

## Реконструктивно-пластическая хирургия рака молочной железы центральной и медиальной локализации

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, А.С. Ванесян

Отделение маммологии Республиканского клинического онкологического диспансера, Казань, Республика Татарстан

Контакты: Анна Спартаковна Ванесян [anna\\_vanesyan@yahoo.com](mailto:anna_vanesyan@yahoo.com)

При ретроспективном анализе ранних и отдаленных результатов хирургического лечения больных раком молочной железы (РМЖ) центральной и медиальной локализации выявлено, что использование реконструктивно-пластических операций не усугубляет течение опухолевого процесса после выполнения радикальных операций в комбинации с видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией, а применение последней, в свою очередь, не приводит к ухудшению непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ при сочетании с одномоментной реконструкцией.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, видеоторакоскопическая парастеральная лимфатическая диссекция, реконструктивно-пластические операции

### Reparative plastic surgery for central and medial breast cancer

A.Kh. Ismagilov, R.Sh. Khasanov, A.S. Vanesyan

Department of Mammology, Republican Clinical Cancer Dispensary, Kazan, Republic of Tatarstan

Retrospective analysis of the early and long-term results of surgical treatment in patients with central and medial breast cancer (BC) has revealed that reparative plastic surgery does not make the course of the tumor process worse after radical operations in combination with video-assisted thoracoscopic parasternal lymphatic dissection, and the latter does not in turn yield worse immediate and long-term results of surgical treatment in combination with one-stage repair.

**Key words:** breast cancer, video-assisted thoracoscopic parasternal lymphatic dissection, reparative plastic operations

#### Введение

Рак молочной железы (РМЖ) — одна из наиболее часто встречающихся форм злокачественных опухолей у женщин. Ежегодно в России регистрируется 50 тыс. новых случаев РМЖ [1].

Высокая заболеваемость определяет стратегию борьбы, которая ориентирована на сокращение смертности, увеличение безрецидивного периода и улучшение качества жизни [2].

Из года в год возрастает доля случаев РМЖ, диагностируемого в ранней стадии у молодых женщин. Это означает, что пациентки будут жить намного дольше, однако после выполнения мастэктомии у них могут возникнуть психологические проблемы, связанные с наличием физического дефекта.

Реконструкция молочной железы помогает женщинам, подвергшимся мастэктомии при РМЖ, снова почувствовать себя целостными, восстановить симметрию тела, справиться с тревожными состояниями, расширить свой гардероб, вернуть сексуальную привлекательность и наладить половую жизнь [3–7].

При локализации опухоли в центральных и медиальных квадрантах молочной железы одним из очагов регионарного метастазирования является парастер-

нальный коллектор. Вероятность возникновения метастазов, по данным некоторых авторов, колеблется от 12 до 33% [8–12].

Первые парастеральные лимфатические диссекции в нашей клинике были выполнены в 1959 г. Сначала они имели вид расширенных мастэктомий, которые проводили по методу Урбана–Холдина, а начиная с 1995 г. на базе Республиканского клинического онкологического диспансера Республики Татарстан (РКОД РТ) была разработана процедура осуществления видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекции [2].

**Цель исследования** — оценка обоснованности выполнения радикальных операций на молочной железе при локализации опухоли в центральной и медиальной зонах в сочетании с видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией и различными видами одномоментных реконструктивно-пластических операций; выявление недостатков этого сочетания и поиск путей их преодоления.

#### Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ отдаленных и непосредственных результатов хирургического

лечения больных РМЖ центральной и медиальной локализации, прооперированных в отделении маммологии РКОД РТ в период с 1996 по 2009 г.

Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 507 пациенток, подвергшихся реконструктивно-пластическим операциям (в 438 случаях выполнены одномоментные реконструкции, в 69 — отсроченные). Во 2-ю группу были включены 1167 больных, которым реконструктивно-пластических операций не проводили. В группе больных, перенесших одномоментные реконструкции, в свою очередь, выделены 2 группы. Первую группу ( $n = 249$ ) составили пациентки, которым была выполнена радикальная операция с одномоментной реконструкцией без осуществления парастеральной лимфатической диссекции, вторую ( $n = 189$ ) — больные, подвергшиеся радикальной операции в сочетании с одномоментной реконструкцией и видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией (табл. 1).

Таблица 1. Распределение пациенток в зависимости от типа реконструкции

Тип реконструкции	Число больных	
	1-я группа	2-я группа
ТДЛ	127	44
TRAM	79	78
Экспандер	42	67
Всего...	249	189

Примечание. Здесь и в табл. 2: ВТСПЛАЭ — видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия, ТДЛ — торакодорзальный лоскут, TRAM (transverses rectus abdominalis myocutaneous flap) — поперечный ректоабдоминальный лоскут

## Результаты и обсуждение

При сравнении показателей общей 5-летней выживаемости пациенток, перенесших различные виды реконструкций (1-я группа), и больных, которым реконструктивно-пластических операций не проводили (2-я группа), статистически достоверной разницы не выявлено (рис. 1).

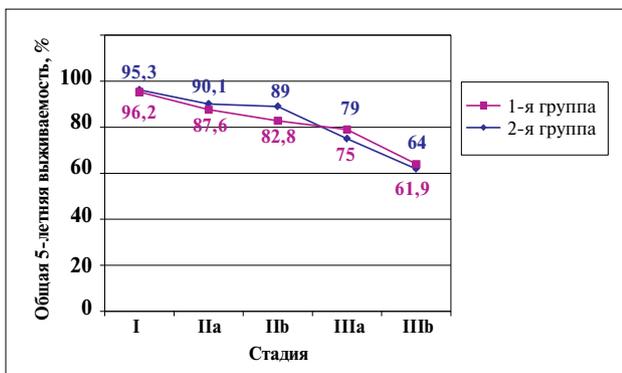


Рис. 1. Общая 5-летняя выживаемость в 2 группах

Таким образом, представленные на рис. 1 данные еще раз подтверждают общеизвестное положение о том, что реконструктивно-пластические операции не влияют на течение опухолевого процесса больных РМЖ.

Данные анализа отдаленных результатов хирургического лечения, полученных у больных, подвергшихся радикальным операциям в сочетании с торакоскопической лимфодиссекцией, одномоментной реконструкцией молочной железы и торакоскопической лимфодиссекцией и одномоментной реконструкцией, представлены на рис. 2.

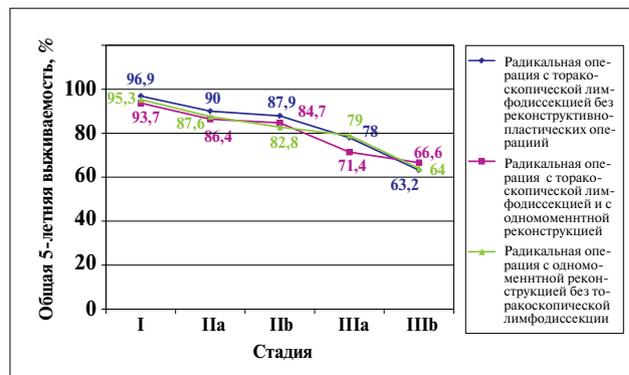


Рис. 2. Общая 5-летняя выживаемость в 3 группах

В зависимости от типа реконструктивно-пластических операций и наличия/отсутствия парастеральной лимфатической диссекции в раннем послеоперационном периоде у пациенток был выявлен ряд осложнений (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что в группе больных, перенесших одномоментную пластику TRAM-лоскутом в сочетании с видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией, имело место большее число послеоперационных осложнений, в основном за счет наличия краевых некрозов. Развитие данного осложнения связано с отсутствием возможности выполнения забора лоскута на обеих прямых мышцах живота при больших объемах переносимых тканей, поскольку при осуществлении торакоскопической парастеральной лимфатической диссекции происходит пересечение одного из внутренних грудных сосудистых стволов, являющегося питающей ножкой TRAM-лоскута. Выходом из создавшегося положения, на наш взгляд, является проведение дополнительной васкуляризации ректоабдоминального лоскута (рис. 3).

Таким образом, сочетание 3 видов хирургических вмешательств (радикальная операция, парастеральная видеоторакоскопическая лимфатическая диссекция и различные виды одномоментных реконструктивно-пластических операций) не приводит к ухудшению отдаленных результатов хирургии

Таблица 2. Характеристика послеоперационных осложнений

Тип реконструкции	Число больных, п/N (%)					
	с ВТСПЛАЭ			без ВТСПЛАЭ		
	ТДЛ	TRAM	Экспандер	ТДЛ	TRAM	Экспандер
Тотальный некроз лоскута	1/44 (2,3)	—	—	1/127 (0,8)	—	—
Краевой некроз лоскута	—	14/78 (17,9)	—	2/127 (1,6)	8/79 (10,4)	—
Некроз пупка	—	7/78 (8,9)	—	—	8/79 (11,4)	—
Послеоперационная грыжа	—	1/78 (1,2)	—	—	2/79 (2,6)	—
Некроз реципиентной кожи	—	4/78 (5,1)	—	—	3/79 (3,8)	—
Нагноение ложа	—	—	6/67 (8,9)	—	—	4/42
Всего...	1/44 (2,3)	26/78 (33,1)	6/67 (8,9)	3/127 (2,4)	21/79 (28,2)	4/42 (9,5)



Рис. 3. Пациентка, подвергшаяся правосторонней кожносохраняющей мастэктомии в сочетании с видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией и одномоментной реконструкцией молочной железы TRAM-лоскутом, выполненной на ножке с осуществлением дополнительной васкуляризации

ческого лечения и позволяет, наряду с соблюдением принципов онкологического радикализма, обеспечить хороший эстетический результат.

### Заключение

С учетом изложенного выше можно сделать вывод о том, что использование реконструктивно-пластических операций не усугубляет течение опухолевого процесса после выполнения радикальных операций в сочетании с видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией, а применение последней, в свою очередь, не приводит к ухудшению непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ при сочетании с одномоментной реконструкцией.

Проблему отсутствия возможности использования ипсилатеральной прямой мышцы живота при сочетании видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекции с одномоментной реконструкцией TRAM-лоскутом можно решить за счет осуществления дополнительной васкуляризации контралатеральной мышцы путем наложения микрососудистого анастомоза между нижними надчревными и внутренними грудными сосудами (с видеоторакоскопической мобилизацией последних).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мерабишвили В.М., Цветкова Т.Л., Попова Т.Г. и др. Сравнительные данные 5-летней наблюдаемой и относительной выживаемости женщин, больных раком молочной железы, по данным популяционных раковых регистров Санкт-Петербурга, Краснодарского края и Ханты-Мансийского автономного округа. В сб.: Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции. С-Пб., 1994; с. 130–3.
2. Исмагилов А.Х., Сигал Е.И. Хирургическое лечение рака молочной железы центральной и медиальной локализации. Казань, 2004.
3. Dixon J.M. Breast surgery. Philadelphia, 2006.
4. Schain W.S. Breast reconstruction. Update of psychosocial and pragmatic concerns. Cancer 1991;68 (Suppl 5):1170–5.
5. Stevens L.A., McGrath M.H., Druss R.G. et al. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. Plast Reconstr Surg 1984;73:619–28.
6. Goin M.K., Goin J.M. Psychological reactions to prophylactic mastectomy synchronous with contralateral breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 1982;70:355–9.
7. Weiler-Mithoff E.M. Breast reconstruction; techniques, timing and patient selection. CML Breast Cancer 2001;13:1–11.
8. Найденов В. За расширената мастэктомия при рак на млечната железа. Онкология (София) 1970;7(6):65–9.
9. Холдин С.А., Дымарский Л.Ю. Расширенные радикальные операции при раке молочной железы. Л.: Медицина, 1975.
10. Tanaka M., Nishimura Y., Koga T. et al. Aspects of parasternal lymph node dissection in radical mastectomy for breast cancer. Nippon Gan Chiryō Gakkai Shi 1990;20(25):960–4.
11. Nechushkin M.I., Trigolov A.V., Uimanov V.A. et al. The role of telethoracoscopic parasternal lympho-dissection in the diagnosis and treatment of breast cancer. Vestn Ros Akad Med Nauk 2002;1:60–4.
12. Veronesi U., Marubini E., Mariani L. et al. The dissection of internal mammary nodes does not improve the survival of breast cancer patients: 30-year results of a randomized trial. Eur J Cancer 1999;35:1320–5.