

УДК 618.19-006.6-089.87

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗЕКЦИОННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Б. Дружков, Б.К. Дружков, И.Г. Гатауллин, М.О. Дружков,
ГОУ ДПО «Казанская Государственная медицинская академия Росздрава»

Дружков Олег Борисович – e-mail: onko@mi.ru

В статье рассмотрены принципы хирургического органосохраняющего лечения рака молочной железы. Представлены оригинальная методика подкожной радикальной резекции молочной железы, оригинальный доступ к подключичным лимфатическим узлам. Рассмотрены результаты лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, радикальная резекция.

The article deals with the principles of surgical breast conserving therapy. The original methodology of subcutaneous radical resection of breast, the original access to subclavicular lymph nodes are described in the article. The results of treatment are also given.

Key words: breast cancer, radical resection

Введение

Если середина XX века ознаменовалась внедрением в клиническую практику расширенных (сверхрадикальных) мастэктомий в лечении рака молочной железы [1–4], то конец его – сокращением объема хирургических операций и внедрением органосохраняющих методик [5–13]. Как

известно, сверхрадикализм хирургических операций определялся расширением границ регионарной лимфатической диссекции за счет удаления окологрудных, надключичных и средостенных лимфоузлов при неизменности радикальной мастэктомии по Холстеду-Майеру, остававшейся базисной во всех случаях.

Анализ клинического материала в свете новых представлений о раке молочной железы, как о первично диссеминированной патологии, принесло в клиническую практику приоритетность методов общего противоопухолевого воздействия – химио- и эндокринотерапии. Новые препараты и новые схемы их комбинированного применения, а также новые технологические приемы лучевой терапии позволили при сокращении объема хирургических вмешательств получить идентичные, а в ряде случаев превосходящие отдаленные результаты при значительном улучшении качества жизни больных.

Появилось новое понятие в хирургическом лечении рака молочной железы – органосохраняющие (консервативные) методики операций. Европейская организация по изучению и лечению рака (EORTC) выделяет следующие варианты этих операций:

1. Туморэктомию – удаление опухоли молочной железы без оценки расстояния от границ (края) опухоли. Этот термин, по мнению экспертов данной организации, соответствует известному понятию «эксцизионная биопсия».

2. Лампэктомию – удаление опухоли в пределах здоровых тканей, отступая от ее границ на 1 см.

3. Сегментэктомию (квадрантэктомию) – удаление от 1/4 до 1/3 объема молочной железы, отступая от границы опухоли не менее чем на 2 см. При этом, как и при лампэктомии, обязательным является иссечение подлежащей фасции большой грудной мышцы.

Под «консервативным лечением» за рубежом принято понимать комбинацию органосохраняющих хирургических операций с (или без) подмышечной лимфатической диссекцией. Эти операции могут сочетаться с местным и (или) системным лечением. В России под органосохраняющим хирургическим лечением обычно предполагают радикальную резекцию молочной железы в объеме ламп- или сегментэктомии (секторальная резекция) с регионарной лимфатической диссекцией, которая затем дополняется лучевым воздействием на оставшуюся часть молочной железы. Показания к системному лечению обычно зависят от возраста пациентки, стадии заболевания и иммуногистохимических показателей.

Изложенная тактика, как нам кажется, более рационально отражает сущность проблемы консервативного лечения, однако она должна соответствовать критериям оценки различных вариантов объема хирургического иссечения (туморэктомию, лампэктомию и квадрантэктомию) опухоли для стандартизации результатов, полученных различными учреждениями.

Несмотря на полное признание новой клинко-биологической концепции рака молочной железы как первично генерализованного заболевания, частные разделы стратегии комплексного лечения остаются еще окончательно не решенными. Это, в частности, касается и его хирургического компонента. Так, например, при сокращении границ

иссечения самого опухолевого очага избыточно иссекаются заведомо интактные ткани – кожа и подкожная клетчатка, а при обнаружении подмышечных метастазов и при небольшом первичном очаге в молочной железе выполняется типичная радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру и т. д.

Цель исследования

Оптимизация методов органосохранного оперативного лечения больных раком молочной железы.

Материалы и методы

На основании ранее выполненных клинических исследований [10] мы пришли к выводу, что по отношению как к очагу рака в молочной железе, так и к пораженным метастазами лимфатическим узлам, на послеоперационном этапе необходимо отдельно определять степень радикализма выполненной операции по следующим критериям: недостаточная, адекватная и избыточная. Мы исходим из положения о том, что размеры самой опухоли молочной железы не могут определять объем лимфатической диссекции, так же, как и степень метастатического поражения регионарного аппарата не может влиять на объем хирургической операции на молочной железе. Вместе с тем оказалось, что причиной избыточного иссечения интактных тканей чаще является желание обеспечить лучшие условия хирургического доступа к очагам опухолевого проявления, а не обоснование его целесообразности.

С целью преодоления этого нами разработаны и внедрены в практику оригинальные методики секторальной резекции молочной железы и доступа к подмышечным лимфатическим узлам, которые в совокупности позволили нам на деле осуществлять вышеупомянутое положение. Методика операции заключается в следующем.

Выполняют кожный разрез по инфрамаммарной складке, продлевая его по ходу наружного края большой грудной мышцы до уровня IV ребра, затем по ходу его продолжают кзади до наружного края широчайшей мышцы спины. Разрез кожи углубляют через подкожную клетчатку до поверхностной фасции груди (f. Thoraco-acromiales), сохраняя при этом наружный сосудисто-нервный пучок молочной железы (III межреберье). Преимущественно тупым путем выполняют отделение тела молочной железы от передней поверхности большой грудной мышцы вместе с фасцией вплоть до ключицы (при необходимости выполнения подмышечной лимфатической диссекции).

Окаймляя опухоль двумя радиальными разрезами, отступая от ее краев на 2 см, рассекают поэтапно всю толщу тела молочной железы до подкожной жировой клетчатки и выкраивают сектор, подлежащий удалению. Отделение тела молочной железы в пределах удаляемого сектора выполняют также преимущественно тупым путем, пересекая электроножом лишь связки Купера. Для выполнения этого этапа операции вершину сектора в теле молочной железы прошивают лигатурой от одного радиального разреза до другого. Лигатуру туго завязывают в узел и используют в дальнейшем

как «держалку». Потягиванием за лигатуру-держалку и подталкиванием снаружи рукой ассистента сектор тела молочной железы отделяют до наружных границ, а затем выполняют этап регионарной лимфатической диссекции. Она может быть выполнена на трех уровнях, как в одном блоке с резекционным препаратом молочной железы, так и отдельным блоком. При первом уровне регионарной лимфатической диссекции (отсутствие предоперационных данных о наличии метастатического поражения краевых лимфоузлов молочной железы) удаляют лишь аксиллярные узлы.

При наличии метастазов в этих лимфатических узлах выполняют лимфатическую диссекцию второго уровня, включающую удаление верхушечных лимфатических узлов до внутреннего края малой грудной мышцы. Для улучшения хирургического доступа в этих случаях может быть использован ранорасширитель Сигала-Кабанова (РСК-10). При обнаружении метастазов в верхушечной группе лимфатических узлов выполняют лимфатическую диссекцию третьего уровня, включающую и подключичные лимфатические узлы. Этот вариант лимфатической диссекции выполняют по оригинальной методике*.

Для этого тело молочной железы на уровне верхней полусферы отсепааровывают от большой грудной мышцы. Молочную железу смещают вверх и кнутри. Через фасциальную перемычку между грудной и ключичной частями большой грудной мышцы выполняют продольное (по ходу волокон) сквозное рассечение ее от головки до ключично-грудинного сочленения. В создавшуюся щель вставляют рамочный ранорасширитель и края мышцы разводят вверх и вниз. Вдоль пекторальных ветвей акромиально-грудных сосудов и сопутствующего им пекторального нерва рассекают вторую фасцию грудной стенки. Указанный сосудисто-нервный пучок выделяют из окружающей жировой клетчатки и берут на турникет. Малую грудную мышцу пересекают поперек у места ее прикрепления к клювовидному отростку лопатки. Этот прием открывает широкий доступ к подключичным сосудам и лимфатическим узлам, расположенным по их ходу. Подключичные и верхушечные лимфатические узлы удаляют с окружающей жировой клетчаткой и малой грудной мышцей в направлении от ключично-реберно-грудинной ямки к подмышечной впадине. Удаление нижних аксиллярных лимфатических узлов выполняют из обычного аксиллярного доступа, после выведения туда из-под края большой грудной мышцы блока верхушечных и подключичных лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой и малой грудной мышцей.

Ушивание послеоперационной раны выполняют наложением непрерывного внутрикожного косметического шва на подкожную жировую клетчатку и кожу по инфрамаммарной складке. Образовавшийся дефект в теле молочной железы не ушивают, а только несколько сводят одним-двумя узловыми швами за собственную фасцию молочной железы у вершины сектора. Ложе удаленного сектора молочной желе-

зы в послеоперационном периоде ведут с использованием сменных методов дренирования. На первом этапе применяют 2-просветный дренаж (по методу М.З. Сигала), работающий по принципу воздушоструйного отсоса без присасывания окружающих мягких тканей. Затем, обычно на 3–4-е сутки, удалением внутренней трубки дренажа переходят на вакуумное дренирование по Редону, обеспечивающее смыкание стенок полости. Дренаж обычно удаляют на 5–6-е сутки, после этого переходят на бинтование эластическим бинтом.

Результаты исследования

Этим способом всего прооперировано 91 больной. Их возраст колебался от 32 до 68 лет. Клиническая характеристика опухолей соответствовала T1-2N0-2. Регионарная подмышечная лимфатическая диссекция через описанный выше доступ выполнена 14 больным, в том числе двоим – с удалением подключичных лимфатических узлов через рассеченную большую грудную мышцу. 77 больным подмышечная лимфатическая диссекция выполнена через отдельный поперечный разрез в подмышечной впадине. Следует отметить, что одной больной была выполнена билатеральная одномоментная подкожная радикальная резекция при синхронном раке обеих молочных желез.

Таким образом, по вышеизложенной методике выполнена 91 операция. Послеоперационное пребывание больных в стационаре колебалось от 3 до 18 дней (в среднем 8,7 дня) и зависело, в основном, от места жительства больных (иногородние больные выписывались после полного снятия швов и заживления). Послеоперационных осложнений не было.

Обсуждение результатов

В представленной статье мы не касаемся вопросов показаний и противопоказаний к выполнению органосохраняющих операций (радикальной резекции) при раке молочной железы. Эти данные представлены в публикациях ведущих отечественных и зарубежных маммологических центров [4–6, 8–9, 11–13].

Наш интерес касается только поисков альтернативных классической радикальной резекции (секторальная резекция + лимфатическая диссекция) способов органосохраняющих хирургических вмешательств, позволяющих получить лучшие анатомо-функциональные и эстетические результаты при сохранении необходимой степени радикальности. Изложенная методика предусматривает секторальную резекцию только тела молочной железы (железистой ткани), при максимальном сохранении интактных к опухолевому процессу тканей. А так как тело молочной железы составляет в среднем не более половины объема молочной железы, то это, как правило, устраняет необходимость пластического возмещения утраченной части молочной железы. Известно, что уже при изъятии 10% объема молочной железы возникает потребность в ее пластическом возмещении для достижения первичного объема и симметрии молочных желез. Таким образом, применение этого способа радикальной

*Патент на изобретение № 2029499

резекции даже в объеме квадрантэктомии (т. е. 23–25% объема тела молочной железы) позволяет исключить необходимость пластического возмещения утраченного объема тканей молочной железы, а полное сохранение кожных покровов позволяет сохранить и ее форму.

Мы считаем, что при радикальной резекции молочной железы (в том числе и подкожной) в каждом конкретном случае необходимо выполнять срочное гистологическое исследование «резекционных линий» вокруг опухоли.

Важное значение в достижении эстетического результата имеет и то, что кожный разрез выполняется по инфрамаммарной складке, что позволяет скрыть послеоперационный кожный рубец под молочной железой. Следует отметить, что сохранение основных сосудисто-нервных пучков обеспечивает сохранение жизнеспособности и чувствительности всей молочной железы. То же самое следует сказать о сохранении сосудисто-нервных пучков большой грудной мышцы, подходящих к ней на уровне III межреберья снаружи и по внутреннему краю малой грудной мышцы – сверху. Первый, кроме того, участвует и в иннервации и кровоснабжении молочной железы.

А.А. Вишневский, М.И. Кузин и др. [14] пишут: «Следует иметь в виду, что повреждение сосудов и нервов, питающих большую грудную мышцу, приводит к атрофии мышцы, и возникающее состояние тканей грудной стенки...мало чем отличается от такового после классической радикальной мастэктомии». С этим мы встречались после выполнения мастэктомии по Пейти. Большая грудная мышца, лишенная этих источников иннервации и кровоснабжения, замещалась фиброзной тканью и ограничивала объем движений в плечевом поясе. Кроме того, доступ к подключичным лимфоузлам через расщепленную большую грудную мышцу представляет лучшие топографо-анатомические условия [15] для выполнения подключичной лимфатической диссекции.

Выводы

1. Подкожная радикальная резекция молочной железы через разрез по инфрамаммарной складке по оригинальной методике позволяет получить хороший анатомо-

функциональный и эстетический результат и вдвое снизить потребность в пластическом возмещении утраченного объема молочной железы.

2. Транспекторальный доступ к подключичным лимфатическим узлам создает хорошие условия для выполнения подмышечно-подключичной лимфатической диссекции и сохраняет полноценную иннервацию и кровоснабжение большой грудной мышцы и молочной железы.



ЛИТЕРАТУРА

- Urban J., Baker H. Radical mastectomy in continuity with an bloc resection of the internal mammary lymph node chain. *Cancer*. 1952. № 5. P. 992–1008.
- Dal Iversen E., Sorensen B. Recherches sur la localisation des ganglions lymphatiques parasternaux par rapport aux espaces inter costaux. *J. Internat chir*. 1951. № 11. P. 492–508.
- Wangenustin O. Another look at the super-radical operation for breast cancer *Surgery*. 1957. № 41. P. 858–871.
- Холдин С.А., Дымарский Л.Ю. Расширенные радикальные операции при раке молочной железы. Л.: Медицина. 1975. С. 312.
- Семиглазов В.Ф., Веснин А.Г., Моисеенко В.М. Минимальный рак молочной железы. СПб.: Гиппократ, 1992. С. 145.
- Вишнякова В.В. О возможности уменьшения объема оперативного вмешательства в радикальном лечении рака молочной железы. *Вестник АМН СССР*. 1976. № 2. С. 57–61.
- Летягин В.П. Современные подходы к лечению рака молочной железы. *Вопр. онкол.* Т. 31. 1985. № 8. С. 108–110.
- Летягин В.П., Полевая Е.Б., Огнерубов Н.А., Бялик А.Я. Сберегательные и органосохраняющие операции при местно-распространенном раке молочной железы. В кн.: Реконструктивная и восстановительная хирургия. Сб. научн. трудов. Воронеж. 1992. С. 126–129.
- Дружков Б.К., Дружков О.Б. I Международный симпозиум пластической и реконструктивной хирургии в онкологии. Тез. докл. Москва. 1994. С. 137.
- Veronesi U., Salvadori B., Lunin A. et al. Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast. Long term results of three randomized trials in 1973 patients. *Eur. J. Cancer*. 1995. V. 31 A. № 10. P. 1574–1579.
- Fisher B., Bryant J., Dignam J.J. et al. Tamoxifen, radiation therapy, or both for prevention of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy in women with invasive breast cancers of one centimeter or less. *J. Clin. Oncol.* 2002. V. 20. P. 4141–4149.
- Iacobson J., Danforth D., Cowan K. et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N. Engl. J. Med.* 1995. V. 332. № 14. P. 907–911.
- Вишневский А.А., Кузин М.И., Оленин В.П. Пластическая хирургия молочной железы. М.: Медицина. 1987. С. 126.
- Дружков О.Б. Выбор объема лимфатической диссекции при операциях по поводу рака молочной железы. Канд. диссертация. Казань. 1999. С. 97.