

ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

АХ Исмагилов, А.М. Гимранов, Х.М. Губайдуллин

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний женщин, по сведениям ВОЗ, ежегодно в мире число впервые зарегистрированных случаев РМЖ приближается к миллиону. Такая высокая заболеваемость определяет стратегию борьбы с этим недугом, которая ориентирована на сокращение смертности, увеличение безрецидивного периода и улучшение качества жизни.

Успех лечения РМЖ зависит от многих причин, среди которых основную роль играют биологические характеристики опухоли, степень ее распространенности к моменту начала лечения. До настоящего времени основным этапом в лечении РМЖ является оперативное вмешательство, в подавляющем большинстве случаев операция заключается в удалении пораженной молочной железы, что, особенно в молодом возрасте, ведет не только к образованию физического недостатка, но и является тяжелой психической травмой для женщины [7].

Восстановление МЖ после радикальной операции существенно дополняет комплексную реабилитацию пациенток. Операции по реконструкции МЖ стали широко внедряться в клиническую практику в 70-е гг. XX в., поскольку к этому времени пластическими хирургами были разработаны методики реконструктивно-пластических операций, позволяющих добиться вполне удовлетворительных косметических результатов.

Учитывая некоторую полярность мнений в решении вопроса о возмещении дефицита тканей МЖ после выполнения онкологического этапа операции [1, 3-5], мы решили поделиться собственным опытом, так как считаем, что в на-

стоящее время нет универсальной методики и у каждой есть свои показания, тем более что в нашей клинике выполняется почти весь арсенал наиболее распространенных методов реконструкций.

Материалы и методы

Работа основана на наблюдениях 281 больной раком молочной железы 1-1ПБ стадий и 1 пациентки с саркомой молочной железы, оперированных в отделении маммологии клинического онкологического диспансера г. Казани в I период с ноября 1998 по май 2003 г. Во всех случаях радикальная операция сочеталась с одномоментной реконструкцией молочной железы: вы- I полнена 171 операция с использованием торакодорзального лоскута (ТДЛ), в 104 случаях — ре- I конструкция TRAM-лоскутом, в том числе в 7 случаях с дополнительной реваскуляризацией между а. и v. epigastrica inferior и а. и v. thoracica interna, 7 операций выполнены с имплантацией экспандера под большую грудную мышцу. Все больные получали комбинированное или ком- ! плексное лечение по показаниям.

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде были отмечены следующие осложнения (при рассмотрении ранних осложнений мы не стали отмечать общехирургические, такие как кровотечения и нагноение раны):

1. При использовании ТДЛ в 2 случаях развился полный и в 2 частичный некроз лоскута. Учитывая хорошее кровоснабжение ТДЛ, мы

объясняем это ятрогенными причинами: в ряде случаев для увеличения сосудистой ножки производилось отсечение торакодorzальной мышцы в проксимальной части, в результате чего, по всей видимости, происходил перекрут или перегиб сосудистого пучка.

2. При использовании TRAM-лоскута в 10 случаях возник краевой некроз, в 6 — некроз пупка, в 3 - некроз реципиентной кожи (при выполнении кожносберегающего варианта мастэктомии), в 2 - развились послеоперационные грыжи (при ушивании апоневроза без укрепления проленовой сеткой, с использованием последней грыж не возникало).

3. При использовании экспандеров вследствие нагноения раны один имплантат пришлось удалить.

Восстановление МЖ в зависимости от времени перенесенной операции разделяют на одномоментную и отсроченную реконструкции.

Выполнять отсроченную реконструкцию для хирурга психологически проще, так как женщину, ощутившую свою «ущербность», удовлетворяют результаты, порой сомнительные в плане эстетического восприятия. Основным недостатком этой методики является более сложное воссоздание требуемой формы молочной железы (рис. 1).

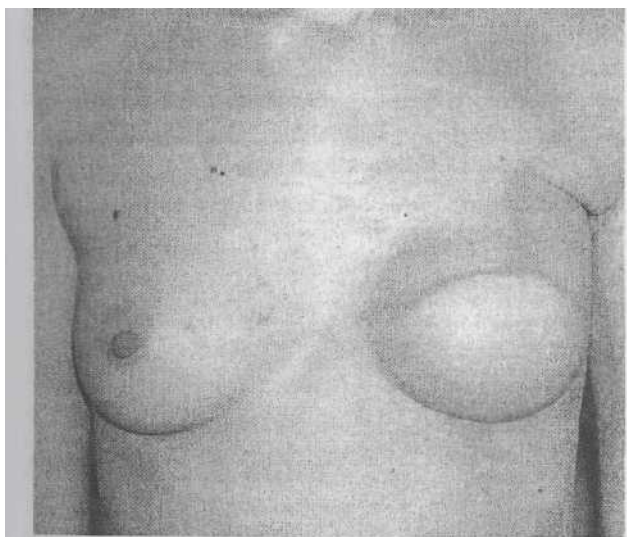


Рис. 1. Состояние после мастэктомии по Холстеду. Отсроченная реконструкция TRAM-лоскутом. При адекватной форме и объеме имеется выраженный дефицит ткани подключичной области, грубый вертикальный рубец после предыдущей операции

Патерналистский взгляд, существующий среди онкологов, — главное, чтобы больная жила, а о качестве жизни речи не идет, негативизм в отношении любых восстановительных мер, в особенности хирургических, страх пациенток, перенесших комбинированную терапию, перед объемным оперативным вмешательством снижают количество выполняемых отсроченных реконструкций.

Недостатком одномоментной реконструкции являются более высокие требования пациентки к конечному косметическому результату. Положительным моментом служит то, что операция не дает женщине почувствовать свою «ущербность», а хирургу позволяет легче воссоздать требуемую форму МЖ за счет сохранения ее части (рис. 2).

Мы выделяем два основных требования к операциям с одномоментным восстановлением МЖ:

1. Радикальная операция должна быть возможна в объеме квадрантэктомии, гемимастэктомии, субтотальной резекции, различных видов мастэктомии, но с обязательным соблюдением онкологического радикализма: линия резекции должна проходить не менее чем в 3 см от **опухоли** (для органосохранных операций), исключения

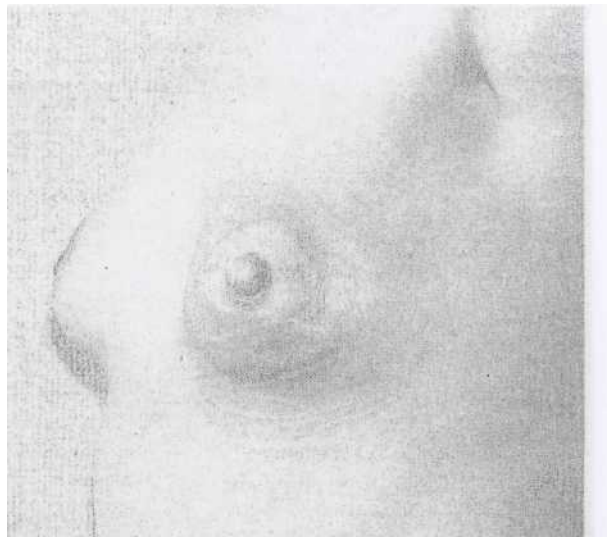


Рис. 2. Мастэктомия по Пейти с сохранением кожи, с пластикой TRAM-лоскутом. Мастэктомия выполнена через трансареолярный разрез. Послеоперационный рубец будет скрыт косметическим татуажем

мультицентричности опухоли и инфильтративных форм РМЖ.

2. Хороший косметический результат.

Первоначально основным показанием к восстановительным операциям был молодой возраст больных (до 45 лет), но биологический возраст не всегда совпадает с его психоэмоциональным восприятием. На данный момент основным показанием стало желание пациентки, поэтому в возрастной группе до 45 лет посыл к операции идет от хирурга, а в группе больных старше 45 лет — от пациентки, самой пожилой из них было 68 лет. Стадия опухолевого процесса (кроме IV) значения не имела.

Органосохраняющие операции без пластики

Показаниями к данному виду операции являются:

1. Малый размер опухоли на фоне большой МЖ. Наш опыт показал, что в условиях постлимфаденоэктомического стаза, усугубляющегося лучевой терапией, оставшаяся часть МЖ деформируется, нивелируя косметический эффект. Результат тем хуже, чем больше исходный и остающийся объем молочной железы.

2. Операции по типу редукционной маммопластики (рис. 3).

3. Отказ больной от мастэктомии при невозможности выполнить более сложный вариант операции.

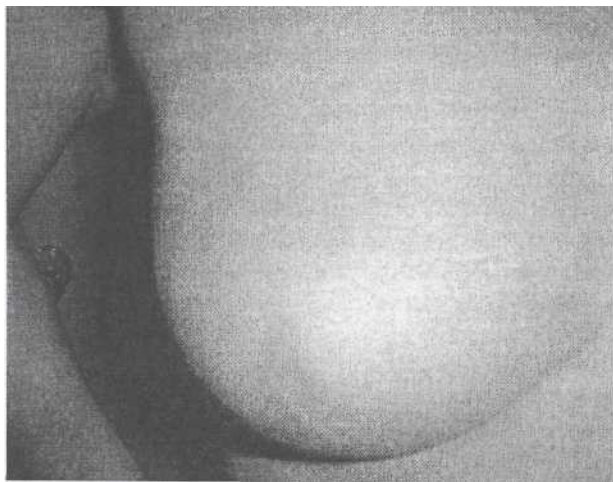


Рис. 3. Радикальная резекция молочной железы по типу редукционной маммопластики с Т-образным инверсированным рубцом

Недостатки:

1. Не решает полностью косметической проблемы, только у 1/3 больных после радикальных резекций достигается удовлетворительный эстетический результат [2, 6].

2. Порой излишняя экономность резецируемых тканей повышает риск рецидива.

Использование экспандеров и эндопротезов

Основным преимуществом метода является простота выполнения операции. Недостатки:

1. Дороговизна имплантируемого изделия (немаловажный фактор в нашей стране).

2. Длительные сроки приобретения протезов при приемлемости откладывания радикального вмешательства.

3. Относительные противопоказания к проведению лучевой терапии ввиду наличия металлических портов.

4. Высокая вероятность потери протеза в условиях постлимфаденоэктомической лимфорреи вследствие гнойных осложнений.

5. Проблема создания симметрии молочных желез как следствие невозможности создания выраженного птоза, неестественной наполненности верхней полусферы, немоделируемой заданности контуров протеза.

Хочется отметить субъективный лучший результат дермотензии при помощи двухкамерного экспандера, который достигается за счет возможности избирательного наполнения нижней камеры, но этот эффект практически нивелируется после замены его протезом. Для создания симметрии необходимо вмешательство на здоровой МЖ.

Использование собственных тканей женщины

1. Кожно-жиро-фасциальный лоскут, предложенный в нашей клинике Б.К. Дружковым в 1995 г. [2].

2. Торакодорзальный лоскут, предложенный I. Tansini в 1906 г.

3. Ректоабдоминальный лоскут (TRAM-лоскут), впервые использованный J. Fernandez в 1968 г. [8].

Кожно-жиро-фасциальный лоскут

Преимущества: простота выполнения, хорошая маскировка послеоперационного рубца донорской раны в субмаммарной складке.

Недостатки: малый объем перемещаемых тканей, неадекватность кровоснабжения, вследствие ■



Рис. 4. Радикальная резекция молочной железы с торакодорзальной пластикой. При сохранении радикальности вмешательства достигнуто сохранение объема и формы

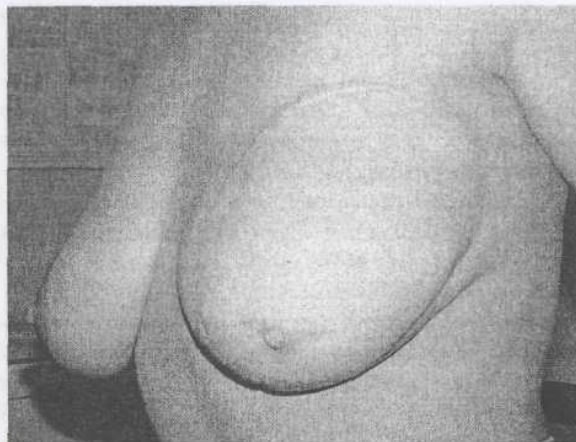


Рис. 5. Мастэктомия по Пейти с сохранением кожи медиальной части молочной железы. Пластика TRAM-лоскутом

чего имеется довольно высокая частота послеоперационных осложнений — нагноение, некроз, тракция лоскута до 20%.

Основным показанием к данному типу операций считаем небольшую опухоль до 2,0 см в диаметре, расположенную в верхненаружном квадранте, на периферии МЖ.

Торакодорзальный лоскут (рис. 4)

Бесспорное преимущество — хорошее кровоснабжение.

Недостатком является небольшой объем замещаемых тканей.

Показаниями к применению ТДЛ служат:

1. Опухоль на фоне малой МЖ (полное замещение МЖ).
2. Малая опухоль — до 3,0 см на фоне МЖ среднего объема (частичное замещение МЖ).
3. Опухоли в верхней полусфере МЖ. Лоскут расположен на мышце, которая после отсечения от спины сокращается, следовательно, лоскут лучше подвергается деформации растяжения, нежели сжатия, поэтому косметические результаты при использовании ТДЛ для замещения тканей в нижней полусфере МЖ нивелируются.

ТДЛ с эндопротезированием мы считаем порочной практикой, так как суммируются недостатки обеих операций, вмешательство становится дорогим и травматичным. Показанием для этой методики может быть лишь невозможность использования TRAM-лоскута.

Ректоабдоминальный лоскут (рис. 5)

Недостаток — неадекватное кровоснабжение и, как следствие, высокий риск краевых некрозов (рис. 6).

Преимущество — потенциально большой объем перемещаемых тканей.

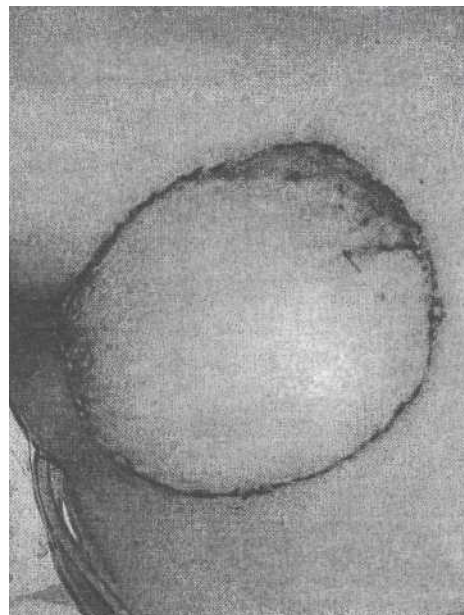


Рис. 6. Мастэктомия по Пейти с пластикой TRAM-лоскутом, осложненная краевым некрозом медиальной части лоскута

Показание — большой размер опухоли на фоне МЖ среднего и большого объема. Как правило, реконструкция производится на контралатеральной прямой мышце живота. В случае большого объема замещаемых тканей и сомнения в адекватности кровоснабжения на одной мышечной ножке используются обе прямые мышцы. При локализации опухоли в центральной и медиальной зонах МЖ, когда выполняется видеоторакоскопическая парастеральная лимфатическая диссекция, при которой пересекаются внутренние грудные сосуды, невозможно использование ипсилатеральной мышцы. В этом случае для профилактики послеоперационных некрозов TRAM-лоскута нами разработана оригинальная методика микрохирургической подкачки: в процессе видеоторакоскопической лимфадиссекции производится дистальное пересечение внутригрудных сосудов, их мобилизация с окружающей парастеральной клетчаткой, содержащей лимфоузлы, сформировавшийся блок тканей вывихивается в I межреберье. Сосуды скелетизируются, удаленная клетчатка отправляется на гистологическое исследование. Накладывается микрососудистый анастомоз между внутригрудными и нижними надчревными сосудами.

Пластика соска осуществляется трехлепестковым методом, ареола восстанавливается при помощи косметического татуажа. От свободной кожной пластики мы отказались из-за депигментации пересаженного участка, развивающегося в отдаленные сроки после операции.

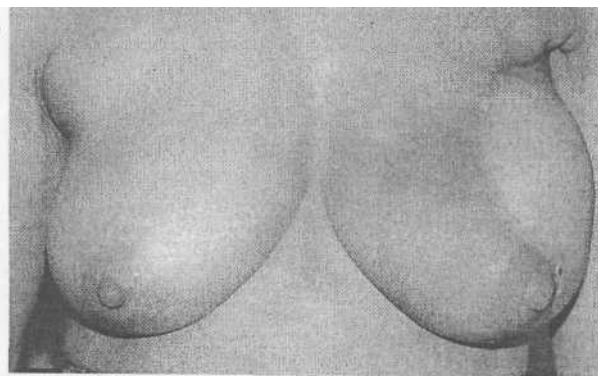


Рис. 7. Мастэктомия по Пейти с сохранением кожи медиальной части кожи и ареолы с пластикой TRAM-лоскутом. Деформация I степени с образованием втянутого, неравномерного и деформированного рубца при адекватных объеме и форме

Индивидуализация вмешательства позволяет в большинстве случаев сформировать МЖ, схожую по форме и объему со здоровой. Данное I положение в последнее время стало нами пересматриваться, так как большинство больных на момент операции имеют, как правило, ту или иную степень птоза или гипертрофии МЖ. Востанавливать МЖ, которая даже при идеальном [симметричном моделировании не будет выглядеть эстетично, не имеет смысла. Повышается и без того высокий риск краевого некроза при попытке создания гипертрофированной груди с выраженным птозом. На данный момент вопрос о моделировании груди, с последующим вмешательством на здоровой МЖ (аугментационная, редукционная пластика либо мастопексия), решается I в процессе предварительной беседы с больной.

Помимо ранних послеоперационных осложнений, мы выделяем поздние осложнения, возникающие в отдаленные сроки наблюдения, — рубцовая деформация восстановленных молочных I желез, которая встречается в 80% случаев.

Факторы, способствующие рубцовой деформации:

1. Послеоперационная лимфоррея с образованием множественных сером.
2. Нагноение ран, в некоторых случаях с образованием свищей, неадекватно леченных врачами общей сети.
3. Скрытые под кожей краевые некрозы.
4. Послеоперационная лучевая терапия.
5. Короткая мышечная ножка.

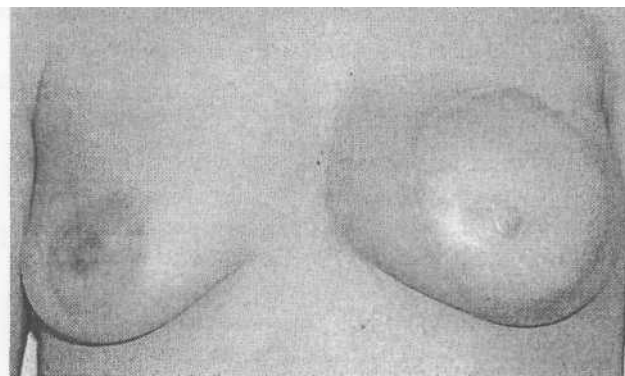


Рис. 8. Мастэктомия по Пейти с пластикой TRAM-лоскутом. Рубцовая деформация II степени - изменение формы при адекватном объеме

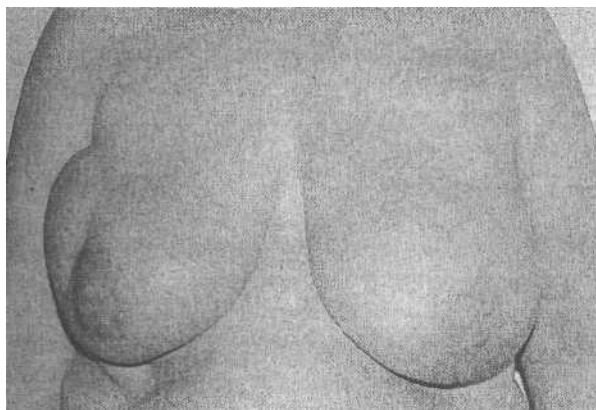


Рис. 9. Радикальная резекция молочной железы с торако-дорзальной пластикой. Рубцовая деформация III степени с изменением формы и объема

Мы выделяем три степени рубцовой деформации:

I степень — изменение собственно шовной полосы с образованием втянутого, неравномерного и деформированного рубца (рис. 7). Коррекция осуществляется повторным наложением косметического шва.

II степень — изменение формы МЖ при сохранении объема (рис. 8). В данных случаях для коррекции требуется операция с повторным моделированием МЖ, при тракции трансплантата питающей ножкой — ее пересечение.

III степень — изменение формы и объема МЖ (рис. 9). Помимо ремоделирования МЖ, в таких случаях требуется липоаспирация, либо липофилинг (при небольшом дефиците массы), либо редукция здоровой МЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлаков А.С., Сороколетов А.В. Одномоментное восстановление груди TRAM-лоскутом при радикальных операциях по поводу рака молочной железы // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. 2000. Т. 3. С. 10.
2. Дружков Б.К. Способ радикальной резекции молочной железы с одномоментной пластикой собственными тканями // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. 2000. Т. 3. С. 28.
3. Малыгин СЕ. Реконструктивно-пластическая хирургия при раке молочной железы // Практик. онкол. 2002. Т. 3. № 1. С. 69-76.
4. Овчинникова Л.К., Сквирский В.Д., Осипов А.Г., Вишневский А.А. Опыт реконструкции широчайшей мышцей спины в условиях онкологического диспансера // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. 2000. Т. 3. С. 70-71.
5. Пак Д.Д., Демидов В.П., Евтягин В.В. Органосохраняющие и функционально-щадящие операции при раке молочной железы: Пособие для врачей. М., 2000. 4 с.
6. Портной С.М., Лактионов К.П., Барканов А.И. Эффективность органосохраняющих операций при раке молочной железы T₁₋₂ N₀ // Вопр. онкол. 1998. Т. 44. С. 439-442.
7. Dowden R., Yetman R. Mastectomy with immediate reconstruction: issues and answers // Ciin. J. med. 1992. Vol. 59, № 5. P. 499-503.
8. Fernandez J. Reconstruction mammalia // Bol. Trab. Soc. Chir. Buenos Aires. 1968. Vol. 50. P. 86.

Поступила 12.09.03