

А. С. Бурлаков, Д. У. Самратов
**ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ
 МАСТЭКТОМИИ ЯГОДИЧНЫМ ЛОСКУТОМ**

*Московская городская онкологическая больница №62,
 Московская область*

Пластика поперечным лоскутом из передней брюшной стенки, развернутым на мышечной ножке или пересаженным на микроанастомозах, сегодня является самым распространенным методом восстановления молочной железы после радикальной мастэктомии. Отсутствие достаточного количества мягких тканей передней брюшной стенки, а также перенесенная ранее полостная или косметическая операция (срединная лапаротомия, абдоминопластика) делают этот метод неприемлемым. Развитие микрохирургических пересадок дало возможность использовать в качестве донорской зоны ягодичную область. В статье представлен первый опыт (15 пациенток) использования верхнего ягодичного лоскута для восстановления молочной железы. Методика позволяет пересаживать достаточное для восстановления количество пластического материала без серьезного ущерба для донорской зоны. Несмотря на техническую сложность, такая операция позволила получить хороший косметический результат во всех наблюдениях. На сегодняшний день это вмешательство заняло второе (после микрохирургической пересадки лоскута из передней брюшной стенки) место среди методов реконструкции молочной железы.

Ключевые слова: мастэктомия, реконструкция, ягодичный лоскут, микрохирургия.

Потеря молочной железы в результате радикального лечения рака молочной железы представляет серьезную проблему для большинства женщин. Отсутствие молочной железы как символа женственности, невозможность раздеться, необходимость использования тяжелого вкладыша в бюстгальтер с целью скрыть свою «ущербность» и, наконец, отражение в зеркале как напоминание о страшном диагнозе причиняют тяжелую психологическую травму [2; 7].

Вот уже более века хирурги занимаются восстановлением молочной железы: разработана масса различных хирургических методик, написано поистине бесчисленное число книг и статей. Первую удачную операцию по восстановлению объема молочной железы выполнил в 1885 г. V. Serpu [1]. Он использовал для этого жировой аутоотрансплантат с бедра. В 1887 г. F. Verneuil описал восстановление удаленной молочной железы частью противоположной, перемещенной в виде стебля на питающей ножке [1]. В 1897 г. J. Tansini предложил использовать для этой цели лоскут из широчайшей мышцы спины [1]. Огромную роль в решении проблемы реконструкции молочной железы сыграли эндопротезы, заполненные силиконовым гелем (T. D. Cronin, F. Gerov, 1964) [6]. Использование данного метода ограничивает высокая частота осложнений, обусловленных недостатком покровных тканей, необходимых при эндопротезировании. Кроме того, молочная железа, восстановленная с помощью эндопротеза,

менее натуральна и заметно отличается от контралатеральной. При эндопротезировании почти невозможно создать субмаммарную складку и птоз [9; 11].

На сегодняшний день большинство авторов склоняются к мнению, что операцией выбора при необходимости восстановления молочной железы является пластика поперечным лоскутом из передней брюшной стенки (transverse rectus abdominus myocutaneous flap, TRAM-лоскут), развернутым на ножке или пересаженным на микроанастомозах [4; 5; 10; 11]. Такой лоскут содержит обычно достаточное количество жировой ткани и кожи, что позволяет реконструировать молочную железу без эндопротезов. Тем не менее в ряде случаев использовать TRAM-лоскут невозможно. Отсутствие достаточного количества мягких тканей передней брюшной стенки или перенесенная ранее полостная или косметическая операция делают этот метод реконструкции неприемлемым. Развитие микрохирургических пересадок дало возможность использовать лоскуты из ягодичной области. Однако свободный кожно-мышечный верхний ягодичный лоскут, описанный сначала Т. Fujino с соавт. (1975) [8], а затем W. W. Shaw (1983) [14], несмотря на свои достоинства, не нашел широкого применения в восстановительной хирургии молочной железы [3; 5; 8; 12—14].

С 2002 по 2005 г. в Московской городской онкологической больнице №62 15 пациенткам в возрасте 31—49 лет (средний возраст 42 года), перенесшим мастэктомию по Пэйти, было выполнено одномоментное восстановление молочной железы верхним ягодичным лоскутом (табл. 1).

У 13 пациенток показанием к использованию ягодичного лоскута было недостаточное количество подкожной

Таблица 1

Распределение пациенток в зависимости от стадии заболевания и дополнительных методов лечения

Стадия	Число пациенток	Дополнительные методы лечения			
		Пред-операционная лучевая терапия	После-операционная лучевая терапия	Химиотерапия	Гормонотерапия
I	8	1	0	1	2
II	2	1	0	2	1
III	5	4	4	4	2

клетчатки на передней брюшной стенке. В такой ситуации при использовании TRAM-лоскута, которое является сегодня методом выбора при реконструкции молочной железы, объем восстанавливаемой молочной железы будет заведомо меньше противоположной. В 2 случаях использование TRAM-лоскута было невозможно из-за перенесенных ранее хирургических вмешательств (абдоминопластика и лапаротомия). Окончательный выбор метода реконструкции всегда оставался за пациенткой. Решение принималось после предоставления ей информации обо всех существующих на сегодняшний день методах пластики (протезирование, тканевые экспандеры, торакодорсальный лоскут и т. д.), об их преимуществах, а также о недостатках и возможных осложнениях. При обсуждении предстоящей операции пациентке демонстрировали фотоматериалы, представляющие косметические результаты, которые можно ожидать после восстановления молочной железы.

Во время операции после мастэктомии пациентку поворачивали на операционном столе на бок и располагали так, чтобы нога на стороне вмешательства была вытянута. Такое положение позволяет свободно ушить рану после забора лоскута. Разметку будущего лоскута производили до операции в положении пациентки стоя и располагали так, чтобы послеоперационный рубец максимально скрывался бельем.

При формировании верхнего ягодичного лоскута мы использовали участок большой ягодичной мышцы, в котором проходят перфорантные сосуды от верхней ягодичной артерии и сопутствующей вены. Выделение сосудистой ножки технически сложно из-за небольшой длины (не более 2—3 см) и большого количества ветвей. Использование в качестве пластического материала нижнего ягодичного лоскута связано с работой в области седалищного нерва и заднего кожного нерва бедра. Это может приводить к парестезиям в послеоперационном периоде. Несмотря на то что рубец после выкраивания нижнего ягодичного лоскута скрывается в ягодичной складке, ягодица значительно деформируется. Все это заставило нас применять для трансплантации именно верхний ягодичный лоскут.

После ушивания и дренирования донорской зоны больную переворачивали на спину. Лоскут размещали на месте удаленной молочной железы и подшивали к краям раны.

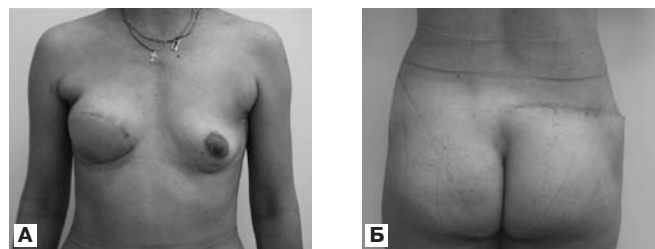


Рисунок 1. Восстановление молочной железы ягодичным лоскутом, пересаженным на микроанастомозах (пациентка А., 38 лет).

А. Вид восстановленной молочной железы через 6 мес после операции. **Б.** Рубец в донорской зоне скрывается бельем.

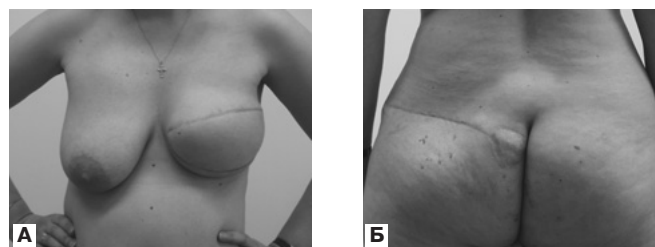


Рисунок 2. Восстановление молочной железы ягодичным лоскутом (пациентка Б., 41 года). Пересаженный ягодичный лоскут позволил полностью восстановить объем удаленной молочной железы.

А. Внешний вид восстановленной молочной железы. Мастопексия здоровой молочной железы позволила бы добиться полной симметрии, однако пациентка от дополнительных вмешательств отказалась. **Б.** Рубец в донорской зоне.

Артерию и вену сосудистой ножки лоскута анастомозировали с внутригрудными сосудами под микроскопом нитью Этилон 8/0. Операцию завершали формированием молочной железы из ревааскуляризованного лоскута. Продолжительность операции составляла в среднем 4—6 ч.

Главной задачей, как при любой реконструкции молочной железы, было достижение максимальной симметрии восстановленной и интактной молочных желез. Основную оценку выполненной операции давала сама пациентка. Все женщины остались довольны полученным результатом, получив сходные как по объему, так и по форме молочные железы (рис. 1 и 2). В 2 наблюдениях через 6 мес были выполнены корректирующие операции: липосакция контралатеральной ягодичной области и восстановление сосково-ареолярного комплекса.

Рубец в донорской зоне во всех случаях легко скрывался бельем. Двум пациенткам в последующем была выполнена липосакция контралатеральной ягодичной области для большей симметрии. У 2 женщин рубец был иссечен, а рана ушита повторно для получения лучшего косметического результата.

Каковы же преимущества и недостатки ягодичного лоскута по сравнению с другими методами восстановления молочных желез?

Ягодичный лоскут обладает достаточным количеством пластического материала для восстановления молоч-

ной железы. Однако возможности пластики ягодичным лоскутом по сравнению с использованием микрохирургического ТРАМ-лоскута, несомненно, более ограничены. Трансплантат из передней брюшной стенки позволяет более естественно и полноценно сформировать восстанавливаемую молочную железу. Использование ягодичной области в качестве донорской зоны оставляет в будущем возможность восстановления контралатеральной молочной железы тем же методом. При пересадке ТРАМ-лоскута такая возможность исключена. Применение одной методики реконструкции с обеих сторон позволяет достигнуть большей симметрии. Трудно сравнить и травму, наносимую донорской зоне. После пересадки ягодичного лоскута пациентки значительно быстрее восстанавливаются, чем после пересадки ТРАМ-лоскута. Пластика ягодичным лоскутом, без всяких сомнений, превосходит по своим возможностям такую распространенную методику реконструкции, как пластика торакодорсальным лоскутом. При использовании торакодорсального лоскута соотношение количества переносимого пластического материала и ущерба, наносимого донорской зоне, на наш взгляд, не выдерживает никакой критики. Реконструкция молочной железы таким методом может выполняться только у очень полных женщин с небольшим объемом молочных желез.

Основным недостатком и самым главным препятствием к более широкому использованию представленной методики реконструкции молочной железы является ее техническая сложность. Пересадка ягодичного лоскута требует терпения при выделении сосудистой ножки, навыков в области микрохирургии, специального оборудования и подготовленного персонала. Тем не менее там, где имеются возможности для проведения таких вмешательств, пересадка ягодичного лоскута может использоваться для реконструкции молочной железы при невыполнимости микрохирургической пересадки ТРАМ-лоскута.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневецкий А. А., Кузин М. И., Оленин В. П. Пластическая хирургия молочной железы. — М.: Медицина, 1987. — С. 10—36.
2. Коренькова Е. В., Боровиков А. М. Практический опыт реабилитации инвалидов с постмастэктомическим синдромом // *Анн. пласт., реконстр. и эстетич. хир.* — 1997. — №3. — С. 70—80.
3. Allen R. J., Tucker C. Superior Gluteal Artery Perforator Free Flap for Breast Reconstruction // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1995. — Vol. 95, N 7. — P. 1207—1212.
4. Blondeel P. N. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience // *Br. J. Plast. Surg.* — 1999. — Vol. 52, N 7. — P. 104—111.
5. Boustred M. A., Nahai F. Inferior gluteal free flap breast reconstruction // *Clin. Plast. Surg.* — 1998. — Vol. 25, N 2. — P. 275—282.
6. Cronin T. D., Gerov F. Augmentation mammoplasty: a new "natural" feel prostheses // *Transaction of the 3rd International Congress of Plastic Surgery, Amsterdam, 1964.* — P. 41—49.
7. Dowden R., Yetman R. Mastectomy with immediate reconstruction: issues and answers // *Cleve. Clin. J. Med.* — 1992. — Vol. 59, N 5. — P. 499—503.
8. Fujino T., Harashina T., Aoyagi F. Reconstruction for aplasia of the breast and pectoral region by microvascular transfer of a free flap from the buttock // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1975. — Vol. 56. — P. 178—183.
9. Gibney J. The long-term results of tissue expansion for breast reconstruction // *Clin. Plast. Surg.* — 1987. — Vol. 14. — P. 509.
10. Grotting J. C., Beckenstein M. S., Arkoulakis N. S. The Art and Science of Autologous Breast Reconstruction // *Breast J.* — 2003. — Vol. 9, N 5. — P. 350—360.
11. Guerra A. B., Metzinger S. E., Bidros R. S. et al. Breast Reconstruction With Gluteal Artery Perforator (GAP) Flaps. A Critical Analysis of 142 Cases // *Ann. Plast. Surg.* — 2004. — Vol. 52, N 2. — P. 118—125.
12. Koshima I., Tsutsui T., Takahachi Y. et al. Free gluteal artery perforator flap with a short, small perforator // *Ann. Plast. Surg.* — 2003. — Vol. 51, N 2. — P. 200—204.
13. Nahai F. Inferior gluteus maximus musculocutaneous flap for breast reconstruction // *Perspect. Plast. Surg.* — 1992. — Vol. 6. — P. 65.
14. Shaw W. W. Breast reconstruction by superior gluteal microvascular free flaps without silicone implants // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1983. — Vol. 72, N 4. — P. 490—501.

Поступила 23.06.2005

A. S. Burlakov, D. U. Samratov GLUTEAL FLAP BREAST RECONSTRUCTION AFTER RADICAL MASTECTOMY

Moscow Municipal Cancer Hospital No. 62, Moscow Region

Pedicle or free transverse flap from anterior abdominal wall is currently the most common approach in breast reconstruction after radical mastectomy. However, lack of soft tissue in the anterior abdominal wall or previous surgery (midline laparotomy, abdominal plasty) make this techniques contraindicated. The progress in microvascular transplantation has resulted in the use of gluteal region as a donor area. The paper describes the first experience (15 cases) of inferior gluteal flap breast reconstruction. This method allows transplantation of sufficient plastic material without serious damage to the donor area. Though technically difficult, the procedure provided good cosmetic results in all cases. Today this approach is the second most common technique (after microvascular transfer of a free flap from anterior abdominal wall) for breast reconstruction.

Key words: mastectomy, reconstruction, gluteal flap, microsurgery.