

Объем удаляемых тканей при радиальной резекции включает в себя: сектор ткани молочной железы с опухолью, подлежащей фасцией большой грудной мышцы; подмышечной, подлопаточной и подключичной клетчаткой.

При латеральной локализации опухоли операция выполняется из одного разреза, при медиальной - из двух (отдельно сектор с опухолью, отдельно – лимфаденэктомия).

Противопоказания к выполнению радикальной резекции:

1. Удаленность опухоли от сосково-ареолярного комплекса не менее 2 см.
2. Центральная локализация опухоли.
3. Мультицентрический рост.
4. Размер опухоли более 3 см.
5. Нежелание пациентки сохранить грудь.
6. Заведомо неудоветворительный эстетический результат (соотношение размера опухоли и объема молочной железы).
7. Мутация генов BRCA I-II.

Учитывая повышение риска местного рецидива, радикальная резекция всегда дополняется облучением оставшейся части молочной железы.

В маммологическом отделении Тюменского ООД за последние десять лет выполнено 4250 радикальных операций по поводу рака молочной железы. Из них 16% составили радикальные резекции.

Процент местных рецидивов после органосохраняющих операций составил 3,8%.

При анализе соотношения радикальных мастэктомий и органосохраняющих операций за период с 2000 по 2010 гг. установлено, что за последние десять лет в маммологическом отделении ТООД увеличилось количество органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы. В 2006 году наблюдается резкий рост количества радикальных резекций (с 12% до 27%), а в течение последующих пяти лет показатели стабилизировались. В настоящее время процент органосохраняющих операций составляет 24,6%.

Выводы: Сочетание всех вышеперечисленных противопоказаний для проведения радикальных резекций мы находим сегодня более, чем у 75% пациенток, что не позволяет увеличить количество выполняемых органосохраняющих операций. Путем к увеличению их количества, является выявление рака в более ранних стадиях.

СПОСОБ БОРЬБЫ С ЛИМФОРЕЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Н. Царев, Ю.И. Гольдман, Е.В. Сидоров

Тюменский ООД

Хирургический метод является основным в лечении больных с узловыми формами рака мо-

лочной железы. Независимо от объема резецируемых тканей, практически всегда выполняется подмышечно – подключично - подлопаточная лимфаденэктомия. Лимфоррея в послеоперационном периоде наблюдается в 100% случаев. При этом, примерно у 1/3 больных она носит длительный (до 4-6 месяцев) характер. Риск её развития особенно высок у больных старше 60 лет, страдающих ожирением и получивших предоперационную лучевую и/или химиотерапию.

После лимфаденэктомии из-за недостаточного прилегания кожных лоскутов к грудной стенке и пересечения значительного числа лимфатических сосудов в ране начинает собираться серозная и кровянистая жидкость, что часто приводит к нагноению. Это значительно увеличивает сроки госпитализации и количество амбулаторных визитов. Из-за этого часто возникает отсрочка проведения адьювантной терапии.

С марта 2010 г. в маммологическом отделении Тюменского ООД выбрана методика профилактики длительной лимфорреи. После выполнения основных этапов операции производится отсечение реберного конца малой грудной мышцы и подшивание его к клетчатке в подмышечной области (миопластика). Далее, проводится подшивание кожного лоскута к передней зубчатой мышце. Это позволяет значительно уменьшить остаточную полость, создаются благоприятные условия для сращения стенок раны.

За прошедшее время нами было выполнено 817 радикальных операций (мастэктомий и резекций молочной железы). У 208 больных хирургическое вмешательство выполнялось по «классической» схеме, а остальным 609 пациенткам оно дополнялось миопластикой и подшиванием кожного лоскута.

Мы сравнили объем и длительность послеоперационной лимфорреи у больных в обеих группах. В результате: при прочих равных условиях, количество отделяемой жидкости у пациентов, которым выполнялась миопластика, в среднем сократился на 50%. При этом дренаж удалялся на 4-7 сутки, что вдвое раньше, чем в контрольной группе.

Выводы. Использование миопластики малой грудной мышцей и подшивание кожного лоскута к передней зубчатой мышце значительно снижает объем и длительность лимфорреи. Это ведет к уменьшению числа осложнений, сокращает сроки госпитализации и позволяет вовремя начать адьювантное лечение.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАСТЕРНАЛЬНЫЕ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

Н.А. Шаназаров, В.Ю. Зуев, А.Г. Сняжков, Д.Д. Сехниадзе, А.В. Лысцов