

М.В. ТКАЧЕВ^{1,2}, С.В. КОЗЛОВ¹, О.И. КАГАНОВ¹, Р.И. КОЧЕТКОВ²

¹Самарский государственный медицинский университет

²Самарский областной клинический онкологический диспансер

ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

В статье отражены результаты реконструктивных операций у больных раком молочной железы. Определены возможные показания к пластической операции путем создания диагностического алгоритма.

Ключевые слова: реконструктивные операции, рак молочной железы, диагностические алгоритмы

Ткачев Максим Валерьевич - аспирант кафедры онкологии, врач-онколог отделения общей онкологии. E-mail: m9277477577@mail.ru

Козлов Сергей Васильевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии. E-mail: KozlovSV@samaraonco.ru

Каганов Олег Игоревич - доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии. E-mail: okaganov@yandex.ru

Кочетков Роман Иванович - кандидат медицинских наук, врач-онколог онкологического отделения общей онкология. E-mail: kochetkovri@ya.ru

M.V. TKACHEV^{1,2}, S.V. KOZLOV¹, O.I. KAGANOV¹, R.I. KOCHETKOV²

¹Samara State Medical University

²Samara Regional Clinical Oncological Center

PERFORMING OF RECONSTRUCTIVE SURGERY IN BREAST CANCER PATIENTS IN SAMARA REGIONAL CLINICAL ONCOLOGICAL CENTER

The article describes the experience of reconstructive and plastic surgery carried out in Samara Regional Clinical Oncological Center. They allow to preserve the nipple-areola complex in patients with breast cancer.

Keywords: reconstructive and plastic surgery, the nipple-areola complex, breast cancer

Maxim Tkachev - Postraduate student of the Oncology Chair, Oncologist of the General Oncological Department. E-mail: m9277477577@mail.ru

Sergey Kozlov - Doctor of Medicine, Professor, Head of the Oncology Chair. E-mail: KozlovSV@samaraonco.ru

Oleg Kaganov - Doctor of Medicine, Professor of the Oncology Chair. E-mail: okaganov@yandex.ru

Roman Kochetkov - Candidate of Medicine, Oncologist, General Oncology Department. E-mail: kochetkovri@ya.ru

Несмотря на продвижения реконструктивной хирургии у больных раком молочной железы (РМЖ) в мире, остается много не до конца решенных вопросов, связанных с данным заболеванием [2, 4]. В частности, не сформулированы четкие показания для сохранения части кожного лоскута соска и ареолы в зависимости от стадии заболевания, морфогенеза опухоли [1, 5]. Кроме того, не в полной мере отработаны технические моменты хирургических доступов, существуют трудности в определении степени надежности кровообращения, способов замещения дефекта молочной железы [3, 6]. Все выше перечисленное делает

каждую работу, посвященную данной тематике, актуальной [7].

Цель исследования: определить возможные показания к сохранению кожного лоскута соска и ареолы путем создания диагностического алгоритма, оценить полученные результаты как отдельно, так и в зависимости от вида реконструктивной операции.

Материалы и методы

На базе Самарского областного клинического онкологического диспансера реконструктивно-пластические операции больным раком молочной железы выполняются уже более 15 лет. В группу исследования вошли 83 больных раком мо-

лочной железы. Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и структуры выполненных РПО представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и структуры выполненных РПО

	Стадия заболевания			Всего
	I стадия (n=24)	II стадия (n=45)	III стадия (n=14)	
ТРАМ-лоскут*	7	21	9	37
ТД лоскут**		1	1	2
Эндопротез	15	14	2	31
Эндопротез/экспандер	2	9	2	13

* ТРАМ-лоскут – нижний эпигастральный кожно-мышечный лоскут.

** ТД лоскут – торакодorzальный лоскут

Собственные ткани для реконструкции молочной железы были использованы у 41 пациентки. Восстановление железы ТРАМ-лоскутом (n=37) выполнялось на ипсилатеральной ножке с субтотальной резекцией 2-й и полным удалением 4-й зоны. Лоскут полностью деэпидермизировался на глубину 0,7-0,9 мм, после чего переводился на грудную клетку. Дефект в апоневрозе прямой мышцы живота выше пупочного кольца ушивался двухрядным швом, ниже укреплялся полипропиленовой сеткой.

У двух больных с малым объемом молочной железы дефект восполнен кожно-мышечным ТД лоскутом (без денервации сосудисто-нервного пучка, с полной мобилизацией в проксимальных и дистальных отделах), расширенным за счет подкожной клетчатки по всей поверхности широчайшей мышцы спины, расположенной глубже поверхностной фасции. Кожный лоскут полностью деэпидермизировался и распределялся по нижней полуокружности железы для создания ее естественного контура.

У 31 больной молочная железа реконструирована с использованием эндопротезов. Полный мышечный карман (мобилизованная большая грудная и передняя зубчатая мышцы) сформирован у 5 пациенток, у остальных пациенток – частичный мышечный карман. При этом нижняя полуокружность ложа эндопротеза представляла собой полипропиленовую сетку, швытую между нижним краем отсеченной большой грудной мышцы и субмаммарной складкой, передняя зубчатая мышца оставалась интактной. Объем протезов

варьировался от 200 до 550 мл, преимущественно устанавливались высоко профильные протезы анатомической формы

Двух этапная РПО была проведена у 13 больных с высоким риском послеоперационного облучения или в случае планируемой в конце специального лечения коррекции контрлатеральной молочной железы. Первым этапом устанавливался в полный мышечный карман анатомический экспандер, заполненный на треть. Полностью сохраненный кожный лоскут адаптировался по всей поверхности большой грудной мышцы. Время экспансии до +30% общего объема составляло 1,5-2 месяца. Второй этап (замена экспандера на эндопротез) проходил через 4-6 месяцев после завершения специального противоопухолевого лечения.

Вмешательства на противоположной молочной железе в виде масторедукции в случае РПО с использованием собственных тканей выполнены у 12 пациенток. Для достижения симметрии во время РПО имплантами 5 больным выполнена мастопексия, 13 пациенткам – масторедукция, 11 – эндопротезирование противоположной молочной железы. Специальное противоопухолевое лечение в виде адьювантной полихимиотерапии проведено 59 пациенткам, лучевая терапия – 15-ти, гормональная терапия антиэстрогенами – 28-ти.

Результаты и их обсуждение

Результаты лечения больных прослежены в сроки от 13 до 36 месяцев. Анализ, проведенный у больных после восстановления молочной железы за счет собственных тканей, продемонстрировал большее количество отличных и хороших результатов (соответственно 15 и 20), в то время как удовлетворительных – всего 4 (рис. 1, 2 и 3).

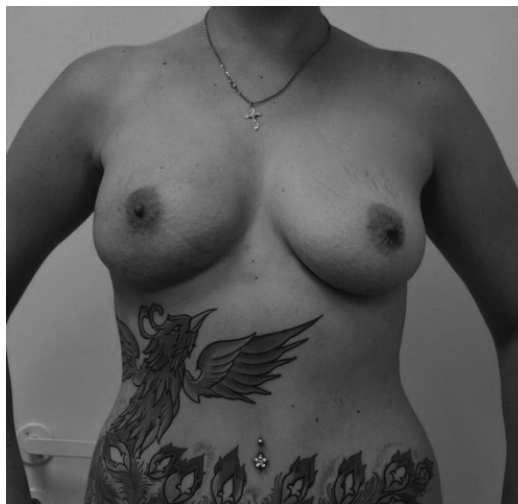


Рис. 1. Отличные эстетические результаты РПО с использованием собственных тканей

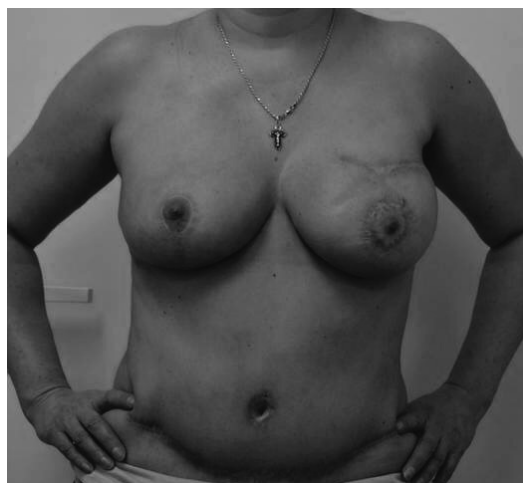


Рис. 2. Хорошие эстетические результаты РПО с использованием собственных тканей

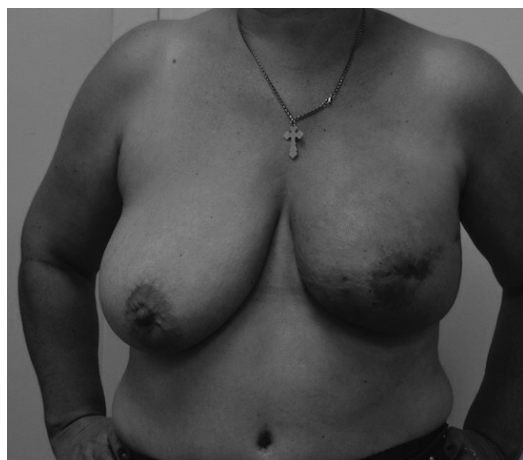


Рис. 3. Удовлетворительные эстетические результаты РПО с использованием собственных тканей

Через год треть пациенток с реконструкцией аутоканями нашли свои результаты более значимыми, а пациентки после РПО имплантами отнеслись к ним более критично. У 6 (7,2%) – ротация эндпротеза, у 4 (4,8%) – развитие капсулярной контрактуры 3 степени, у 3 (3,6%) – образование липогранулем.

Способ восстановления молочной железы всегда является дискуссионным моментом, сторонники реконструкции собственными тканями указывают на естественную мягкость и симметричную подвижность молочных желез, способность доскута в большей мере противостоять адьювантному химио-лучевому лечению, а также его содружественному увеличению в случае изменения массы тела пациентки. С другой стороны, эстетиче-

ские результаты РПО с использованием имплантов, представленные в последнее время, стали значительно лучше, а меньшая продолжительность операции, как и сама оперативная травма, делает данный способ более привлекательным для самих больных. В нашем исследовании восстановление молочной железы собственными тканями – наиболее часто используемая методика (n=39), одномоментная реконструкция имплантами занимает второе место (n=31) и 2-х этапная – третья (n=13). Это объясняется тем, что на 2012 год был накоплен большой опыт выполнения РПО собственными тканями, однако сейчас тенденция стала меняться и у больных, не вошедших в данное исследование. Количество РПО с использованием имплантов стало преобладать.

Заключение

Отсутствие выраженных послеоперационных осложнений в том или ином способе реконструкции позволяет сделать выбор методики более индивидуально для каждой пациентки. Первоначальная оценка полученных результатов показала эстетические преимущества вариантов реконструкции, которые практически полностью нивелировали последствия онкологических операций.

Список литературы

1. Munhoz A.M., Montag E., Filassi J.R., Gemperli R. Immediate nipple-areola-sparing mastectomy reconstruction: An update on oncological and reconstruction techniques *World J Clin. Oncol.* – 2014 August 10. – 5(3). – P.478-494.
2. Blondeel P.N. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg.* – 1999. – 52. – P.104-111.
3. Caruso F., Ferrara M., Castiglione G., Trombetta G., De Meo L., Catanuto G., Carillio G. Nipple sparing subcutaneous mastectomy: sixty-six months follow-up. *Eur J Surg. Oncol.* – 2006. – 32. – P.937-940.
4. Cense H.A., Rutgers E.J., Lopes Cardozo M., Van Lanschot J.J. Nipple-sparing mastectomy in breast cancer: a viable option? *Eur J Surg Oncol.* – 2001. – 27. – P.521-526.
5. Gerber B., Krause A., Reimer T., Мyller H., Кychenmeister I., Makovitzky J., Kundt G., Friese K. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure. *Ann Surg.* – 2003. – 238. – P.120-127.
6. Stanec Z., Zic R., Stanec S., Budi S., Hudson D., Skoll P. Skinsparing mastectomy with nipple-areola conservation. *Plast Reconstr Surg.* – 2003. – 111. – P.496.
7. Warren Peled A., Foster R.D., Stover A.C., Itakura K., Ewing C.A., Alvarado M., Hwang E.S., Esserman L.J. Outcomes after total skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction in 657 breasts. *Ann Surg. Oncol.* – 2012. – 19. – P.402-409.