

2. Реконструкцию собственными тканями пациентки (например, торакодорзальный и TRAM - лоскуты).

3. Комбинированную реконструкцию (когда вместе применяются имплант и тканевый лоскут).

По срокам проведения операция может быть одномоментной (первичная пластика) и отсроченной. В зависимости от количества вмешательств, необходимых для получения удовлетворительного косметического результата, реконструкция может быть одноэтапной или состоять из нескольких этапов.

В последнее время растёт качество и доступность экспандеров и эндопротезов, увеличивается их ассортимент. Операции с использованием искусственных материалов значительно менее травматичны. Они всё чаще проводятся сразу после мастэктомии, т.е. выполняется первичная пластика молочной железы. Тканевые лоскуты начинают больше применяться при комбинированных и повторных реконструкциях.

Данная тенденция прослеживается и по результатам работы отделения онкологии № 1 Тюменского областного онкологического диспансера.

С марта 2009 по ноябрь 2010 года нами 32 пациенткам выполнено 36 реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы. В 29 из них использованы экспандеры и эндопротезы. Только одна из этих операций была отсроченной и заключалась в двухэтапном эндопротезировании с укрытием импланта торакодорзальным лоскутом, т.е. использован комбинированный метод реконструкции. 4 операции явились вторым этапом двухэтапной реконструкции. В 18 случаях реконструкция была одноэтапной и в 7 двухэтапной (3 больным 2й этап будет проведен позже).

Для достижения симметрии и хорошего косметического результата этим же 25 больным выполнено 8 аугментаций эндопротезами, 10 редукционных пластик и мастопексий на контралатеральной молочной железе.

В 4 случаях мы встретились с осложнениями, ни одно из которых не привело к удалению импланта. В одном наблюдении клиника воспаления появилась через 4 недели после радикальной кожесохранной мастэктомии, первичной пластики перманентным экспандером «Becker-35». Свищ имел микроскопические размеры. Через маленький разрез в удалённой от экспандера части подмышечной области капсула импланта дренирована. На фоне общего и местного лечения, ежедневной санации капсулы воспаление купировано, экспандер «спасён». Во втором случае воспалительный процесс развился вокруг

выносного инъекционного порта экспандера – эндопротеза Беккера. Воспаление купировано после удаления порта, сам имплант сохранён. Дважды имели место гематомы после подкожной мастэктомии с эндопротезированием в раннем послеоперационном периоде. Выполнены эвакуации гематом, заживление первичным натяжением.

Интересно отметить, что в двух случаях, при генетически обусловленном наследственном раке, нами выполнено удаление и контралатеральной молочной железы. В одном наблюдении имела место её гипертрофия, во втором выраженная кистозная мастопатия. В первом случае простая мастэктомия и первичная реконструкция выполнена одномоментно с отсроченной пластикой на стороне, где за 2 года до этого произведена РМЭ. Второй пациентке удаление обеих молочных желёз и первичная реконструкция выполнены во время одной операции.

Выводы:

1. Многочисленными исследованиями доказано, что реконструктивно-пластические операции не уменьшают продолжительность жизни больных РМЖ. Они не препятствуют онкологическому радикализму вмешательства и значительно улучшают качество жизни пациенток.

2. В Тюменском ООД успешно внедряются новые подходы к хирургическому лечению РМЖ.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.Н. Стрижаков, А.Н. Демаков, Е.В. Корчагин

Хакасский ГУ им. Н.Ф. Катанова, г. Абакан
Онкологический диспансер, г. Абакан

Молочная железа для женщины неразрывно связана с понятием привлекательности, сексуальности, оказывает влияние на качество жизни, ассоциируется с функцией материнства. Хирургический компонент в лечении рака молочной железы долгое время был единственной составляющей и не позволял сохранять пораженную молочную железу, тем самым предопределял психологические, семейные, социальные проблемы. Современное понимание онкогенеза рака молочной железы делает возможным применение органосохраняющей и реконструктивной хирургии, несмотря на агрессивность течения заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение непосредственных и отдаленных

результатов органосохраняющих и реконструктивных операций при раке молочной железы.

Материал и методы.

В исследование вошли 76 женщин в возрасте от 19 до 72 лет, которым выполнены органосохраняющие и реконструктивные операции при раке молочной железы в онкологическом диспансере с 2000г по 2010г. Средний возраст составил 45 лет.

Отдаленные результаты оценивались по функции выживания при помощи программы StatSoft v.6 for Windows.

Результаты и обсуждение.

Все пациентки оперированы в хирургических отделениях онкодиспансера. Показаниями к органосохраняющему лечению были: размер опухоли до 3см, локализация в наружных квадрантах, отсутствие мультифокального роста. При выполнении радикальной резекции обязательно выполнялось срочное гистологическое исследование опухоли, морфологический контроль «чистоты краев операционной раны» и лимфодиссекция регионарных лимфоузлов. Выполнены 3 одномоментных и одна отсроченная реконструкция молочных желез у пациенток с IIIA ($T_3N_2M_0$), IIB ($T_2N_1M_0$), IIA ($T_2N_0M_0$), I ($T_1N_0M_0$) стадиями соответственно. Все реконструкции выполнены ТРАМ-лоскутом на одной питающей ножке прямой мышцы живота. Показанием к данному виду хирургии было желание пациенток восстановить молочную железу при общем их удовлетворительном состоянии.

Гистологическое исследование операционного материала позволило установить у 42 (55,3%) инфильтративный протоковый рак, в 30 (39,4%) инфильтративный дольковый рак и в 4 (5,3%) папиллярный рак. Распространенность лимфогенного метастазирования определяли при морфологическом исследовании лимфоузлов после интраоперационной маркировки их по уровням. Распределение по стадиям в группе с органосохраняющими операциями было следующим: $T_1N_0M_0$ - 16 случаев (21%), $T_2N_0M_0$ - 17 (22,4%), $T_1N_1M_0$ - 9 (11,8%), $T_2N_1M_0$ - 18 (23,7%), $T_1N_2M_0$ - 2 (2,6%), $T_2N_2M_0$ - 4 (5,3%), $T_2N_3M_0$ - 4 (5,3%), $T_3N_1M_0$ - 2 (2,6%).

Таким образом, более чем у половины пациенток (53,9%) отмечалось метастатическое поражение лимфоузлов. Послеоперационной летальности не было. В раннем послеоперационном периоде в группе органосохраняющих операций осложнений не отмечалось. В одном случае одномоментной реконструкции наблюдался частичный краевой некроз лоскута незначительных размеров, не влияющий на результаты реконструкции в целом. В отдаленном периоде мы наблюдали 3 случая лимфатического отека верхней

конечности разной степени выраженности. После операции все пациентки анкетированы психологом. 68 из них (89,5%) оценили косметические результаты операции как хорошие, 8 (10,5%) как удовлетворительные. Реконструктивные операции во всех случаях двухэтапные (восстановление сосково-ареолярного комплекса, коррекция формы и объема на стороне операции и коррекцияптоза здоровой железы).

Две женщины выбыли из исследования в связи со сменой места жительства. За время наблюдения 1 местный рецидив с бурным прогрессированием на фоне химиотерапии через 3 года после лечения. У двух пациенток диагностировано отдаленное метастазирование (у одной метастазы в кости таза, у другой в головной мозг). Обе получают химиотерапию с клинической стабилизацией процесса. Актuarная 5-ти летняя выживаемость вычислялась по методу Каплана-Мейера и составила 96,05 %.

Заключение.

Ранняя диагностика рака молочной железы позволяет осуществлять внедрение органосохраняющих операций без влияния на безрецидивную и общую выживаемость, и сокращать частоту выполнения радикальных мастэктомий.

Актуальным становится выполнение реконструктивно-пластических операций при удалении молочной железы, преимущественно одномоментных, позволяющие начинать реабилитацию этой группы пациенток на первых этапах лечения.

РАЗНОЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РОЖИСТОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.Б. Зотов, М.М. Наумов, Л.Ф. Чернецова

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

Стрептококковая инфекция (рожа) является достаточно распространенной в общей популяции и обычно регистрируется у женщин, в старших возрастных группах. Традиционная локализация дермальных изменений: лицо и нижние конечности. Примерно 1/3 составляют пациенты с рецидивирующим течением заболевания.

Целью настоящего исследования была оценка особенностей локализации и течения ро-