

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

В. А. Кулишов, П. В. Рогажискас

*ГОУ ВПО Новосибирский медицинский государственный университет Росздрава
(г. Новосибирск)*

По данным психологического анализа, чувство неполноценности отмечали 90 % опрошенных, страх смерти, депрессия, отчаяние были отмечены у 75 %, исчезновение полового влечения выявлено у 30 % больных. У 22 % пациентов после мастэктомии произошел распад семьи. 30 % этих женщин не могут смириться с потерей молочной железы, а медикаментозная и психотерапия, направленные на устранение этих состояний не улучшают психоэмоциональный статус больных. Поэтому восстановление молочной железы является перспективным направлением в реабилитации этих больных.

Сухие цифры статистических данных каждый год констатируют увеличение числа вновь диагностируемых случаев рака молочной железы (РМЖ). При таком развитии в XXI веке возникает высокая вероятность превысить цифру 1000000 заболеваний РМЖ в год. Печален тот факт, что с ростом количества излеченных, растет число глубоко инвалидизированных в результате радикального лечения.

В настоящее время все чаще стал применяться свободный TRAM-лоскут. Впервые его использовали Holmstrom и Robbins в 1979 г. С этого времени многие авторы демонстрировали его высокие характеристики как удобного и надежного пластического материала, имеющего низкий процент некрозов кожи и подкожной клетчатки.

При сравнении TRAM-пластики на ножке (27 случаев) и свободным лоскутом, в первой группе осложнения возникали чаще - девять частичных некрозов, а во второй - один случай. Среди перемещенных на ножке полностью погиб один лоскут, а в группе свободных пересадок в двух случаях потребовалась экстренная ревизия анастомозов. Отмечают что свободный TRAM-лоскут безопаснее и выгоднее с точки зрения достижения симметрии.

Ключевые слова: мастэктомия, реконструкция молочной железы, свободный TRAM-лоскут, TRAM-пластика, хороший косметический результат

Введение. Среди пациенток с заболеванием РМЖ больше 10 % - женщины молодого возраста, для многих из них удаление молочной железы является серьезной психосоциальной травмой, ведет к возникновению проблем в семейной жизни [5].

Материалы и методы. Важным стремлением к реконструкции молочной железы является неудобство ношения экзопротеза. Женщины старше 65 лет легче привыкают носить экзопротез и редко прибегают к операции по восстановлению формы молочной железы. 90 % женщин моложе 40 лет стремились восстановить молочную железу. В возрасте 40-50 лет такое желание выражали 55 % больных, а в возрасте 60-70 лет всего 15 % [1].

Говоря о противопоказаниях к реконструкции молочной железы, в первую очередь опасаются, что привнесенные ткани затруднят распознавание местного рецидива рака. Некоторые исследователи указывают, что более половины заболевших раком молочной железы в США старше 65 лет. В их наблюдениях 224 пациентки, получившие реконструкцию молочной железы, были моложе 60 лет, а 18 - старше. Из них у 14 использованы силиконовые имплантаты, у одной торако-дорзальный лоскут (ТДЛ) + имплантат, а трое подвергнуты отсроченной пластике. Единственным осложнением в группе старшего возраста была вентральная грыжа. Авторы убеждены, что в любом возрасте возможно применение любого из известных методов реконструкции молочной железы [7].

Сопутствующие заболевания являются относительными противопоказаниями. Имеются сообщения о реконструкции ниже-эпигастральным лоскутом на прямой мышце живота (TRAM- лоскут) при серповидно-клеточной анемии [9].

Менее по сложности среди методов отсроченного восстановления ставят дермотензию с последующим эндопротезированием. Далее по возрастающей: ТДЛ+ эндопротезы, TRAM- лоскут на ножке из прямой мышцы живота, TRAM-лоскут свободный на микрососудистых анастомозах.

Экспандер используют при минимальном постмастэктомическом дефекте. Его устанавливают под большую грудную и зубчатые мышцы и начинают накачивать сразу по заживлении раны. Метод прост, но ограничен в применении в условиях облучения, при резком птозе другой молочной железы и при отсроченной реконструкции.

Результаты исследования. Анализ существующих методик показал, что применение экспандеров с разной поверхностью (гладкой и текстурованной) не обнаружили патологического влияния на организм. Частота капсулярных контрактур встречается до 30 % не зависимо от способа дермотензии [10]. Реконструкция молочной железы эндопротезами, накаченными физиологическим раствором (срок наблюдения 9 лет) у 77 пациенток обнаружено полное сдутие имплантатов, контрактура 3 и 4 степени по Baker была обнаружена у 37,6 % больных. Применение реконструкций у облученных увеличивает число осложнений [8].

С.Н. Блохин с соавт. [2] видят преимущество реконструкции молочной железы собственными тканями перед первичной пластикой с использованием силиконовых протезов, когда осложнения заканчиваются отторжением протеза. При распространенных и рецидивных формах рака с вовлечением обширных зон передней грудной стенки и радионекрозом многие пациентки <идут на поводу> у антисиликоновой пропаганды и требуют замены эндопротезов на собственные ткани. Показанием служила капсулярная контрактура, боль, нарушение целостности стенки протеза. Использовали лоскут со спины, живота, ягодицы. Наблюдение показало, что все пациентки считали эстетический

результат реконструкции молочной железы собственными тканями лучше, а местные симптомы исчезали бесследно. Ряд авторов отстаивают преимущества простого перемещения кожи из субмаммарной области после растяжения ее экспандером.

Кожно-мышечный лоскут широчайшей мышцы спины в сочетании с эндопротезом был популярен в 80-х годах. Отдаленные результаты дают менее 2 % неудовлетворительных результатов. Сегодня применяют этот метод только у слишком тучных или слишком худых женщин, когда противопоказан TRAM-лоскут. У тучных нередко удается обойтись одним только торако-дорзальным лоскутом (ТДЛ), т.е. без эндопротезов.

М.А. Godner с соавт. (1995) удавалось мобилизовать ТДЛ объемом до 1000 мл. Авторы указывают, что процент капсулярных контрактур с использованием способа ТДЛ + протез, достигавший 50, удалось снизить благодаря текстурированной поверхности имплантатов. Однако остаются другие осложнения, например, серома в донорской зоне, в 20-30 % случаев. В результате показания к этому методу ограничивают случаями, когда невозможен TRAM-лоскут - тонкая брюшная стенка со следами вмешательств. Больные все больше предпочитают реконструкцию собственными тканями, поскольку такая грудь стабильнее и выглядит естественнее без применения инородных материалов. Пластика груди TRAM-лоскутом в долгосрочном плане выгоднее также и экономически, чем реконструкции с имплантатами.

Возможно одномоментное или отсроченное восстановление груди (ВГ). Ранее опасались, что ВГ, одномоментное с мастэктомией, может помешать адъювантной терапии и затруднить противорецидивный контроль. Ныне эти опасения оставлены, и одномоментное ВГ - общепринятый хирургический компонент лечения рака молочной железы [9].

По мнению С.Н. Блохина [2], первичные пластические операции (ППО) занимают в настоящее время важное место в комплексном лечении РМЖ. Ими было выполнено 82 ППО, включая радикальные мастэктомии с первичной реконструкцией молочной железы поперечным кожно-жировым лоскутом на одной или двух прямых мышцах живота, органосохраняющие операции с замещением дефекта участком кожно-жирового лоскута живота на одной прямой мышце или лоскутом на широчайшей мышце спины с эндопротезированием. Авторы не нашли увеличения частоты осложнений ППО по сравнению со 115 наблюдениями отсроченных реконструктивных операций.

G.W. Carlson (1996) описывает кожно-сохраняющую мастэктомию, при которой удаляют ткань железы, сохраняя кожный чехол, кроме сосково-ареолярного комплекса, зоны биопсии и зон, смежных с поверхностной опухолью.

Одномоментное ВГ в таких обстоятельствах дает непревзойденные эстетические результаты, указывает автор. Е.Н. Малыгин и С.Н. Малыгин (1997) применили подобный методу 9 пациенток и считают его методом выбора ВГ при одномоментной реконструкции. В этой связи А.Н. Махсон (1997) упоминает об опасности уменьшения объема радикального лечения рака молочной железы (РЛ РМЖ) в пользу более благоприятного результата ВГ и вводит понятие адекватной операции, что означает как онкологическую радикальность, так и максимально возможное качество жизни после РЛ РМЖ.

А.С. Бурлаков и В.В. Радлевич имеют наибольший в нашей стране опыт применения свободного TRAM-лоскута как способа одномоментного ВГ после РМЭ. Авторы не наблюдали ни одного случая некроза лоскута, несмотря на то, что забирали всю

территорию TRAM-лоскута. Данный способ, по их мнению, позволяет получить очень хорошие косметические результаты без дополнительной коррекции [4].

М.А. Godner считает, что свободная микрососудистая пересадка TRAM-лоскута показана пациенткам с множественными факторами риска, у которых требуется повышенное количество переносимых тканей, не способное выжить на обычной мышечной ножке. В свободном лоскуте реже возникают участки липонекрозов.

Среди прочих свободных лоскутов, используемых для ВГ, авторы перечисляют ягодичный лоскут, лоскут на основе мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, поперечный лоскут на основе нежной мышцы, лоскут на глубокой, огибающей подвздошную кость, артерии, свободный лоскут на основе нижней поверхностной надчревной артерии, лопаточный лоскут.

А.М. Боровиков выделяют три основных способа TRAM-пластики: перемещение на мышечной ножке, то же с дополнительным наложением микрососудистых анастомозов, свободная пересадка [3].

Способ 1. Перемещение лоскута на контралатеральной ножке прямой мышцы живота - самый старый и пока основной способ. Е.Н. Малыгин и С.Е. Мылыгин перемещали TRAM-лоскут одномоментно с подкожной мастэктомией в трех случаях на одной и в шести - на обеих мышечных ножках. У трети развились краевые некрозы [6].

В клиниках Мэйо, например, за 11 лет было прооперировано 147 пациенток. Из 122 TRAM-лоскутов, перемещенных на одной ножке на одну сторону, лишь в 9 % реконструкции были одномоментными, а в остальных отсроченными. Имелись следующие факторы риска: курение - 16 % больных, облучение - 20 %, химиотерапия - 27 %, химиорадиотерапия - 12 %. Операция занимала 4 часа 20 минут, кровь переливали в половине случаев. Отсроченные вмешательства потребовались в 71 % случаев. Наблюдали следующие осложнения: грыжа, потребовавшая операции - 7,5 %; полная ишемическая потеря TRAM-лоскута - 3,7 %; частичный некроз - 9,9 %; липонекроз - 7 %. Не нашли прямой связи частоты осложнений с факторами риска. Последние 50 наблюдений сопровождались меньшим числом осложнений.

Способ 2. Мобилизация лоскута на мышечной ножке с забором участка контралатеральной по отношению к ножке прямой мышцы живота вместе с нижними надчревными сосудами, которые в реципиентной зоне анастомозируют к подлопаточным сосудам "supercharged TRAM-flap", что означает TRAM-лоскут "с подкачкой". Y. Yamamoto с соавт. (1996) переместили TRAM-лоскут на одной ножке у 14-и, а на ножке с микрохирургической подкачкой - у 29-и пациенток. Указывают на значительно меньшую частоту и масштабы таких осложнений, как некрозы лоскута или подкожные липонекрозы в группе с подкачкой.

Способ 3. Свободная пересадка с микрососудистыми анастомозами - оптимальный по мнению S. Asko-Seljavaага метод, который с 1990 г. авторы предпочитают всем прочим. TRAM-лоскут на ножке больше не используют, убедившись при клинических исследованиях в гораздо лучшем кровоснабжении свободного лоскута, особенно в зонах случайного (не осевого) кровотока. Тем самым исключаются краевые некрозы [1].

После мобилизации TRAM-лоскута нижние надчревные сосуды выделяют до подвздошных, обычно длина ножки 8 см. Придают лоскуту форму груди, пока он еще на

животе. Мобилизуют торако-дорзальные сосуды и накладывают микрососудистый анастомоз.

Апоневроз сшивают двумя слоями нерассасывающимися нитями. Различий в прочности передней брюшной стенки между свободным TRAM-лоскутом и перемещенным на ножке авторами не обнаружено [1].

Необходимо учитывать факторы риска. Некротические осложнения чаще встречались у курильщиц (27,5 против 5,9 % у некурящих), а также при перемещении TRAM-лоскута на ножке (16,5 против 7,8 % при свободной пересадке). Ушивание апоневроза передней брюшной стенки живота затруднено из-за иссечения участка апоневроза, включенного в лоскут. С целью профилактики грыжевого выпячивания в месте забора участка прямой мышцы живота обязательно дополнительно укрепляют брюшную стенку проленовой сеткой, или сшивать апоневроз внутренней косой мышцы живота. При уже наступившем пролапсе передней брюшной стенки эта методика позволила сократить частоту рецидивов пролапса втрое, а с подкреплением синтетической сеткой - в 6 раз [4, 9].

Некоторые авторы помимо сосудов из системы подлопаточных в реципиентной зоне используют и внутреннюю грудную артерию и вены.

O. Lapatto с соавт. (1995) обследовали 39 пациенток от 5 месяцев до 3 лет после ВГ. Симметрию в бюстгалтере все считали удовлетворительной. Без бюстгалтера неудовлетворительность симметрии в 9 случаях отмечена врачами и лишь в одном - пациенткой. Часто либо латеральная, либо медиальная части реконструированной груди были анестезированы, в трети случаев отмечена хорошая регистрация давления. Степень восстановления чувствительности после ВГ не была связана со степенью удовлетворенности пациенток результатами операций.

S. Liew с соавт. [10] исследовали как субъективное восстановление чувствительности реконструированной груди, так и объективно-температурный и болевой порог. У 76 % пациенток реиннервацию можно было уловить объективно, а 86 % описывали неясные ощущения. Интересно, что 33 % обследованных заявляли, что примерно через 6 месяцев новая грудь начала ощущаться как здоровая. Некоторые авторы наблюдали случаи ожога реконструированной груди, связанных с ее нечувствительностью. Все они произошли в первые месяцы после TRAM-пластики. Рекомендуют инструктировать больных о такой опасности [8].

Завершим обсуждение оценки результатов высказыванием R.W. Burk о том, что вторая грудь не всегда служит эталоном эстетического результата, так как нередко сама требует редукции или подтяжки. То есть полноценного исполнения метода можно ожидать только от квалифицированного пластического хирурга с серьезным опытом в косметологической маммапластике.

Список литературы

1. *Аско-Сельяваара С.* Каким способом реконструировать грудь желающим этого / С. Аско-Сельяваара, К. Смиттен // *Анналы пласт., реконстр. и эстетич. хирургии*, 1997. - N 3. - С. 42-51.
2. *Блохин С.Н.* Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы / С.Н. Блохин, К.П. Лактионов, И.Ю. Дыдыкина, Е.А. Мелихова. // *Анналы пласт., реконстр. и эстетич. хирургии*, 1997. - N 3. - С. 59-63.

3. *Боровиков А.М.* Пластика груди после мастэктомии TRAM-лоскутом / А.М. Боровиков, И.А. Пациора, К.В. Коренькова // *Анналы пласт, реконстр. и эстетич. хирургии*, 1997. - N 1. - С. 63-74.
4. *Бурлаков А.С.* Одномоментное восстановление груди TRAM-лоскутом при радикальных операциях по поводу рака молочной железы / А.С. Бурлаков, В.В. Радлевич // *Анналы пласт., реконстр. и эстетич. хирургии*, 1997. - N3 - С. 52-58.
5. *Вишневский А.А.* Пластическая хирургия молочной железы / А.А. Вишневский, М.И. Кузин, В.П. Оленин. - М.: Медицина, 1987. - С. 125-131.
6. *Малыгин Е.Н.* Мастэктомия с сохранением кожи молочной железы с одномоментным использованием нижнего ректо-абдоминального лоскута / Е.Н. Малыгин, С.Е. Малыгин // *Анналы пласт., реконстр. и эстетич. хирургии*, 1997. - N3. - С. 47-51.
7. *Ahn C.Y.* Evaluation of autogenous tissue breast reconstruction using MRI. / C.Y. Ahn, K. Narayanan, D.P. Gorczyca et al. // *Plast. Reconstr. Surg*, 1995. - V.95. - N1. - P. 70-76.
8. *Beckenstein M.S.* Thermal injury to TRAM flaps: a report of five cases / M.S. Beckenstein, P.H. Beegle, C.R. Hartrampf // *J. Plast. Reconstr. Surg*, 1997. - V. 99. - N6. - P. 606-609.
9. *Kroll S.S.* The internal oblique repair of abdominal bulges secondary to TRAM flap breast reconstruction / S.S. Kroll, M.A. Schusterman, D. Mistry // *Plast. Reconstr. Surg.*, 1995. - V. 96. - N1. - P. 100-104.
10. *Liew S.* Sensory recovery following free TRAM flap breast reconstruction / S. Liew, J. Hunt, D. Pennington // *Br. J. Plast. Surg.*, 1996. - V.49. - N4. - P. 210-213.