

18. Hirsch, A.M. The long-term psychosocial effects of infertility / A.M. Hirsch, S.M. Hirsch // Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing. – 1995. – Vol. 24, № 5. – P. 517–522.
19. Lazarus, R.S. Stress, appraisal, and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman. – New York, USA : Springer Publishing Company, 1984.
20. Lee, T.Y. Development of the Coping Scale for Infertile Couples / T.Y. Lee, G.Y. Sun [et al.] // Archives of Andrology. – 2000. – Vol. 45. – P. 149–154.
21. Matsubayashi, H. Emotional Distress of Infertile Women in Japan / H. Matsubayashi, H. Takashi, S. Izumi [et al.] // Human Reproduction. – 2001. – Vol. 16, № 5. – P. 966–969.
22. Morrow, K.A. Predictors of psychological distress among infertility clinic patients / K.A. Morrow, R.W. Thoreson, L.L. Penney // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 63, № 1. – P. 163–167.
23. Noorbala, A. Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors / A. Noorbala, F. Ramezanzadeh, N. Abedinia [et al.] // Journal of Family and Reproductive Health. – 2007. – Vol. 1, № 1. – P. 6–11.
24. Olivius, C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study / C. Olivius, B. Friden, G. Borg [et al.] // Fertil Steril. – 2004. – Vol. 81. – P. 258–261.
25. Pressman, P.F. Psychological aspects of infertility. <http://www.bjomp.org/content/psychological-aspects-infertility>.
26. Stanton, A.L. Coping and adjustment to infertility / A.L. Stanton, H. Tennen, G. Affleck [et al.] // Journal of Social and Clinical Psychology. – 1992. – Vol. 11, № 1. – P. 1–13.
27. Todorova, I.L.G. Social discourses, women's resistive voices: Facing involuntary childlessness in Bulgaria / I.L.G. Todorova, T. Kotzeva // Women's Studies International forum. – 2003. – Vol. 26, № 2. – P. 139–151.
28. Unisa, S. Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-seeking and consequences / S. Unisa // Reproductive Health Matters. – 1999. – Vol. 7, № 1. – P. 54–64.

оллектив авторов, 2012
УДК 616.438-006:618.19-089.87

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

И. В. Суздальцев², С. Н. Блохин¹, К. В. Надеин²

¹Первый Московский государственный медицинский университет

им. И. М. Сеченова

²Ставропольская государственная медицинская академия

Рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкологической патологией у женского населения. В 2008 году его доля в России составила 20 % от всех злокачественных заболеваний. Для сравнения: новообразования кожи – 15,5 %, рак тела матки – 7,2 %, ободочной кишки – 7,2 %, желудка – 6,8 %. С 1998 по 2008 год прирост стандартизованных показателей заболеваемости составил 15,02 %. В 2007 году в России на 100 тыс. населения насчитывалось 318,9 больных РМЖ [9].

Несмотря на диспансерные, профилактические осмотры (показатель выявляемости РМЖ при их прове-

дении увеличился с 15,3 % в 1997 г. до 22,9 % в 2007 г.) и широкую просветительскую медицинскую деятельность по раннему выявлению рака молочной железы, предпринимаемые меры неадекватны вследствие быстрого роста заболеваемости. В России рак молочной железы ежедневно диагностируется у 143 женщин, всего на учете в онкологических учреждениях в 2008 году состояло 52469 впервые выявленных больных РМЖ [9].

Современные методы лечения рака молочной железы позволяют осуществить дифференцированный подход к разным группам пациенток и добиться если не удовлетворительных, то по крайней мере приемлемых результатов. За последние десятилетия достигнута положительная динамика в показателях выживаемости при данном заболевании.

К сожалению, ни современные усовершенствованные методы диагностики рака молочной железы, ни онкологическая настороженность врачей не дают серьезных, значимых результатов в улучшении ранней диагностики. Показатель «запущенности» (выявляемость III–IV стадий) при РМЖ в 2007 году составил 36,8 %. В целом в 2007 году среди впервые выявленных больных РМЖ I–II стадии имел место в 62,3 %, III стадии – в 26,3 %, IV стадии – в 10,5 %. Летальность в течение первого года после диагностированного заболевания составила 5,2 % [9].

До настоящего времени хирургический метод является основным в лечении больных раком молочной

Суздальцев Игорь Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561700; e-mail: suzdalsev@yandex.ru.

Блохин Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии лечебного факультета 1-го Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, тел.: (925)5857052; e-mail: sergey-blokhin@yandex.ru.

Надеин Кирилл Викторович, заочный аспирант кафедры факультетской хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89097733792; e-mail: kvnadein@mail.ru.

железы. У подавляющего большинства больных производится радикальная мастэктомия и различные ее модификации. Быстрый рост заболеваемости, лучшая выявляемость, увеличение продолжительности жизни и показателей общей и безрецидивной выживаемости приводит к увеличению количества пациентов, которым проведено радикальное лечение РМЖ. Потеря молочной железы или ее выраженная деформация являются для большинства женщин тяжелой психической травмой. Остро встает вопрос повышения качества жизни пациентов, резко падающего в результате проведенного радикального лечения. По данным исследований, основное инвалидизирующее действие оказывает не сам РМЖ, а именно радикальное лечение, которое ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, по своим масштабам и характеру превосходящей и заметно отличающейся от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях. В ходе детального изучения наиболее конструктивных механизмов психологической защиты у женщин после радикального лечения рака молочной железы выявлено, что психические расстройства в виде осложненных реакций горя и тяжелой утраты встречаются в 96,1 % наблюдений [3].

При исследовании социально-психологического статуса обнаружено, что у 30 % больных после мастэктомии нормальной социальной адаптации не происходило даже после психотерапии и наружного протезирования груди [11]. Существует множество проблем наружного протезирования груди. А.М. Боровиков отмечает, что «реабилитирующее» воздействие эктопротезов молочной железы на качество жизни никем не изучалось, хотя «печальные результаты подобного исследования может предсказать каждый, кто сталкивался с проблемами женщин, перенесших радикальное лечение РМЖ». Тот же автор называет наружное протезирование примитивным и дешевым средством, направленным в ущерб интересам больных [3]. Реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы в настоящее время рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой женственности и целостности собственного образа.

В XX веке хирурги-онкологи долгое время скептически относились к реконструктивным операциям, считая, что перемещение тканей в область удаленной опухоли может способствовать «рассеиванию» опухолевых клеток, возникновению местного рецидива, метастазированию [6]. Однако с накоплением опыта пластических операций в онкологии стало очевидным, что реконструктивные вмешательства не связаны с риском рецидивирования или рассеивания опухоли. S. Reddy и соавт. анализируя отдаленные результаты хирургического лечения 494 больных, которым выполнили мастэктомию с реконструкцией молочной железы и 427 пациенток после мастэктомии без пластики, отметили рецидив у 5,9 % пациенток первой группы и у 11,5 % пациенток второй группы. Среднее время обнаружения рецидива было одинаковым в обеих группах: 1,6 года [43].

Местные рецидивы чаще возникают в коже и клетчатке, а следовательно, своевременно выявляются. Возникновение рецидива в мышце, когда трансплантат служит прикрытием, можно обнаружить с помощью маммографии.

В настоящее время в реконструктивно-пластической хирургии рака молочной железы существу-

ет два основных пути восстановления железы: применение имплантатов и использование собственных тканей.

Хирургические попытки восстановления молочной железы стали предприниматься еще в XIX веке. В процессе развития пластической хирургии предлагались различные варианты операций. Материалом для пластики служили и противоположная молочная железа, жировая ткань, свободные лоскуты и лоскуты на питающей ножке, синтетические эндопротезы [42].

Одним из первых заместил удаленную по поводу рака молочную железу частью противоположной Verneuil в 1858 году. В 1895 году V. Czerni восполнил дефект в молочной железе после иссечения опухоли жировым аутоотрансплантатом, взятым из поясничной области.

H. Gilles в 1942 году одним из первых произвел реконструкцию утраченной молочной железы с использованием кожно-жирового лоскута передней стенки живота с основанием на боковой поверхности туловища, включающего элементы пупка для реконструкции сосково-ареолярного комплекса [31]. Другие авторы также применяли подобный лоскут, но с основанием на белой линии живота [36]. Существенными косметическими и техническими недостатками этих операций являлись послеоперационные рубцы в верхних отделах живота, потеря пупка, не реконструированная аксилярная область и многоэтапность хирургических вмешательств, которые продолжались более года [47].

Новый этап в развитии реконструктивно-пластической хирургии молочной железы связан с созданием T. Cronin, F. Gerow в 1963 году совместно с фирмой «Dow Corning» эндопротезов молочных желез на основе силикона, а затем и экспандеров для устранения дефицита кожи. Реконструкции молочной железы с помощью силиконовых эндопротезов посвящено большое количество отечественных и зарубежных работ, которые свидетельствуют об удовлетворительном и хорошем косметическом эффектах подобных операций [8, 20]. Однако применение силиконовых эндопротезов и экспандеров не решило проблем пластики молочной железы в онкологии. Так, по литературным данным, констриктивный фиброз капсулы эндопротеза возникает у 4–74 % больных [28], при использовании экспандеров – у 29–45 % [30], инфекционные осложнения отмечены у 4–24 % пациентов [19]. Возможно отторжение эндопротеза из-за его смещения к поверхности кожи и её перфорация, а также разрыв капсулы протеза, что ведет к транзитной болезненности, воспалению кожи и подкожной клетчатки [18].

Восстановление собственными тканями утраченной после радикального лечения рака молочной железы имеет ряд косметических и психологических преимуществ [29]. Согласно мнению большинства хирургов, перемещение аутоклетки является более предпочтительной тактикой, чем тактика, которая предусматривает использование имплантатов, поскольку обеспечивает достижение более выраженного эстетического эффекта и сохранение достигнутого эффекта в отдаленном послеоперационном периоде [7].

Наиболее широкое распространение в пластической хирургии молочной железы получили использование кожно-жирового лоскута на питающей ножке из широчайшей мышцы спины и кожно-жирового

лоскута на питающей ножке из прямой(ых) мышцы живота.

Кожно-жировой лоскут на питающей ножке из широчайшей мышцы спины впервые предложен I. Tansipі в 1906 году [49]. Дальнейшая разработка метода принадлежит N. Olivari [40]. Большая площадь мышцы, высокая мобильность лоскутов, возможность сохранения автономного питания, несущественность функциональных потерь донорской области, исключительная пластичность трансплантатов на питающей ножке обусловили успех применения широчайшей мышцы спины в реконструктивно-пластических операциях. В настоящее время в зависимости от индивидуальных условий используются различные методики реконструкции: как только собственными тканями, так и с применением эндопротеза [38].

Однако в ряде случаев объективные причины: атрофия широчайшей мышцы спины на стороне операции, пересечение торакодорсальной артерии во время мастэктомии, большой размер железы не позволяют применять данный способ пластики [35].

Если использование кожно-жировых лоскутов на питающей ножке явилось определяющим этапом в развитии реконструктивно-пластической хирургии РМЖ, то разработка операций восстановления молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом – TRAM (transversus abdominis myocutaneous-лоскут) стала важной ступенью совершенствования комплекса лечебных мероприятий в целом. Наилучшее решение косметической проблемы, отсутствие препятствий к проведению специфического онкологического лечения, небольшой процент осложнений делают эту методику наиболее привлекательной и перспективной [46].

Впервые кожно-жировой лоскут на питающей ножке из прямой мышцы живота для устранения частичного дефекта молочной железы был применен J. Fernandez в 1968 году [26], а полностью восстановил им железу J.M. Drever в 1977 году [25]. В настоящее время в основном пользуются модификацией, предложенной C.R. Hartrampf с соавт. [27].

Суть метода состоит в реконструкции утраченной молочной железы за счет переноса массивного овального кожно-жирового лоскута с основанием на одной или двух прямых мышцах живота. Лоскут представляет собой универсальный пластический материал, так как имеет достаточную массу для восстановления молочной железы необходимого объема. Преимуществами также являются: более однородный и естественный вид сформированной железы, длительное сохранение симметрии молочных желез, возможность сокрытия рубца донорской раны бельем, одновременное выполнение абдоминопластики [24].

В онкологической практике существует ряд трудностей реконструкции утраченного органа: восстановление значительного дефицита кожи, мягких тканей в отсутствие их резервов, создание объема, формы молочной железы и сосково-ареолярного комплекса, обеспечение симметрии молочных желез, что повлияло на развитие реконструктивно-пластических операций.

Реконструктивно-пластические операции после радикального лечения рака молочных желез часто выполняются в условиях агрессивных воздействий, таких как лучевая терапия и химиотерапия. По данным отечественных авторов, в большинстве случаев причиной осложнений того или иного вида пластики

служит не лучевая или химиотерапия, а технические ошибки хирурга [1].

Развитие микрососудистой хирургии позволило усовершенствовать уже имеющиеся методики пластики молочных желез (как следствие, уменьшился процент таких осложнений, как краевой и тотальный некроз лоскутов), а также разработать другие варианты свободной пересадки кожно-жировых лоскутов с участком мышцы или без него [44].

Была разработана техника пластики молочной железы с использованием лоскутов с перфорантными артериями. В основе методики лежит выкраивание лоскута из кожи и подкожно-жировой клетчатки с включением в состав лоскута одной или более перфорантных артерий (из системы глубокой нижней надчревной артерии). Основным преимуществом данной методики является возможность минимизировать размеры дефекта в донорской области, так как мышечные волокна остаются интактными по завершении диссекции. Тем не менее пластика билатеральным TRAM-лоскутом остается хорошим вариантом восстановления молочной железы. Так, Y.S. Chun с соавторами исследовал 105 женщин с пластикой билатеральным TRAM-лоскутом и 58 женщин с пластикой билатеральным DIEP-лоскутом. Авторы отмечают, что не было значительных различий в изменениях передней брюшной стенки, выживаемости лоскутов и удовлетворенности пациенток [21].

В ряде случаев (выраженные рубцовые изменения, худые пациентки) пластика с использованием тканей передней брюшной стенки невозможна.

В подобных ситуациях может использоваться лоскут из ягодичной области, где имеется достаточное количество аутоклет [39].

Относительно новым методом реконструкции молочной железы является пластика с использованием свободного поперечного мышечно-кожного лоскута тонкой мышцы бедра. Преимуществом является минимальная выраженность дефекта кожных покровов, так как послеоперационные рубцы располагаются в естественных анатомических складках. Данный метод имеет ограниченное применение (только для вторичной реконструктивной пластики) вследствие использования узкого островка кожи [7].

Завершающим этапом любой из восстановительных методик является достижение симметрии молочных желез и реконструкция сосково-ареолярного комплекса (САК). При гипертрофии здоровой молочной железы выполняется ее редукция. Реконструкция САК может осуществляться местными тканями (реимплантация удаленного САК), путем расщепления и свободной пересадки САК здоровой молочной железы, свободной пересадкой пигментированных участков кожи (паховой, подмышечной, зоны промежности, участка малых половых губ), пересадкой кусочка хряща из ушной раковины, трансплантата верхнего века [41]. Реконструкция молочной железы можно считать законченной только после пластики сосково-ареолярного комплекса.

В настоящее время реконструктивно-пластические операции подразделяются на две большие группы:

- первичная пластика – реконструкция молочной железы выполняется одномоментно с оперативным вмешательством по поводу рака молочной железы;
- вторичная пластика – проводится через некоторый срок после радикального лечения РМЖ.

Одномоментная реконструкция имеет ряд преимуществ:

- снижение психоэмоциональной травмы, когда отсутствует временной интервал в жизни пациента без молочной железы;
- технически более благоприятное выполнение операции на неизмененных тканях области молочной железы, особенно после кожесокращающей мастэктомии;
- меньшие экономические затраты по сравнению с отсроченной реконструкцией.

Недостатки одномоментной реконструкции:

- пациенты более требовательны к эстетическому результату операции;
- организационные проблемы;
- увеличивается время операции;
- возрастают хирургические риски [16].

В отечественной практике решающим определяющим фактором проведения пластической операции является мнение онколога о необходимом объеме лечебных мероприятий в каждом конкретном случае. Желание пациентки учитывается лишь при условии соблюдения всех онкологических принципов [24]. Однако в зарубежной литературе встречаются высказывания о допустимости выполнения пластики молочных желез даже при неблагоприятном прогнозе течения рака молочной железы. Мотивацией служат желание больной и более высокое качество жизни после восстановительных операций, а также исследования, свидетельствующие о том, что проведение пластики не влияет на сроки и результативность специфического лечения рака молочной железы [33].

Реконструктивно-пластические операции на молочной железе при раке обеспечивают как психологическую, так и социально-трудовую реабилитацию, давая большинству женщин возможность вернуться к прежнему образу жизни. Поэтому психологические факторы играют немаловажную роль в решении вопроса о сроках выполнения восстановления железы [22].

Пластические операции не показаны при опухолях больших размеров и врастании в грудную клетку, при инфильтративно-отечной форме рака, при рецидивах и отдаленных метастазах. Вместе с тем противопоказания не абсолютны, необходимы дальнейшая разработка показаний для проведения этих сложных оперативных вмешательств, усовершенствование тактики ведения послеоперационного периода, физиологической и психологической реабилитации больных.

На сегодняшний день принято выделять несколько факторов, наличие которых свидетельствует об отсутствии необходимости в выполнении немедленной реконструктивной пластики молочных желез. При размерах опухоли 3–5 см или более, а также при наличии признаков поражения более трех подмышечных лимфатических узлов имеются абсолютные показания для проведения лучевой терапии. В подобных случаях ранние реконструктивные вмешательства с использованием имплантатов (с учетом риска инфекционных осложнений и контрактуры капсулы) и аутоотканей (с учетом риска фиброза тканей и лучевого дерматита) недопустимы [7]. Данные авторы считают, что оптимальным временем для выполнения реконструктивной пластики молочной железы является 1 год после мастэктомии. А.О. Мотон и S. Colaroglu считают возможным выполнение реконструктивного этапа в более ранние сроки, чем принято большинством хирургов. Данные авто-

ры провели анализ 199 пациентов после отсроченной реконструкции молочной железы аутоотканями. Особый интерес представляли 100 пациенток, которым после мастэктомии проводилась лучевая терапия. В данной группе отмечалось значительно большее количество осложнений (40 % против 20,2 %, $P=0,0023$). 17 пациенткам выполнялась реконструкция молочной железы до 6 месяцев после лучевой терапии, 83 – после 6 месяцев. Учитывая то, что не было различия в количестве осложнений в обеих группах, авторы допускают выполнение реконструкции в сроки менее 6 месяцев после радикального лечения [37].

Остается спорным вопрос о возможности проведения реконструктивно-пластических операций у больных с РМЖ поздних стадий. Было проведено исследование 170 пациенток, которым выполнялась пластика TRAM-лоскутом после мастэктомии по поводу РМЖ IIB и более поздних стадий. Авторы отметили 15 осложнений (8,8 %), но адъювантная терапия была отложена только у 8 пациенток (4,7 %), с максимальным сроком задержки в 3 недели у 1 пациентки. Авторы делают вывод, что реконструкция МЖ возможна вне зависимости от стадии РМЖ [23].

Выполнение реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы должно прежде всего подчиняться онкологическим принципам, когда целесообразность, сроки и метод пластики находятся в прямой зависимости от типа и распространенности опухоли, а также проводимого и планируемого специального лечения.

По данным отечественных и зарубежных авторов реконструкция молочных желез у пациенток с раком молочной железы не уменьшает продолжительности жизни [10].

Следовательно, реконструктивно-пластические операции не оказывают решающего влияния на показатели общей и безрецидивной выживаемости больных РМЖ, что позволяет рекомендовать использование данных методик в хирургии РМЖ с целью реабилитации женщин после проведенного радикального лечения.

Таким образом, реконструкция молочной железы является эффективным способом реабилитации пациентов, перенесших радикальное лечение рака молочной железы. За более чем столетнюю историю методы восстановления претерпели значительные изменения. Современные методы позволяют достичь хороших результатов с минимальным риском осложнений. Реконструктивно-пластические операции не оказывают решающего влияния на показатели общей и безрецидивной выживаемости больных РМЖ. Вместе с тем продолжаются дискуссии о преимуществах и недостатках первичных операций над отсроченными. Остается спорным вопрос о возможности проведения реконструктивно-пластических операций у больных с РМЖ поздних стадий. Разнообразие модификаций и вариантов реконструктивных вмешательств рождает проблему выбора, которую необходимо решать совместно с пациенткой. Крупные специалисты, имеющие большой опыт, часто отдают предпочтение определенному виду оперативного вмешательства [5]. В отечественной литературе недостаточно разработан индивидуальный подход к выбору методик реконструкции молочной железы с учетом всех прогностических факторов и планируемого лечения, недостаточно определено влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни пациенток. Данные вопросы требуют дальнейшего изучения.

Литература

- Абалмасов, К.Г. Осложнения после реконструкции груди TRAM-лоскутом / К.Г. Абалмасов, Ю.С. Егоров, Р.М. Гайнуллин // *Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии.* – 1997. – № 3. – С. 63–69.
- Бекназаров, З.П. Реконструкция груди ректо-абдоминальным лоскутом в комплексном лечении больных раком молочной железы III стадии / З.П. Бекназаров, С.Н. Наврузов, А.Х. Исмагилов // *Реконструкт., пласт. и эстет. хирургия молочной железы : материалы IX Междунар. конгр.* – Казань, 2009. – С. 75–76.
- Боровиков, А.М. Восстановление груди после мастэктомии / А.М. Боровиков. – М., 2000. – 287 с.
- Братик, А.В. Отдаленные результаты и осложнения после реконструктивно-пластических операций на молочной железе с использованием силиконовых протезов у онкологических больных : дис. ... канд. мед. наук / Братик А.В. – М., 1997. – 314 с.
- Буриан, Ф. Атлас пластической хирургии / Ф. Буриан. – Прага – Москва, 1967. – Т. 1. – С. 105–106.
- Вишневский, А.А. Пластические операции на молочных железах после онкологических вмешательств / А.А. Вишневский, В.П. Оленин // *Вопр. онкологии.* – 1983. – № 1. – С. 84–93.
- Габка, К.Дж. Пластическая и реконструктивная хирургия молочной железы / К.Дж. Габка, Х. Бомерт. – М., 2010. – 324 с.
- Германович, Н.Ю. Одномоментная реконструкция молочной железы с использованием силиконовых имплантатов / Н.Ю. Германович, Е.Н. Малыгин, С.Е. Малыгин // *Реконструкт., пласт. и эстет. хирургия молочной железы : материалы IX Междунар. конгр.* – Казань, 2009. – С. 75–76.
- Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // *Вестн. РОНЦ РАМН.* – 2009. – Т. 20, № 3 (прил. 1). – С. 8–12.
- Исмагилов, А.Х. Одномоментные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы / А.Х. Исмагилов, А.М. Гимранов, Х.М. Губайдуллин // *Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии.* – 2003. – № 4. – С. 32–36.
- Летягин, В.П. Рак молочной железы / В.П. Летягин, К.П. Лактионов, И.В. Высоцкая. – М., 1996. – 327 с.
- Лукомский, Г.И. Пластика молочной железы силиконовыми протезами / Г.И. Лукомский, О.Ю. Миронова, Г.К. Меньшикова // *Вестн. хирургии.* – 1988. – № 1. – С. 121–128.
- Махсон, А.Н. Реконструктивно-пластическая хирургия в онкологии / А.Н. Махсон // *Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии.* – 1997. – № 3. – С. 7–10.
- Осложнения после реконструктивных операций на молочной железе, их профилактика и лечение / И.В. Залуцкий, Н.Н. Курилович, Е.В. Шаповалов, А.И. Радченко // *Реконструкт., пласт. и эстет. хирургия молочной железы : материалы IX Междунар. конгр.* – Казань, 2009. – С. 84–86.
- Пак, Д.Д. Первичные реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы / Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова // *Реконструкт., пласт. и эстет. хирургия молочной железы : материалы IX Междунар. конгр.* – Казань, 2009. – С. 119–120.
- Пшениснов, К.П. Реконструкция молочной железы после онкологических операций / К.П. Пшениснов, В.В. Сажиенко // *Избранные вопр. пласт. хирургии.* – 2008. – Т. 1, № 16. – С. 74–76.
- Реконструкция молочной железы как наиболее конструктивный механизм психологической защиты у женщин после радикального лечения рака молочной железы / О.Н. Шарова, С.А. Васильев, В.А. Буйков, А.В. Важенин // *Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии.* – 2001. – № 1. – С. 43–49.
- Andersen, B. The diagnosis of ruptured breast implants / B. Andersen // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1989. – Vol. 84. – P. 903–907.
- Armstrong, R.W. Infection following breast reconstruction / R.W. Armstrong, R.L. Berkowitz, F. Bolding // *Ann. Plast. Surg.* – 1989. – Vol. 23, № 4. – P. 284–288.
- Asplund, O. Reconstruction of mamma with submuscular prosthesis / O. Asplund, B. Korlof // *Breast Cancer and Breast Reconstruction: International Symposium.* – Stuttgart, 1982. – P. 187–188.
- Chun, Y.S. Comparison of morbidity, functional outcome and satisfaction following bilateral TRAM versus bilateral DIEP flap breast reconstruction / Y.S. Chun // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2010. – Vol. 126, № 4. – P. 1133–1141.
- Codner, M.A. TRAM-flap vascular delay for high-risk breast reconstruction / M.A. Codner, J. Bostwick, F. Nahai // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 96, № 7. – P. 1615–1622.
- Cricera, C. A. Immediate Free Flap Reconstruction for Advanced Stage Breast Cancer: Is It Safe? / C.A. Cricera // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2011. – Vol. 103. – P. 207–211.
- Dao, T. N. TRAM flap: a reconstructive option after bilateral nipple-sparing total mastectomy / T.N. Dao, C.N. Verneyden // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2005. – Vol. 113. – P. 877–881.
- Drever, J.M. The epigastric island flap / J.M. Drever // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1977. – Vol. 59. – P. 343–344.
- Fernandez, J. Reconstruction mammaria / J. Fernandez // *Bol. Trab. Soc. Cir Buenos Aires.* – 1968. – Vol. 50. – P. 86–86.
- Hartrampf, C.R. Transverse abdominal island flap. Technique for breast reconstruction after mastectomy / C.R. Hartrampf // *University Park Press.* – 1984. – № 9. – P. 113–119.
- Holmes, J.D. Capsular contracture after breast reconstruction with tissue expansion / J. D. Holmes // *Brit. J. Plast. Surg.* – 1989. – Vol. 42, № 5. – P. 591–594.
- Hollos, P. Breast augmentation with autologous tissue: An alternative to implants / P. Hollos // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 96. – P. 381–384.
- Gibney, J. Use of a permanent tissue expander for breast reconstruction / J. Gibney // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1989. – Vol. 4, № 4. – P. 607–620.

31. Gilles, H. The principles and art of plastic surgery / H. Gilles, D.R. Millard. – Boston, 1957. – P. 175–179.
32. Marshall, D.R. Postmastectomy breast reconstruction using a breast sharing technique / D.R. Marshall, E. J. Anstec, M. J. Stapleton // Br.J. Plast. Surg. – 1981. – Vol. 34. – P. 426–426.
33. McCarthy, C. M. Breast cancer recurrence following prosthetic, postmasectomy reconstruction: Incidence, detection and treatment / C. M. McCarthy, A.L. Pusic, L. Sclafani // Plast. Reconstr. Surg. – 2008. – Vol. 121, № 2. – P. 381–388.
34. McCraw, J.B. Early and late capsular «deformation» as a cause of unsatisfactory results in the latissimus dorsi breast reconstruction / J.B. McCraw, G.P. Maxwell // Clin. Plast. Surg. – 1988. – Vol. 15. – P. 15–17.
35. McCraw, J.B. The autogenous latissimus breast reconstruction / J.B. McCraw, C. Papp, D. Edwards // Clin. Plast. Surg. – 1994. – № 2. – P. 279–280.
36. Millard, D.R. Breast reconstruction after radical mastectomy / D.R. Millard // Plast. Reconstr. Surg. – 1976. – Vol. 58, № 3. – P. 283–291.
37. Momoh, A. Delayed Autologous Reconstruction After Postmastectomy Radiation Therapy: Is There an Optimal Time? / A. Momoh, S. Colakoglu // Ann. Plast. Surg. – 2011. – Vol. 46. – P. 126–128.
38. Mundoz, A.M. Periareolar skin-sparing mastectomy and latissimus dorsi flap with biodirectional expander implant reconstruction: surgical planning, outcome, and complication / A.M. Mundoz, C. Aldroghi, E. Ontag // Plast. Reconstr. Surg. – 2007. – Vol. 119, № 6. – P. 1637–1652.
39. Nahai, F. Inferior gluteous maximus musculocutaneous flap for breast reconstruction / F. Nahai // Perspect. Plast. Surg. – 1992. – № 6. – P. 305–312.
40. Olivari, N. The latissimus flap / N. Olivari // Brit. J. Plast. Surg. – 1976. – Vol. 29. – P. 126–128.
41. Pakiam, A. I. Areolar reconstruction using skin from the perineum / A. I. Pakiam // Brit. J. Plast. Surg. – 1979. – Vol. 32. – P. 343–344.
42. Paletta, C. The inferior gluteal free flap in breast reconstruction / C. Paletta, E. Bostwick, F. Nahai // Plast. Reconstr. Surg. – 1989. – Vol. 84. – P. 875–875.
43. Reddy, S. Breast Cancer Recurrence Following Postmastectomy Reconstruction Compared to Mastectomy With No Reconstruction / S. Reddy, S. Colakoglu // Ann. Plast. Surg. – 2011. – Vol. 29. – P. 124–125.
44. Saint-Cyr, M. Internal mammary perforator recipient vessels for breast reconstruction using free TRAM, DIEP and SIEA flaps / M. Saint-Cyr, D.W. Chang, G.L. Robb // Plast. Reconstr. Surg. – 2007. – Vol. 120, № 7. – P. 1769–1773.
45. Schwartz, A.W. Reconstruction of the nipple and areola / A.W. Schwartz // Brit. J. Plast. Surg. – 1976. – Vol. 29. – P. 35–36.
46. Shusterman, M.A. The free transverse rectus abdomens musculocutaneous flap for breast reconstruction: one centers experience with 211 consecutive cases / M.A. Shusterman, S.S. Kroll, M.J. Miller // Ann. Plast. Surg. – 1994. – Vol. 32. – P. 234–242.
47. Slavin, S.A. The medabdominal rectus abdominis myocutaneous flap: review of 236 flaps / S.A. Slavin, R. M. Goldwyn // Plast. Reconstr. Surg. – 1998. – Vol. 45. – P. 371–380.
48. Slavin, S. Recurrent Breast Cancer Following Immediate Reconstruction with Myocutaneous Flaps / S. Slavin, S. Love, R. Goldwyn // Plast. Reconstr. Surg. – 1994. – Vol. 93. – P. 1191–1204.
49. Tansini, I. Sopra il mio nuovo processo di amputazione della mammella / I. Tansini // Gaz. Med. Ital. – 1906. – Vol. 57. – P. 141–141.
50. Wickman, M. Rapid versus slow tissue expansion for breast reconstruction: a three-year follow-up / M. Wickman // Plast. Reconstr. Surg. – 1995. – Vol. 95, № 4. – P. 712–718.

оллектив авторов, 2012
УДК 616.314.18-002.4:616.1

КОМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Н. В. Булкина, А. П. Ведяева, Е. А. Савина

Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского

Булкина Наталья Вячеславовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Саратовского государственного медицинского университета; тел.: (8456)517539; e-mail: navo@bk.ru.

Ведяева Анна Петровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии Саратовского государственного медицинского университета; тел.: (8456)517539; e-mail: andrer@mail.ru.

Савина Екатерина Александровна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии Саратовского государственного медицинского университета; тел.: (8456)517539.

Коморбидность – сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой, совпадающих по времени вне зависимости от активности каждого из них [35, 47].

Заболевания пародонта имеют повсеместное распространение и находятся на первом месте среди стоматологических патологий [3, 5, 13, 34]. В настоящее время многими исследователями доказана взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта с соматической патологией, например сердечно-сосудистыми заболеваниями,