

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

С.В. Шутов,
П.І. Костя

*Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва
АМН України,
м. Харків*

Перший досвід виконання первинної реконструкції грудної залози із застосуванням локальної променевої терапії та модифікованої підшкірної мастектомії

First experience of primary breast reconstruction
with the use of local radiotherapy and modified
subcutaneous mastectomy

Рак грудної залози (РГЗ) нині є найчастішим злоякісним новоутворенням у жінок зі щорічним зростанням показників захворюваності. Незважаючи на велику популярність органозберігального лікування, його застосування обмежене ранніми стадіями РГЗ, відсутністю клінічно позитивних лімфовузлів, розмірами грудної залози (ГЗ) [1] та нерідко — незадовільними естетичними результатами [2].

Частота застосування органозберігального лікування залежить від якості діагностики ранніх стадій захворювання в конкретному медичному закладі. Тому основним типом оперативного втручання у випадках РГЗ залишається радикальна мастектомія, і більшість хворих, які перенесли це оперативне втручання, зазнають психологічних труднощів, пов'язаних із втратою ГЗ [3].

Сучасні методики реконструкції ГЗ після радикальної мастектомії (використання силіконових імплантатів або переміщення шкірно-м'язових шматків) стикаються зі складним завданням — сформувати заново форму й об'єм ГЗ, особливо якщо це відбувається на фоні спеціального протипухлинного лікування [4].

Використання для пластики власних тканин останніми роками стає пріоритетним методом одномоментної реконструкції ГЗ після мастектомії з приводу РГЗ. Цей метод дозволяє не лише уникнути інвалідизації пацієнтки, а й максимально скоротити період її соціальної та

психологічної адаптації. На жаль, в Україні та в країнах СНД ці операції виконують ще вкрай рідко [5].

Незважаючи на значний прогрес у галузі реконструктивно-пластичної хірургії, пов'язаний із розробкою численних методик, ця проблема, а також проблема післяопераційних рубців опромінених тканин вимагають подальшого вдосконалення підходів до реконструкції ГЗ після мастектомії.

Питання про збереження шкіри ГЗ з метою поліпшити результати реконструкції залишається нерозв'язаним з початку ХХ ст., коли в 1917 р. W. Bartlett уперше виконав підшкірну мастектомію з одномоментним заміщенням об'єму видаленої залози вільною жировою тканиною [6]. Протягом тривалого часу деякі автори пропонували різні варіанти підшкірної мастектомії. Особливе місце займало питання про необхідність видалення чи можливості збереження сосково-ареолярного комплексу. В результаті в 1990 р. В.А. Toth et al. у журналі «Plastic and Reconstructive Surgery» [7] опублікували основні принципи подібних оперативних втручань. Ці принципи включали такі необхідні складові:

- 1) видалення всієї тканини ГЗ;
- 2) видалення сосково-ареолярного комплексу;
- 3) видалення шкіри в місці передопераційної біопсії;
- 4) можливість виконання регіонарної лімфаденектомії з того ж доступу.

У нашій клініці проблемами реконструкції ГЗ детальніше почали займатися з другої половини 90-х років. Особливу увагу приділяють тому, що реконструкцію, яка є досить серйозним і травматичним утручанням, здійснюють на фоні спеціальної протипухлинної терапії. Це досить несприятливо відбивається на функціональному стані шкіри опроміненої ГЗ і знижує загальну толерантність організму при проведенні неоад'ювантної поліхемотерапії. З огляду на це наводимо таке клінічне спостереження.

Хвора Л., 1964 р. народження (історія хвороби № 27048), була госпіталізована до клініки Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМН України в лютому 2000 р. з діагнозом: рак лівої грудної залози T2 N0 M0, стадія 2A, клінічна група II. Після стандартного передопераційного обстеження хворій провели курс передопераційної променевої терапії за методикою локального опромінювання пухлини. Пухлину ГЗ опромінювали полем 5×5 см із розрахунком глибини знаходження осередку 3 см, РОД 5 Гр, протягом 5 днів, СОД 25 Гр. Також була проведена променева терапія на пахвову ділянку спереду і ззаду полем 10×10 см, 5 разів по 4 Гр, СОД 20 Гр. Поле опромінювання пухлини ГЗ було попередньо промарковано. Наступного дня після завершення променевої терапії пацієнтку прооперували. Хворій була виконана операція: модифікована підшкірна мастектомія з первинною пластикою переміщеним ректоабдомінальним шматком. Дану операцію запропонував Є.М. Малигін у 1996 р. на Всеросійській конференції «Реконструктивно-відновлювальна хірургія молочної залози». Операцію виконували за безпосередньою участю автора. Суть операції полягала в такому: шкіру ГЗ розсікали безпосередньо над пухлиною по розмітці променевої терапії, розріз продовжували до сосково-ареолярного комплексу з його включенням. Із цього доступу була виконана повна підшкірна мастектомія з регіонарною лімфаденектомією. До препарату ввійшли: вся тканина ГЗ з ділянкою шкіри безпосередньо над пухлиною і сосково-ареолярним комплексом, пахвові, підключичні та підлопаткові лімфовузли. Після

цього був мобілізований горизонтальний шкірно-м'язовий шматок у гіпогастрії.

Розтинали піхви обох прямих м'язів живота, м'язи пересікали по нижньому краю шматка і мобілізували до реберних дуг. Був сформований підшкірний тунель до ложа видаленої залози, через нього переміщували частково деєпідермізований шкірно-м'язовий шматок, який розташовували та фіксували в збереженому шкірному «мішку». Об'єм залози був повністю відновлений. Дефект апоневрозу передньої черевної стінки в гіпогастрії ліквідували за допомогою деєпідермізованого шкірного шматка. Післяопераційні рани були дренувані та ушиті.

Реконструйована залоза була фіксована за допомогою еластичного пластиру. Тривалість операції — 4 години 20 хвилин. Перебіг післяопераційного періоду — без ускладнень.

При гістологічному дослідженні макропрепарату виявлена інфільтруюча карцинома до 2,5 см, лімфовузли вільні від метастазів. При дослідженні рецепторів пухлин до жіночих статевих гормонів: рецептори естрогенів — 32,6 фмоль на міліграм білка, рецептори прогестерону — 68,06 фмоль на міліграм білка.

Далі хворій виконали променеву терапію методом класичного фракціонування СОД на піднадключичну ділянку 40 Гр, парастернальну — 40 Гр.

Було проведено 6 курсів поліхемотерапії за схемою: фарморубіцин — 80 мг; ендоксан — 2 г; фторурацил — 1,5 г; метатрексат — 50 мг.

Зважаючи на чутливість пухлини до жіночих статевих гормонів, у червні 2001 р. була виконана хірургічна кастрація. Одномоментно був сформований сосковий горбок за допомогою пластики місцевими тканинами методикою «трипелюсткового шматка». У подальшому колір ареоли було відновлено за допомогою кольорового татуювання. При проведенні контрольного обстеження даних на користь рецидиву та віддалених метастазів не було виявлено, пацієнтка почуває себе задовільно, скарг немає. Косметичний ефект оцінений як добрий.

На представлених мамограмах реконструйованої ГЗ, виконаних через 2 місяці після оперативного втручання в іншій пацієнтки, яка

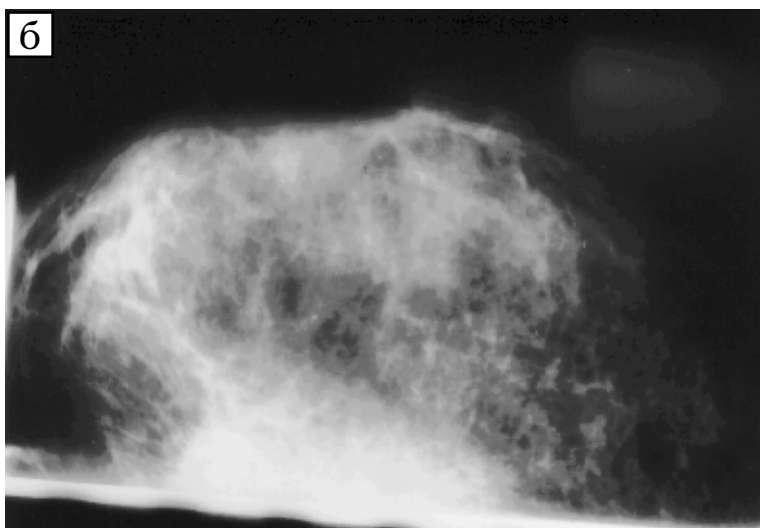
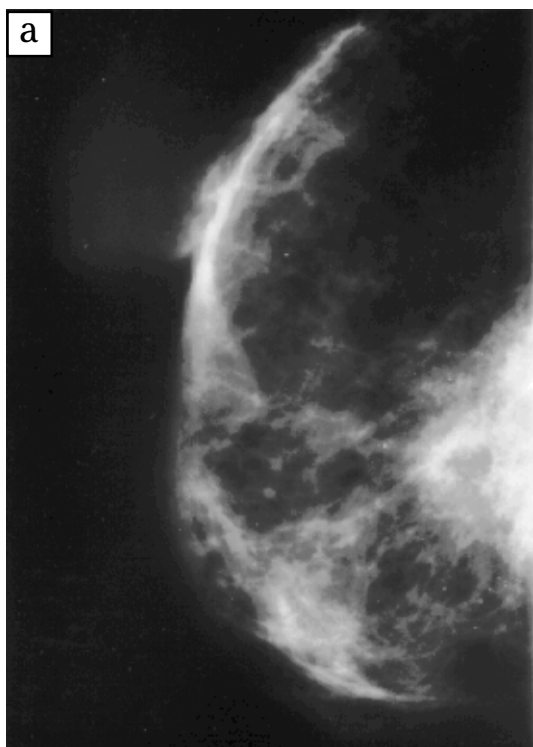


Рис. 1 — Мамограми реконструйованої ГЗ: а — в передній проекції, б — у бічній проекції

перенесла аналогічну операцію, можна побачити, що ложе видаленої залози повністю виконано переміщеним шкірно-м'язовим шматком. У центральній зоні визначається поверхнево-тінь шкірного шматка соска, що формується. Залозиста тканина та осередкові новоутворення не візуалізуються (рис. 1а, б).

Запропонована методика комбінації локальної променевої терапії в поєднанні з модифікованою підшкірною мастектомією з первинною пластикою ГЗ переміщеним ректоабдомінальним шматком є онкологічно витриманою й ефективною в естетичному та психологічному відношенні.

Втім існують певні проблеми, які потребують подальшого докладнішого вивчення. Зокрема, питання променевого патоморфозу збереженої шкіри ГЗ, особливості динамічного спостереження за пацієнтами даної категорії, вивчення віддалених результатів.

З огляду на викладене вище, проблема реконструкції ГЗ є нині одним із найважливіших етапів комплексного лікування РГЗ та пов'язана з істотним підвищенням якості життя пацієнток. Незважаючи на високу технічну складність і тривалість подібних операцій, необхідно якнайширше впроваджувати їх у безпосередню практику закладів онкологічного профілю.

Література

1. Kubli F., Fournier D.V. *Breast diseases*. — Heidelberg: Springer-Verlag, 1989. — P. 209–217.
2. Hayward C.Z. // *J. Clin. Oncol.* — 1990. — № 6. — P. 763–772.
3. Wellisch D.K., Schain W.S., Noone B.R. et al. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1984. — № 76. — P. 713–718.
4. Малыгин С.Е., Малыгин Е.Н., Чураков И.Г. и др. // *Herald.* — 2001. — № 2. — P. 44–47.
5. Шалимов С.А., Саенко В.Ф., Дрюк Н.Ф. и др. *Одномоментная и отсроченная реконструкция молочной железы TRAM-лоскутом и лоскутом широчайшей мышцы спины после мастектомии по поводу рака* // *Матер. X съезда онкологов Украины*. — К. — 2001. — С. 209.
6. Bartlett W. // *Ann. Surg.* — 1917. — № 66. — P. 208–211.
7. Toth B.A., Glafkides M.C. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1990. — № 85. — P. 96.

Дата надходження: 06.03.2002.

Адреса для листування:
Шутов Сергій Владиславович,
ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ, вул. Пушкінська, 82,
Харків, 61024, Україна