

О ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ СОСКОВОАРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ДЕРМАТОСБЕРЕГАЮЩЕЙ МАСТЭКТОМИИ

О.А. Тюкавин, И.А. Куклин, В.В. Дворниченко

(Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН, г. Иркутск, директор – д.м.н., проф., член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты выполнения одномоментных реконструктивнопластических операций у больных раком молочной железы (РМЖ). Условия, при которых возможно сохранение сосковоареолярного комплекса (САК): узловая форма РМЖ, расположение опухоли на расстоянии больше ее диаметра от края ареолы, отрицательный результат морфологического интраоперационного контроля. Соблюдение этих условий не приводит к ухудшению прогноза в лечении больных РМЖ.

Ключевые слова: рак молочной железы, сосковоареолярный комплекс, дерматосберегающая мастэктомия.

В мировой практике наиболее распространенной операцией при раке молочной железы (РМЖ) остается радикальная мастэктомия. Эта операция, избавляя большую от опухоли, приводит к обезображиванию женской фигуры, развитию психосоматических расстройств, распаду внутрисемейных отношений у оперированных женщин [2]. Современные подходы к реабилитации больных состоят не только в том, чтобы устранить соматические проявления постмастэктомического синдрома, но и помочь женщине справиться с психосоциальными последствиями радикального лечения [3]. Одним из важнейших и эффективных реабилитационных мероприятий в такой ситуации является реконструкция молочной железы. Потребность в восстановлении молочной железы испытывают 7% пожилых женщин и 38% пациенток молодого возраста [4].

При мастэктомии по поводу рака считается необходимым удаление сосковоареолярного комплекса. Основанием для этого является указание на существование лимфатического дренажа от ткани молочной железы к соску и далее в субареолярное сплетение Саппея [13].

Более поздними работами установлено, что лимфатический дренаж в молочных железах, не находящихся в состоянии лактации, осуществляется в направлении к глубокому грудному лимфатическому сплетению, минуя сосок [5].

При инфильтративно-протоковой форме рака молочной железы, который составляет до 65-80% от всех опухолей этой локализации, сохраняется опасность поражения опухолью протоковой системы соска [11].

Эстетичность созданного сосковоареолярного комплекса (САК) в настоящее время значительно уступает естественному. Существует большое количество методик формирования соска и ареолы, но надежных среди них нет [6,12]. Со временем размеры созданного соска уменьшаются, либо он вообще исчезает [5,6]. Сохранение САК значительно улучшает результат реконструкции молочной железы. Определение возможности сохранения САК при мастэктомии по поводу РМЖ предпринималось многими исследователями, причем единого мнения на показания для этого у разных авторов нет.

В технике подкожной мастэктомии К. Бруннерт [1], В. Гербер и соавт. [7] основное внимание уделяли сохранению САК, предпосылкой для этого служило интраоперационное гистологическое исследование.

Сохранять САК у больных с небольшими раз-

мерами опухоли, расположенной по периферии и без метастатического поражения лимфатических узлов, предлагают Р.В. Mustonen и соавт. [10], R.M. Simmons и соавт. [13].

Поэтому, исследователи считают возможным сохранять САК при периферическом расположении небольших опухолей, либо откладывать решение вопроса до получения результатов гистологического интраоперационного экспресс-исследования.

Цель нашего исследования: оценить непосредственный и отдаленный результат лечения у больных с удаленным и сохраненным сосковоареолярным комплексом.

Материалы и методы

В исследование включено 64 больных раком молочной железы в возрасте от 19 до 55 лет (средний возраст $39,4 \pm 1,3$ года). Этим больным выполнено 65 дерматосберегающих мастэктомий в сочетании с одномоментной реконструкцией молочной железы. У одной больной выполнены последовательные операции по поводу метастатического рака молочных желез. Решение о сохранении САК принималось нами при следующих условиях: узловая форма РМЖ, расположение опухоли на расстоянии больше ее диаметра от края ареолы, отрицательный результат морфологического интраоперационного контроля. Противопоказаниями для сохранения САК считались местно-распространенные формы РМЖ, мультицентричность опухолевого процесса, визуальное изменение соска (отек кожи, изъязвление), наличие атипических клеток под САК при цитологическом или гистологическом исследовании ткани молочной железы, удаленной непосредственно под соском, нахождение опухоли от края ареолы на расстоянии менее диаметра опухоли.

Сосковоареолярный комплекс был удален в 31 случае, эта группа больных обозначена как САК (-). Сосковоареолярный комплекс был сохранен в 34 случаях, эту группу

Таблица 1

Гистологическая характеристика опухолей молочной железы у больных с сохраненным [САК (+)] и удаленным [САК (-)] сосковоареолярным комплексом

Гистологическая характеристика	САК (+)	САК (-)
	n (%)	n (%)
Протоковый инфильтративный рак	24 (70)	24 (77,4)
Дольковый рак	1 (2,9)	2 (6,4)
Мультицентричная неинфильтративная карцинома	4 (11,7)	-
Сочетание протокового и рака Педжета	-	1 (3,2)
Медулярный рак	2 (5,8)	-
Сочетание протокового и долькового рака	2 (5,8)	-
Папиллярный рак	-	1 (3,2)
Лечебный патоморфоз 4 ст.	1 (2,9)	2 (6,4)
Итого	34 (100)	31 (100)

– САК (+). В группе САК (-) средний возраст составил 40,61,1 лет, САК(+) – 38,2±1,6 лет.

Гистологическая характеристика опухолей представлена в таблице 1.

Данные по возрасту, стадиям заболевания, предоперационному лечению, представлены в таблице 2.

леоперационные кровотечения – 2, частичный некроз лоскута – 2, серомы донорского места – 4, у одной больной развилась почечно-печеночная недостаточность. Специфическое осложнение – частичный некроз САК встретили 1 раз. Он произошел у больной, ранее перенесшей редукционную маммопластику.

Статистический анализ полученных результатов проводили на персональном компьютере с использованием пакета программ Microsoft Excel и Statistica for Windows[®] (версия 6, 2001 г.). Все полученные данные анализировались на характер распределения по тестам Shapiro-Wilk's, Колмогорова-Смирнова и Lilliefors. Наши данные отличались от идеально-нормального распределения и для их оценки использовались непараметрические критерии. Значимость различий определяли по u-критерию Манна-Уитни и χ^2 . Показатели считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Под наблюдением больные находятся от 1 года до 10 лет. В среднем 3,5 года. Данные представлены в таблице 4.

Локальные рецидивы были отмечены в 1 (3%) случае у больных группы САК (+) и в 2 (6%) случаях в группе САК (-). Отдаленное метастазирование в группе САК (-) наблюдалось у 3 (10%) больных, в группе САК (+) в 4 (12%). Значимой статистической разницы в группах с сохранением и удалением САК отмечено не было. Рецидивов опухоли в сохраненном сосковоареолярном комплексе мы не наблюдали.

В результате исследования нами уточнены условия для сохранения САК, к которым относится уз-

Таблица 4

Отдаленные результаты лечения у больных с сохраненным [САК (+)] и удаленным [САК (-)] сосковоареолярным комплексом

Характеристики	САК (-)	САК (+)	p
	n (%)	n (%)	
Количество больных РМЖ	31(100)	34	
Локальные рецидивы в отдаленном периоде	2(6)	1(3)	>0,05
Отдаленные метастазы в отдаленном периоде	3(10)	4(12)	>0,05
Продолжительность наблюдения (мес.)	30,4 (12,5-85,2)	47,2 (24,0-88,2)	>0,05

Таблица 3

Типы реконструкции молочной железы у больных с сохраненным [САК (+)] и удаленным [САК (-)] сосковоареолярным комплексом

Характеристики	САК (-)	САК (+)	p
	n (%)	n (%)	
Количество больных РМЖ	31 (100)	34 (100)	
Тип пластической операции:			
рТДЛ	23 (74)	32 (94)	>0,05
ТРАМ	3 (10)	1	>0,05
сТДЛ	0	1	>0,05
Протез-эспандер	5 (16)	0	<0,05

поэтому использовали более объемный ТРАМ-лоскут. В группе САК (+) ТРАМ-лоскут применялся один раз (3%).

В группах САК (-) и САК (+) послеоперационные осложнения встретились в 24% и 23,5% соответственно. Наиболее значимыми и требующими дополнительного лечения были: некроз кожи молочной железы в 2 случаях, пос-

ловая форма РМЖ, расположение опухоли на расстоянии больше ее диаметра от края ареолы, отрицательный результат двойного интраоперационного контроля (цитологического – с остающейся части соска и ги-

стологического – с удаляемого центрального квадранта молочной железы). САК должен быть удален при местно-распространенных формах РМЖ, мультицентричности опухолевого процесса, визуальном изменении соска (отек кожи, изъязвление), нахождении опухоли от края ареолы на расстоянии менее диаметра опухоли и наличии атипических клеток при интраоперационном морфологическом контроле. Проведенный анализ не выявил значимой статистической разницы в отдаленных результатах лечения у больных с удаленным и сохраненным сосковоареолярным комплексом.

Таким образом, проведенное исследование показало, что сохранение сосковоареолярного комплекса по разработанному показанию не ухудшает отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы.

ON THE POSSIBILITY OF THE CONSERVATION OF THE NIPPLE-AREOLAR COMPLEX IN DERMOCONSERVING MASTECTOMY

O.A. Tukavin, I.A. Kuklin, V.V. Dvornichenko
(Irkutsk Regional Oncological Center)

The direct and remote results of the execution of instant reconstructive-plastic operations are analyzed in the patients with cancer of the mammary gland. There are the conditions in which the conservation of the nipple-areola complex: is possible the node form of the cancer, the location of the tumor on the distance larger than its diameter from the edge of the areola, the negative result of the morphological intraoperative control. The observance of these conditions does not bring to the deterioration of the forecast in the treatment of the patients with cancer of the mammary gland.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бруннерт К. Дермосберегающая мастэктомия в оперативном лечении рака молочной железы — терапия и профилактика // Актуальные вопросы онкологии. Иркутск, 1999. — С.80-83.
2. Демидов В.П., Пак Д.Д., Евтягин В.В., Ермаков А.В. Одномоментные реконструктивно-пластические операции собственными тканями при раке молочной железы // Проблемы современной онкологии: Материалы юбилейной конф. НИИ онкологии Томского научн. центра СО РАМН. — Томск, 1999. — С.91-92.
3. Желтова Е.В. Реконструкция груди после мастэктомии с помощью ТРАМ лоскута: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 26 с.
4. August D.A., Wilkins E., Rea T. Breast reconstruction in older women // Surgery. — 1994. — Vol. 115, № 6. — P.663-668.
5. Banducci D.R., Le T.K., Hughes K.C. Long-term follow-up of a modified Anton-Hartrampf nipple reconstruction // Ann. Plast. Surg. — 1999. — Vol. 43, № 5. — P.467-469.
6. Few J.W., Redding J. Long-term predictable nipple projection following reconstruction // Plast. Reconstr. Surg. — 1999. — Vol. 104, № 5. — P.1321-1324.
7. Gerber B., Krause A., Reimer T., et al. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure // Ann Surg. — 2003. — Vol. 238, № 1. — P.120-127.
8. Handley R.S. The early spread of breast carcinoma and its bearing on operative treatment // Br. J. Surg. — 1964. — № 51. — P.206-208.
9. Lemperle G., Exner K. Verschiedene möglichkeiten der mamillenrekonstruktion // Chirurg. — 1989. — Vol. 60, № 9. — P.627-630.
10. Mustonen P., Lepisto J., Papp A., et al. The surgical and oncological safety of immediate breast reconstruction // Eur. J. Surg. Oncol. — 2004. — Vol. 30, № 8. — P.817-823.
11. Rosen P.P., Oberman H.A. Tumors of the Mammary Gland // Atlas of Tumor Pathology. — Washington, Maryland, 1993. — P.157-243.
12. Sappey P.C. Anatomie, physiologie, pathologie des vaisseaux lymphatiques considere chez l'homme et les vertebres. — Paris: Lecosnier, 1885. — P.85-101.
13. Simmons R.M., Hollenbeck S.T., Latrenta G.S. Two-year follow-up of areola-sparing mastectomy with immediate reconstruction // Am. J. Surg. — 2004. — Vol. 188, № 4. — P.403-406.
14. Vasconez L.O., Johnson-Giebink R., Hall E.J. Breast reconstruction // Clin. Plast. Surg. — 1980. — Vol. 7. — P.79.

© ПУШКАРЬ В.В., ВОРОБЬЕВ В.А. — 2008

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

В.В. Пушкарь, В.А. Воробьев

(Владивостокский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. В.Б. Шуматов, кафедра ортопедической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. В.А. Воробьев)

Резюме. Представлены результаты исследования микроциркуляторного русла тканей пародонта у больных хроническим пародонтитом. Представлен метод диагностики хронических заболеваний пародонта с помощью компьютерной дермографии. Проведенные клинические исследования свидетельствуют об эффективности метода компьютерной дермографии.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, диагностика.

Заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных проблем стоматологии [1,4]. Экспериментальные и клинические исследования позволили выделить основные звенья патогенеза хронического пародонтита. Одним из механизмов патогенеза хронического пародонтита является сосудисто-трофический, элементом которого является микроциркуляторное русло [2,3].

Микроциркуляторные нарушения при хроническом генерализованном пародонтите требуют применения достаточно чувствительных и неинвазивных методов диагностики степени изменений в тканях пародонта [5]. В настоящей статье предлагается новый метод исследования состояния микроциркуляторного русла тканей пародонта — метод компьютерной дермографии [6]. Компьютерная дермография отличается от других методов неинвазивностью, высокой информативностью, возможностью определения состояния микроциркуляторного русла в зависимости от стадии воспаления.

Материалы и методы

В состав исследуемой группы вошли 90 больных хро-

ническим генерализованным пародонтитом в возрасте от 21 до 59 лет, проходивших лечение в пародонтологическом отделении стоматологической поликлиники г. Владивостока. В составе контрольной группы 215 практически здоровых человек такого же возраста с интактным пародонтом.

Все больные для проведения исследования были разделены на 2 группы. В 1 группу включили 40 больных с хроническим генерализованным пародонтитом, прошедших традиционный комплекс обследования, 2 группу составили 50 больных с такой же патологией, которым традиционный комплекс обследования дополнили методом компьютерной дермографии.

Клиническое обследование включало опрос (жалобы, анамнез заболевания и жизни), осмотр полости рта и дополнительные методы исследования тканей пародонта. Для определения состояния пародонта использовались обратимые индексы: упрощенный индекс гигиены полости рта по Green-Wermillion, пародонтальный индекс CRITN. Всем больным проводили ортомографию для подтверждения диагноза.

Для проведения диагностики нами был использован аппарат «Дермограф компьютерный для топической диагностики — «ДГКТД-01». При съеме электрических потенциалов с кожи ушных раковин большого посредством обвода рекомендованных микромаршрутов осуществлялся дискретный ввод информации о топографии проницаемо-