

ЛЕКЦИИ

© А. А. ВОЛЧЕНКО, Д. Д. ПАК, 2012
УДК 618.19-006.6-089.844

А. А. Волченко, Д. Д. Пак

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена (дир. — акад. РАМН В. И. Чиссов) Минздравсоцразвития России

Рак молочной железы является самым распространенным злокачественным новообразованием у женщин. Неотъемлемым компонентом лечения остается радикальная мастэктомия, при этом вместе с увеличением выживаемости растет и число инвалидизированных в ходе радикального лечения женщин. В последнее время делают акцент на улучшение качества жизни пациенток, заболевших раком молочной железы. На сегодняшний день реконструктивная хирургия молочной железы является важным компонентом в общей схеме лечения больной. Реконструкция молочной железы уменьшает психологическую травму, связанную с мастэктомией, у женщин исчезают ощущение увечья, депрессия и опасения относительно своей женственности. Разнообразие модификаций и вариантов реконструктивных вмешательств рождает проблему выбора, которую необходимо решать совместно с пациенткой.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивно-пластические операции

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER

A. A. Volchenko, D. D. Pak

Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development of Russia

Breast cancer is the most common malignant neoplasm in women. Radical mastectomy is an integral component of its treatment, but this increases survival rates and the number of disabled persons. Emphasis has been recently made on the improvement of quality of life in patients with breast cancer. Today breast reconstructive surgery is an important component in the general treatment regimen. Breast reconstruction ameliorates psychological trauma associated with mastectomy; the women lose a feeling of mutilation, depression, and apprehension of their femininity. A variety of modifications and options for reconstructive interventions creates the choice problem to be solved together with the patient.

Key words: breast cancer, reconstructive plastic surgery

Рак молочной железы (РМЖ) является самым распространенным злокачественным новообразованием у женщин. В России в структуре злокачественных новообразований РМЖ с 1996 г. уверенно занимает первое место. Если в 1994 г. злокачественные опухоли молочной железы были выявлены у 37 015 пациенток, то в 2008 г. эта цифра составила уже 46 288 [4]. Абсолютное число женщин, у которых впервые выявлена злокачественная опухоль молочной железы, в течение последних 10 лет увеличивается в среднем на 3,6% ежегодно, причем более половины (53%) приходится на лиц моложе 60 лет (Чиссов В. И. и др., 2005).

Несмотря на рост заболеваемости, благодаря современным методам химио-, гормонотерапии и лучевой терапии улучшаются показатели выживаемости. За период с 1996 по 2004 г. увеличилась доля больных РМЖ I—II стадии и снизилась одногодичная летальность. Общая 10-летняя выживаемость больных при II стадии заболевания составляет 78%, при I стадии — 91,3% [2]. Принимая во внимание, что неотъемлемым компонентом лечения остается радикальная мастэктомия, при этом вместе с увеличением выживаемости растет и число инвалидизированных в ходе радикального лечения женщин.

В последнее время делается акцент на улучшение качества жизни больных РМЖ. Огромную роль при этом сыграли хирурги, которые первыми принимают решение относительно методов диагностики и лечения пациентки. На сегодняшний день

реконструктивная хирургия молочной железы является важным компонентом в общей схеме лечения больной. Реконструкция молочной железы уменьшает психологическую травму, связанную с мастэктомией; у женщин исчезают ощущение увечья, депрессия и опасения относительно своей женственности. Хотя и признано, что восстановление молочной железы является главным средством психосоциальной адаптации женщин к перенесенной мастэктомии, в практической онкологии этому вопросу уделяют неоправданно мало внимания.

Стремление к улучшению качества жизни пациентки в последнее время стало способствовать развитию восстановительной хирургии в онкологии. Однако реконструктивные операции в учреждениях практической онкологии по-прежнему используют в весьма ограниченном объеме. Обычно в одном лечебном учреждении применяют один метод реконструкции у всех больных, тогда как каждая методика имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания.

Согласно данным литературы и личному опыту, показаниями для проведения реконструктивных операций являются отсутствие отдаленного метастазирования, радикальное хирургическое вмешательство на молочной железе с учетом данных пред- и интраоперационного обследования, планируемая пред- и послеоперационная химиолучевая терапия; отсутствие психических заболеваний, мотивированное и определенное желание пациентки подвергнуться сложной и травматичной операции по реконструкции молочной железы, сознательный выбор пациентки способа восстановления молочной железы и ее осведомленность о возможных косметических результатах операции;

Для корреспонденции: Волченко А. А. — канд. мед. наук, науч. сотр. отд-ния общей онкологии; 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3; e-mail: mnioi@mail.ru.

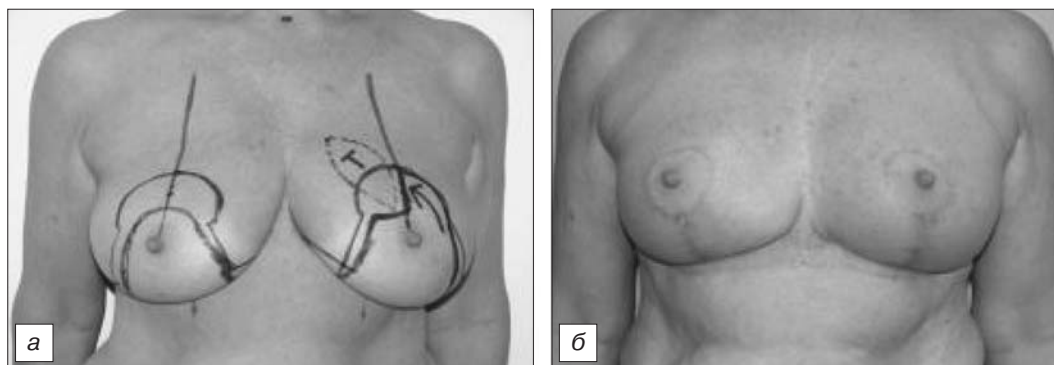


Рис. 1. Предоперационная разметка (а) и косметический результат (б) онкопластического варианта органосохраняющего лечения.

состояние кожи и подкожной клетчатки, сосудов и мышц донорского участка, отсутствие серьезной сопутствующей патологии (инфаркта миокарда, декомпенсированной недостаточности кровообращения, острого хронического нарушения мозгового кровообращения, отсутствие хронической почечной и печеночной недостаточности).

За рубежом в последние несколько лет активно развивается новое направление органосохраняющего лечения — онкопластическая хирургия, возникшая на стыке двух специальностей — онкологии и пластической хирургии. Данный тип операций является вариантом органосохраняющего лечения с возможностью ремодулирования (рис. 1). Показанием для таких операций является необходимость удаления более 25% ткани молочной железы при сохранных вмешательствах и получение хорошего косметического результата. Противопоказанием к данному варианту оперативного вмешательства являются отечно-инфильтративные формы РМЖ, центральная локализация опухоли, мультицентрическая форма роста.

К особенностям реконструкции молочной железы в онкологической практике можно отнести следующие: восстановление значительного дефицита кожи, мягких тканей в отсутствие их резервов, создание объема, формы железы, сосково-ареолярного комплекса и переходной складки, обеспечение симметрии молочных желез. Условно все реконструктивные операции можно разделить на два вида: с использованием собственных тканей, экспандеров и силиконовых эндопротезов и их различные комбинации.

Н. Gilles [6] одним из первых произвел восстановительную операцию после радикальной мастэктомии с использованием кожно-жирового лоскута передней стенки живота с основанием на боковой поверхности туловища, включающего в себя элементы пупка для реконструкции сосково-ареолярного комплекса.

В настоящее время продолжается разработка методик с использованием кожно-жировых лоскутов на питающих мышечных ножках. Наиболее широкое распространение в пластической хирургии молочной железы получили использование кожно-жирового лоскута на питающей ножке широчайшей мышцы спины и кожно-жирового лоскута на питающей ножке прямых(ой) мышц(ы) живота.

Кожно-жировой лоскут на питающей ножке широчайшей мышцы спины (торакодорсальный лоскут) впервые предложил I. Tansini в 1906 г., дальнейшая разработка методики принадлежит N. Olivari [7]. Большая площадь широчайшей мышцы спины, высокая мобильность лоскутов, возможность сохранения автономного питания, несущественная функциональная потеря донорской зоны, исключительная пластичность трансплантатов на питающей ножке, которые могут служить дополнительным источником кровоснабжения, обусловили успех применения широчайшей мышцы спины в реконструктивно-пластических операциях. В настоящее время в зависимости от индивидуальных особенностей пациентки используют реконструкцию как собственными тканями, так и в комбинации с эндопротезом (рис. 2).

Однако в ряде случаев имеются такие объективные причины, как атрофия широчайшей мышцы спины на стороне операции, пересечение торакодорсальной артерии во время операции, большой размер железы, не позволяющие широко применять данный способ пластики.

Использование кожно-жировых лоскутов на питающей мышечной ножке явилось определенным этапом в развитии реконструктивной хирургии РМЖ, а разработка операций восстановления железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом (TRAM-лоскут) стала важной ступенью совершенствования комплекса лечебных мероприятий в целом.

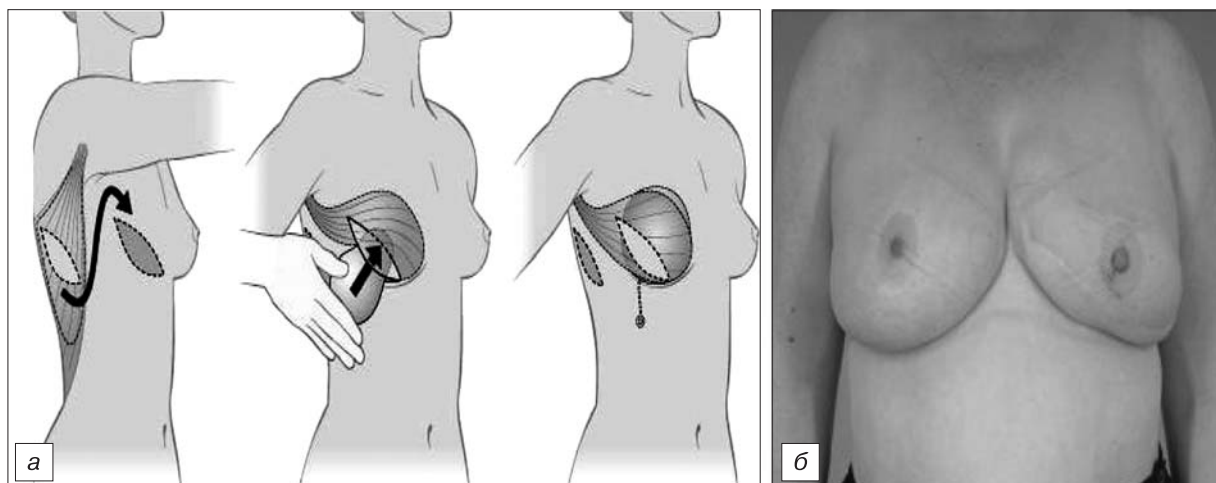


Рис. 2. Схема операции с использованием кожно-жирового лоскута на питающей ножке из широчайшей мышцы спины в комбинации с эндопротезом (а) и вид больной после операции (б).

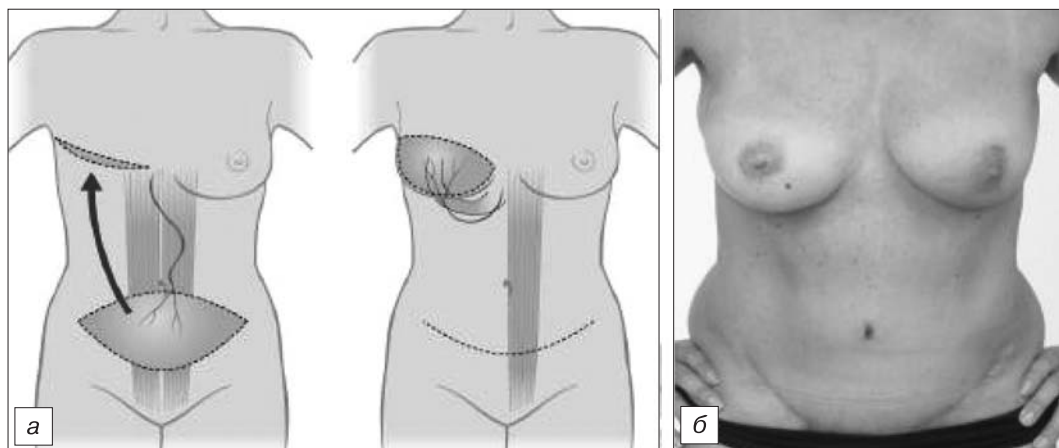


Рис. 3. Схема операции с использованием кожно-жирового лоскута на питающей ножке прямой мышцы живота (а) и вид больной после операции (б).

Впервые кожно-жировой лоскут на питающей ножке прямой мышцы живота (TRAM-лоскут) для устранения частично дефекта молочной железы был применен J. Fernandez (1968), а полностью восстановил им железу J. Drever [5]. Суть метода состоит в реконструкции утраченной железы за счет переноса массивного овального кожно-жирового лоскута на питающей ножке одной или двух прямых мышцах живота. Лоскут представляет собой универсальный пластический материал, так как имеет достаточный объем для восстановления молочной железы. Преимуществами данного метода являются однородный и естественный вид сформированной железы, длительное сохранение симметрии молочных желез (рис. 3).

Наиболее частые осложнения пластики TRAM-лоскутом — развитие краевых некрозов, пролапс передней брюшной стенки, жировые некрозы. Факторы риска при данном виде реконструкции: курение, тучность, предоперационное облучение грудной стенки, наличие рубцов на животе от предыдущих операций ограничивают широкое его применение.

Развитие микрососудистой хирургии позволило усовершенствовать уже имеющиеся методики пластики молочных желез,

и как следствие привело к уменьшению частоты таких осложнений, как краевой и тотальный некроз лоскутов, а также дало возможность разработать другие варианты забора лоскутов (ягодичный) и свободной пересадки кожно-жирового лоскута с участком мышцы или без него.

Новый этап в развитии реконструктивно-пластической хирургии молочной железы связан с созданием Т. Cronin и F. Gerow в 1963 г. совместно с фирмой «Dow Corning» эндопротезов молочных желез на основе силикона, а затем и экспандеров для устранения дефицита кожи. Силиконовый эндопротез представляет собой замкнутую бесшовную капсулу из силиконовой резины, заполненную диметилполисилоксаном гелевой консистенции, он повторно стерилизуется, выдерживает лучевую нагрузку в 100 Гр, не оказывая отрицательного действия на окружающие ткани, не изменяет своих физико-химических свойств, лишен канцерогенности.

Реконструкции молочной железы с помощью силиконового эндопротеза посвящено большое количество отечественных и зарубежных работ, которые свидетельствуют об удовлетворительном и хорошем косметическом эффекте подобных операций

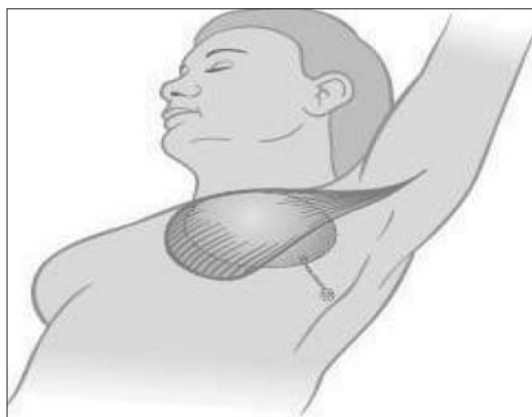


Рис. 4. Реконструкция молочной железы эндопротезом.



[2, 3]. Однако применение силиконовых эндопротезов и экспандеров не решило всех проблем пластики молочной железы в онкологии. По данным литературы, констриктивный фиброз капсулы эндопротеза возникает у 4—26% больных, при использовании экспандеров — у 29—40%. Возможны отторжение эндопротеза из-за его смещения к поверхности кожи и ее перфорация. Хотя многие хирурги основными причинами осложнений считают качество самих силиконовых протезов и технические ошибки при освоении и разработке методик операций (рис. 4).

Завершающим этапом любой восстановительной методики является достижение симметрии молочных желез и реконструкция сосково-ареолярного комплекса.

Реконструкцию сосково-ареолярного комплекса можно осуществлять местными тканями путем реимплантации удаленного сосково-ареолярного комплекса, пересадки пигментированных участков кожи (паховой, заушной областей, зоны промежности), участка малых половых губ, кусочка хряща из ушной раковины, трансплантата верхнего века. Имитация ареолы осуществляется путем татуировки. Реконструкцию молочной железы можно считать законченной только после пластики сосково-ареолярного комплекса.

Реконструктивно-пластические операции при опухолях молочной железы открывают новые возможности для полноценной реабилитации больных. В настоящее время при РМЖ перспективным является ее первичная реконструкция, когда пластическую операцию выполняют во время оперативного вмешательства. Первым этапом выполняют онкологическую операцию, затем — реконструктивно-пластическую. В исследованиях J. V. Petit и соавт. [8] продемонстрирована онкологическая

безопасность одномоментной реконструкции молочной железы, не увеличивающей частоту местного рецидивирования заболевания.

В настоящее время считают доказанным отсутствие взаимосвязи между прогнозом РМЖ и выполнением реконструктивно-пластической операции. Пластическая хирургия на сегодняшний день занимает первое место в комплексе реабилитационных мероприятий РМЖ. Разнообразие модификаций и вариантов реконструктивных вмешательств обеспечивает проблему выбора, которую необходимо решать совместно с пациенткой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Летагин В. П. Практическое руководство по клинической маммологии. — М., 2004. — С. 5—7.
2. Демидов В. П., Пак Д. Д., Сарабикян Э. К. и др. / Онкология на рубеже XXI века. Возможности и перспективы: Сборник тезисов. — М., 1999. — С. 188—190.
3. Малыгин Е. Н., Братик А. В., Малыгин С. Е. и др. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2003. — № 2. — С. 4—7.
4. Чиссов В. И., Сидоренко Ю. С., Старинский В. В. и др. // Вопр. онкол. — 2009. — № 2. — С. 11—18.
5. Dreyer J. M. // Plast. Reconstr. Surg. — 1977. — Vol. 59. — P. 343.
6. Gilles H., Millard D. R. The principles and art of plastic surgery. — Boston, 1957. — P. 175—179.
7. Olivari N. // Br. J. Plast. Surg. — 1976. — Vol. 29. — P. 126.
8. Petit J. Y., Veronesi U., Luini A. et al. // Breast Cancer Res. Treat. — 2006. — Vol. 96. — P. 47—51.

Поступила 24.08.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616-006.6-06:616.8]-092:612.017.1

Н. А. Шнайдер¹, Ю. А. Дыхно², В. В. Ежикова², Е. А. Кантимирова¹

АНТИОНКОНЕВРАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА И ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого (ректор — проф. И. П. Артюхов)

В обзоре представлены данные о роли опухолевых антигенов и антионконеуральных антител в развитии паранеопластического неврологического синдрома.

Ключевые слова: паранеопластический неврологический синдром, антионконеуральные антитела, онконеуральные антигены, паранеопластическая полинейропатия

ANTIONCONEURAL ANTIBODIES AND PARANEOPLASTIC NEUROLOGICAL SYNDROME

N. A. Shnaider, Yu. A. Dykhno, V. V. Ezhikova, E. A. Kantimirova

Prof. V.F. Voino-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University

The review presents data on the role of tumor antigens and antionconeural antibodies in the development of paraneoplastic neurological syndrome.

Key words: paraneoplastic neurological syndrome, antionconeural antibodies, onconeural antigens, paraneoplastic polyneuropathy

Концепция иммунного ответа при злокачественных опухолях впервые была сформулирована Томасом и Барнетом в середине 50-х годов XX века. Паранеопластический неврологический синдром (ППНС) был впервые описан сорок лет спустя Джеромом Познером в 1995 г. ППНС включает поражение центральной и периферической нервной системы, нарушение нейромы-

Для корреспонденции: Шнайдер Наталья Алексеевна — д-р мед. наук, проф., зав. каф. медицинской генетики и клинической нейрофизиологии; 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; e-mail: NAschnaider@yandex.ru.

шечной передачи, поражение скелетных мышц и развивается у больных со злокачественными онкологическими заболеваниями (рис. 1) [2, 5, 22, 25, 46, 56]. Паранеопластическая полинейропатия (ППНП) является частью паранеопластического неврологического синдрома и не связана со сдавлением нервов опухолью, метастатическим поражением нервной ткани или побочными эффектами радиотерапии, химиотерапии, метаболическими, сосудистыми или гормональными изменениями или оппортунистическими инфекциями. ППНП встречается приблизительно у 5% больных с онкологическими заболеваниями. Однако, по данным ряда исследований, частота ППНП зависит от локализации