

Реконструктивно-восстановительная хирургия после мастэктомии

По-прежнему, при раке молочной железы основным хирургическим вмешательством является мастэктомия по-Пейти или Маддену (полное удаление молочной железы с лимфатическими узлами в подмышечной зоне). Органосохраняющие операции не всегда сопровождаются удовлетворительным эстетическим результатом, так как в первую очередь направлены на радикальность операции, основная цель которой – минимизировать риск возможных местных рецидивов, что в ряде случаев диктует необходимость в широких резекциях и неудовлетворительных косметических результатов. Решение о возможности органосохраняющей операции определяется стадией заболевания, локализацией опухоли, размером молочной железы, отсутствием 2 и более опухолевых узлов в молочной железе. При 2 и 3 стадиях рака молочной железы оправданным является проведение неоадьювантной (предоперационной) полихимиотерапии или гормонотерапии, не только с точки зрения системного противоопухолевого лечения, но и с целью уменьшения размеров первичного очага в молочной железе с последующим выполнением органосохраняющей операции. Однако, только в половине случаев выполненных органосохраняющих операций. Улучшение качества жизни больных РМЖ достигается в результате применения различных модификаций реконструктивно-восстановительных операций с учетом стадии заболевания, гистотипа опухоли, объема удаленных тканей, предшествующей лучевой терапии, возраста, сопутствующей патологии и т.д.



По сроку осуществления реконструктивно-восстановительной операции разделяют:

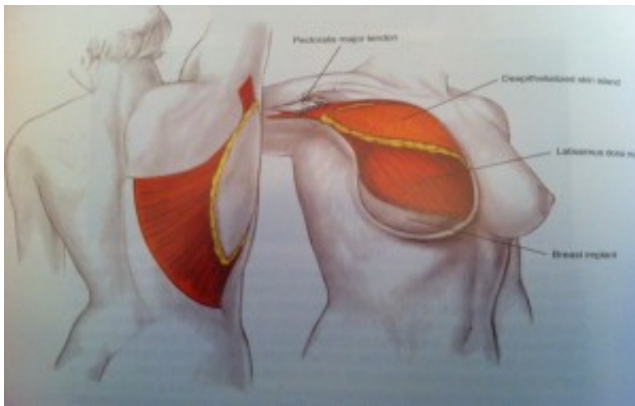
- Одномоментная пластическая операция с удалением молочной железы или ее части.
- Отсроченная пластическая – через некоторое время после произведенной радикальной операции.

Реконструктивно-восстановительная маммопластика по способу осуществления делится:

- Аллопластика – реконструкция с помощью эндопротезов.
- Аутопластика – реконструкция с помощью собственных тканей (с или без использования силиконовых эндопротезов):

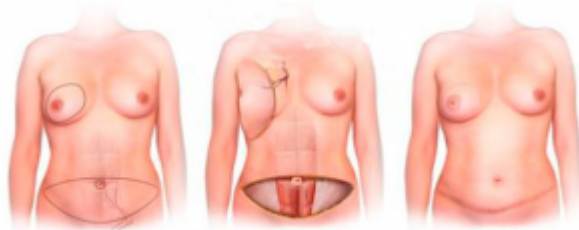
1. Пластика кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке (несвободное перемещение донорского участка поворотом с живота, спины на зону будущей молочной железы)

Реконструкция торакодорзальным лоскутом и имплантатом



Реконструкция лоскутом прямой мышцы живота (TRAM)

2. Аутоотрапсантация свободными лоскутами с наложением сосудистых анастомозов (микрорекопструктивная операция, когда лоскут полностью отделяется от донорской зоны и под микроскопом накладываются швы между сосудами лоскута и близлежащими сосудами — торакодорзальной группой, внутренней грудной).



Реконструкция DIEP-лоскутом

Варианты реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы:

1) модифицированная подкожная мастэктомия по-Пейти или Маддену (с сохранением сосково-ареолярного комплекса) с одномоментной установкой силиконового импланта или эндопротеза Becker.



2) модифицированная мастэктомия по-Пейти с отсроченной установкой тканевого экспандера или эндопротеза Веcker и восстановлением сосково-ареолярного комплекса.



3) модифицированная мастэктомия по-Пейти или Маддену с одномоментной или отсроченной реконструкцией торакодorzальным лоскутом, при необходимости с одномоментной установкой силиконового импланта.



4) мастэктомия с одномоментной или отсроченной реконструкцией поперечным ректоабдоминальным лоскутом, лоскутом Льюиса, лоскутом большой ягодичной мышцы, при необходимости с одномоментной установкой силиконового импланта.

Наиболее предпочтительным для женщин является немедленная реконструктивно-восстановительная операция, в связи с отсутствием необходимости повторного хирургического вмешательства и минимальным эмоциональным дискомфортом; не менее важен психологический аспект, когда отсутствует промежуток от нескольких месяцев до нескольких лет без молочной железы. Косметические преимущества одномоментного хирургического лечения и восстановления также понятны: отсутствие дополнительных рубцов, повторных разрезов с последующим дефицитом кожного покрова, возможность сохранения субмаммарной складки и короткий койко-день.

Вопрос о возможности одномоментной реконструкции молочной железы после мастэктомии зависит от стадии, прогноза и локализации опухолевого процесса, биологических свойств опухоли. Выявление местных метастазов не затруднено в результате выполненных восстановительных вмешательств; частота же обнаружения местного рецидива РМЖ после мастэктомии и одномоментной реконструкции не превышает таковую после мастэктомии. По данным многих рандомизированных проспективных исследований показатели общей выживаемости после мастэктомии и органосохраняющей операции в сочетании с местной лучевой терапией не разнятся. Разделение анатомически единой лимфатической системы молочной железы, достигаемое посредством кожесохраняющей мастэктомии, приближает эту операцию к органосохраняющим и является теоретически обоснованным применением лучевой терапии, как необходимого дополнения к данному виду реконструкции. В течении 10 лет частота возникновения после мастэктомии и эндопротезирования местного рецидива при сохранении кожного лоскута составляет при I стадии 3.7 %, II стадии – 9.8 % (Carlson G.W. с соавт., 2003 г.). К сожалению, ни во всех исследованиях учитывали факторы риска местного рецидива: гистологическая степень злокачественности, наличие опухолевых

клеток в краях резекции, размер опухолевого узла, мультицентричность, внутрипротоковый компонент (EIC), уровень рецепторов эстрогенов и прогестерона, сверхэкспрессия Her-2/neu. Согласно концепции В. Fisher (1985 г.), местные рецидивы, являются только индикаторами метастазирования, ни определяя показатели общей выживаемости.

Лучевую терапию проводят с осторожностью после реконструктивно-восстановительных операций в связи с возможным ухудшением косметического результата (ишемия лоскута, тромбозы в анастомозированных сосудах, увеличение риска формирования капсулярных контрактур). Доза лучевой терапии при реконструктивных операциях не должна превышать 45 Грей и не ранее 3 месяцев после операции.

Прогресс хирургических методов лечения с калечащих мастэктомий по Холстеду с удалением грудных мышц до удаления сектора молочной железы или радикальных операций с одномоментным протезированием и/или пластикой собственными тканями, позволяет индивидуально подобрать вариант радикального хирургического лечения в комбинации с реконструктивно-восстановительным этапом, тем самым, достигая улучшения качества жизни. Психологическая реабилитация женщин, перенесших лечение от рака молочной железы напрямую зависит от реконструктивного этапа, который не влияет на продолжительность жизни, а значительно улучшает ее качество!

Реконструктивно-восстановительная операция после мастэктомии является необходимым компонентом в комбинированном лечении рака молочной железы, и даже при прогнозируемом появлении в течении жизни отдаленных метастазов или местных реидовов, не может быть противопоказана. Основной задачей, несомненно, является радикальность хирургического лечения злокачественного заболевания, что, на современном уровне, необходимо сочетать с максимальным косметическим эффектом реконструктивно-восстановительного вмешательства.