



Алгоритм реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы

Ключевые слова:

рак молочной железы, реконструктивно-пластические операции

Keywords:

breast cancer, reconstructive plastic surgery

Зикиряходжаев А.Д., Волченко А.А., Ермошченкова М.В., Усов Ф.Н., Сухотько А.С.

МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (Москва, Российская Федерация)

125284, Российская Федерация, г. Москва, 2-ой Боткинский проезд, дом 3
Отделение онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи

The algorithm for reconstructive plastic surgery in patients with breast cancer

Zikiryahodjaev A.D., Volchenko A.A., Ermoshchenkova M.V., Usov F.N., Sukhotko A.S.

P. Hertsen MORI (Moscow, Russian Federation)

3, 2 Botkinskiy proezd, Moscow, Russian Federation, 125284

Department of oncology and reconstructive-plastic surgery of the breast and skin

E-mail: syxoty26@yandex.ru

Цель исследования: создание новой концепции хирургического лечения больных раком молочной железы (РМЖ), как составной части комплексной терапии, направленной на улучшение результатов лечения путем объединения возможностей современной онкологии с методами реконструктивно-пластической хирургии.

Проведен анализ 437 случаев рака молочной железы (МЖ), при которых выполнена реконструктивно-пластическая операция (РПО). 173 больным выполнены органосохраняющие операции (ОСО) с замещением объема экстрамаммарными тканями, 117 — ОСО с перемещением glandулярной ткани, 147 — подкожная мастэктомия (МЭ) с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) с одномоментной реконструкцией силиконовым эндопротезом и собственными тканями. Больные I–II стадиями составили 348 (79,6%), IIIA — 89 (20,4%). 89,9% составили женщины активного трудового возраста до 60 лет. Наиболее часто для реконструкции применяли лоскут широчайшей мышцы спины (ШМС) — 98 (22,4%) и его комбинацию с эндопротезом — 101 (23,1%). Реконструкция с использованием собственных glandулярных тканей выполнена у 117 (26,8%) пациенток, субпекторальное эндопротезирование — в 41 (9,4%) случае, торакодорзальный лоскут использован у 47 (10,8%) больной, TRAM-лоскут — в 7 (1,6%) случае. При онкопластических радикальных резекциях (РР) наиболее часто для реконструкции использовали нижнюю glandулярную ножку (ГН) — 36 (45,6%) при локализации опухоли в верхних квадрантах, верхнюю ГН — 32 (40,5%) — при локализации опухоли в нижних квадрантах, медиальную ГН — 11 (13,9%) — при локализации опухоли в латеральных квадрантах. При плановом морфологическом исследовании у 3 (1%) пациенток после онкопластической РР выявлен мультицентричный рост опухоли, что

потребовало выполнения мастэктомии. Адьювантная полихимиотерапия (ПХТ) применена у 94 (21,5%) больных, комбинация ПХТ с лучевой терапией (ЛТ) — в 27 (6,1%) случаях, гормонотерапия — у 37 (8,5%) пациенток.

Послеоперационные осложнения у данной категории пациенток развились у 18 из 290 (6,2%). После подкожных МЭ с сохранением САК отличный косметический результат получен в 34,5%, хороший — 42,4%, удовлетворительный — 21,1%, неудовлетворительный — 2%. Послеоперационные осложнения в данной группе развились у 21 из 147 больных (14,3%). За время наблюдения из 437 больных у 95 (21,8%) отмечено прогрессирование основного заболевания, из них у 30 (6,9%) в виде местного рецидивирования, у 65 (14,9%) — отдаленного метастазирования. При ОСО у больных I стадией общая выживаемость составила 96,2%, частота местных рецидивов — 3,8%, при IIA стадии — 90% и 4,3%, IIB — 86,7% и 6,7%, IIIA — 86,2% и 10,3% ($p>0,05$) соответственно, при подкожной МЭ с сохранением САК у больных I стадией общая выживаемость составила 92,9%, частота местных рецидивов — 2,5%, при IIA стадии — 91,2% и 2,6%, IIB — 84,4% и 3,1%, IIIA — 91,4% и 4,6% ($p>0,05$) соответственно.

Использование собственных тканей МЖ — наиболее эффективный метод реконструкции МЖ после РР. Методика редуцированных методов восстановления формы МЖ после ОСО не влияет на план лечения у больных начальными стадиями РМЖ (частота местных рецидивов составила 3,8% при I стадии и 4,4% при IIA стадии РМЖ). При выборе метода реконструкции пациентка должна быть информирована о возможной необходимости коррекции контралатеральной МЖ (мастопексия/аугментация/редукция), направленной на достижение максимальной симметрии сторон.