

Ожорбаев М.Т. ¹, Будлянский А.В. ¹

Наш опыт одноэтапной реконструкции при комплексном лечении рака молочной железы

¹ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

Ozhorbaev M.T., Budliansky A.V.

Own experience in primary reconstruction in complex treatment of breast cancer

Резюме

В работе представлены результаты одноэтапной реконструкции молочной железы у 17 пациентов после мастэктомии. Имплантанты были укрыты торакодосальным лоскутом и corialflap после кожесберегающей мастэктомии и подкожной мастэктомии. Получены отличные, хорошие, удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: рак молочной железы, торакодосальный лоскут, corialflap

Summary

In this work it was presented our own experience of primary reconstruction in 17 patients after mastectomy. Implantants were covered using latissimus dorsi flap and corial flap after scinsparing mastectomy and nipple sparing mastectomy. It was gotten excellent, good and satisfaction outcomes.

Key words: breast cancer, latissimus dorsi flap, corial flap

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин [1]. Десятилетняя выживаемость операбельного РМЖ достигает до 78%, при комплексном лечении (Cancer research UK, 2014). Наиболее частой операцией при РМЖ является мастэктомия (МЭ), после которой, наиболее молодой группе пациентам показана реконструкция [2]. Существует одномоментная и отсроченная реконструкция молочной железы после МЭ, которые подробно описаны в литературе. Однако, преимущество одноэтапной реконструкции не вызывает сомнения; меньшее число операции, достижение отличных и хороших эстетических результатов, сохранение сосково-ареолярного комплекса (САК), субмаммарной складки [2]. Применение аутологических лоскутов (торакодосальный лоскут, liposocialflap) и имплантантов молочной железы значительно облегчает задачу при одноэтапной реконструкции, при которых основной задачей хирурга является укрытие нижнего склона имплантанта и стабилизация последнего [1,3,4].

Применение торакодосальный лоскут (ТДЛ) является распространенной методикой, при реконструкции молочной железы, применяется как изолированно, так и в комбинации имплантантов [1]. R.Laporteetal 2017г после одноэтапной реконструкции ТДЛ+имплантант в 418 случаев получили отличный эстетический результат.

ТДЛ+имплантант может быть использован после лучевой терапии, подходит больным кому показана лучевая терапия. Рекомендуется для реконструкции средних и малых размеров молочной железы [1].

Аутологическая подкожно-кожный дезэпидемизированный лоскут нижней гемисферы молочной железы (liposocialflap), описан немецким хирургом M.Rezai [4]. Отлично подходит для укрытия нижнего склона имплантанта, предотвращает протрузию протеза, деформацию «double-bubble», рекомендуется для реконструкции больших и средних птозированных молочных желез [4].

Условием для одноэтапной реконструкции-это возможность проведения кожесберегающей или подкожной МЭ, показаниями для последних являются: 1. Опухоль менее 4,0 см. 2. Мультицентрический рост (органосохраняющая операция противопоказана) 3. Медленный и умеренный темпы роста 4. Отсутствие поражения кожи, мягких тканей грудной клетки, соска, инфильтрация подмышечной клетчатки. 5. Возможность выполнения в условия комбинированного лечения. 6. Отсутствие тяжелейших коморбидных заболеваний. 7. Большое желание женщины иметь молочную железу.

Материалы и методы

В отделение общей онкологии Свердловского областного онкологического диспансера с мая 2018 г по

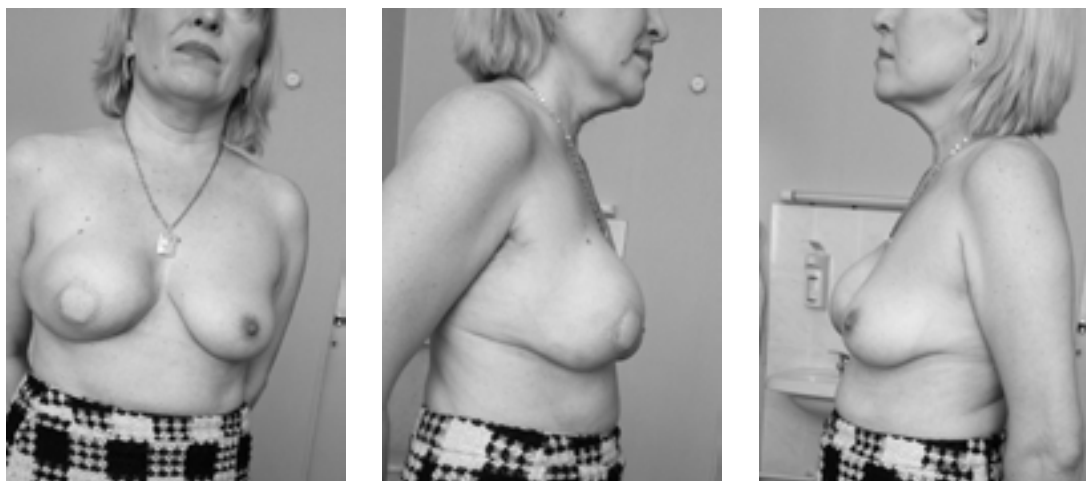


Рисунок 1. Кожеберегающая мастэктомия с реконструкцией ТДЛ+имплантант. Результат через год.



Рисунок 2. 10-е сутки после кожеберегающей мастэктомии с реконструкцией «social flap» в комбинации имплантанта. Справа мастопексия.

сентябрь 2019 г было проведено 17 одноэтапных реконструкций. Возраст от 27 до 49 лет. Стадии заболевания: T1N0M0-8, T1N1M0-3, T2N0M0-4, T2N1M0-2. Биопсия сигнального лимфоузла проводилась 9 пациентам, по срочной гистологии у двух обнаружены метастазы, выполнена стандартная аксиллярная лимфаденэктомия. 8 пациентам аксиллярная лимфаденэктомия. После неoadъювантной химиотерапии 4 пациента. Пациенты в основном центральной локализацией, где органосохраняющая операция противопоказана была. Реконструкция в комбинации торакодосального лоскута с имплантантом у 9, у 8 укрытие нижнего полюса имплантантасocialflap. 11 случаях САК сохранен, у 6 без сохранения. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не были. В 9 случаях получен отличный косметический результат, 7 случаях хороший, 1 случае удовлетворительный. В одном случае через 7 месяцев получен рецидив, повторно прооперирована в объеме удаления рецидива и имплантанта.

Результаты и обсуждение

Выполнение кожеберегающей мастэктомии в сочетании с одномоментной реконструкцией у больных

раком молочной железы способствуют ранней реабилитации за счет сохранения формы органа и восстановления утраченного объема молочной железы. Сочетание применения ТДЛ и имплантант(рис.1), или social flap и имплантант (рис.2) позволяет добиться хорошего косметического эффекта. Данные виды операций, при отсутствии противопоказаний, не ухудшает безрецидивную и общую выживаемость, тем самым обеспечивает условия для достижения удовлетворительных эстетических результатов. Не нарушаются принципы комплексного и комбинированного лечения. Диагностика возможных рецидивов включает: клинические данные, УЗИ, МРТ, пункционная биопсия под контролем УЗИ. Маммография не выполняется.

Выводы

1. Одноэтапная реконструкция с применением аутологических лоскутов и имплантантов заметно улучшают эстетические результаты.
2. Торакодосальный лоскут+имплантант более подходит для реконструкции не птозированной молочной железы.
3. Socialflap+имплантант для реконструкции птозированной молочной железы. ■

Литература:

1. П.В.Криворотько, К.Ю.Зернов, Г.А.Дамян, А.В. Коляхов, М.Б. Никитина, А.С. Емельянов, В.Г. Иванов, А.А.Бессонов, Е.К. Жильцова, Т.Т.Табагуа, К.С. Николаев, А.М. Беляев, В.Ф. Семиглазов. Опыт реконструкции молочной железы с использованием торакодорзального лоскута // Вопросы онкологии, 2018. Том 64, №2, с.206-210.
2. Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПЫТ 1143 РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ) // Вопросы онкологии, 2011, том 57, № 5, с 658-663.
3. В.А. Соболевский, В.Ю. Иваишков, Н.И. Мехтиева, Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы // Практическая онкология т.18, №3-2017, с 246-252.
4. M.Rezai, P.Kern. New surgical strategies in breast surgery // J. AsthetChir 2012.5; 29-36.
5. ЗАВИСИМОСТЬ ИНДЕКСА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ К167 ОТ ПРОЦЕССОВ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОЛОГИЧНЫМИ НЕЙТРОФИЛАМИ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ СЕТЕЙ ДНК ПРИ КОНТАКТЕ С ЭЛЕМЕНТАМИ КАРЦИНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛЮМИНАЛЬНОГО ТИПА В. Семенова А.Б., Долгушин И.И., Казачков Е.Л., Важенин А.В., Зверев Я.О. Уральский медицинский журнал. 2016. № 3 (136). С. 70-73. 159.
6. ПРОЦЕССЫ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОЛОГИЧНЫМИ НЕЙТРОФИЛАМИ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ СЕТЕЙ ДНК ПРИ ВСТРЕЧЕ С ОПУХОЛЕВЫМИ КЛЕТКАМИ КАРЦИНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ И РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА ОПУХОЛИ. Семенова А.Б., Шаманова А.Ю., Шишкова Ю.С., Долгушин И.И., Казачков Е.Л., Важенин А.В. Уральский медицинский журнал. 2014. № 8 (122). С. 29-32. 160
7. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА В ПАРАКАНКРОЗНОЙ И ДИСТАНТНОЙ ЗОНАХ ИНВАЗИВНЫХ КАРЦИНОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ТИПА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ. Казачков Е.Л., Семенова А.Б., Шаманова А.Ю. Уральский медицинский журнал. 2014. № 8 (122). С. 33-36.