

Литература

1. Амбариумян, А.В. Многослойная трансплантация амниотической мембраны при нейротрофических язвах различной этиологии / А.В. Амбариумян // Сборник научных трудов. Российский общенациональный офтальмологический форум. – Т.2, М., 2009. – С. 251-255.
- Ambariumyan, A. Multilayer amniotic membrane transplantation in neurotrophic ulcers of various etiologies / A. Ambariumyan // Collection of scientific works. The Russian national ophthalmology forum. – Volume 2, Moscow, 2009. – P. 251-255.
2. Гундорова, Р.А. Микроинвазивная десцеметопластика – пересадка десцеметовой мембраны и эндотелия через 2,0 мм разрез / Р.А. Гундорова, В.В. Нероев, М.А. Воробьева, О.Г. Оганесян, Д.Ю. Данилова // Сборник научных трудов. Российский общенациональный офтальмологический форум. – Т. 2, М., 2009. – С. 275-277.
- Gundorova, R.A. Microinvasivedesmetoplastika-transplant Descemet membrane and endothelium through a 2.0 mm incision / R.A. Gundorova, V. Nero, M.A. Vorobyov, O.G. Oganessian, D. Daniel // Collection of scientific works. The Russian national ophthalmology forum. – Т. 2, Moscow, 2009. – P. 275-277.
3. Гундорова, Р. А. Применение амниотической мембраны в офтальмологии: обзор литературы // Р. А. Гундорова, О. В. Киселева, Н. В. Сороколетова // Рефракционная хирургия и офтальмология. – 2007. – № 2. – С. 27-31.
- Gundorova, R. A. Application of amniotic membrane in ophthalmology: a literature review // R.A. Gundorova, O.A. Kiseleva, N.V. Sorokoletova // Refractive surgery and ophthalmology. – 2007. – № 2. – P.27-31.
4. Драваджян, З.Х. Применение амниотической мембраны при перфорациях роговицы / З.Х. Драваджян, А.В. Амбариумян, А.В. Овакимян // Сборник научных трудов. Российский общенациональный офтальмологический форум. – Т. 2, – М., 2009. – С. 280-284.
- Dravadzhyan, Z.H. The use of amniotic membrane in corneal perforation / Z.H. Dravadzhyan, A. Ambariumyan, A. Hovakimian // Collection of scientific works. The Russian national ophthalmology forum. – Т. 2 – М., 2009. – P. 280-284.
5. Джураева, Ш.У. Первый опыт пересадки амниотической мембраны в лечении различных заболеваний роговицы / Ш.У. Джураева, Т.И. Гельманова // Тезисы докладов. Девятого съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 304.
- Juraev S.U. The first experience of amniotic membrane transplantation in the treatment of various diseases of the cornea / S.U. Juraev, T. Gelmanova // Abstracts. Ninth Congress of Ophthalmologists of Russia. – М., 2010. – P.304.
6. Егоров, В.В. Поиск возможностей повышения эффективности лечения тяжелых индуцированных дистрофий роговицы методом эксимерной хирургии / В.В. Егоров, В.Д. Посвалюк, Е.Л. Сорокин // Офтальмология. – 2008. – Т.5, №3. – С. 35-40.
- Egorov, V.V. Search for opportunities to enhance the effectiveness of the treatment of severe corneal dystrophies induced by excimer surgery / V. Egorov, V. Posvalyuk, E.L. Sorokin // Ophthalmology. – 2008. – Vol.5, № 3. – P. 35-40.
7. Каспаров, А.А. Послеоперационная буллезная кератопатия: трансплантационные и не трансплантационные методы лечения / А.А. Каспаров, Е. А. Каспарова, С.В. Труфанов // Тезисы докладов. Девятого съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 307.
- Kasparov, A.A. Postoperative Bullous keratopathy: transplant and transplant treatments / A.A. Kasparov, Kasparov, E.A., S.V. Trufanov // Abstracts. Ninth Congress of Ophthalmologists of Russia. – М., 2010. – P. 307.
8. Каспаров, А.А. Использование консервированной амниотической мембраны для реконструкции поверхности переднего отрезка глаза / А.А. Каспаров, С.В. Труфанов // Вестник офтальмологии. – 2003. – № 3. – С. 45 – 47.
- Kasparov, A.A. The use of amniotic membrane preserved for the reconstruction of the surface of the anterior segment of eye / A.A. Kasparov, S. Trufanov // Journal of Ophthalmology. – 2003. – № 3. – P. 45 – 47.
9. Мороз, З.И. Современные аспекты кератопластики / З.И. Мороз, Х.П. Тахчиди, Ю.Ю. Калинин // Новые технологии в лечении заболеваний роговицы. Материалы конф. – М., 2004. – С.280-288.
- Frost, Z.I. Modern aspects of keratoplasty / Z.I. Frost, J.P. Tahchidi, Y. Kalinnikov // New technologies in the treatment of diseases of the cornea. Materials Conf. – М., 2004. – P.280-288.
10. Момозе, А. Использование лиофилизированной амниотической оболочки человека для лечения поражений поверхности глазного яблока / А. Момозе, К. Ксяо-Хонг, А. Джунсуке // Офтальмохирургия. – 2001. – № 3. – С. 3-9.
- Momoze, A. The use of freeze-dried human amniotic membrane for treatment of the surface of the eyeball / A. Momoze, K. Xiao-Hong, A. Dzhunsuke // ophthalmic surgery. – 2001. – №3. – P.3-9.
11. Мороз З.И. Современные направления хирургического лечения патологии роговицы / З.И. Мороз // Тезисы докл. Девятого съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С.298-299.
- Moroz, Z.I. Modern trends of surgical treatment of diseases of the cornea/ Z.I. Moroz // Abstracts Ninth Congress of Ophthalmologists of Russia in 2010. – Moscow, 2010. – P. 298-299.
12. Мамиконян В.Р. Современные технологии пересадки роговицы / В.Р. Мамиконян, С.В. Труфанов, Г.А. Осипян // Там же. – М., 2010. – С.311.
- Mamikonyan V.R. Sovremennyye corneal transplant technology / V.R. Mamikonyan, S.V. Trufanov // Jbid. – М., 2010. – P.311.
13. Новицкий, И. Я. Место трансплантации амниотической оболочки в лечении заболеваний роговицы, сопровождающихся неоваскуляризацией / И. Я. Новицкий // Вестник офтальмологии. – 2003. – № 6. – С. 9-11.
- Novitsky, J.J. Transplantation of amniotic membrane location in the treatment of corneal diseases involving neovascularization / I.J. Nowicki // Journal of Ophthalmology. – 2003. – №6. – P.9-11.

Т.И.Николаева, Т.Н.Жарникова, Т.А.Мигалкина, П.М.Иванов ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 618.19-006.6-089.844

Представлен опыт применения первичной пластики молочной железы при раке. Одномоментная реконструкция молочной железы после мастэктомии представляет собой эффективный метод реабилитации женщин, имеющий ряд преимуществ: психологических, эстетических и практических. Выбор метода реконструкции зависит от онкологической ситуации, конституциональных особенностей пациентки, а также собственных пожеланий. Однако возможность проведения органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций напрямую зависит от стадии заболевания, и они должны выполняться по строгим показаниям.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивно-пластические операции, эстетические результаты хирургического лечения.

Experience of application of a primary plasticity of a mammary gland is presented at a cancer. One-stage reconstruction of a mammary gland after a mastectomy represents an effective method of rehabilitation of women and has a number of advantages: psychological, esthetic and practical. The choice of a method of reconstruction depends on an oncological situation, constitutional features of the patient, and also own wishes. However carrying out possibility preservation of organs and reconstructively-plastic operations directly depends on a stage of disease and should be carried out under strict indications.

Keywords: breast cancer, reconstructively-plastic operations, esthetic results of surgical treatment.

Якутский научный центр КМП СО РАМН:
НИКОЛАЕВА Татьяна Ивановна – к.м.н., с.н.с., зав. хирургическим отделением ГУ ЯРОД; **ЖАРНИКОВА Татьяна Николаевна** – к.м.н., м.н.с., хирург-онколог ЯРОД; **МИГАЛКИНА Татьяна Афанасьевна** – хирург-онколог ЯРОД; **ИВАНОВ Петр Михайлович** – д.м.н., проф., зав.лаб., зав. курсом онкологии МИ ЯГУ.

Проблема рака молочной железы (РМЖ) является актуальной в последние несколько десятилетий не только

из-за высокой заболеваемости, но также из-за трудностей, с которыми сталкиваются женщины в результате

проведенного лечения. Это проблемы драматического изменения внешнего облика, образа жизни и степени самооценки, которые возникают после хирургического лечения, особенно если хирургической операцией была мастэктомия [2]. Все это приводит к серьезным психологическим травмам, которые зачастую влекут необратимые изменения в социальной жизни пациентки. Возможности реконструктивной хирургии способны раздвинуть эти рамки, делая возможным одномоментное восстановление молочной железы, а также позволяют расширить показания к органосохраняющим операциям. Выбор хирурга зависит от стадии заболевания, а именно от размера первичной опухоли, ее локализации, отношения размера опухоли к размеру молочной железы, а также от возраста больной (с точки зрения как прогноза заболевания, так и значения сохранения молочной железы для пациентки), формы молочной железы и других факторов, которые могут препятствовать выполнению сохранной операции.

В настоящее время ряд авторов [1,3] рекомендуют более широкое применение первичной пластики, указывая на ее безопасность, благоприятные технические условия проведения, лучший косметический результат, а также значимое уменьшение психической и физической травм. Кожещберегающая мастэктомия (skin-sparing mastectomy) с реконструкцией молочной железы уже 10 лет является стандартной методикой выполнения одномоментных реконструктивных вмешательств при раке [4]. Сохранение кожи молочной железы в процессе мастэктомии позволяет сохранить ее естественные контуры и минимизировать площадь рубцов на молочной железе. При этом кожещберегающая мастэктомия не противоречит принципам Маддена [5].

В хирургическом отделении ГУ ЯРОД практика выполнения одномоментных реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы началась с 2008 г. Первые три оперативных вмешательства были выполнены совместно с ведущими хирургами Томского онкологического диспансера и муниципальной клинической больницы №1 г. Новосибирска в следующих вариантах: секторальная резекция молочной железы с замещением дефекта торако-дорзальным лоскутом (ТДЛ), САК-сберегающая (САК-сосково-ареолярный комплекс) мастэктомия с пластикой молочной железы имплантом, радикальная мастэктомия по Мадден с реконструкци-

ей TRAM-лоскутом (лоскут на прямых мышцах живота). Все женщины молодого возраста до 45 лет, с установленным диагнозом рак молочной железы в ранней стадии заболевания. Вариант хирургического лечения выбирался с учетом размера и расположения опухоли, размеров молочной железы, конституциональных особенностей и предпочтений пациентки. Результаты проведенного хирургического лечения удовлетворительные, со стороны как послеоперационного течения, онкологических принципов лечения, так и психологического состояния женщин и эстетического эффекта.

С 2011 г. в хирургическом отделении Якутского республиканского онкологического диспансера проведены реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы еще четверым пациенткам. Возраст больных приходился на социально-активный период жизни - 36, 42, 43 и 51 год. Диагноз рак молочной железы всем женщинам был установлен после проведенной в онкодиспансере и других учреждениях г.Якутска секторальной резекции по поводу предполагаемой клинически и инструментально фибroadеномы. Размер первичной опухоли не превышал 2 см, локали-

зация образования в наружных квадрантах, без признаков поражения регионарных лимфатических узлов. Все пациентки имели желание сохранить формы молочной железы.

Двум пациенткам была выполнена подкожная САК-сберегающая радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц и подмышечно-подлопаточно-подключичной лимфодиссекцией. Интраоперационно в обязательном порядке проведено срочное гистологическое исследование протоков подсосковой зоны, которое позволило выполнить данный объем оперативного вмешательства. Реконструкция молочной железы ТДЛ в сочетании с силиконовым имплантом произведена с учетом размеров, формы и уровня птоза молочной железы. Послеоперационный период у обеих женщин протекал гладко, достигнуты достаточно высокие и удовлетворительные эстетические результаты хирургического лечения (рис.1 и 2).

Третьей пациентке также была проведена подкожная САК-сберегающая радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц. Реконструкция проведена пластикой молочной железы изначально большим размером импланта, который был выбран с

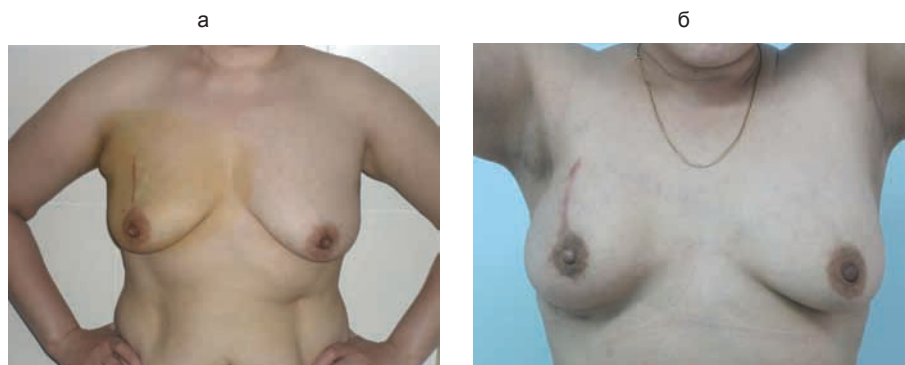


Рис.1. Пациентка Т., 36 лет. Диагноз: Рак правой молочной железы T2N0M0. Внешний вид: а – до операции после секторальной резекции, б) через 6 месяцев после операции



Рис.2. Пациентка Е., 51 год. Диагноз: Рак левой молочной железы T1N1M0. Внешний вид: а – до операции после секторальной резекции, б – после одномоментной реконструкции молочной железы



Рис.3. Пациентка С., 42 года. Диагноз: Рак молочной железы T1N0M0. Внешний вид: а – до операции после секторальной резекции, б – после операции через 1 мес., краевой некроз кожи в области рубца

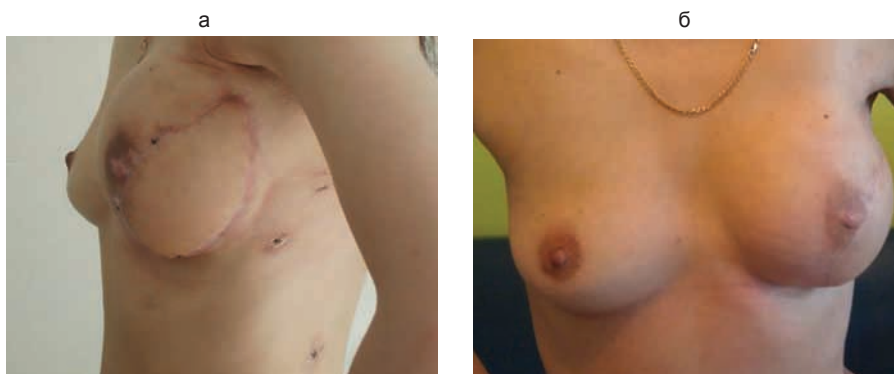


Рис.4. Пациентка С., 42 года. Диагноз: Рак молочной железы T1N0M0. Внешний вид: а – после повторной операции через 3 месяца (вид сбоку) б – через 9 месяцев

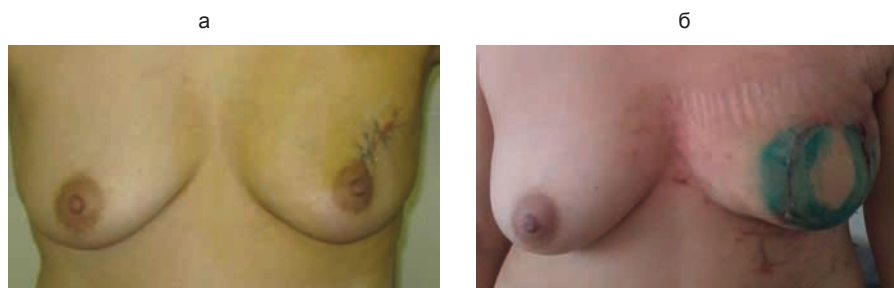


Рис.5. Пациентка Н., 43 года. Диагноз: Рак молочной железы T1N0M0. Внешний вид: а – до операции после секторальной резекции, б – после реконструкции молочной железы

согласия женщины, чтобы в будущем произвести возможную аугментационную (увеличивающую) маммапластику противоположной стороны. Ввиду недооцененных нами конституциональных особенностей женщины, таких как выраженная гипотрофия подкожно-жирового слоя и мышц передней грудной стенки, в позднем послеоперационном периоде у пациентки развился краевой некроз кожи с тенденцией к инфицированию (рис.3).

Учитывая риск возникновения осложнений (инфицирование импланта), пациентке проведено повторное оперативное вмешательство в объеме – иссечение пораженного участка кожи и замещение дефекта торако-дорзальным лоскутом в сочетании с

имплантом. Послеоперационный период протекал гладко. Эстетический эффект удовлетворительный (рис.4).

Четвертой пациентке с учетом конституциональных особенностей произведена коhesьберегающая мастэктомия сподмышечно-подлопаточно-подключичной лимфодиссекцией и реконструкция молочной железы торако-дорзальным лоскутом. Послеоперационный период гладкий. Достигнуты удовлетворительные эстетические результаты лечения (рис.5). В последующем женщине будет выполнено отсроченное формирование соскового комплекса.

Всем пациенткам согласно стандартам проведено комбинированное лечение по радикальной программе. За период наблюдения от 6 месяцев и

более после операции состояние женщин удовлетворительное, со стороны сформированной молочной железы негативных последствий не отмечают, движения в руке не ограничены.

В заключение следует подчеркнуть, что тенденции в хирургии молочной железы при раке, существующие в мировой практике, направлены на более консервативный подход к объему хирургического вмешательства. Однако возможность проведения органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций напрямую зависит от стадии заболевания, и они должны выполняться по строгим показаниям. К сожалению на сегодняшний день, в Республике Саха (Якутия), как и в России, большое количество больных с впервые выявленным РМЖ имеют стадию заболевания, при которой выполнение органосохраняющего лечения невозможно. Радикальная мастэктомия в различных модификациях остается основным методом хирургического лечения РМЖ. Эта операция спасает жизнь больным, но наносит женщинам тяжелый эстетический ущерб.

Следует отметить, что данные представляют собой непосредственные результаты лечения, основанные на первоначальном опыте. В дальнейшем будут исследованы отдаленные результаты лечения, основанные на достаточном количестве и сроке наблюдения.

Литература

1. Демидов В.П. Первичные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы: методические рекомендации / В.П. Демидов, Д.Д. Пак. – М., 1999.
2. Demidov, V. P. Primary reconstructively-plastic operations at a mammary gland cancer / Demidov V. P, Pak D.D.//Methodical references. M, 1999.
3. Малигин С.Е. Реконструктивно-пластические вмешательства при раке молочной железы. Новые стандарты и перспективы / С.Е. Малигин, Е.Н. Малигин, Н.Г. Русакова // Практическая онкология. Рак молочной железы 2010. - Т.11. - №4. – С. 253-257.
4. Malygin, S.E. reconstructively of an intervention at a mammary gland cancer. New standards and prospects / S.E.Malygin, E.N.Malygin, N.G. Rusakova.//Practical oncology. A mammary gland cancer. - Т.11- № 4, 2010 – С. 253-257.
5. Chalnot P. Le dedoublement du sein restant / P. Chalnot, J.Ann Michon // Chir Plast. – 1958. – 3-35.
6. Simmons R.M. Local and distant recurrence rate in skin-sparing mastectomies compared with non-skin-sparing mastectomy / R.M. Simmons // Ann.Surg.Oncol.-1999, Oct-Nov.-Vol.6(7).-P.676.
7. Tumor-specific immediate reconstruction in breast cancer patients/ Audretsb W., Rezai M., Kolotas C. [et al.] // Perspectives in Plastic Surgery. – 1998. – Vol.11.- P.71-100.