

# РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К.П. Лактионов, С.Н. Блохин, А.Л. Денисова

ГУ РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER

K.P. Laktionov, S.N. Blokhin, A.L. Denisova

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

*The paper analyzes the results of treatment in 271 patients with breast cancer (BC) who underwent reconstruction plastic operations; primary breast reconstruction with a cross rectoabdominal flap (CRAF) was performed in 116 patients; that was made in 50 (18.5%) patients after mastectomy with the skin being preserved. Delayed repair with CRAF was accomplished in 78 (28.8%) cases. After organ-preserving operations, one-stage reduction mammoplasty was made in 12 (4.4%) patients. Reconstruction using a temporary expander was accomplished in 27 (19.8%) patients; that applying a latissimus dorsi musculocutaneous flap was made in 38 (14.1%) patients. The nipple-areola complex was reconstructed in 26.6%. In the study, complications were detected in 54 (19.6%) cases. Comparison of five- and ten-year relapse-free and overall survival rates in patients undergoing radical BC surgery with and without a plastic stage revealed no statistically significant differences in the rates.*

За последние годы достигнуты значительные успехи в комплексной терапии рака молочной железы (РМЖ). Все более остро встает вопрос о повышении качества жизни пациенток, резко падающего в результате проведенного радикального лечения. Реконструктивно-пластические операции занимают главное место в реабилитации больных РМЖ и в настоящее время рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой женственности и целостности собственного органа [1, 2]. Около 50% пациенток после мастэктомии желают восстановить молочную железу [3], причем в последние годы возросла потребность в одномоментной реконструкции органа, так как это позволяет избежать психологического коллапса и депрессии, связанных с потерей женственности [4, 5].

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

- первичная пластика-реконструкция молочной железы, выполняемая одномоментно с оперативным вмешательством по поводу РМЖ;
- отсроченная пластика, которая проводится после радикального лечения РМЖ.

В отечественной практике решающим фактором, который определяет сроки 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 [4–10]. В настоящее время ряд авторов [3, 7] рекомендуют более широкое применение первичной пластики, указывая на ее безопасность, благоприятные технические условия проведения, лучший косметический результат, а также значимое уменьшение психической и физической травм.

В нашей работе проанализированы результаты лечения 271 больной РМЖ, которым за период с 1990 по 2001 г. были выполнены реконструктивно-пластические операции.

Все пациентки прошли стандартное обследование, диагноз РМЖ был верифицирован в 100% случаев. Восстановление молочной железы выполнялось только по осознанному желанию пациентки, выбор реконструктивной операции осуществлялся индивидуально.

Возраст большинства пациенток составлял от 30 до 49 лет. У 72,7% больных установлена I и II стадии заболевания, а у 27,3% – III стадия.

Подавляющее число больных (83,4%) получили комбинированное или комплексное лечение. Всем больным выполнены радикальные стандартные операции, из них: мастэктомия по Холстеду – 24 (8,8%) пациенткам, модифицированные мастэктомии по Пейти – 154 (56,8%), кожесохраняющие мастэктомии – 50 (18,5%), радикальные резекции с удалением аксиллярных лимфатических узлов 1, 2, 3-го уровней – 43 (15,9%). Хирургическое лечение в сочетании с неоадьювантной и адьювантной полихимиотерапией получили 23 (8,5%) женщины. Лучевая терапия (ЛТ) в дополнение к оперативному вмешательству проводилась 58 (21,4%) больным, из них предоперационная ЛТ – 19 (32,8%) пациенткам, послеоперационная ЛТ – 39 (67,2%). В 32,1% (87) наблюдений больные длительно получали тамоксифен. Комплексное лечение проводилось 142 (52,4%) больным.

Критериями отбора больных для проведения реконструктивно-пластических операций были: отсутствие отдаленных метастазов, радикальное хирургическое вмешательство на молочной железе (по данным пред- и интраоперационного обследования), планируемая пред- и послеопераци-

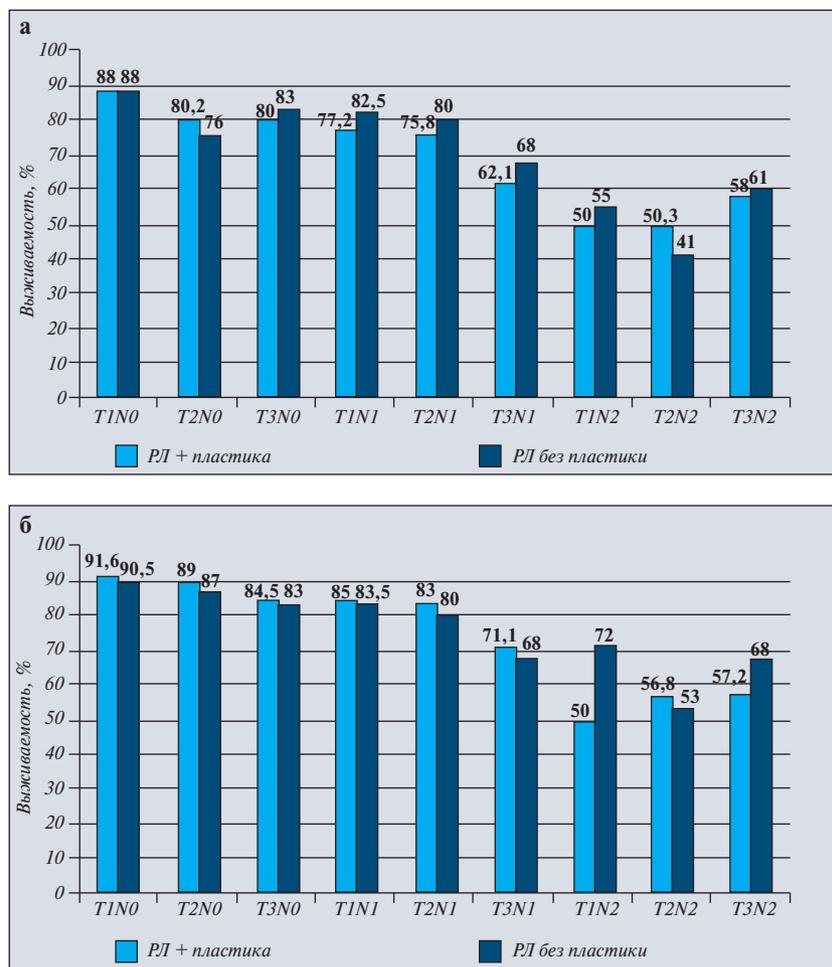


Рис. 1. Пятилетняя безрецидивная (а) и общая (б) выживаемость больных РМЖ после радикального лечения (РЛ) с пластическим этапом и без пластики в зависимости от распространенности опухолевого процесса

онная химиолучевая терапия, отсутствие психического заболевания, мотивированное и полное желание пациентки подвергнуться сложной и травматичной операции по реконструкции молочной железы, сознательный выбор пациенткой способа восстановления молочной железы и ее осведомленность о возможных косметических результатах операции, состояние кожи и подкожной клетчатки, сосудов и мышц донорского участка, отсутствие серьезной сопутствующей патологии (инфаркт миокарда, декомпенсированная недостаточность кровообращения, острое и/или хроническое нарушение мозгового кровообращения, хроническая почечная или печеночная недостаточность).

Реконструкция молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом после радикального лечения больных РМЖ является наилучшим решением косметической и психологических проблем. Возможность беспрепятственно проводить специфическое лечение, небольшой процент осложнений делают эту методику привлекательной и перспективной.

Первичные реконструктивно-пластические операции поперечным ректоабдоминальным лоскутом были выполнены 116 больным РМЖ, из них 38 (14,1%) – на одной мышце, 78 (28,8%) – на двух прямых мышцах живота. Первичная реконструкция молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом после мастэктомии с сохранением кожи выполнена 50 (18,5%) больным, отсроченная реконструкция молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом – 78 (28,8%), одномоментная редукционная пластика молочных желез после экономных операций – 12 (4,4%), реконструктивно-пластические операции с применением временного экспандера – 27 (19,8%).

В нашем исследовании реконструкцию молочной железы кожно-мышечным лоскутом на широчайшей мышце спины выполнили 38 (14,1%) пациенткам, из них первичную пластику – 7 больным, отсроченную – 31. Восстановление сосково-ареолярного комплекса проводилось в 26,6% (72) случаев, остальные больные удовлетворились результатами первого этапа. Осложнения наблюдались в 54 (19,6%) случаях. Наибольшая частота осложнений (30,8 и 18,9%) отмечена при отсроченной и первичной реконструкции молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом (24 случая из 78 и 22 случая из 116 соответственно). При восстановлении железы с помощью силиконовых эндопротезов и использовании широчайшей мышцы спины или применении экспандера осложнения наблюдались в 3 случаях из 38 и 4 случаях из 27 (7,9 и 14,8% соответственно).

В структуре осложнений I этапа пластики молочной железы доля отторжений трансплантата составила 2,9% (7 случаев применения эндопротеза, причем 4 из них – при использовании временного экспандера). Краевой некроз перемещенного поперечного ректоабдоминального лоскута отмечался в 4,4% (12) наблюдений. При первичной пластике краевой некроз раны выявлен у 7 больных, при отсроченной – у 5.

Пролапс брюшной стенки после восстановления молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом на двух прямых мышцах

живота наблюдался у 1,8% (5) больных через 2–4 мес после операции.

В 9 (3,3%) наблюдениях произошло расхождение краев раны на передней брюшной стенке, что было связано с чрезмерным натяжением кожи после выкраивания поперечного ректоабдоминального лоскута.

Сроки выживаемости больных РМЖ после реконструктивно-пластических операций определялись от начала специального лечения без учета времени выполнения пластического этапа.

При сравнении показателей пяти- и десятилетней безрецидивной и общей выживаемости больных после радикального лечения РМЖ с пластическим этапом и без него статистически достоверных различий в показателях выживаемости не выявлено (рис. 1 и 2). Таким образом, при монофакторном анализе общей и безрецидивной выживаемости больных РМЖ после реконструктивно-пластических операций нами получены результаты, которые совпадают с общими закономерностями течения РМЖ.

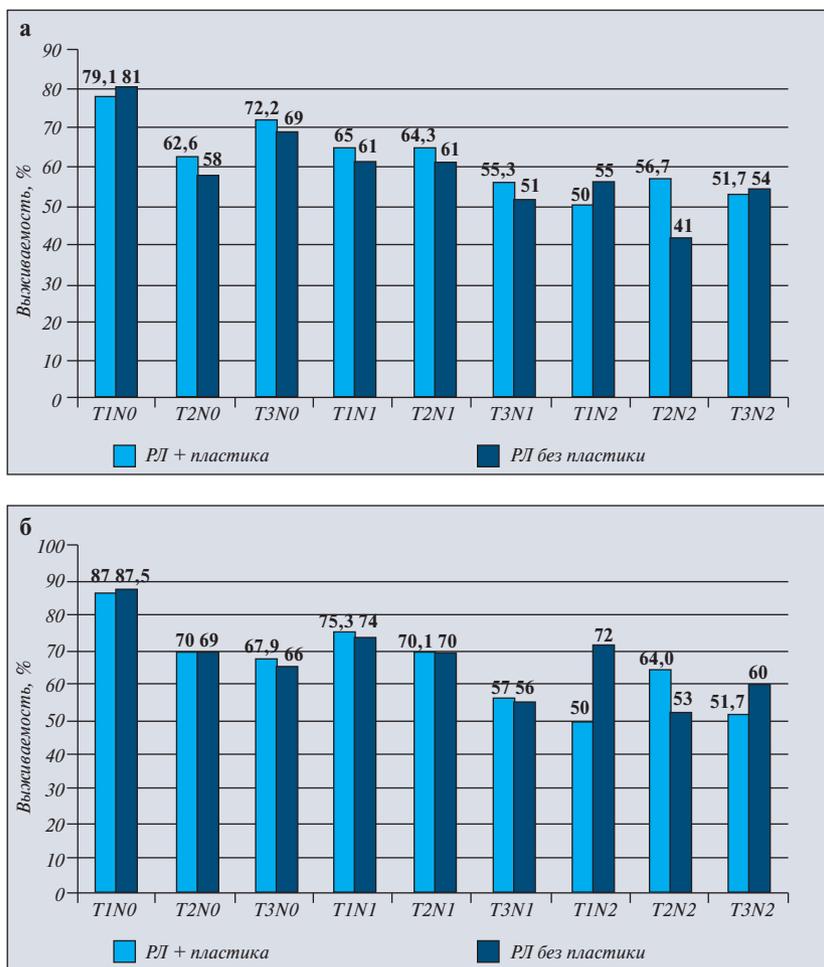


Рис. 2. Десятилетняя безрецидивная (а) и общая (б) выживаемость больных РМЖ после РЛ с пластическим этапом и без пластики в зависимости от распространенности опухолевого процесса

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев А.В. Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы. Клини мед 1993;3:30–4.
2. Bloom J.R. Social support, accommodation to stress, and adjustment to mastectomy. Soc Sci Med 1982;16:907–9.
3. Chalnot P, Michon J. Le dedoublement du sein restant. Ann Chir Plast 1958;3:35.
4. Семиглазов В.Ф. Лечение рака молочной железы. СПб., 1993.
5. Шарова О.Н., Васильев С.А., Буйков В.А., Важенин А.В. Реконструк-

- ция молочной железы как наиболее конструктивный механизм психологической защиты у женщин после радикального лечения рака молочной железы. Анналы пластич реконструк эстет хир 2001;1:43–9.
6. Блохин С.Н. Первичные реконструктивно-пластические операции в комплексном лечении больных раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.
  7. Демидов В.П., Пак Д.Д. Первичные реконструктивно-пластические опера-

- ции при раке молочной железы. Методические рекомендации. М., 1999.
8. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. М.: Медицина; 1994. с. 672.
  9. Halsted W.S. The results of operation for the cure of cancer of breast performed at Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. John Hopkins Hosp Rep 1894; 4:297–350.
  10. Marino H. Benign mastopathies. Total gland excision with immediate reconstruction. Int Surg 1967;47: 16.