
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК: 618.19-006.6-089.87

СВЕРХРАДИКАЛЬНЫЕ МАСТЭКТОМИИ

В.В. Рыбачков¹, Д.А. Петровский², Д.Д. Пак³, Э.К. Сарибекян³

*Ярославская государственная медицинская академия¹
БГУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница»²
МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва³
150040, г. Ярославль, пр. Октября, 67, e-mail: breastcancer@mail.ru²*

Лечение местнораспространенного рака молочной железы – сложная проблема современной маммологии. Использование методик реконструктивно-пластической хирургии позволяет улучшить общую и безрецидивную выживаемость пациенток с подобной патологией.

Ключевые слова: рак молочной железы, обширные реконструктивно-пластические операции.

SUPERRADICAL MASTECTOMIES

V.V. Rybachkov¹, D.A. Retrovskiy², D.D. Pak³, E.K. Saribekyan³

*Yaroslavl State Medical Academy¹
Yaroslavl Regional Clinical Oncologic Hospital²
P.A. Gertsen Moscow Research Institute of Oncology, Moscow³
67, Oktyabr avenue, Yaroslavl-150040, Russia, e-mail: breastcancer@mail.ru²*

Treatment of locally-advanced breast cancer seems to be a complex problem of modern mammology. Application of reconstructive surgery methods allows to improve general and relapse-free survival value of patients having similar pathology. .

Key words: breast cancer, extensive reconstructive surgery.

Несмотря на внедрение программ по скринингу ранних форм рака молочной железы (РМЖ), у значительного числа женщин в РФ по-прежнему выявляется РМЖ IV стадии. Примерно 8–10 % впервые выявленных больных имеют распространенный процесс, большая часть из них опухоль, соответствующую Т₄ [4]. Проведение предоперационной химио- и/или лучевой терапии пациенткам с местнораспространенным РМЖ не всегда возможно, особенно при распадающейся опухоли, в то же время у таких больных существуют показания для санационного хирургического вмешательства на «первичном очаге» [2]. В ряде случаев при выполнении подобных операций приходится поступаться правилами абластики и антибластики из-за распространенности опухоли. Такие вмешательства избавляют пациентку от распадающейся и кровоточащей части опухоли, но совершенно не обеспечивают онкологическую радикальность, поэтому большинство больных погибают в ближайшие сроки от прогрессирования опухоли, несмотря

на проводимое лекарственное лечение. Совершенствование методик реконструктивно-пластической хирургии позволяет задуматься о возможностях радикального выполнения операций этой группе пациенток [3]. В этом случае объем выполняемых операций значительно превышает объемы мастэктомий по Пирогову, Маддену, Пейти, Урбану [1]. Мы называем подобные операции сверхрадикальными мастэктомиями.

Нами разработана и внедрена в практику методика радикального хирургического лечения местнораспространенного РМЖ у пациенток, ранее считавшихся неоперабельными. Методика операции заключается в удалении пораженных опухолью тканей с отступлением менее 5–7 см от видимых изменений в молочной железе и окружающих ее структур. При врастании опухоли в анатомические структуры, находящиеся под молочной железой, в блок удаляемых тканей включаются обе грудные мышцы, с последующим закрытием образовавшегося дефекта различными тканевыми лоскутами.

За период с 1998 по 2007 г. подобные вмешательства выполнены 52 больным, из них опухоль в одной молочной железе $T_4N_{1-3}M_0$ стадии была диагностирована у 23, $T_4N_{1-3}M_1$ – у 16 пациенток, билатеральный рак молочных желез $T_4N_{1-3}M_0$ стадии – у 9, $T_4N_{1-3}M_1$ – у 4 больных. Во всех случаях выполнение стандартных хирургических вмешательств было невозможно ввиду большой местной распространенности опухоли, выходящей за границы молочной железы.

После органоуносящего этапа сверхрадикальной мастэктомии формировался дефект, площадью от 380 до 1370 см². Для его закрытия использовали следующие виды пластических лоскутов: TRAM-лоскут на одной или двух мышечных ножках – в 38; лоскут широчайшей мышцы спины (ШМС-лоскут) – в 4; пекторальный лоскут – в 2; комбинация двух и более лоскутов – в 2 случаях. У остальных пациенток дефект закрывали путем смещения нижнелатерального комплекса тканей брюшной стенки с дополнительным центральным разрезом до уровня лона. При выборе метода закрытия дефекта основной задачей оператора является определение правильного соотношения между размером дефекта, возможностями реципиентного ложа и степенью хирургической агрессии. Неоправданный забор слишком большого массива ткани и вызванная этим большая операционная травма могут привести к летальным осложнениям. В то же время недостаток пластического материала в донорской зоне, особенно при развитии краевых некрозов, может привести к формированию послеоперационных гнойно-септических осложнений. Это особенно важно при операциях с резекцией передней грудной стенки и медиастинотомией, неадекватное замещение подобных дефектов обеспечивает высокий риск развития медиастинита или недостаточной герметичности плевральной полости. С учетом этих фактов нами сформирован следующий алгоритм для пластического этапа сверхрадикальных мастэктомий:

- при размере дефекта после создания натяжения краев раны более 10 на 15 см предпочтительно применение TRAM-флап;

- при размере дефекта после создания натяжения краев раны до 10 на 15 см показано формирование лоскута на основе широчайшей мышцы спины;

- при размере дефекта после создания натяжения краев раны 5 на 10 см показано формирование пекторального лоскута;

- при поражении обеих молочных желез независимо от размера дефекта показано использование TRAM-флап;

- при поражении ребер и грудины – TRAM-флап, при необходимости костной пластики фрагментами ребер в комбинации с лоскутом на основе широчайшей мышцы спины.

Одновременно с мастэктомиями в представленной группе больных РМЖ нами выполнялись резекции смежных органов, в том числе атипичная резекция печени – в 4 случаях, резекция ребер, грудины – в 13; резекция перикарда, плевры, легкого – в 4 наблюдениях, кроме того, удаление матки и яичников выполнены 33 больным.

В послеоперационном периоде при сверхрадикальных мастэктомиях наблюдались следующие осложнения: острая почечная недостаточность – в 2 (3,8 %), экссудативный плеврит – в 7 (13,5 %), послеоперационная пневмония – в 8 (15,4 %), медиастинит – в 2 (3,8 %) случаях. Самым частым послеоперационным осложнением был краевой некроз части лоскута, он наблюдался у 17 (32,7 %) больных, в том числе у 2 (3,8 %) пациенток развился полный некроз тканевого лоскута, что потребовало повторного вмешательства с закрытием дефекта. Развитие некроза лоскута, по-видимому, связано либо с неадекватностью венозной перфузии лоскута большого размера, либо с позиционным фактором сдавления питающего лоскут сосуда при его перемещении в реципиентное ложе, или тромбозом сосудистой ножки в результате гиперкоагуляции. Наиболее грозными являлись осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и медиастинит, они привели к 3 (5,8 %) летальным исходам в ближайшем послеоперационном периоде.

После хирургического этапа лечения по показаниям больным проводили дистанционную лучевую терапию в режиме стандартного фракционирования, полихимиотерапию препаратами I, II, III, IV линии и гормонотерапию препаратами I, II линии, до прогрессирования на каждой линии терапии. Вновь возникающие рецидивы или местные метастазы иссекались, дефект закрывался или местными тканями, или перемещенными лоскутами. Отдаленные результаты прослежены у 29 пациенток, общая 5-летняя выживаемость составила 36,1 %, безрецидивная 5-летняя выживаемость – 21,5 %.

Таким образом, правильный выбор пластического лоскута при закрытии обширных дефектов

передней грудной стенки после сверхрадикальных мастэктомий при местнораспространенном РМЖ позволяет выполнить хирургический этап лечения в этой ранее считавшейся инкурабельной группе больных в радикальном объеме. Высокая травматичность подобных вмешательств, вероятность тяжелых осложнений требуют тщательного и выверенного подхода к варианту закрытия раневого дефекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Атлас онкологических операций* / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. М.: Гэотар-Медиа, 2008. 632 с.
2. *Дарьялова С.Л., Чиссов В.И.* Диагностика и лечение злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1993. 256 с.
3. *Исмаилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С.* Сравнительный анализ внутренних грудных и торако-дорсальных сосудов в качестве сосудов-реципиентов для реконструкции молочной железы свободными лоскутами // *Сибирский онкологический журнал*. 2011. № 4. (46). С. 5–10.
4. *Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году* / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена», 2011. 188 с.

Поступила 23.01.12