
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Р. А. Хвастунов, О. В. Широков, А. А. Усачев

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ,
Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1

АСПЕКТЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 618.19-006.6:616-089.844

Представлены клинические случаи использования приемов пластической хирургии при реконструкции молочной железы при раке.

Ключевые слова: пластика молочной железы, торако-дорсальный лоскут, TRAM-лоскут.

R. A. Khvastunov, O. V. Shirokov, A. A. Usachev

ASPECTS OF PLASTIC SURGERY IN BREAST CANCER. CASES OF MEDICAL PRACTICE

The authors present clinical cases when techniques of plastic surgery for breast reconstruction in cancer were used.

Key words: breast plastic surgery, thoraco-dorsal flap, TRAM-flap.

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной онкологии, занимающей ведущее место среди новообразований в женской популяции. В 2010 г. в РФ заболело 75 женщин из 100 тысяч населения. При этом пик заболеваемости приходится на возраст 45—50 лет на фоне совершенно отчетливой тенденции РМЖ к омоложению [3]. Пациентки до 40 лет, наиболее чувствительные к косметическому ущербу от мастэктомии, сегодня составляют 13—20 % от всех заболевших. Как правило, именно они и являются самыми требовательными сторонниками органосохраняющих операций. Односторонняя резекция развитой молочной железы при раннем раке не сопровождается техническими сложностями. В случае резекции малой по объему молочной железы не минуемо использование приемов пластической хирургии, которые вплоть до настоящего времени не являются общепринятыми в практике онкологических стационаров.

Неэпителиальные новообразования молочной железы — саркомы из жировой и соединительной ткани встречаются значительно реже и составляют менее 1 % от всех злокачественных поражений орга-

на. Они отличаются обширной местной инвазией, склонностью к настойчивому рецидивированию и редким лимфогенным метастазированием [2]. Лечение — исключительно хирургическое. Значительную проблему для хирурга представляют распространенные саркомы, которые зачастую полностью разрушают молочную железу, прорастают в грудную стенку, ребра. Сложным является не столько ампутация такой молочной железы, пусть даже со значительным фрагментом окружающих анатомических структур, сколько последующее закрытие обширного раневого дефекта [1]. Оно сопряжено с перемещением кожно-жировых лоскутов значительных размеров, зачастую из отдаленных донорских зон.

Мы приводим клинические примеры реконструктивных операций при раке и саркоме молочной железы, выполненные нами в ракурсе совершенно различных концепций. В первом случае, после удаления рецидивирующей саркомы, образовался выраженный дефицит тканей и пластика TRAM-лоскутом оказалась безальтернативным приемом, сохраняющим шансы больной на операцию и надежду на излечение. В другом примере, настойчивые просьбы пациентки — врача о сохранении молочной железы

вступали в конфликт с нашими соображениями о радикализме операции. Компромисс был достигнут только сочетанием субтотальной подкожной мастэктомии с последующей одномоментной пластикой торако-дорсальным лоскутом.

Клинический случай 1.

Пациентка М., 51 год, госпитализирована в торако-абдоминальное отделение ГБУЗ ВОКОД № 1 в октябре 2010 года в удовлетворительном состоянии. Диагноз при поступлении: Саркома правой молочной железы. Рецидивирующее течение.

Из анамнеза: в июне 2008 г. проходила лечение в одном из отделений ВОКОД, где по поводу фибросаркомы молочной железы (опухоль около 7 см в диаметре) была выполнена простая мастэктомия (без лимфаденэктомии) в связи с отсутствием регионарных лимфометастазов. Метастазы не развились и далее, однако последовали местные рецидивы в область рубца после мастэктомии на передней грудной стенке в феврале и ноябре 2009 г. Они иссечены.

Третий рецидив саркомы, ставший поводом к госпитализации в торакоабдоминальное отделение, вовлекал межреберные мышцы, разрушал 4 и 5 ребра. Обширное изъязвление 10,0 × 8,0 см сопровождалось распадом и кровоточивостью.

УЗИ ОБП не выявило очаговых изменений. На УЗИ подмышечных областей гиперплазированной лимфоузлов с нарушенной дифференцировкой не отмечено. Лабораторно – умеренная анемия.

Распад опухоли, кровотечение и отсутствие средств убедительного лекарственного воздействия на фибросаркому не оставляли альтернатив хирургическому лечению. Однако потенциал «простых» иссечений был явно исчерпан. Нам предстояло удалить обширный фрагмент передней грудной стенки с рубцами, поврежденными кожными покровами, 3, 4, 5 и 6 ребрами. Прогнозируемые размеры дефекта превысили 20 см в диаметре. Для его закрытия было решено использовать TRAM-лоскут.

15.10.2010 г. под эндотрахеальным наркозом двумя окаймляющими разрезами рецидивная опухоль была удалена с резекцией 3—6 ребер в пределах макро- и микроскопических здоровых границ. Образовался дефект 22 × 16 см. Каркасность грудной стенки была восстановлена сетчатым пропеле-

новым аллопротезом. Выполнена абдоменопластика с целью формирования TRAM-лоскута. Схема данной операция представлена на рис. 1.

Для TRAM-лоскута мы использовали кожно-жировой лоскут на контрлатеральной левой прямой мышце живота и, соответственно, левых надчревных сосудах, проходящих в ее толще. Далее, через подкожный тоннель, TRAM-лоскут был перенесен в зону дефекта на правую половину грудной клетки и фиксирован послойно в реципиентной зоне поверх пропеленового протеза. Размеры трансплантата позволили закрыть дефект без натяжения швов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заключение морфолога — фибросаркома. Швы сняты на 20 сутки, тогда же состоялась выписка пациентки под наблюдение районного онколога.

Данный пример демонстрирует пригодность гипогастрального лоскута для пластического замещения обширных дефектов грудной стенки в борьбе за санацию, гемостаз и резектабельность распространенных распадающихся фибросарком.

Клинический случай 2

Пациентка Ф., 49 лет, обратилась в торако-абдоминальное отделение ГБУЗ ВОКОД № 1 в сентябре 2011 г. Диагноз при поступлении: рак правой молочной железы T2N1M0. Маммография: на фоне фиброзно-кистозной мастопатии справа в верхне-наружном квадранте опухоль до 3,0 см с микрокальцинатами. УЗИ молочных желез: в правой молочной железе «на 10 часах» определяется опухоль 2,6 × 2,0 см. В правой подмышечной области лимфоузел 1,5 × 1,7 см с нарушенной дифференцировкой. В над- и подключичных областях лимфоузлы не определяются. При аспирационной биопсии опухоли и подмышечного лимфоузла получены клетки рака. Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости: очаговых изменений не отмечено. Лабораторных отклонений нет.

До сведения пациентки доведены результаты обследования, наличие цитологически подтвержденных регионарных лимфометастазов и, несмотря на это, получен категорический отказ от мастэктомии. Было решено произвести подкожную субтотальную резекцию железы. Для восполнения

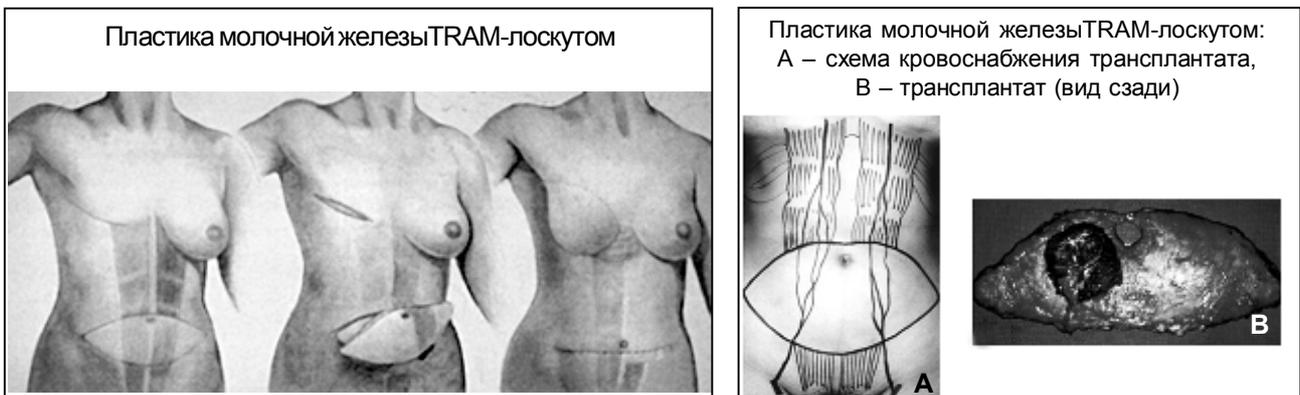


Рис. 1. Схема операции

утраченного объема правой молочной железы запланировано использовать торако-дорсальный лоскут, а именно лоскут, выкроенный из правой широчайшей мышцы с участком кожи и подкожной клетчатки спины, кровоснабжаемый торако-дорсальной артерией и веной.

06.10.2011 в положении на левом боку из разреза, окаймляющего опухоль, удалено 2/3 ткани молочной железы с лимфатическими узлами подмышечной, подключичной и надключичной областей. При срочном морфологическом исследовании регионарных лимфоузлов подтвержден одиночный характер метастаза. Идентифицированы торако-дорсальные сосуды с отчетливой пульсацией. Второй разрез произведен по краю правой широчайшей мышцы, выкроен кожно-жировой лоскут с изолированной порцией широчайшей мышцы и перемещен в подкожном тоннеле к молочной железе, где фиксирован кожными швами.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 21 день. Гистологическое заключение — протоковый железистый рак, метастаз в один подмышечный лимфатический узел. Иммуногистохимическое исследование констатировало тройной негативный рак — эстрогенотрицательный, прогестеронотрицательный, HER2new — отрицательный. Заключительный диагноз: Рак правой молочной железы pT2N1M0.

С учетом стадии и иммуногистохимического статуса опухоли адъювантное лечение пациентки было комплексным: проведена послеоперационная лучевая терапия на область молочной железы, надключичную и парастернальную зону и 6 курсов ПХТ по схеме CAF без осложнений. Примечательно, что трансплантат в составе молочной железы успешно перенес полноценный курс лучевой терапии.

На контрольном осмотре в июне 2012 года, включающем маммографию, рентгенографию органов грудной клетки, сканирование костей скелета, УЗИ молочных желез, УЗИ органов брюшной полости, данных за прогрессирование и рецидив нет. Пациентка по собственной инициативе консультирована в клинике Израиля, рекомендаций, отличающихся от отечественных, не получено.

Фото пациентки спустя 12 месяцев после лечения представлены на рис. 2. Объем оперированной молочной железы сохранен, перемещенный участок кожи спины отличается пигментацией, дефект донорской зоны маскируется нижним бельем.



Рис. 2. Пациентка после лечения



Рис. 3. Пациентка после лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Евтягин В. В., Пак Д. Д. Лечение локализованных форм рака молочной железы // Ранняя диагностика и лечение предраковых заболеваний органов репродуктивной системы. Сб. науч. тр. 27—28 марта 2003г., М. — С. 29—30.
2. Fisher B. // Cancer. — 1977. — Vol. 40. — P. 574—584.
3. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. — М.: РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2011. — С. 5.