УДК 616-089.844:618.19-089.87

З.П. БЕКНАЗАРОВ, С.Н. НАВРУЗОВ, А.Х. ИСМАГИЛОВ
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент
Республиканский Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Роль пластической хирургии аутотканями для устранения обширных дефектов реципиентной зоны у больных раком молочной железы III стадии

Бекназаров Зиёбек Примкулович
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник Республиканского онкологического научного центра
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкент, ул. Фароби, 383, тел.: (+99871) 246 98 80

Показана возможность проведения хирургического лечения больных раком молочной железы III стадии с местнораспространенными и рецидивными формами с помощью выполнения пластики кожно-мышечными лоскутами для закрытия больших дефектов реципиентной зоны. Методика одномоментного восстановления удаляемых тканей позволяет выполнять расширенное хирургическое вмешательство с соблюдением принципов онкологического радикализма. Пластика кожно-мышечными лоскутами в значительной степени улучшает качество жизни данной категории больных как за счет косметического эффекта, так и возможности проведения полного комплекса лечебных мероприятий.

Ключевые слова: *рак молочной железы, лечение, аутоткань.*

Z.P. BEKNAZAROV, S.N. NAVRUZOV, A.K. ISMAGILOV

Role of plastic surgery by autotissues for elimination of extensive defects of recipient zones At patients with cancer of mammary gland of III stage

The opportunity of carrying out of surgical treatment of patients with cancer of mammary gland of III stage with localspreading and recurrent forms by means of performance plastics by skin-muscular flaps for closing great defects pecipient zones is shown. The technique of one-stage restoration of deleted tissues allows to carry out the expanded surgical intervention with observance of principles of oncological radicalism. Plastic skin-muscular flap substantially improves quality of life given category of patients, as due to cosmetic effect, and opportunities of carrying out of full complex of medical actions.

Keywords: *cancer of mammary gland, treatment, autotissue*

Несмотря на определенные успехи в комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы (РМЖ), связанные с внедрением в широкую медицинскую практику новых методов лучевой и лекарственной терапии, доминирующее место занимает хирургическое вмешательство, которое до настоящего времени остается основным, с учетом которого строится план лечебных мероприятий. В числе основных причин этого следует считать несвоевременную диагностику заболевания, а также недостаточную эффективность используемых методов терапии, тем более что в 55-60% случаев к моменту лечения уже наблюдается местнораспространенный опухолевый процесс [1, 3, 6].

Радикализм хирургического вмешательства определяет стратегию общего лечебного подхода и прогноз течения заболевания. При этом одним из самых сложных вопросов реконструктивной хирургии является необходимость полноценной

реабилитации больных РМЖ с рецидивами опухоли. В результате удаления первичных и местно-распространенных рецидивных злокачественных опухолей формируются обширные дефекты мягких тканей, магистральных сосудов и нервов [2, 4]. При распространенных процессах, не позволяющих закрыть образовавшийся дефект местными тканями, сочетание паллиативных операций, выполняемых по жизненным показаниям, и методик восстановительной хирургии позволяет перевести в операбельное состояние больных, которым обычно отказывали в хирургическом лечении [5, 7].

Целью исследования явилось изучение роли пластической хирургии аутотканями для устранения обширных дефектов реципиентной зоны у больных РМЖ III стадии.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы результаты лечения 14 пациенток с местно-распространенными формами РМЖ III стадии в отделении онкомаммологии РОНЦ МЗ РУз, а также в КОД МЗ РТ (РФ) в период с 2001 по 2008 гг. Возраст женщин варьировал от 32 до 56 лет и в среднем составил 43,4 года. Стадия III b была диагностирована у 9 больных и III c — у 5 пациенток.

С целью закрытия дефекта реципиентной зоны после иссечения опухоли мы использовали одномоментную пластику кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из широчайшей мышцы спины (TDL) и кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из прямой мышцы живота (TRAM). TRAM-пластику использовали при лечении 6 больных и TDL-пластику — при лечении 8 пациенток.

Результаты и их обсуждение. Показанием к аутотрансплантации являлась необходимость закрытия обширных дефектов молочной железы и прилегающих тканей в условиях дефицита местного пластического материала. Очевидно, что достаточный выбор и надежное кровоснабжение аутотрансплантата способствует значительному расширению границ операбельности этой сложной категории больных.

Пример 1: больная Р., 35 лет. Поступила в клинику с диагнозом: местно-распространенный рак левой молочной железы III b стадии, осложненный распадом опухоли. Опухоль располагалась в центральной части железы (рис.1). Больной проведено 2 курса неоадъювантной ПХТ по схеме FAC. Следующим этапом по медицинским показаниям следовало радикальное удаление опухоли с одномоментной TDL-пластикой с целью устранения образовавшегося обширного дефекта реципиентной зоны (рис.2). Одномоментно больной была проведена лапароскопическая овариоэктомия. Закрытие дефекта позволило провести адъювантную лучевую и химио-гормонотерапию. Срок наблюдения составил 1 год, состояние больной удовлетворительное, местных рецидивов и генерализации процесса не выявлено.

Пример 2: больная П., 56 лет. Поступила в клинику с диагнозом: рецидив рака левой молочной железы III с стадии. Состояние после мастэктомии. У пациентки наблюдалась обширная местнораспространенная форма опухоли в левой подмышечной области в виде распадающейся язвы, осложненная выраженным болевым синдромом (рис.3).

Иссечение опухоли неизбежно влекло за собой обнажение крупных сосудов и нервных пучков. В связи с этим больной

Рисунок 1.
Больная Р., 35 лет. Местнораспространенный рак левой молочной железы. Состояние больной до операции

Рисунок 2.
Больная Р., 35 лет. Состояние больной на 3 сутки после закрытия дефекта с помощью TDL-пластики

решено было провести широкое иссечение рецидива с TDL-пластикой в сочетании с кожной пластикой (рис.4). Проведение подобного оперативного вмешательства позволило улучшить качество жизни больной, устранив тягостный болевой синдром. Кроме того, закрытие дефекта реципиентной зоны позволило провести у данной пациентки адъювантную химиолучевую терапию. Срок наблюдения составил 2 года без признаков местного рецидива заболевания.

TRAM-пластику мы проводили в основном молодым пациенткам, для которых был важен косметический эффект, так как данная методика позволяет формировать молочную железу, схожую по форме и конфигурации со здоровой. Кроме того,

Рисунок 3.
Больная П., 56 лет. Рецидив рака левой молочной железы. Состояние больной до операции

Рисунок 4.
Больная П., 56 лет. Рецидив рака левой молочной железы. Состояние после комбинированной TDL- и кожной пластики

TRAM-пластика позволяла закрывать дефекты большие по площади, чем это позволяет TDL-пластика.

Пластика аутотканями реципиентной зоны позволила провести у больных РМЖ полный комплекс лечебных мероприятий, включающих адъювантную химиолучевую и гормонотерапию.

Заключение. В настоящее время достижения реконструктивно-пластической хирургии позволяют онкологу не ограничиваться допустимыми пределами иссечения тканей и успешно закрывать значительные по площади и объему дефекты реципиентной зоны молочных желез и прилегающих участков. Методика одномоментного восстановления удаляемых тканей позволяет выполнять хирургическое вмешательство пациенткам с местнораспространенными рецидивными опухолями, соблюдая принципы онкологического радикализма. В свою очередь, проведение хирургического лечения у данной категории больных, позволяет проводить адъювантную химиолучевую терапию для предупреждения дальнейшего развития заболевания.

Выводы:

1. Показана возможность проведения хирургического лечения больных раком молочной железы III стадии с местнораспространенными и рецидивными формами с помощью выполнения пластики кожно-мышечными лоскутами для закрытия больших дефектов реципиентной зоны на примере 14 пациенток.

2. Пластика кожно-мышечными лоскутами позволяет производить радикальное удаление опухоли, соблюдая принципы онкологического радикализма с достаточным запасом непораженных тканей в трех плоскостях единым блоком независимо от близости функционально значимых анатомических структур.

3. Выполнение пластики кожно-мышечными лоскутами после расширенных операций при раке молочной железы III стадии позволяет проводить в последующем комплексное лечение с использованием лучевой, химио- и гормонотерапии.

4. Пластика кожно-мышечными лоскутами в значительной степени улучшает качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы III стадии, как за счет косметического эффекта, так и возможности проведения полного комплекса лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсланов Х.С., Ткаченко Г.А. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы в отдаленном периоде. Современная онкология 2005; т.8: 4: 58-61.

2. Кубанцев К.Б., Сперанский Д.А. Радикальная мастэктомия при местно-распространенном раке молочной железы с одномоментной пластикой груди TPAM-лоскутом. Анналы пласт., реконстр. и эстет, хирургии 1998; 3: 26-27.

3. Пак Д.Д., Евтягин В.В., Рассказова Е.А., Захарков Л.И. Одномоментные реконструктивно-пластические операции в реабилитации больных раком молочной железы. Росс. онколог. журнал 2005; 2: 7-11.

4. Соболевский В.А., Кропотов М.А., Алиев М.Д. Роль и место микрохирургии в онкологии. Российский онкологический журнал 2009; 1: 14-38.

5. Чиссов В.И., Решетов И.В., Кравцов С.А., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В. 1000 операций микрохирургической аутотрансплантации органов и тканей в онкологии. Российский онкологический журнал 2009; 1: 4-14.

6. Novoa N., Benito P., Jimunez M.F., de Juan A., Luis Aranda J., Varela G. Reconstruction of chest wall defects after resection of large neoplasms: ten-year experience. Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2005; V.4: 3: 250-255.

7. Wu L.C., Bajaj A., Chang D.W., Chevray P.M. Comparison of donor-site morbidity of SIEA, DIEP, and muscle-sparing TRAM flaps for breast reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 2008; V.122: 3: 702-709.