небольших размеров молочной железы, когда стандартная радикальная резекция не позволяет получить удовлетворительный косметический результат.

Маммопластика TRAM-лоскутом выполнена в 53,2% случаев, причем подавляющее число операций с использованием двух питающих ножек. В данной группе пациентов отмечено 4 (9,5%) случая краевого некроза перемещенного лоскута, которые потребовали дополнительной хирургической коррекции. Пластика дефекта передней брюшной стенки выполнялась с помощью полипропиленовой сетки. В шести случаях (14,3%) имелся краевой некроз кожных лоскутов лоскутков донорской зоны, не потребовавший дополнительного хирургического вмешательства. Случаев послеоперационных грыж не отмечено. У обеих пациенток, которым была выполнена пластика TRAM-лоскутом на одной питающей контралатеральной ножке, возникли краевые де-

фекты медиальной зоны лоскута, которые потребовали дополнительной хирургической коррекции. Эстетический результат данных операций нельзя считать удовлетворительным, в связи с чем мы отказались от данного вида реконструкции и используем TRAM-лоскут на двух питающих ножках.

Опыт эндопротезирования в нашем учреждении невелик (6 случаев), в том числе у одной пациентки в отсроченном периоде использован комбинированный метод пластики – силиконовый имплант установлен под перемещенный торакодорсальный лоскут. В одном случае выполнена отсроченная маммопластика эндопротезом-экспандером (Becker 35). В группе пациенток с отсроченной маммопластикой осложнений не возникло. В четырех случаях выполнена подкожная мастэктомия с первичной маммопластикой силиконовыми имплантами, однако в данной группе пациенток в 3 (75%) случаях произошло отторжение эндопротеза ввиду некроза сохраненного сосково-ареолярного комплекса, в связи с чем в настоящее время при выполнении подкожной мастэктомии сосково-ареолярный комплекс удаляется с последующим его восстановлением в отсроченном периоде.

В заключение хотелось бы отметить, что реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы являются важным моментом физической и психоэмоциональной реабилитации пациенток с данным заболеванием и заслуживают дальнейшего развития и широкого применения в онкологических стационарах.

Литературные ссылки

1. ГедREVИЧ, З.Э., Колобухов, А.Э., Гладышев, А.О. // Медицинские новости. – 2005. – № 6. – С. 101–103.
2. Шаповал, Е.В., Залуцкий, И.В., Курилович, Н.Н., // Здоровоохранение. – 2004. – № 5 – С. 27–30.
3. Малыгин, С.Е. // Практическая онкология. – СПб. – 2002. – Т3. – № 1. – С. 69 – 76.
4. Соболевский, В.А. и др./ Вместе против рака. – 2007. – № 1–2. – С. 10–14.
5. Егоров, Ю.С. и др./Маммология. – 2006. – № 3. – с. 14–18.
6. Исмагилов, А.Х. и др. / Вопросы онкологии. – 2004. – Т 50. – № 3. – С. 339–343.