

УДК 618.19-006.6-089

**ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ВОПРОСЫ ПРЕДПОЧТЕНИЯ, ЗА И ПРОТИВ****А.Ю. Воронцов**, к. м. н., Нижегородский областной онкологический диспансер*Воронцов Алексей Юрьевич – e-mail: doctorvorontsov@mail.ru*

Изучены результаты лечения больных раком молочной железы при выполнении органосохраняющих и реконструктивных операций. Выявлены преимущества последних по количеству местных рецидивов, сохранению объема движений верхней конечности, эстетическому результату операции.

Ключевые слова: рак молочной железы, органосохраняющие и реконструктивные операции, местный рецидив опухоли.

There has been carried out a study of the results of breast cancer treatment, particularly, organ retaining and reconstructive operations. The latter have obvious advantages – in terms of the decrease of local relapses, the upper limb movement range, aesthetic result of the operation.

Key words: breast cancer, organ retaining and reconstructive operations, local relapse of the tumor.

Введение

Заболеваемость и смертность женщин от рака молочной железы в России, как и в большинстве развитых стран мира, имеют тенденцию к неуклонному росту, занимая с 1985 года первое место среди злокачественных новообразований у женщин. Так, если в 1980 году заболеваемость раком молочной железы составила 27,6, то в 2007 году – 40,9 на 100 000 женского населения [1]. Несмотря на накопление знаний о биологической природе опухоли и успехи в лекарственной терапии, осуществление адекватного хирургического пособия является до настоящего времени определяющим моментом в планировании всей стратегии противоопухолевого лечения у конкретной больной. Отношение к раку молочной железы как к заболеванию, излечить которое можно без труда одним лишь радикальным удалением молочной железы, давно изжило себя. Классическая мастэктомия во всех

описанных вариантах не излечивает пациентку, а лишь меняет болезнь на значительный физический изъян, инвалидизирующий ее как физически, так и морально. Достаточно сказать, что около 40% пациенток после радикальной мастэктомии теряют семью [2]. Однако, следует отметить, что в настоящее время, благодаря обилию публикаций, посвященных реконструкции молочных желез, консервативное устаревшее отношение к хирургии рака молочной железы постепенно изживает себя.

Если рассмотреть основные тенденции в развитии организации хирургической составляющей в лечении рака молочной железы, то можно отметить 2 из них: органосохраняющие операции, ставящие целью сохранение значительной части молочной железы и, таким образом, минимизирующие результат хирургического опустошения грудной стенки и различные виды одномоментных и отсроченных

реконструкций груди, производимых с использованием собственных тканей или разнообразных синтетических экспандеров и имплантов.

По данным большинства публикаций, выполнение радикальной мастэктомии (в различных модификациях) с восстановлением груди и без такового имеет преимущество перед органосохраняющими операциями, прежде всего в аспекте развития локального рецидива. С эстетической точки зрения осуществление органосохраняющих радикальных секторальных резекций либо секторальных резекций, адекватных по объему злокачественному процессу без реконструктивного компонента, как правило, не выдерживают критики и редко удовлетворяют и самих пациенток [3].

Целью данного исследования был сравнительный анализ результатов органосохраняющих операций с результатами реконструкций груди.

Материал и методы

Работа основана на анализе наблюдений 40 больных, прошедших органосохраняющие операции, (группа 1) и 40 пациенток, которым были выполнены разного рода реконструкции молочных желез, (группа 2) в период с 2002 по 2006 г. Все пациентки находились на лечении в Нижегородском областном онкологическом диспансере по поводу рака молочной железы I–II Б стадии в возрасте 27–56 лет. Набор больных для исследования проводился произвольно. Пациентки, перенесшие органосохраняющие операции, оперированы разными хирургами, какой-либо стандартизации техники операций не отмечено. 35 пациенткам после операции была проведена послеоперационная лучевая терапия. Больные, перенесшие радикальную мастэктомию с реконструкцией, распределились следующим образом: 28 выполнена реконструкция ТРАМ-лоскутом, 12 – одно, либо двухэтапная реконструкция с использованием экспандеров и имплантов. Все операции по восстановлению груди были выполнены хирургами-онкологами, прошедшими обучение в РНЦХ РАМН и имеющими сертификаты пластических хирургов. Для оценки результатов лечения были исследованы следующие аспекты: количество послеоперационных осложнений и летальность; частота рецидивов и метастазов опухоли; эстетический эффект операции с точки зрения хирурга и пациентки; полнота функции верхней конечности. В таблице 1 представлено распределение послеоперационных осложнений в обеих группах больных.

Летальных исходов не отмечено ни в одной группе больных.

Таблица 2 отражает распространенность рецидивов и метастазов рака в обеих группах больных (срок наблюдения от 2 до 5 лет).

Эстетический эффект операции определялся субъективно хирургами и самими пациентками в соответствии с предложенным подразделением на отличный, хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный и требующий повторного вмешательства.

ТАБЛИЦА 1.
Распределение послеоперационных осложнений в обеих группах больных

Вид осложнения	Группа 1	Группа 2
Кровотечение (или гематома в ране)	2	-
Нагноение раны	3	-
Некроз краев раны	1	-
Некроз трансплантата (частичный – менее 10%)	-	1
Некроз пупка	-	1
Послеоперационные грыжи	-	1
Краевые некрозы реципиентной кожи	-	2
Лимфатический отек верхней конечности	3	-
Стойкая серома	4	1
Всего:	13 (32,5%)	6 (15%)

ТАБЛИЦА 2.
Распространенность рецидивов и метастазов рака в обеих группах больных (срок наблюдения от 2 до 5 лет)

Вид распространения опухолевого процесса	Группа 1	Группа 2
Местный рецидив	9	1
Метастазы в отдаленные органы	4	5

ТАБЛИЦА 3.
Результаты опроса

Оценка эстетического результата	Группа 1		Группа 2	
	Больные	Хирург	Больные	Хирург
Отлично	13	2	24	18
Хорошо	6	8	18	11
Удовлетворительно	14	9	6	7
Неудовлетворительно	5	16	1	2
Требуется повторное вмешательство	2	5	1	2

В таблице 4 представлено распределение пациенток в соответствии с определением объема свободных движений в верхней конечности. Оценка данного параметра проводилась в соответствии с результатами измерения угла максимального отведения конечности на стороне операции.

ТАБЛИЦА 4.
Распределение пациенток в соответствии с определением объема свободных движений в верхней конечности

Угол отведения конечности (°)	Группа 1	Группа 2
Менее 90°	2	-
90°-120°	28	4
120°-180°	10	25
Движения конечности в полном объеме	-	11

Обсуждение

В связи с распространением восстановительных операций на молочных железах за последнее время отмечается тенденция к противопоставлению реконструктивных операций органосохраняющим под предлогом того, что хирургическая и эстетическая адекватность операций сравнима. Анализ полученных нами данных свидетельствует иное.

1. Осложнения, отмеченные в обеих группах пациенток, не были особенно серьезными и в большинстве случаев не

привели к превышению сроков пребывания больного в стационаре, определяемыми существующими стандартами. Следует отметить при этом, что в группе 1 это количество значительно выше.

2. Количество местных рецидивов после операции следует считать недопустимо высоким в группе пациенток, перенесших органосохраняющие операции. Данные литературы свидетельствуют о более частом возникновении рецидива после неполного удаления груди [4, 5] G. Becker с соавт. сообщают о более чем 6-кратном превышении этой цифры. По нашим данным, местный рецидив при органосохраняющих операциях встречался чаще в 9 раз. Отчасти, столь неутешительный результат можно объяснить тем, что у многих больных не проводилось гистологического исследования краев раны для исключения возможного опухолевого роста. Диссеминация опухолевого процесса развивалась практически в равной степени в обеих группах больных, что вполне соответствует современным понятиям о биологических особенностях рака молочной железы.

3. Представленные в таблице результаты оценки эстетической составляющей в операции достаточно наглядны. Большинство органосохраняющих операций не выдерживают критики. Хотя следует отметить, что пациентки были более лояльны к результату, нежели хирурги, выполняющие операции.

На рис. 1 представлена пациентка через 5 лет после радикальной резекции молочной железы, последующей лучевой и ПХТ.

Несмотря на то, что пациентка абсолютно удовлетворена результатом операции, очевидно, что считать такой результат успешным с эстетической точки зрения не следует.

Значительно лучше с эстетической точки зрения выглядит пациентка на фото 2 через 1 год после аналогичной операции.

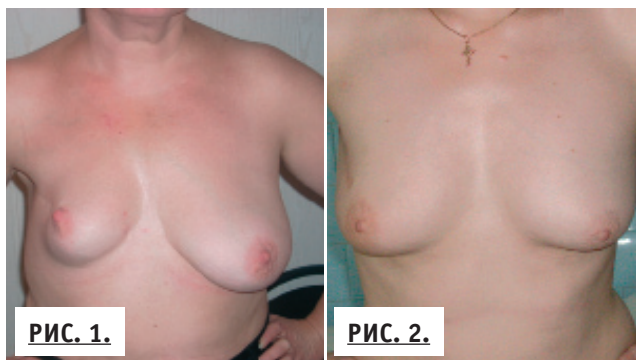


РИС. 1.

РИС. 2.

К сожалению, у нее отмечен рецидив опухоли.

Сравнение этих 2 фото свидетельствует о том, что добиться сочетания и «онкологического» и «эстетического» успеха чрезвычайно сложно, и, зачастую, хирургам, выполняющим эти операции, приходится жертвовать одной из целей операции, дезавуируя таким образом изначально поставленную задачу об успешном лечении рака при сохранении полноценной груди.

На фото 3–5 представлена пациентка через 5 лет после отсроченной реконструкции молочной железы ТРАМ-лоскутом. Данная серия фотографий демонстрирует хороший объем, симметрию молочных желез, естественный птоз на стороне операции, а также удовлетворительную функцию верхней конечности. Недостатком операции в отсроченном варианте являются достаточно большие постоянные послеоперационные рубцы.

Более выигрышными в этом отношении являются кожно-сохраняющие операции с одномоментной реконструкцией. На серии фото 6–8 представлена пациентка через 4 года после радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией молочной железы ТРАМ-лоскутом.

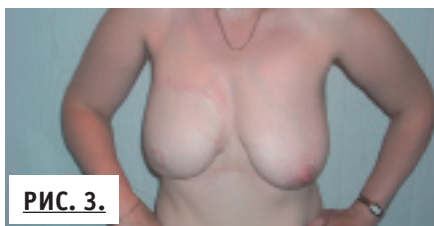


РИС. 3.

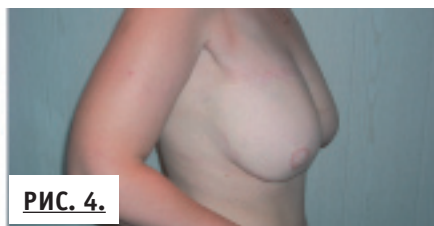


РИС. 4.



РИС. 5.

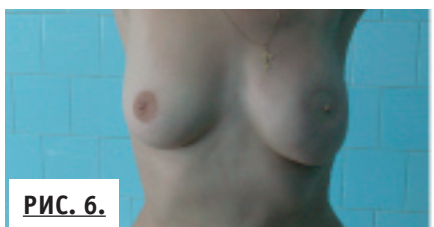


РИС. 6.



РИС. 7.



РИС. 8.



РИС. 9.



РИС. 10.



РИС. 11.

Достоинством такой операции является минимальное количество послеоперационных рубцов, а проведение татуажа ареолы практически полностью ликвидирует следы вмешательства на молочных железах.

Хорошего эффекта можно добиться также при выполнении реконструкции с использованием экспандеров и имплантов. Предпочтение отдается двухэтапной реконструкции. На серии фото 9–11 представлена пациентка, перенесшая реконструкцию груди в данной технике.

4. Анализ функции верхней конечности после операции также показал преимущество реконструктивной техники. Объяснение этого факта очевидно. При всех видах реконструкции молочной железы последствия хирургического «опустошения» грудной стенки, приводящее к формированию обширного рубца, ограничивающего функцию верхней конечности, уменьшаются за счет привнесения в эту зону дополнительной ткани. Сроки лимфорреи при восстановлении груди также существенно меньше.

Таким образом, при сравнении результатов органосохраняющих и реконструктивных операций при раке молочной железы последние показывают значительные преимущества по следующим аспектам:

- меньший риск местного рецидива;
- хороший эстетический результат;
- сохранение объема движений верхней конечности.

К положительным сторонам органосохраняющих операций следует отнести лишь техническую простоту исполнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Онкология. (Под ред. Поддубной И.В.). М.: «МЕДпресс-информ», 2009. С. 199–222.
2. Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии. Тверь: «Губернская медицина», 2000. 96 с.
3. Исмагилов А.Х., Гимранов А.М., Губайдуллин Х.М. Одномоментные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы. // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2003. № 4. С. 32–36.
4. Зайцев А.Н. К лучевой диагностике рецидивов карцином молочной железы. *Материалы Всеросс. научно-практ. конф. Казань. 2006. С. 99–100.*
5. G. Beckera, A. Hettenbachb, E.A. Neuschwanderc, M. Bambergd, D. Wallwiener. *Disease Management Program Breast Cancer. // Breast Care. 2006. V. 1. P. 152–156.*