

Международная ассоциация пластических хирургов и онкологов
Министерство здравоохранения Республики Татарстан
Ассоциация онкологических учреждений
Приволжского федерального округа
Приволжский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ
Общественный противораковый фонд Республики Татарстан



РЕКОНСТРУКТИВНАЯ, ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Материалы

IX Международного конгресса

г.Казань 3-5 сентября 2009 года

Казань 2009

УДК 616-006+614.2

ББК 54.14+57.15

Р36

Редакционная коллегия:

проф. Р.Ш. Хасанов, проф. И.А. Гилязутдинов, д.м.н. А.Х. Исмагилов

Ответственный редактор – проф. И.А. Гилязутдинов

Р36 РЕКОНСТРУКТИВНАЯ, ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Материалы IX Международного конгресса. г.Казань 3-5 сентября 2009 года / Международная ассоциация пластических хирургов и онкологов, Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Ассоциация онкологических учреждений, Приволжского федерального округа, Приволжский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Общественный противораковый фонд Республики Татарстан. – Казань, 2009 - 184 с.

В настоящий сборник включены материалы IX Международного конгресса «Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы», прошедшего в городе Казани 3-5 сентября 2009 года.

© Республиканский клинический
онкологический диспансер МЗ РТ, 2009

© Приволжский филиал РОНЦ
им. Н.Н. Блохина РАМН, 2009

© Общественный противораковый
Фонд Республики Татарстан, 2009

Программа
IX Международного конгресса
**«РЕКОНСТРУКТИВНАЯ, ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ
ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

Четверг, 3 сентября 2009 г.

 Национальный культурный центр «Казань», ул. Пушкина 86

08.00 – Регистрация

09.30 – Открытие конференции

Приветствия:

Министр здравоохранения Республики Татарстан **А.З. Фаррахов**

Председатель Международной Ассоциации пластических хирургов и онкологов, профессор **С.В. Сидоров**

Главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ, директор Приволжского филиала РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, профессор **Р.Ш. Хасанов** – Развитие хирургического лечения заболеваний молочных желез в Республике Татарстан

10.00 – 12.00 Видеосекция

Председатели: проф. Хасанов Р.Ш.,
проф. Виссарионов В.А.,
проф. Сидоров С.В.

10.00 – 10.10 **ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - Карташёва А.Ф., проф., клиника «ЦентроСоюз-Медси», Москва**

10.10 – 10.20 **РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СОЧЕТАНИЕ ТОРАКОДОРЗАЛЬНОГО ЛОСКУТА С ИМПЛАНТОМ – Курилович Н.Н., к.м.н., РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь.**

10.20 – 10.30 **СПОСОБ ТРАНСПОЗИЦИИ TRAM-ЛОСКУТА НА ОБЕИХ ПРЯМЫХ МЫШЦАХ ЖИВОТА – Гимранов А.М., РКОД МЗ РТ, г.Казань**

-
- 10.30 – 10.40 **МЫШЕЧНЫЕ УКРЫТИЯ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЭКСПАНДЕРА. – Мавроди Т.В., Краевой онкологический диспансер, г.Краснодар**
- 10.40 – 10.50 **ОСОБЕННОСТИ УШИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ МОБИЛИЗАЦИИ ТРАМ–ЛОСКУТА – Колесников М.В. кафедра эндоскопической хирургии ФПДО МГМСУ, Москва**
- 10.50 – 11.00 **АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА С ПЕКСИЕЙ. АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА. – Храпач В.В., проф., Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина**
- 11.00 – 11.10 **АУГМЕНТАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ САЙЗЕРОВ. – Крайник И.В., к.м.н., Национальный медицинский хирургический центр им.Н.И.Пирогова, Санкт-Петербург**
- 11.10 – 11.15 **НОВЫЙ СПОСОБ МАСТОПЕКСИИ С УЛУЧШЕННЫМ НАПОЛНЕНИЕМ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Патлажан Г.И. к.м.н., Институт пластической хирургии «Виртус», национальный секретарь ISAPS, Одесса, Украина**
- 11.15 – 11.35 **ПЕРИАРЕОЛЯРНАЯ И ТРАНСАКСИЛЛЯРНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА. - Боровиков А.М., проф. гкб №62, Москва**
- 11.35 – 11.50 **АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА ИНФРАМАММАРНЫМ ДОСТУПОМ АНАТОМИЧЕСКИМИ ИМПЛАНТАМИ. ПЯТЬ ШАГОВ ПО ТЕББЕТТСУ. – Ален-Али Можалаль, доц., Университет Клода Бернара, Лион, Франция**
- 11.50 – 12.00 Вопросы и ответы
- 12.00 – 12.20 Кофе брейк

12.20 – 14.00 Устные презентации

Председатели: проф. Боровиков А.М.,
Можалаль Ален-Али,
Фридман Н.

- 12.20 – 12.40 **Одномоментная реконструкция тубулярной молочной железы. – Нимрод Фридман, клиника Реконструктивной и Эстетической пластической хирургии, Тель-Авив, Израиль.**

- 12.40 – 13.00 **МАСТОПЕКСИЯ В СОЧЕТАНИИ С АУГМЕНТАЦИЕЙ.** - Ален-Али Можалаль, доц., Университет Клода Бернара – Лион, Франция
- 13.00 – 13.20 **РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДОКТОРА РЕЗАЯ.** - Махди Резай, Медицинский Маммологический центр, Дюссельдорф, Германия
- 13.20 – 13.40 **ПТОЗ. СМЕНА ТАКТИКИ.** Боровиков А.М., проф. гкб №62, Москва
- 13.40 – 14.00 Вопросы и ответы
- 14.00 – 15.00 Обед
- 14.00 – 14.45 **Ланч – сателлит компании «Пфайзер»**
Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в хирургии и онкологии. – Птушкин В.В., проф., ФГУ ФНКЦ ДГОИ Росздрава, Москва

15.00 – 16.30 Устные презентации

Председатели: проф. Пшениснов К.П.,
проф. Храпач В.В.,
доц. Хрусталева И.В.

- 15.00 – 15.20 **АСИММЕТРИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ И ВЫБОР ПРАВИЛЬНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ.** - Нимрод Фридман, клиника Реконструктивной и Эстетической пластической хирургии, Тель-Авив, Израиль.
- 15.20 – 15.35 **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКИ.** - Храпач В.В., проф., Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина.
- 15.35 – 15.50 **СТАБИЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА СМС КАК ПРИЧИНА ДВОЙНОЙ СКЛАДКИ АУГМЕНТИРОВАННОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** - Азимова Р.Б., РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва
- 15.50 – 16.00 **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ.** – Кононец О.А., к.м.н., Институт пластической хирургии и косметологии, Москва.
- 16.00 – 16.10 **ЭВОЛЮЦИЯ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ: ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ.** – Алиев Т.Р., к.м.н., клиническая больница №85 ФМБА России, Москва
- 16.10 – 16.20 Вопросы и ответы
- 16.20 – 16.40 Кофе брейк

16.40 – 18.00 Устные презентации

Председатели: проф. Богов А.А.,
к.м.н. Патлажан Г.И.,
д.м.н. Исмагилов А.Х.

- 16.40 – 16.50 **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЛИАКРИЛАМИДНОМ МАММАРНОМ СИНДРОМЕ** – проф. Патлажан Г.И., к.м.н. Пшениснов К.П., Институт пластической хирургии «Виртус», – Одесса, Украина, Ярославский государственный медицинский институт, Ярославль
- 16.50 – 17.00 **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ МАММОПЛАСТИКИ ПО ЛЕЖО И НАХАИ.** – Богов А.А., проф., КГМА, Казань
- 17.00 – 17.10 **ОСЛОЖНЕНИЯ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ** – Обыденнов С.А., доц., КГМУ, Казань.
- 17.10 – 17.20 **МАММОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ** – Смирнова Е.А. Центр Косметологии и Пластической Хирургии, Екатеринбург
- 17.20 – 17.30 **К ВОПРОСУ ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ МАММОПЛАСТИК** - Печенкина О.В., городская больница № 9, Санкт-Петербург
- 17.30 – 17.40 **АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СОБСТВЕННОЙ ФАЦИИ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ.** - Зайнутдинов А.М., к.м.н., КГМА, Казань.
- 17.40 – 18.00 Вопросы и ответы
- 18.00 – 18.30 **Круглый стол «Круглые или анатомические импланты — есть ли разница?»** Модератор проф. Боровиков А.М. участники: Ален-Али Можалаль. – Нимрод Фридман – В.В. Храпач
- 18.30 – 19.00 **САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «НОВАРТИС»**
Председатель: доц. Дружков О.Б.
1. **«Эндокринотерапия и бисфосфонаты в лечении рака молочной железы. Когда борьба за «количество» жизни не портит ее качество»** - Жуков Н.В., к.м.н., ФГУ ФНКЦ ДГОИ, Москва
 2. **«РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛС ПРИ МЕТАСТАЗАХ В КОСТИ»** - Крысанов И.С., к.ф.н., ММА им. Сеченова, Москва
- 19.15 – **ЭКСКУРСИЯ В КАЗАНСКИЙ КРЕМЛЬ**

Пятница, 4 сентября 2009 г

➔ Национальный культурный центр «Казань», ул. Пушкина 86

08.30 – 10.30 Устные презентации

Председатели: проф. Малыгин Е.Н.,
проф. Залуцкий И.В.,
д.м.н. Соболевский В.А.

- 08.30 – 08.45 **ВЫБОР МЕТОДА ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. - Соболевский В.А.**, д.м.н., РОНЦ им.Н.Н.Блохина, Москва
- 08.45 – 09.00 **МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПРОБЛЕМА ВЫБОРА. - Бурлаков А.С.**, к.м.н., городская онкологическая больница №62, Москва
- 09.00 – 09.15 **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ МЕТОДИКИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ. - Карташёва А.Ф.**, проф., клиника «ЦентроСоюз-Медси», Москва
- 09.15 – 09.25 **ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТОВ. – Германович Н.Ю., Малыгин Е.Н.**, проф., г.к.б. №85 ФМБА России, Москва
- 09.25 – 09.35 **ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. - И.В. Залуцкий**, проф., **Н.Н. Курлович**, к.м.н., РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им.Н.Н.Александрова, Минск, Беларусь.
- 09.35 – 09.45 **КОРРИГИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. – Сидоров С.В.**, проф., Президент IAPSO, Новосибирский государственный университет, Новосибирск
- 09.45 – 10.00 **ИНОВАЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. – Ален-Али Можалаль**, доц., Университет Клода Бернара, Лион, Франция
- 10.00 – 10.15 **РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТОВ – АВСТРИЙСКИЙ ОПЫТ. – Дафна Гешвантлер-Каулих**, Медицинский Университет, Вена, Австрия
- 10.15 – 10.30 Вопросы и ответы
- 10.30 – 11.00 Кофе брейк

11.00 – 13.30 Устные презентации

Председатели: проф. Петит Ж.И.,
проф. Шефлан М.,
проф. Дельмар Г.,
проф. Резай М.,
проф. Боровиков А.М.

- 11.00 – 11.30 **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – Жан Ив Петит**, проф., Европейский институт онкологии, Милан, Италия
- 11.30 - 11.50 **ПРИНЦИПЫ И СТАНДАРТЫ В ОНКОПЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ДЮССЕЛЬДОРФСКИЙ ОПЫТ. – Махди Резай**, Медицинский Маммологический центр, Дюссельдорф, Германия
- 11.50 – 12.20 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ В КОСМЕТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. – Майкл Шефлан**, Президент Средиземноморского Общества пластических хирургов Тель-Авив, Израиль
- 12.20 – 13.05 **ТРАНСАКСИЛЯРНАЯ АУГМЕНТАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ. - Генри Дельмар**, Центр эстетической хирургии, Кап де Антибы, Франция
- 13.05 – 13.30 Вопросы и ответы

13.30 – 14.30 Обед

14.30 – 16.00 Устные презентации

Председатели: проф. Сидоров С.В.,
проф. Карташёва А.Ф.,
к.м.н. Бурлаков А.С.

- 14.30 – 14.40 **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ МАСТЭКТОМИЮ. - Рагозина М.Р.**, Главный клинический военный госпиталь ФСБ, Голицыно.
- 14.40 – 14.50 **ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НУЖНО ЛИ ЭТО ПАЦИЕНТКЕ? - Кочетков Р.И.**, к.м.н., Областной клинический онкологический диспансер, Самара
- 14.50 – 15.00 **ОНКОПЛАСТИЧЕСКАЯ КВАДРАНТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – АЛЬТЕРНАТИВА МАСТЭКТОМИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ. – Сребный А.Ю.**, Латвийский Онкологический центр, Рига

- 15.00 – 15.10 **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЗГЛЯД СПУСТЯ 10 ЛЕТ. – Безрук Н.Г., к.м.н., Клиника пластической хирургии и косметологии «Артмедика», Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, Украина**
- 15.10 – 15.20 **Опыт выполнения органосохраняющих, реконструктивных, пластических операций у 607 первичных больных раком молочной железы. – Мотузюк И.Н., к.м.н., Национальный институт рака, Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца, Киев, Украина**
- 15.20 – 15.30 **Оптимизация принципов органосохраняющего и реконструктивно-пластического лечения больных раком молочной железы. – Дружков О.Б., доц., РКОД МЗ РТ, КГМА, Казань.**
- 15.30 – 15.40 **К вопросу о реконструкции молочной железы при операциях по поводу злокачественных новообразований. – Мавроди Т.В., Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар.**

15.40 – 16.00 Вопросы и ответы

16.00 – 16.20 Кофе брейк

16.20 - 18.00 Устные презентации

Председатели: проф. Семиглазов В.Ф.,
д.м.н. Егоров Ю.С.,
доц. Дружков О.Б.

- 16.20 – 16.30 **Особенности реконструкции ТРАМ-лоскутом у больных раком молочной железы 3 стадии. – Бекназаров З.П., РОНЦ РУз, Ташкент**
- 16.30 – 16.40 **Реконструктивно-пластическая хирургия рака молочной железы центральной и медиальной локализации. – Исмагилов А.Х., д.м.н., РКОД МЗ РТ, КГМА, Казань**
- 16.40 - 16.50 **Результаты лечения больных раком молочной железы с сохраненным сосково-ареолярным комплексом при дермато-сберегающих мастэктомиях – Тюкавин О.А., Иркутский областной онкологический диспансер, Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии Восточно-Сибирского центра СО РАМН, Иркутск**

- 16.50 – 17.00 **РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КОНТУРНО-ПРОФИЛЬНЫМ ЭКСПАНДЕРОМ ВЕСКЕР 35. - Егоров Ю.С., д.м.н., РОНЦ им. Н.Н.Блохина, Москва**
- 17.00 – 17.10 **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ НА ОСНОВЕ МЫШЦ ПРИ ПОЗДНИХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. - Цыганкова Н.А., к.м.н, Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск.**
- 17.10 – 17.20 **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МАС-ТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. - Ходырев С.А., Главный клинический военный госпиталь ФСБ России, Голицыно.**
- 17.20 – 17.30 **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПЛАНТОВ С ПОЛИУРЕТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ТКАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ. – Ищенко А.Л. к.м.н., Больница Российской Академии Наук, Троицк**
- 17.30 – 17.40 **ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АМАСТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛАНДА. - Ушаков Н.Г., Самарский государственный медицинский университет, Самара**
- 17.40 – 18.00 Вопросы и ответы
- 18.00 - 18.30 **САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «АСТРА ЗЕНЕКА»**
Председатель: проф. Родионов В.В.
«НЕОАДЪЮВАНТНАЯ И АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» - Семиглазов В.Ф., проф., член-корр. РАМН, НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова, г.Санкт-Петербург
- 19.30 - Торжественный ужин

Суббота, 5 сентября 2009 г.



Конференц-зал Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ (Сибирский тракт, 29)

9.30. Показательные операции

Прямые трансляции из операционной с возможностью двухстороннего диалога.

1. «Отсроченная реконструкция молочной железы экспандером»

Жан Ив Петит Милан, Италия

2. «Редукционная маммопластика в интерпретации доктора Резая»

Махди Резай Дюссельдорф, Германия

3. «Видеоассистированная трансаксиллярная аугментационная маммопластика».

Генри Дельмар Кап де Антибы, Франция.

4. «Использование стволовых клеток жировой ткани в косметической и реконструктивной хирургии молочной железы»

Майкл Шефлан Тель-Авив, Израиль.

Мастер-класс по видеоассистированной трансаксиллярной аугментационной маммопластике

Во время проведения мастер-класса будет предоставлена возможность отработки основных этапов операции на секционном материале.

Сателлитный симпозиум компании «Джонсон и Джонсон»
при содействии компании «Рос-Мед»

Мастер-класс «Вакуумная эксцизионная биопсия опухоли молочной железы под ультразвуковым контролем на аппарате «Маммотом»»

Прокопенко С.П. Москва

Заккрытие конференции

16.00 - **Открытое заседание Президиума Международной Ассоциации пластических хирургов и онкологов**

ДОКЛАДЧИКИ

- Азимова Р.Б.** РОНЦ им. акад. Н.Н.Блохина РАМН, Москва
Ален-Али доцент, Университет Клода Бернара, Больница
Можалаль Эдуарда Хэриотта, Лион, Франция
Алиев Т.Р. к.м.н., заведующий отделением реконструктивной и пластической хирургии, Клиническая Больница №85 ФМБА России, Москва
- Безрук Н.Г.** к.м.н., Клиника пластической хирургии и косметологии «Артмедика», Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, Украина
- Бекназаров З.П.** к.м.н. Онкологический научный центр республики Узбекистан, Ташкент
- Богов А.А.** д.м.н. Заведующий курсом пластической хирургии КГМА, Казань
- Боровиков А.М.** профессор, г.к.б. №62, Москва
Бурлаков А.С. к.м.н., городская онкологическая больница №62, Москва
- Виссарионов В.А.** профессор, Директор Института пластической хирургии и косметологии, Москва
- Генри Дельмар** Президент SOFSEP 2009, Центр эстетической хирургии, Кап де Антибы, Франция
- Германович Н.Ю.** г.к.б. №85 ФМБА России, Москва
Гимранов А.М. отделение маммологии, Республиканский клинический онкологический диспансер, Казань
- Дафна Гешвант-лер-Каулих** Медицинский Университет, Вена, Австрия
- Дружков О.Б.** доцент, отделение маммологии, Республиканский клинический онкологический диспансер, Казань
- Егоров Ю.С.** д.м.н., РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва
Жуков Н.В. к.м.н. зав. отделением клинической онкологии ФГУ ФНКЦ ДГОИ, Москва
- Зайнутдинов А.М.** к.м.н., Казанская Государственная медицинская академия, Казань
- Залуцкий И.В.** профессор, Директор РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им.Н.Н.Александрова, Минск, Беларусь

-
- | | |
|-----------------------|--|
| Исмагилов А.Х. | д.м.н., отделение маммологии, Республиканский клинический онкологический диспансер, Казань |
| Ищенко А.Л. | Больница Российской Академии Наук, Троицк |
| Карташева А.Ф. | профессор, главный маммолог Центросоюза, Генеральный директор ЗАО «Клиника Карташевой» |
| Кононец О.А. | к.м.н., Институт пластической хирургии и косметологии, Москва |
| Кочетков Р.И. | к.м.н., Областной клинический онкологический диспансер, Самара |
| Крысанов И.С. | к.ф.н., ассистент каф. Организации лекарственного обеспечения с курсом фармакоэкономики ММА им. Сеченова, Москва |
| Курилович Н.Н. | к.м.н., РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь |
| Мавроди Т.В. | Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар |
| Майкл Шефлан | Президент Средиземноморского Общества пластических хирургов. Медицинский директор медицинского центра Атидим, Тель-Авив, Израиль |
| Малыгин Е.Н. | профессор, г.к.б. №85 ФМБА России, Москва |
| Матвеев Н.Л. | профессор кафедры эндоскопической хирургии ФПДО МГМСУ, главный хирург Больницы «Центросоюза – МедСи |
| Махди Резай | Директор Медицинского Маммологического центра, Дюссельдорф, Германия |
| Мотузюк И.Н. | к.м.н, Национальный институт рака, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина |
| Обыденнов С.А. | доцент, Казанский Государственный медицинский университет, Казань |
| Патлажан Г.И. | к.м.н. Ведущий хирург Института пластической хирургии «Виртус», национальный секретарь ISAPS, Одесса, Украина |
| Петит Жан Ив | профессор, руководитель отдела пластической хирургии Европейского института онкологии, Милан, Италия |
| Печенкина О.В. | городская больница №9, Санкт-Петербург |

-
- Прокопенко С.П.** к.м.н., заведующий кафедрой клинической маммологии, лучевой диагностики и лучевой терапии РУДН, Москва
- Птушкин В.В.** профессор, отдел подростковой и возрастной гематологии и онкологии ФГУ ФНКЦ ДГОИ Росздрава, Москва
- Пшениснов К.П.** профессор, Ярославский государственный медицинский институт, Ярославль
- Рагозина М.Р.** Главный клинический военный госпиталь ФСБ России. Голицыно
- Семиглазов В.Ф.,** проф., член-корр. РАМН, НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова, г.Санкт-Петербург
- Сидоров С.В.** профессор, Президент IAPSO, Новосибирский Государственный Университет, Новосибирск
- Смирнова Е.А.** Центр Косметологии и Пластической Хирургии, Екатеринбург
- Сребный А.Ю.** Латвийский Онкологический центр Рижской Восточной больницы, Рига
- Соболевский В.А.** д.м.н., руководитель отделения реконструктивной хирургии, РОНЦ им.Н.Н.Блохина, Москва
- Тюкавин О.А.** Иркутский областной онкологический диспансер, Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии Восточно-Сибирского центра СО РАМН, Иркутск
- Ушаков Н.Г.** Отделение реконструктивной, пластической хирургии Клиники Самарского Государственного Медицинского Университета, Самара
- Фридман Нимрод** клиника Реконструктивной и Эстетической пластической хирургии, Тель-Авив, Израиль
- Ходырев С.А.** Главный клинический военный госпиталь ФСБ России. Голицыно.
- Храпач В.В.** профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина
- Хрусталева И.В.** доцент кафедры пластической хирургии МАПО, Санкт-Петербург
- Цыганкова Н.А.** к.м.н., Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

BREAST ASYMMETRY: ANALYZING THE PROBLEMS AND FINDING THE RIGHT SOLUTIONS USING ONE STAGE OPERATION

Friedman N.

Tel-Aviv, ISRAEL

Introduction

Breast asymmetry is a common problem. Small differences between breasts could be left unnoticed by the patient and the surgeon but augmenting the breasts could aggravate the problem and make it visible.

The asymmetry could be in the breast volume, location, shape, skin envelope, or, as it may happen in many cases, a combination of more than one parameter. Each parameter should be address and the way that changing one parameter influences the other must be understood.

Marked asymmetry is difficult to repair and should be treated with various techniques

Methods and techniques:

Issues to be discussed:

1. Analyzing the problems: asymmetry may lie in the skin envelope, breast volume, shape and location, chest shape or combination of more than one parameter.

2. Choosing the right techniques: augmentation, reduction, pexy, abdominal advancement or other.

3. Choosing different techniques in order to give the right solution to each side.

4. Choosing the right tools: round or anatomical implants of different shapes and sizes.

5. The unique properties of the anatomical implants (the ability to stretch the constricted lower pole of the breast, the variety of dimensions) will be discussed also.

6. Breast dynamics: understanding how the operated breast change its' shape over time when treated with different techniques and how to implement this knowledge when planning the operation.

Results:

Patients treated with the methods described above, will be presented.

Conclusions:

Mild asymmetry must be noticed and addressed. Marked asymmetry is difficult to repair. Carefully analyzing the problems and realistic expectations by the patient are the key to success.

ONE STAGE REPAIR OF TUBEROUS BREAST

Friedman Nimrod

Tel-Aviv, ISRAEL

Introduction:

In order to augment tubular breast, the surgeon should address several issues: nipple areola complex, breast shape, volume, envelope deficit, asymmetry and infra mammary fold location. Each parameter should be address and the way that changing one parameter influences the other must be understood. Reshaping the breast and adding skin to the breast envelope are the most difficult to repair. The surgeon must deal with conflicting needs: reducing the nipple areola complex on one hand and enlarging the envelope, on the other.

Material and Methods:

Issues to be discussed:

1. When and how to repair the nipple areola complex (NAC: breast ratio, need to avoid scars, round block suture with permanent material).
2. How to shape the breast (aggressive scoring, the power of form stable anatomical and dual gel implants).
3. Volume and asymmetry correction (reduction, implant selection).

4. How to repair the envelope deficit and widen the breast base (continuous pressure of the form stable implant after tissue scoring).

5. Infra mammary fold relocation.

6. The time factor (the results are improving as the time pass due to the continuous pressure of the form stable implant after tissue remodeling).

Results:

By using the methods described above, all patients had significant improvement. Clinical cases will be introduced and the methods that were used in each case will be discussed.

Discussion:

Mild asymmetry must be noticed and addressed. Severe cases of tuberous deformity are difficult to augment and should be treated with various techniques. The Anatomical implants are very powerful tools used when trying to correct asymmetry, shape, volume and envelope deficit. Carefully analyzing the problems and realistic expectations by the patient are the key to success.

BREAST RECONSTRUCTION – OVERVIEW ABOUT TECHNIQUES AND INDICATIONS

Mahdi Rezai, Maren Darsow, Stefan Krämer
Breast Center Düsseldorf Luisen-Hospital, Germany

Introduction

More breast cancers are now detected at an earlier stage and in younger women. Improved survival means that they will live for much longer with the physical defect and the psychological problems of mastectomy. Mastectomy affects body image and feelings of attractiveness, leading to poor self-esteem, low self-confidence and introversion. A woman subsequently has to cope with the indignity and inconvenience of a breast prosthesis, which serves as a constant reminder of the loss of her breast and resulting deformity. Breast reconstruction can help a woman to feel whole again, re-establish body symmetry, eliminate the external prosthesis, diminish anxiety, increase wardrobe flexibility and the feeling of sexual attractiveness and improve sexual

functioning. Breast reconstruction therefore plays a significant role in the woman's physical, emotional and psychological recovery from breast cancer [1-4].

Even the best reconstruction will not be able to replace the natural breast that has been lost. A totally reconstructed breast will always feel and behave differently and will not have erogenous sensation. Women should be aware of the possibilities of breast reconstruction at the time of planning of the initial surgical treatment even if it may be their personal preference to have a delayed reconstruction or no reconstruction at all [5, 6]. A final decision regarding the timing and technique of breast reconstruction should be made by the patient and the oncoplastic breast surgeon.

Historically, the goals of breast reconstruction were to improve the appearance when clothed and to avoid an external prosthesis. Surgical advances and increased patient expectations have modified these goals. The current aim is to produce symmetry that satisfies the patient's wishes within the limits of technical feasibility, while matching the remaining breast in terms of its contour, dimension and position. This may involve the use of own tissues, breast implants and the use of corrective surgery to the opposite breast [4].

Contraindications for breast reconstruction include uncontrolled and non-resectable local chest wall disease, rapidly progressive systemic disease, patients who have serious comorbidity and patients who are psychologically unsuitable [4].

The fundamental aim of breast cancer surgery must be to provide safe and successful oncological treatment. Breast reconstruction can be performed immediately at the time of mastectomy or delayed.

Immediate breast reconstruction

Advantages of immediate breast reconstruction include the potential for a single operation and period of hospitalisation. It allows maximum preservation of skin and preservation of the inframammary fold. The reconstructive surgeon can then work with good-quality skin flaps that are unscarred and which do not suffer from the effects of radiotherapy. Skin-sparing mastectomy in particular facilitates better cosmetic results, with a reduced need for balancing surgery [7, 8].

The disadvantages of immediate reconstruction are the limited time for decision-making by the patients, increased operating time and the difficulties of coordinating two surgical teams in those units where there are

no “oncoplastic” breast surgeons who can perform both the mastectomy and reconstruction. There is evidence that the more complex nature of surgery during immediate reconstruction may have an increased risk of postoperative complications and may therefore compromise adjuvant treatment. Chemotherapy and radiotherapy can have detrimental effects on some types of breast reconstruction, but these can be reduced by judicious choice of type and timing of reconstructive techniques [9, 10]. If post-mastectomy radiation is necessary (because of lymph-node metastases) immediate reconstruction with implants or autologous tissue should not be performed because of resulting in poor cosmetic outcomes. Published evidence indicates that immediate breast reconstruction does not adversely affect breast cancer outcome [11]. Breast reconstruction may be indicated even in disease with poor prognosis in order to improve the overall psychological rehabilitation and quality of remaining life.

Delayed breast reconstruction

Delayed breast reconstruction, on the other hand, allows the patient unlimited time for decision-making, avoids any potential delay of adjuvant treatment and removes the detrimental effects of radiotherapy or chemotherapy on the reconstruction but requires replacement of a larger amount of breast skin. In patients who underwent post-mastectomy radiation reconstruction should be performed with autologous tissue or combined autologous-Implant techniques because of poor cosmetic outcomes in expander/implant reconstructions [12, 13].

Techniques

Breast reconstruction involves replacement of breast skin and breast volume. Surgical options for reconstruction include the use of tissue expanders and breast implants and the use of autologous tissue. The most commonly used surgical techniques are tissue expansion, latissimus dorsi (LAT) myocutaneous flap with or without implant, the use of lower abdominal tissue (TRAM) and other free tissue transfers.

Implant-based techniques require limited surgery initially but can have limitations and are often not trouble-free especially in combination with radiotherapy [14]. The quality of long-term result is directly related to the tolerance of breast implants and the development of capsular contraction. Further procedures may be required for complications and maintenance. The aesthetic results from autologous reconstruction are supe-

rior to those of implant-based reconstruction due to their versatility, their more natural appearance, consistency and durability especially in cases of post-mastectomy radiation. The autologous LAT-flap is highly versatile and has acceptable donor-site morbidity. The skin and fat of the lower abdomen (TRAM) are ideal for autologous breast reconstruction. The ultimate choice of technique depends on patient fitness, breast size, body habitus, laxity and thickness of remaining breast skin, the condition of the underlying muscles, availability of flap donor sites, stage of disease and the need for adjuvant radiotherapy. The final decision depends on the personal preference of the patient if more than one reconstructive option is feasible. Because of the variable needs of individual patients, the reconstructive («oncoplastic») breast surgeon must be able to provide a wide range of reconstructive options.

Tissue expansion reconstruction

Tissue expansion is the simplest method of breast reconstruction. An inflatable silicone balloon is placed into a submuscular pocket on the anterior chest wall and subsequently expanded by a series of postoperative saline injections. This ingenious method of breast reconstruction is based on the gradual stretching of the skin with a single or double-lumen tissue expander to replace the skin loss after mastectomy. The tissue expander or a breast implant will simultaneously replace the breast volume [15, 16]. Patient selection and implant selection are crucial. Several techniques are possible: a. fixed volume implant (one-stage), b. variable volume expander implant (one-stage), c. tissue expansion followed by permanent implant (two-stage).

Tissue expansion is a simple and flexible technique that does not involve any additional scarring. The breast is reconstructed with local tissues with similar colour and texture. This short procedure requires 1 hour operating time, a short period of hospitalisation and 2-4 weeks recovery time.

This technique is suitable for patients with small non-ptotic breasts, when performing bilateral reconstruction of for women who are happy to accept a mastopexy procedure on the opposite breast. This procedure is ideal for patients who want minimal scarring, are not worried about a silicone implant and are unwilling or unfit to undergo autologous tissue reconstruction. Patients are unsuitable for implant reconstruction if the chest wall tissues are thin, damaged, inelastic or irradiated, if a radical

mastectomy has been performed, if there is an extensive infraclavicular tissue deformity after resection or atrophy of the pectoralis major muscle, or if there is a vertical mastectomy scar [17-18]. Implant-only breast reconstructions lack ptosis and significant alterations of the contralateral breast to improve symmetry are usually necessary [19].

The complications of tissue expansion can be grouped into those related to wound failure such as haematoma, wound infection, breast skin necrosis and wound dehiscence, those due to implant failure, and those of breast implants such as capsular contracture, asymmetry, displacement and thinning of overlying skin. The commonest and least predictable complication of implant reconstruction is capsular contracture. Hardening of the scar tissue around the implant leads to firmness on palpation and distortion of the breast as well as discomfort and pain. The risk of capsular contracture is significantly increased in the presence of preoperative or postoperative radiotherapy. Textured implants reduce capsular contracture rates and their use is now routine.

Latissimus dorsi flap reconstruction

The LAT myocutaneous flap, originally described for chest wall reconstruction by Tansini at the turn of the century, was rediscovered and became the standard method of breast reconstruction in the 1970s, allowing the immediate reconstruction of larger, more pendulous breasts [20].

The latissimus dorsi muscle is a large triangular back muscle of variable thickness. The cutaneous territory of this flap consists of the skin superficial to the entire muscle and approximately 3 cm beyond. Numerous myocutaneous perforators allow the design of skin islands in various patterns but orientation of the skin paddle in the skin crease allows maximum skin harvest with a good scar, which can be hidden under the bra strap.

Latissimus dorsi flap breast reconstruction is a very versatile, safe and reliable technique with a success rate of over 99 %, and is even suitable for high-risk patients. Disadvantages include a donor scar on the back, unless endoscopic techniques are used. The colour match of back and breast skin may not be ideal and there is a potential for further impairment of shoulder movement, which may have already been compromised by previous surgery. The functional deficit after transfer of an Latissimus dorsi muscle affects only very specific activities. Additional physiotherapy may be required to restore full shoulder mobility.

Indications for this technique include the reconstruction of large breasts where an implant alone would not be sufficient for size, if the chest wall tissues are unsuitable for tissue expansion and if there are additional tissue requirements after mastectomy. Additional indications are congenital breast hypoplasia such as Poland's syndrome, chest wall reconstruction, partial breast reconstruction after conservation surgery or partial loss of an abdominal tissue flap. Contraindications for Latissimus dorsi breast reconstruction are previous surgery that may have compromised the vascular supply to the flap such as thoracotomies or extensive and radical axillary surgery, absence of the latissimus muscle and serious patient comorbidity [21, 22].

Several variations of this flap are possible. The latissimus muscle can be transferred as muscle-only flap without a skin island, avoiding a donor-site scar on the back. A myocutaneous flap can be used with or without a breast implant or tissue expander if muscle cover and skin are required. It is also possible to reconstruct a small to moderate-sized breast with an extended autologous latissimus dorsi flap [23]. This type of reconstruction includes taking the maximum amount of both skin and subcutaneous fat overlying the muscle and avoids the use of implants or tissue expanders.

Potential postoperative complications include flap-related wound complications like haematoma, infection, partial or total flap necrosis, breast skin flap necrosis and delayed healing. Donor site-related complications include haematoma, seroma, wound infection and wound dehiscence [24]. Seroma formation is common after extended latissimus dorsi harvest and may require repeated aspiration or long-time drainage. Partial flap necrosis occurs in less than 5 % and total flap necrosis in less than 1 %. There is some evidence that the autologous latissimus dorsi flap may withstand adjuvant radiotherapy better than the latissimus dorsi flap with additional implant.

Breast reconstruction with lower abdominal tissue

The lower abdomen is often an abundant source of tissue for autologous breast reconstruction. A sizeable and natural-feeling breast mound can be created without any implant or tissue expander, which is usually discarded during an aesthetic abdominoplasty procedure. The donor defect is acceptable and often a cosmetic improvement. Although

this technique can provide excellent long-term results, donor-site morbidity should be analyzed in detail [25].

Lower abdominal tissue can be used for immediate and delayed breast reconstruction. Good candidates are young and healthy with sufficient lower abdominal tissue available. It is also indicated if the contralateral breast is large, in bilateral breast reconstruction, if there have been previous complications with breast implants and if the latissimus dorsi muscle has been divided or is atrophic. Reconstructions using lower abdominal tissue can be associated with significant complications and morbidity.

Contraindications are obesity, smoking, diabetes, autoimmune disease, vasospastic or cardiorespiratory disorders, psychosocial problems, abdominal scars disrupting the vascular anatomy, inadequate recipient vessels or an inexperienced surgeon. The potentially detrimental effects of adjuvant radiotherapy on the reconstructed breast are currently under investigation [26].

Myocutaneous perforators through the rectus abdominis muscle and direct cutaneous vessels provide the blood supply to the lower abdominal apron by three main vascular routes. The deep inferior epigastric artery (DIEA), a branch of the external iliac vessel, is the primary source of circulation to the rectus abdominis muscle. The deep superior epigastric artery (DSEA), the terminal branch of the internal mammary artery and lesser vessel of supply, anastomoses with the DIEA within the substance of the muscle [27]. Additional direct cutaneous supply of the abdominal apron exists through the superficial inferior epigastric artery (SIEA). The triple blood supply to the lower abdominal tissue allows it to be used in a variety of techniques: a. pedicled transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap, b. free TRAM flap, c. free deep inferior epigastric perforator (DIEP) flap, d. free superficial inferior epigastric artery (SIEA) flap.

The reason why some surgeons have moved from pedicled TRAM flaps to free perforator flaps is to try to reduce the morbidity of the donor site and preserve abdominal wall integrity and function [28-30]. The complications encountered with techniques using lower abdominal tissue for breast reconstruction are related to repair-techniques of the abdominal wall and the flap vascularisation.

TRAM flap reconstruction: the single pedicle, whole muscle technique

The unipedicle transverse rectus abdominis myocutaneous flap (TRAM) described by Carl Hartrampf still remains the gold standard for autologous breast reconstruction more than 20 years after its first description [31-33]. Yet, certain things have been learned over the years that have improved the safety and outcomes of the procedure. We have a better understanding of proper patient selection, the delay procedure in higher-risk patients, inseting the flap along aesthetic units, and pre- and postoperative care. Although some plastic surgeons prefer the option of a free TRAM or DIEP flap, we prefer the pedicle TRAM flap in properly selected patients for its predictability, low serious complication rate, technical ease, reliability of results, decreased operative time, and patient satisfaction. The free TRAM flap or DIEP flap may be indicated in patients with transverse upper abdominal scars that have compromised the superior epigastric system, and obese patients. The pedicled TRAM flap, in most cases, can obtain good results without the lengthy time, special risks with total flap necrosis, and needs for microsurgical skills. For most patients, we prefer to use the ipsilateral muscle for lateral fullness and to avoid an epigastric bulge. The decision to use the whole muscle is based on vascular studies by Moon and Taylor [27], which showed that blood supply through the rectus may exist in multiple branches throughout the width of the rectus muscle. Muscle splitting may therefore be hazardous because ultimate perfusion of the TRAM flap may be diminished. Although muscle splitting may provide more fascia for primary closure, the remaining muscle, both medially and laterally, likely plays little if any role in abdominal wall function as it is deinnervated and atrophied. Attempting to preserve the entire fascia while harvesting the whole muscle may also be dangerous due to the superficial nature of the blood supply at the muscular inscriptions.

Using a small incision in the rectus fascia, the lateral border of the rectus muscle may be identified. In harvesting the whole rectus muscle, it is important to leave 1 to 2 cm of the lateral anterior rectus fascia in the donor site. This will preserve the linea semilunaris ligament and allow a secure abdominal closure without or with mesh. Preservation of the linea semilunaris is important in maintaining the complex intermuscular relationships that exist in the anterior abdominal wall. The incision is contin-

ued to approximately 3 cm below the arcuate line. At this level the inferior epigastric pedicle can be visualized and spared, while the anterior fascia and rectus abdominis are transversely divided. The deep inferior epigastric pedicle is ligated and the medial anterior rectus sheath can be safely incised. The dissection superiorly is continued above the costal margin. The highest intercostal nerve is identified and divided to ensure rectus muscle atrophy, thus limiting fullness in the epigastric area where the pedicle crosses the chest. After resection of zone IV, the entire flap can be inserted in the mastectomy defect. Ipsilateral flaps undergo in most cases a 180-degree rotation through a lateral tunnel, leaving zone III medial and zone II lateral.

The TRAM flap inset is usually fairly easy if the preoperative planning was done properly. The inset is usually done with the patient in a semisitting position. The flap is shaped to receive symmetry to the contralateral breast. After the upper portion of the breast flap has been sutured into position the inferior portion of the flap sometimes is rolled onto itself to give added breast projection. If there is too much tissue, the flap is thinned. The thinning is usually performed on the undersurface of the flap. After the best shape has been produced, the skin incisions are closed.

The abdominal closure in a single-pedicled TRAM flap usually does not require prosthetic material. The abdomen is closed with either interrupted or running nonabsorbable sutures. If the closure is tight, an external oblique myofascial release can be performed laterally, on the side of the pedicle, to decrease the tension. The closure is reinforced with a second layer of running sutures. In cases of abdominal laxity, the side of the abdomen opposite the pedicle should be plicated to move the position of the umbilicus toward the midline. This plication is also performed with nonabsorbable monofilament-type sutures. The abdominal closure is completed, and the umbilical position is set.

Salvage surgery for chest wall recurrences often creates a surgical dilemma. Although the patient has recurrence, they may have significant life expectancy. These reconstructions are often difficult because they rely on poor-quality tissues and are often best dealt with in a multidisciplinary setting. Resurfacing the chest wall with non-irradiated flap tissues requires often extensive surgery using the double-pedicled TRAM flap. The bipedicle TRAM flap allows the transfer of virtually all of the abdomi-

nal tissue to the chest region. In most cases of bipedicle TRAM abdominal closure is performed with mesh after external oblique fascial release inserted in sublay technique [34].

TRAM flaps with preoperative Delay

Flap delay improves perfusion of the flap through its undisturbed vascular pedicles. The empirical finding that if a flap is raised in two or more stages, the distant regions away from the vascular pedicle are more likely to survive than if the same flap had been raised in one operation is called the delay phenomenon. Despite the incomplete knowledge base regarding the delay phenomenon, preoperative delay of conventional transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flaps is a useful tool that improves perfusion to the flap and reduces flap necrosis in the high-risk patient [35-37]. Preoperative delay by haemoclipping of the DIEA pedicles reduces the need for double pedicle TRAM flaps and creates the perfusion equivalent to a free TRAM flap or DIEP flap without the added risk of total flap necrosis because of anastomose complications in the microsurgical procedures.

Free tissue transfer techniques

The development of reliable free tissue transfer techniques has provided an alternative to the pedicled TRAM flap in an attempt to reduce abdominal wall damage and to lower the risk of partial or total flap necrosis [38, 39]. In 1989, Grotting et al. reported a comparison of conventional pedicled TRAM flap with the free TRAM flap [40]. They concluded that, despite the added complexity of the microvascular reconstruction, the free TRAM flap was safe. Abdominal wall function improves faster after a free TRAM flap than after a single-pedicled TRAM flap, but 6 months after surgery, the difference becomes insignificant. In 1994, Allen et al. described the deep inferior epigastric perforator (DIEP) flap [41]. The flap uses skin and fat from the lower abdomen. The flap is based on one, two, or three perforators of the deep inferior epigastric vessels. The DIEP flap may be substituted for the free TRAM flap in all instances and provides the added advantage of preservation of the rectus muscle and anterior rectus sheath [42]. The disadvantages of the free tissue transfer techniques with free TRAM flap and DIEP flap are the significantly increased operating times (6 – 8 hours) compared to pedicled TRAM flaps

(2 – 3 hours) and the risk for total flap loss. Pedicled TRAM is almost never complicated by total flap loss. The scientific evaluation of advantages and disadvantages of microsurgical flaps compared to the pedicled TRAM flap is ongoing (Table 1 and 2).

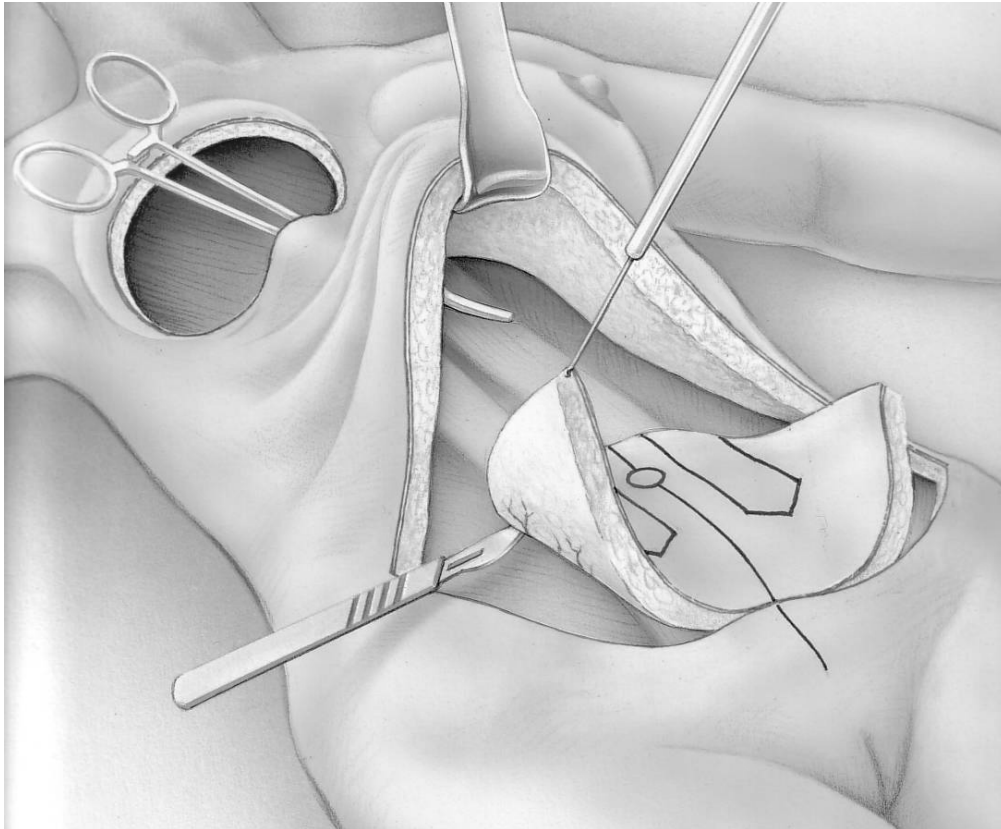
During the last 20 years, the pedicled TRAM flap has been firmly established as the standard for autogenous tissue breast reconstruction worldwide. It provides the oncoplastic breast surgeon with the ability to simulate a breast of almost any size and shape while simultaneously improving the contour of the lower abdominal flap donor area [32,33].

Further surgery may be necessary to the reconstructed breast, the opposite breast or the donor site of the breast reconstruction. Complete breast reconstruction including nipple-areola reconstruction requires on average 3.3 separate procedures.

It is important for any woman undergoing mastectomy to make an informed decision about reconstruction and to be provided with information about the technique, advantages and disadvantages. There is a high degree of patient satisfaction with breast reconstruction but high levels of preoperative information and psychological support are necessary. Surgical management by oncoplastic breast surgeons, careful patient selection and counselling, and refinements in surgical techniques can provide a range of safe and predictable techniques for breast reconstruction.

Nipple-areola reconstruction

The final part of breast reconstruction is restoration of the nipple-areola complex. This leads to increased satisfaction with the breast reconstruction, a sense of completeness and an enhanced sense of attractiveness, especially unclothed [43-45]. The two main options for nipple reconstruction are (i) composite grafts from the opposite breast (nipple-sharing) or dog ears following previous surgery and (ii) local flaps, which have been described in a multitude of variations. Areola reconstruction can be performed by full-thickness skin grafting or by tattooing. Donor sites of skin grafts for areolar reconstruction are selected on the basis of pigmentation. However, the colour match of these grafts with the contralateral areola may not be acceptable and further tattooing may be necessary. Nowadays skin grafting has been largely abandoned in favour of tattooing, which is a quick and simple technique with minimal morbidity and very few complications apart from colour mismatch.



References

1. Schain WS: Breast reconstruction. Update of psychosocial and pragmatic concerns. *Cancer* 1991;68:170-175.
2. Stevens LA, McGrath MH, Druss RG: The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:619-628.
3. Goin MK, Goin JM: Psychological reactions to prophylactic mastectomy synchronous with contralateral breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1982;70:355-359.
4. Weiler-Mithoff EM: Breast reconstruction: techniques, timing and patient selection. *CML Breast Cancer* 2001;13:1-11.
5. Handel N, Silverstein MJ, Waisman E: Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1990;86:1118-1122.
6. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR: The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:1060-1068.
7. Kroll SS, Ames F, Singletary SE: The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172:17-20.
8. Bensimon RH, Bergmeyer JM: Improved aesthetics in breast reconstruction: modified mastectomy incision and immediate autologous tissue reconstruction. *Ann Plast Surg* 1995;34:229-233.

9. Wilson CR, Brown IM, Weiler-Mithoff EM: Immediate breast reconstruction is not associated with a delay in the delivery of adjuvant chemotherapy. *Eur J Surg Oncol* 2004;30:324-327.

10. Hussien M, Salah B, Malyon A: Impact of adjuvant radiotherapy on the choice of immediate breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000;36:58.

11. Noone RB, Frazier TG, Noone GC: Recurrence of breast carcinoma following immediate reconstruction: a 13-year review. *Plast Reconstr Surg* 1994;93:90-106.

12. Friedrich M, Kolberg HC, Diedrich K, Krämer S: Immediate and delayed alloplastic breast reconstruction. *Gynäkologe* 2005;38:209-215.

13. Dieterich H, Heyl V, Scheler P, Blazek J, Hoffmann G, Nestle-Krämling C: Autologous breast reconstruction. *Gynäkologe* 2005;38:217-229

14. Rosato RM, Dowden RV: Radiation therapy as a cause of capsular contracture. *Ann Plast Surg* 1994;32:342-345.

15. Becker H: Breast augmentation using the expander mammary prosthesis. *Plast Reconstr Surg* 1987;79:192.

16. Radovan C: Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. *Plast Reconstr Surg* 1982;70:153.

17. Spear SL, Majidian A: Immediate breast reconstruction in two stages using textured, integrated-valve tissue expanders and breast implants: a retrospective review of 171 consecutive breast reconstructions from 1989 to 1996. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:53.

18. Spear SL, Spittler CJ: Breast reconstruction with implants and expanders. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:177-188

19. Clough KB, O'Donoghue JM, Fitoussi AD: Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: I. Implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:1702-1709.

20. Maxwell GP: Iginio Tansini and the origin of the latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:686-692.

21. Spencer KW: Using the latissimus dorsi flap for breast reconstruction. *Plast Surg Nurs* 1996;16:147-155.

22. Moore TS, Farrell LD: Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:666..

23. Germann G, Steinau HU: Breast reconstruction with the extended latissimus dorsi flap. *Plast Reconstr Surg* 1996;97:51.

24. Roy MK, Shrotia S, Holcombe C: Complications of latissimus dorsi myocutaneous flap breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 1998;24:162-165.

25. Clough BC, O'Donoghue JM, Fitoussi AD: Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction. II. TRAM flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:1710-1716.

26. Spear SL, Ducic I, Low M: The effect of radiation on pedicled TRAM flap breast reconstruction: outcomes and implications. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:84-95.

27. Taylor GI: The angiosomes of the body and their supply to perforator flaps. *Clin Plast Surg* 2003;30:331-342.
28. Petit JY, Rietjens M, Ferreire MAR: Abdominal sequelae after pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:723-729
29. Kroll SS, Schusterman MA, Reece GP: Abdominal wall strength, bulging and hernia after TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:616-619.
30. Mitzgala CL, Hartrampf CR, Bennett GK: Abdominal wall function after pedicled TRAM flap surgery. *Clin Plast Surg* 1994;21:255-272.
31. Hartrampf CR: Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:216-224.
32. Hartrampf CR Jr.: The transverse abdominal island flap for breast reconstruction. A 7-year experience. *Clin Plast Surg* 1988;15:703.
33. Muck B: Stellenwert des transversen M. rectus abdominis-Lappens bei der Sofortrekonstruktion der Brust. *Gynäkologe* 1999;21:98-105.
34. Wagner DS, Michelow BJ, Hartrampf CR Jr: Double pedicle TRAM flap for unilateral breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1991;88:987.
35. Erdmann D, Sundin BM, Moquin KJ: Delay in unipedicled TRAM flap reconstruction of the breast: a review of 76 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:762-767.
36. Cederna PS, Chang P, Pittet-Cuenod BM: The effect of the delay phenomenon on the vascularity of rabbit rectus abdominis muscles. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:194-205.
37. Ribuffo D, Muratori L, Antoniadou K: A hemodynamic approach to clinical results in the TRAM flap after selective delay. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1706-1714.
38. Feller AM: Free TRAM: results and abdominal wall function. *Clin Plast Surg* 1994;21:223-232.
39. Blondeel PN, Vanderstraeten GG, Monstrey SJ: The donor site morbidity of free DIEP flaps and free TRAM flaps for breast reconstruction. *Br J Plast Surg* 1997;50:322-330.
40. Grotting JC, Urist MM, Maddox WA: Conventional TRAM flap versus free microsurgical TRAM flap for immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1989;83:828-841.
41. Allen RJ, Treece P: Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994;32:32-38.
42. Hamdi M, Weiler-Mithoff EM, Webster MHC: Deep inferior epigastric perforator flap in breast reconstruction: experience with the first 50 flaps. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:86-95.
43. Hartrampf CR, Culbertson JH: A dermal-fat flap for nipple reconstruction. *Reconstr Surg* 73:982-986.
44. Brunnert K: Mamillenrekonstruktion: Rekonstruktion der Brust mit lokaler Lappenplastik. In: Granitzka S, Siebert W (Hrsg) *Plastische Operationen an der weiblichen Brust*. Hans Marseille, München, S185-200.
45. Kolberg HC, Friedrich M, Schmolling J, Golz N, Diedrich K: Techniken zur Rekonstruktion des Mamillen-Areola-Komplexes. *Gynäkologe* 2005;38:230-235.

PRINCIPLES AND STANDARDS IN ONCOPLASTIC BREAST CONSERVING SURGERY – THE DÜSSELDORF EXPERIENCE

Mahdi Rezai, Maren Darsow, Stefan Krämer
Breast Center Düsseldorf Luisen-Hospital, Germany

Breast-conserving surgery – histological and biological considerations

The local treatment of breast cancer has changed dramatically in the last 100 years, reflecting changes in our understanding of the biology of breast cancer and improvements in diagnostic and therapeutic modalities [1-5].

The recognition that more extensive surgical procedures did not reduce the risk of distant metastases, coupled with the increasingly frequent identification of small breast cancers by mammography and the success of moderate-dose radiotherapy in eliminating subclinical foci of breast cancer leading to trials of breast-conserving therapy [2,3,6-9]. An initial objection of breast-conserving therapy was the known multicentricity of breast carcinoma. The reported incidence of multicentricity ranged from 9 % to 75 %, depending on the definition used, the extent of tissue sampling, and the techniques of pathologic examination [10]. The presence of multicentric tumor foci was used to argue against anything less than complete mastectomy as optimal local treatment for breast cancer.

The work of Holland et al. provided a detailed description of the extent and distribution of cancer in a breast with an apparently localized tumor. In their initial report [10], mastectomy specimens with primary tumors of 4 cm or less in size were studied. In all cases, the tumors were considered unicentric based on clinical and radiographic assessment. Detailed evaluation of the breast was carried out using 5-mm sections, radiography of these thin slices, and an average of 20 blocks per specimen for histologic evaluation. This technique allowed precise mapping of the extent and distribution of residual carcinoma in relation to the primary (or reference) tumor. Only 39 % of specimens showed no evidence of cancer beyond the reference tumor. In 20 %, additional cancer was found, but it was confined to within 2 cm of the reference tumor. 41 % of patients had residual cancer more than 2 cm from the reference tumor; of those, two-thirds had pure intraductal carcinoma, and one third had mixed intraductal and invasive carcinoma. The percentage of patients with residual cancer more

than 2 cm from the reference tumor corresponds well to the rate of local failure reported in patients treated with excision of the primary tumor alone. In these series, local recurrence in the breast occurs at or near the site of the primary tumor in most cases, emphasizing that multifocal breast cancer commonly remains after an excision of the tumor, and that this multifocal involvement is biologically important. This is true even if the margins of surgical resection are assessed to be negative. However, radiotherapy is effective in controlling the majority of these occult foci of carcinoma [8]. The importance of these microscopic foci of tumor in the patient treated with excision and radiotherapy has again become an issue of clinical significance with the development of imaging modalities, such as magnetic resonance (MRI) and ultrasound, which allow preoperative detection of very small foci of cancer [11].

Oncoplastic breast-conserving surgery

Breast-conserving therapy, consisting of lumpectomy or segmentectomy followed by radiotherapy, has become the standard form of treatment for invasive breast cancer and is increasingly being used for ductal carcinoma in situ (DCIS) and larger tumours [2,3,12,13]. However, with breast-conserving surgery for large tumors, there can be difficulty in obtaining clear excision margins, and the cosmetic outcome is often poor [14]. The tumor size in relation to the breast size is one of the most important factors when attempting to obtain a cosmetically favourable result. A conflict exists, therefore, between performing a resection wide enough to obtain optimal oncologic control and not removing so much breast tissue as to leave a deformed breast or a large discrepancy compared with the other side. One way of resolving this conflict is to use reconstructive procedures to reshape the breast immediately following partial mastectomy. This surgical approach, referred to as “oncoplastic surgery”, has rapidly gained acceptance in Europe and is now widely practiced in some dedicated breast units [15-18]. During the last years a wide spectrum of different surgical techniques has been published and therefore it is necessary to give an overview on these procedures based on a systematic structure in terms of indication, outcome and technical details.

Principles and systematics of partial mastectomy reconstruction

The interrelationship between breast-tumor ratio, volume loss, cosmetic outcome and margins of clearance is complex, and the widespread popularity of breast-conserving surgery has focused attention on new on-

coplastic techniques that can avoid unacceptable cosmetic results. Until now, surgical options have been limited to breast-conserving surgery or mastectomy, the choice depending on fairly well-defined indications and factors. Oncoplastic procedures provide a third option that avoids the need for mastectomy in selected patients and can influence the outcome of breast-conserving surgery in three ways [16, 20, 21].

Oncoplastic procedures allow wide local excisions of breast tissue without risking major local defects and deformity. The use of oncoplastic techniques to prevent deformity can extend the scope of breast-conserving surgery, without compromising the adequacy of resection or the cosmetic outcome. Volume replacement can be used during and after previous breast-conserving surgery and radiotherapy to correct unacceptable deformity and may prevent the need for mastectomy in some cases of local recurrence when further local excision will result in considerable volume loss.

The choice of technique depends on a number of factors, including the extent of resection, location of the tumour, timing of surgery, experience of the breast surgeon in oncoplastic techniques and expectations of the patient. Partial mastectomy reconstruction at the same time as resection is gaining in popularity. As a general rule, it is much easier to prevent than to correct a deformity, as the sequelae of previous surgery do not have to be addressed [21, 22]. Immediate reconstruction at the time of partial mastectomy is associated with clear surgical, financial and psychological benefits [23-25].

Resection defects can be reconstructed in one of two ways – a) by volume displacement with recruiting and transposing local glandular or dermoglandular flaps into the resection site, or b) by volume replacement, importing volume from elsewhere to replace the amount of tissue resected. Volume replacement techniques can restore the shape and size of the breast, achieving symmetry and excellent cosmetic results without the need for contralateral surgery. However, these techniques require additional operation time and may be complicated by donor-site morbidity, flap loss and an extended convalescence. In contrast, volume displacement techniques require less extensive surgery, limiting scars to the breast and avoiding donor-site problems.

Table 1. Systematic overview about volume displacement and volume replacement techniques (according to M. Rezai)

- a) volume displacement
 - glandular rotation
 - tumor-adapted mastopexy / dermoglandular rotation
 - tumor-adapted reduction mammoplasty
 - lateral thoracic wall advancement
- b) volume replacement
 - thoracoepigastric flap
 - latissimus dorsi flap

Volume displacement techniques

Until recently, little attention has been paid to the cosmetic sequelae of breast-conserving surgery, as most patients are relieved not to lose their breast and many gynaecological and general breast surgeons are unfamiliar with the oncoplastic techniques that can eliminate postoperative deformities. Moreover, there has been a tendency to recommend delayed reconstructive surgery some time after completion of radiotherapy. Although this is possible, partial reconstruction of the breast after surgery and radiotherapy is technically challenging and requires sophisticated techniques, with cosmetic results that are often disappointing [22].

Poor remodelling is one of the reasons for an ugly deformity after breast-conserving surgery with partial mastectomy (lumpectomy, segmentectomy or quadrantectomy). Although typical localised cancers of small size might be excised well by standard lumpectomy, segmentally extended cancers (invasive breast cancer with DCIS) need more creative approaches to surgical excision to remove breast tumors from nipple to periphery.

This segmentectomy, as our standard procedure in breast-conserving surgery, is a full-thickness segmental resection extending from subdermal (Cooper fascia) to the pectoralis major muscle including the pectoralis fascia. Partial mastectomy defects after segmentectomy can easily be reconstructed using the first standard principle of oncoplastic surgery – the glandular rotation.

Glandular rotation

In cases of segmentectomy without skin resection the glandular defect is easily approximated by mobilising glandular flaps. For the standard segmentectomy a cosmetically placed incision directly over the area to be removed is performed. For lesions especially in the upper breast, incisions are curvilinear following Langer's lines. The skin is undermined sometimes extensively, liberating the whole quadrant from its skin at-

tachment. In some cases the central portion of the breast needs to be undermined, separating the nipple-areola-complex from the underlying breast tissue. This allows transfer of some of the central volume of the breast towards the defect, making closure easier and preventing deviation of the nipple-areola-complex towards the tumour bed. After clip-marking of the tumor bed, the two lateral glandular flaps are approximated and sutured into the defect. This approach can be used for most breast cancers in almost any location [16-18]. Some surgeons perform no remodelling at all, leaving an empty defect and relying on a postoperative haematoma or seroma to fill the space. This may produce acceptable results in the short term but breast retraction invariably occurs with longer follow-up, leading to major deformities that are increased by postoperative radiotherapy [23]. On the other hand hematoma or seroma filling leads to a worse inner cosmesis of the breast associated with diagnostic problems in mammography and sonography during follow-up.

Tumor-adapted mastopexy

In oncoplastic resections that include overlying skin because of skin involvement, or close relation of the breast cancer to skin less than 5 mm, a wide spectrum of individually preferred oncoplastic techniques have been published which can be summarized as tumor-adapted mastopexies. These patients require preoperative planning and patient counselling, and it should not be decided in the operating room that the patient is a candidate for such an approach. The oncoplastic mastopexy techniques include the dermoglandular rotation for tumors in the upper or lower inner quadrant, the "tennis-racket" or Dufour coat technique with NAC recentralisation for location in the upper outer quadrant or the Regnault technique as a modified B-plasty for central, subareolar tumor-localisation.

In our hands we only see clear indications for the principle of dermoglandular rotation for tumors localized in the upper or lower inner quadrant.

Dermoglandular rotation

A limitation of full-thickness excision with the skin of the upper or lower inner breast quadrant is that it can cause upward or downward displacement of the nipple-areola complex, which results when too much skin is removed above or below the nipple. Skin resection is performed in a radial orientation. Grisotti defines the upper inner quadrant as "no man's land". A skin resection in this area followed by dermoglandular ro-

tation will sometimes shift the nipple in an upward or medial fashion that would look highly unnatural in location. In such cases, the nipple-areola complex is always displaced towards the reference quadrant and secondary repair of this deformity is difficult. The solution is to prevent this deformity by transferring the nipple-areola complex onto the centre of the new breast dome at the time of primary surgery. Recentralisation of the nipple-areola complex is performed by deepithelialising a periareolar crescent of skin opposite the segmentectomy.

Lateral thoracic wall advancement

For tumors located in the outer upper quadrant the lateral thoracic wall advancement according to Rezai is an oncoplastic alternative to larger resection with dermoglandular rotations like “tennis-racket” or “Du-four-coat” technique [16].

Tumor-adapted reduction mammoplasty

Another oncoplastic approach, when breast volume allows it (B cup or larger), is to perform a remodelling mammoplasty. The early use of mammoplasty techniques for breast-conserving surgery involved patients with large tumors located in the lower pole of the breast (superior pedicle mammoplasty). Lower-pole resections cause more deformity than resections in the upper quadrants and these are impossible to prevent with the simple unilateral techniques just described. There are many advantages to this approach, but the main disadvantage is the need to achieve contralateral symmetry, which can be performed simultaneously in order to avoid secondary procedures.

There is a large spectrum of published techniques for mammoplasty with limitations in long term aesthetic outcomes, scars and pedicles. Mahdi Rezai developed a standardized and universal technique with an inferior flap to overcome the limitations of single mammoplasty techniques published in this issue. This principle method can be combined with inverted T-, vertical- and periareolar skin incisions and is applicable for nearly all tumor locations (even the subareolar location) when glandular rotation or dermoglandular rotation is not applicable.

Volume replacement techniques

Several different approaches to volume replacement have been developed over the last 15 years, including myocutaneous, myosubcutaneous and adipose flaps and implants [24-26]. Autologous latissimus dorsi flaps are the most popular options because of their versatility and reliability.

The myocutaneous latissimus dorsi flap carries a skin paddle that can be used to replace skin which has been resected at the time of breast-conserving surgery or as a result of contracture and scarring following previous resection and radiotherapy [27-32]. Although the skin paddle adds to the replacement volume, it can lead to a “patch” effect because of the differences between the donor skin and the skin of the native breast. A myosubcutaneous latissimus dorsi flap circumvents this problem by harvesting the flap in a plane deep to Scarpa’s fascia, or by deepithelialisation of the flap. This produces a bulky flap without a skin island to reconstruct defects following quadrantectomy, hemimastectomy or skin sparing mastectomy with preservation of the overlying skin.

Volume replacement should always be considered when adequate local tumor excision leads to an unacceptable degree of local deformity in those patients who wish to avoid mastectomy or contralateral surgery. This can occur after loss of 20 % or more of the breast volume, particularly when the resection is performed from the central zone, lower pole or medial quadrants of the breast.

Breast conservation with or without reconstruction should be reserved for patients with unicentric tumors and is inappropriate in those with more widespread disease or T4 tumors. Likewise, latissimus dorsi volume replacement is hazardous in patients with a history suggesting damage to the thoracodorsal pedicle. Patients should be informed that using the latissimus dorsi for breast conservation precludes its subsequent use for full breast reconstruction. If a mastectomy is required to treat recurrent disease, the options are limited to TRAM or perforator flaps.

Donor-site seroma formation occurs in almost all patients, and can be reduced by quilting or delaying drain removal. Flap necrosis is rare, and can be avoided by gentle resection and handling of the pedicle and by taking care to prevent traction injuries during transposition and fixation of the flap after tendon division.

Flap retraction can be avoided by division and fixation of the tendon and careful suture of the flap into the resection defect. Finally, volume replacement can preserve symmetry, and avoids the need for alterations to the contralateral breast in almost all patients.

The role of breast-conserving volume replacement is set to increase as more precise, image-guided resection of specific zones of breast tissue becomes possible. Increasingly sophisticated imaging techniques,

such as high-frequency ultrasound and contrast-enhanced dynamic magnetic resonance imaging, may in future enable exact delineation and excision of all malignant and premalignant changes.

Endoscopically assisted techniques may increase the ability to harvest more bulky myosubcutaneous flaps, allowing the reconstruction of more extensive resection defects [33, 34]. This will require the further development of novel techniques for endoscopic dissection. Today, endoscopically assisted latissimus preparation is not the standard of care.

Thoracoepigastric flap

For patients with breast cancer localised in the upper inner quadrant with a need for a larger skin resection, a small thoracoepigastric flap can be used to reconstruct the resection defect adequately. In most patients a dermoglandular rotation as volume displacement method will be the alternative for the breast-conserving treatment of tumors in this location [16].

A number of factors need to be considered when making the choice between volume replacement and volume displacement. Volume replacement is particularly suitable for patients who wish to avoid volume loss and contralateral surgery after breast-conserving surgery. They must be prepared to accept a donor-site scar and be made aware of the possibility of major complications that may result in prolonged convalescence. Volume replacement is equally well suited to immediate and delayed reconstruction and is the method of choice for correcting severe defects after quadrantectomy or hemimastectomy and Type II-deformity after previous breast irradiation.

Secondary reconstruction of the partial mastectomy defect

If volume displacement or volume replacement techniques are not used primarily in oncoplastic breast-conserving surgery postoperative and postradiation deformities can be reconstructed. In order to better assess the surgical approach for these patients, a classification of the cosmetic sequelae after breast conservation therapy has been published [14, 22]. This defined three groups of patients based on clinical examination. The advantage of this classification is that it is a valuable guide for choosing the optimal reconstructive technique, but it is also a good predictor of the final cosmetic result after surgery.

Type I deformities: patients have a treated breast with a normal appearance but there is asymmetry between the two breasts.

Type II deformities: patients have a deformity of the treated breast.

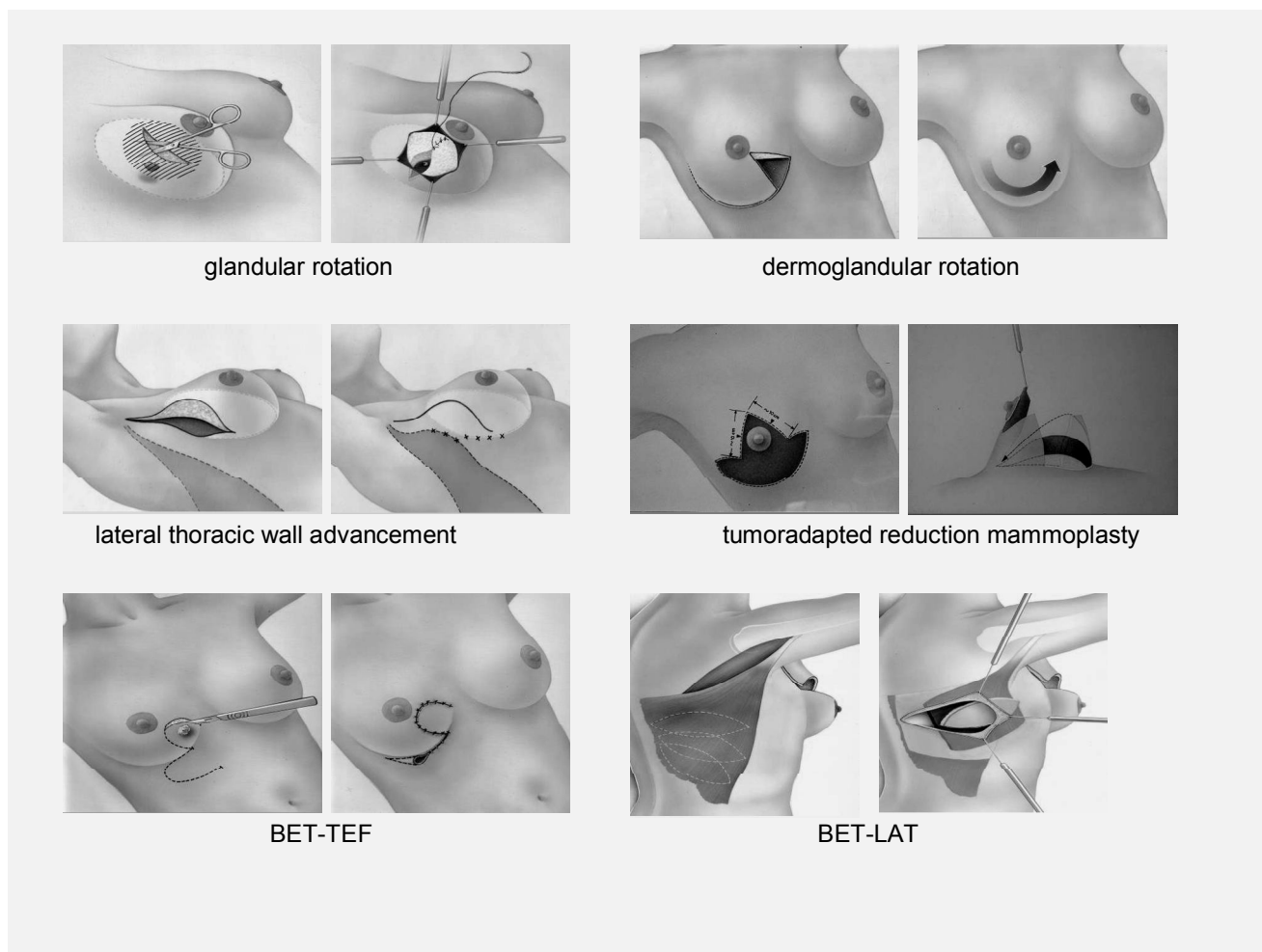
This deformity can be corrected by partial breast reconstruction and breast conservation, with the irradiated breast tissue being spared in the reconstruction.

Type III deformities: patients have a major distortion of the treated breast, or diffuse painful fibrosis. These sequelae are so severe that only a mastectomy can be considered.

For type I deformities, a contralateral mammoplasty is performed to restore symmetry, avoiding any surgery on the irradiated breast. This is a simple and reliable approach, the irradiated breast serving as the model for a contralateral breast lift or breast reduction. Type II deformities are almost always postoperative and are the most difficult to treat. A wide range of techniques can be used to repair these defects, from recentralisation of the nipple to the inseting of a flap to reconstruct a missing quadrant. Type III deformities require treatment by mastectomy and immediate reconstruction with a myocutaneous flap.

Conclusion

Immediate reconstruction of the partial mastectomy defect extends the role of breast-conserving surgery by enabling complete excision of a greater range of tumors without compromising cosmesis, postoperative surveillance or symmetry. Oncoplastic surgery with a critical use of standardized and classified volume displacement and replacement techniques are likely to become increasingly popular as an alternative to mastectomy in patients with small breast-tumor ratios. Further experience and training of the general breast surgeon in these techniques will lead to a better understanding of their role in the surgical management of primary breast cancer and in the management of local relapse and cosmetic deformity after previous breast-conserving procedures. The specialised oncoplastic breast surgeon (gynaecologist) needs a complete understanding and training in all aspects of breast cancer diagnosis (imaging, pathology) and treatment (locoregional and systemic) to choose the right technique for the right patient [35]. The indication and performance of a special oncoplastic technique should not be based on the personal preference of the breast surgeon. The achievement of at least many aims and quality indicators of breast-conserving treatment and the preferences of the patient after informed consent should decide about the used oncoplastic technique.



References

1. Halsted WS. The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1907;66:1.
2. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L: Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227-1232.
3. Fisher B, Anderson S, Bryant J: Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1233-1241.
4. Beckmann MW, Fasching RA, Gall C, Bani M, Brumm C, Krämer S. Genetic risk factors in breast cancer. *Gynäkologe* 35: 527-536 (2002).
5. Beckmann MW, Bani MR, Fasching PA, Strick R, Lux MP. Risk and risk assessment for breast cancer: molecular and clinical aspects. *Maturitas* 2007;57:56-60.
6. Fisher B, Anderson S, Redmond CK: Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995;333:1456-1461.

7. Solin LJ, Kurtz J, Forquet A: Fifteen-year results of breast-conserving surgery and definitive breast irradiation for the treatment of ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Oncol* 1996;14:754-763.
8. Veronesi U, Volterrani F, Luini A: Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. *Eur J Cancer* 1990;26:671-673.
9. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M: Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1981;305:6-11.
10. Holland R, Connolly J, Gelman R. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas: implications for clinical trials of breast-conserving treatment. *Cancer* 1985;56:979.
11. Krämer S, Schulz-Wendtland R, Hagedorn K, Bautz W, Lang N: Magnetic resonance imaging and its role in the diagnosis of multicentric breast cancer. *Anticancer Res.* 1998;18: 2163-2164.
12. Fisher B, Brown A, Mamounas E: Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J Clin Oncol* 1997;15:2483-249.
13. Bonadonna G, Veronesi U, Brambilla C: Primary chemotherapy to avoid mastectomy in tumors with diameters of three centimetres or more. *J Natl Cancer Inst* 1990;82:1539-1545.
14. Clough KB, Cuminet J, Fitoussi A: Cosmetic sequelae after conservative treatment for breast cancer: classification and results of surgical correction. *Ann Plast Surg* 1998;41:471-481.
15. Audretsch W, Rezai M, Kolotas C: Tumor-specific immediate reconstruction in breast cancer patients. *Persp Plast Chir* 1998;11:71-100.
16. Rezai M, Nestle-Krämling C: Onkoplastische Operationstechniken bei der brusterhaltenden Therapie des Mammakarzinoms. *Gynäkologe* 1999;32:83-90.
17. Krämer S, Jäger W, Lang N, Beckmann MW: Operative Therapie des Mammakarzinoms. *J Menopause* 2004;11:9-15.
18. Dieterich H, Heyl V, Scheler P, Blazek J, Hoffmann G, Nestle-Krämling C: Rekonstruktion der Brust mit Eigengewebe. *Gynäkologe* 2005;38:217-229.
19. Clough KB, Kroll S, Audretsch W: An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:409-420.
20. Audretsch W, Andree C: Is mastectomy still justified – and if, in which patients ? *Onkologie* 2006;29:243-245.
21. Clough K, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcut MC: Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003;237:26-34.
22. Slavin SA, Love SM, Sadowsky NL: Reconstruction of the irradiated partial mastectomy defect with autogenous tissues. *Plast Reconstr Surg* 1992;90:854-865.

23. Kurtz JM: Impact of radiotherapy on breast cosmesis. *Breast* 1995;4:163-169.
24. Kroll SS, Singletary SE. Repair of partial mastectomy defects. *Clin Plast Surg* 1998;25:303-310.
25. Dean C, Chetty U, Forrest APM: Effect of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet* 1983;i:459-462.
26. Raja MAK, Straker VF, Rainsbury RM: Extending the role of breast-conserving surgery by immediate volume replacement. *Br J Surg* 1997;84:101-105.
27. Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg* 1976;29:126-128.
28. Dieterich H, Schwab R. Latissimus-dorsi-Hautmuskellappen. Die innovative Operationstechnik der Mammachirurgie. *Gynäkologe* 1999;32:91-99.
29. Rainsbury RM: Breast-sparing reconstruction with latissimus dorsi miniflaps. *Eur J Surg Oncol* 2002;28:891-895.
30. Dixon JM, Venizelos B, Chan P: Latissimus dorsi mini-flap: a technique for extending breast conservation. *Breast* 2002;11:58-65.
31. Noguchi M, Taniya T, Miyasaki I: Immediate transposition of a latissimus dorsi muscle for correcting a post quadrantectomy breast deformity in Japanese patients. *Int Surg* 1990;75:166-170.
32. Aitken M, Mustoe TM. Why change a good thing ? The fleur de lis latissimus breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:525.
33. Van Buskark ER, Krehnke RD, Montgomery RL: Endoscopic harvest of the latissimus dorsi muscle using balloon dissection technique. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:899-90.
34. Fine NA, Orgill DP, Pribaz JJ. Early clinical experience in endoscopic-assisted muscle flap harvest. *Ann Plast Surg* 1994;33:456.
35. Rutgers EJT for the EUSOMA Consensus Group: Quality control in the locoregional treatment of breast cancer. *Eur J Cancer* 37:447-453.

REDUCTION MAMMOPLASTY WITH MODIFIED INFERIOR TECHNIQUE (REZAI TECHNIQUE)

Mahdi Rezai, Maren Darsow, Stefan Krämer

Breast Center Düsseldorf Luisen-Hospital, Germany

Introduction

Many different and varied techniques for breast reduction have been described [1-7]. Several of these procedures have come to be known simply on the basis of the name of the physician who described the operation. In addition, many of these procedures have variably over-

lapping technical details, all of which can create confusion when attempting to evaluate published results. To assist in organizing and evaluating the multiple techniques of breast reduction, it is helpful to realize that any procedure designed to accomplish breast reduction must consist the following four interrelated elements:

- Preserving the nipple-areola complex (NAC) blood supply
- Removing the redundant parenchyma or tumor-adapted segmental partial mastectomy when combining breast conservation therapy with reduction
- Removing excess skin
- Shaping the breast

Based on these four cardinal elements breast reduction techniques can be divided into the following main principles:

The **wise pattern inverted T reduction** is the most commonly performed procedure, based on an inferior pedicle, removes tissue from around the pedicle medially, superiorly and laterally, removes skin below the medial and lateral breast flaps, including the deepithelialized inferior pedicle and redrapes the skin around the inferior pedicle to shape the breast.

The **vertical reduction** has gained in popularity as a method to reduce the length of the scars. It is based on a superior or superomedial pedicle, removes tissue from the lower pole of the breast, uses a circumvertical skin resection pattern, and sutures together the medial and lateral pillars for shaping.

The **periareolar reduction** is based on using a blocked circular dermal suture passed in a purse-string fashion. The round block constitutes a cerclage, fixing a solid circular dermodermal scar block around the areola. The periareolar approach provides easy access to the whole gland, minimizing the required incision.

Most of the published techniques have different limitations in the amount of removable tissue, vascularisation of the nipple areola complex and the pedicle design and according to the resulted scars. In 1975 Liacyr Ribeiro published a new method for reduction mammoplasty with an inferior pedicled nipple areola complex. This inferior technique becomes one of the most popular procedures in reduction mammoplasty among the members of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgery [11].

Development of the reduction mammoplasty with modified inferior technique

There are several limitations associated with the described principles in reduction mammoplasty. From the surgical point of view there is a need for a unique and standardized technique for reduction mammoplasty which can be implemented either in a tumor-adapted reduction strategy in breast conservation treatment or in aesthetic surgery for reduction and mastopexy.

This technique should have the following aims and possibilities:

- Creation of the desired breast size and shape
- Breast symmetry
- Variation of the breast basis
- Optimizing the projection of the nipple areola complex
- Reconstruction of the upper breast pole
- Scar sparing procedure
- Avoidance of the secondary ptosis
- Correction of the lateral bulging
- Combination with oncoplastic procedure (segmental resection in breast cancer patients)
- Conversion into skin-sparing mastectomy with reconstruction in case of positive margins
- Resulting in good outer and inner aesthetics
- Adaptation of the contralateral breast in reconstruction after mastectomy

For the development of a unique technique in reduction mammoplasty which fulfils these prerequisites it is important to differentiate two unrelated steps: the inner reduction (volume reduction) and the outer reduction (skin envelope reduction).

Compared to the original technique by Ribeiro with inferior pedicle we developed a modified inferior technique with a superior pedicled nipple areola complex and an inferior based dermoglandular flap which are the two important steps for volume reduction.

For the skin envelope reduction different scars and incision patterns can be combined with the volume reduction (inverted T-scar, vertical scar, periareolar scar, L-scar) depending on breast size and shape.

Surgical technique of the reduction mammoplasty with modified inferior flap

With the patient in a half-sitting position, a vertical line is drawn from the hemiclavicular line to the upper edge of the areola. The new position of the nipple is marked within the vertical line responding to the projection of the inframammary fold on the upper pole of the breast. By means of a pinching maneuver and the surgeon's judgment the lateral lines with 10 cm length are determined. The lower poles of the lines are linked to the inframammary fold with curving lines, as in Pitanguy's technique.

With the breast lifted so that the lower pole can be seen, the drawing of the inferior flap is started at the central portion and is extended to 1 to 2 cm below the inferior edge of the areola. The outlined flap is decorticated, and an incision is made on its edges downward to the muscular level to allow the shaping of a dermo-lipo glandular flap, supplied by the fourth, fifth, and sixth intercostal perforating vessels. The nipple areola complex and the skin in the upper and lateral pole is completely undermined.

When the resection of the remaining tissue of the breast is completed, the flap is attached to the pectoralis fascia with separate stitches.

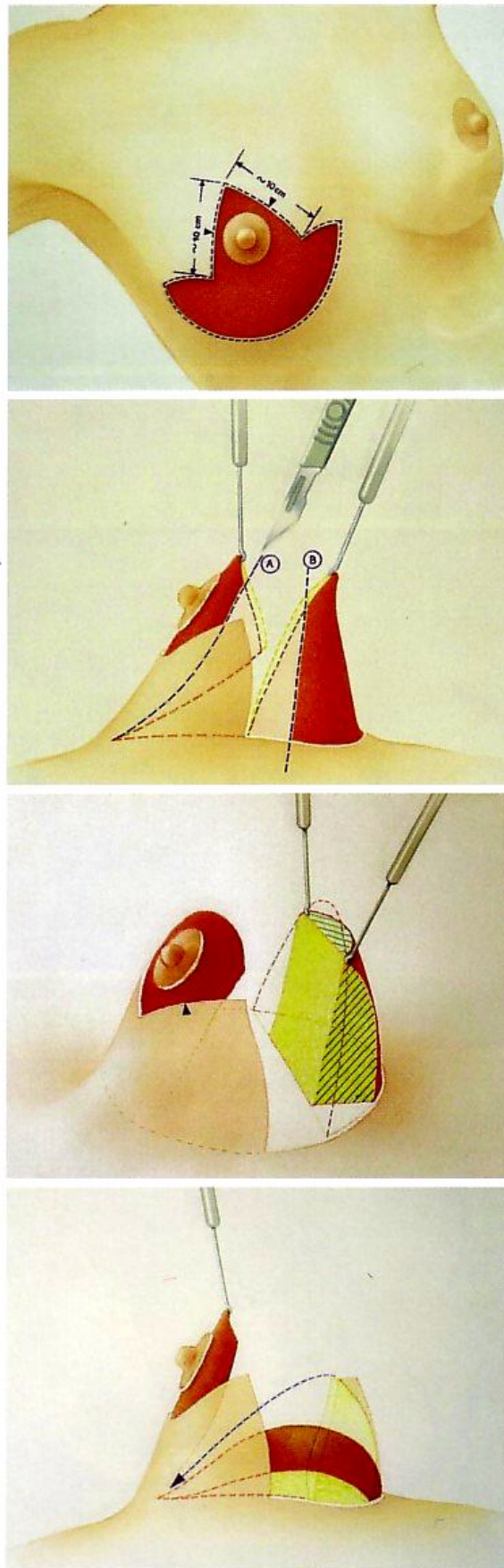
In cases of a tumor-adapted reduction mammoplasty the breast cancer is marked preoperatively to achieve segmentally resected tumors for further histopathologic evaluation of tumor-free margins.

The lower edges of the lateral lines are joined at the middle point of the flap base. The new position of the nipple-areola complex is marked at the main projection. After decortication the superior pedicled nipple areola complex and the skin is sutured with monocryl 3-0 stitches.

This surgical principle of a modified inferior flap technique described with an inverted T skin incision can also be combined with vertical, L- and periareolar skin incisions depending on the desired size and shape of the reduced breast.

Since 1993 we performed this technique as a routine procedure in aesthetic reduction mammoplasty and in tumor-adapted reduction mammoplasties as the surgical part of breast conservation treatment in patients with macromastia.

Figure 1. Principle of reduction mammoplasty with modified inferior technique



References

1. Strömbeck JO: Mammoplasty: report of a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960;13:79.
2. McKissock PK: Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972;49:245-252.
3. Lejour M: Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994;94:100-114.
4. Benelli L: A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg* 1990;14:93-100.
5. Hall-Findlay EJ: A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:748-739.
6. Hammond DC: Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAIR) mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103:890-901.
7. Ribeiro L, Accorsi A, Buss A, Marcal-Pessoa M: Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammoplasties. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:960-970.

COMBINED BREAST AUGMENTATION AND MASTOPEXY

Ali MOJALLAL

Department of Plastic Reconstructive and Cosmetic Surgery
Edouard Herriot Hospital, Lyon France

The breast augmentation for hypotrophy and mastopexy for ptosis are two well codified different procedures. When hypotrophy is associated with some degree of ptosis, surgical treatment becomes particularly difficult. The difficulty is often related to the choice of the skin incision and the quantity of skin resection.

Breast augmentation without skin envelope reduction in case of ptosis would result in an inappropriate breast implant. The mismatch between the skin envelope and breast implant may be linked to either a suspended prosthesis and a breast ptosis or a dislocated breast implant within the breast ptosis.

These two procedures of breast augmentation and mastopexy can be conducted separately or simultaneously.

The author presents here a treatment in a single stage of hypotrophy and ptosis based on a pre-operative and intra-operative skin excess assessment.

BREAST AUGMENTATION WITH ANATOMICAL IMPLANTS

Ali MOJALLAL

Department of Plastic Reconstructive and Cosmetic Surgery
Edouard Herriot Hospital, Lyon France

The author hereby presents the silicone based breast augmentation using an Anatomical shape implant. The preoperative decision is made in five quantifiable measurements.

The High Five decision process described by Dr Tebbetts, prioritizes five critical decisions in breast augmentation and enables surgeons to address all preoperative assessment and operative planning decisions in breast augmentation.

These five criteria are:

1. Soft-tissue coverage
2. Implant volume (weight).
3. Implant type, size, and dimensions.
4. Optimal location for the inframammary fold
5. Incision location.

The High Five process is a comprehensive yet simple and efficient decision and management model for primary breast augmentation. Although providing volume recommendations relative to the base width, stretch characteristics, and nipple-to-inframammary fold distance, the system also allows surgeons to add or subtract volume based on specific patient requests, considering possible long-term tissue tradeoffs and consequences.

The author presents and explains the use of the high five decision process and describes the surgical technique.

INNOVATIVE TECHNIQUES IN BREAST RECONSTRUCTION

Ali MOJALLAL

Department of Plastic Reconstructive and Cosmetic Surgery
Edouard Herriot Hospital, Lyon France

The breast has an important symbolic representation for women. More than any other reconstructive surgery, the breast reconstruction

has major aesthetic requirements playing for good body image integration of the reconstructed breast and patient's self-confidence.

Breast reconstruction following mastectomy whether delayed or immediate is common practice amongst plastic surgeons and offers considerable benefit to patients. Breast reconstruction should result in a natural appearing breast which is adjusted for the patient's age and BMI.

A myriad of reconstructive options exist and are available to the reconstructive surgeons.

In recent years, techniques for breast reconstruction have all benefited from the advances of aesthetic and reconstructive surgeries. In addition, research in tissue engineering brought a new field of autologous techniques.

Here the author presents new ideas and innovative techniques in breast reconstruction concerning:

- The cutaneous envelope based on the knowledge of aesthetic subunits of breast. From this concept, the flap inseting and the thoracoabdominal flap are discussed.
- The volume of the reconstructed breast using microsurgical perforator flap, autologous fat graft and tissue engineering.
- Additionnal techniques such using Alloderm and pectoralis fascia flap are also presented.

АЛЬТЕРНАТИВА МАТЕМАТИКЕ

Азимова Р.Б., Боровиков А.М.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, онкобольница № 62, Москва

Выше перечислены пять обстоятельств, исключающих математическое, компьютерное моделирование результата аугментационной маммопластики, поскольку:

А) не поддаются оцифровке физические свойства тканей МЖ и их воздействие на протез, который, несмотря на все заклипания о «стабильности формы», все равно мягкий и податливый,

Б) невозможно учесть все многообразие факторов формообразования,

В) антропометрия мягких тканей лишена точности.

Чем же вызвана настойчивость в продвижении «математических» систем планирования? На наш взгляд, суть их коммерческая. Именно поэтому такие системы одна за другой спонсируются фирмами-производителями. Всевозможные измерения в ходе консультирования – это средство убеждения женщины в том, что выбор хирурга точен. «Конверсия» кандидатки в пациентку достигается через демонстрацию ей того, как врач вникает во все нюансы ее телосложения. Этой же цели служит и вся множественность типоформ «Матрицы», ведь без множественности вариантов невозможно провозгласить «уникальность выбора». Параметры соседних в таблице имплантатов на самом деле мало отличаются. Но чтобы кандидатура «конвертировалась» в пациентку, ей надлежит пронаблюдать, как хирург, кропотливо заносая в формулы всевозможные цифры, наконец, указывает в таблице «тот самый, единственный, исключительно для нее созданный» протез. «Компьютерное моделирование» играет ту же маркетинговую роль, что и «морфинг» в ринопластике. Известно, однако, как далек бывает смоделированный результат от фактического.

«Обыкновенный» выбор имплантатов, согласно д-ру Хедену, – это подбор объема с последующей корректировкой путем измерений. «Биоразмерный» – это подбор ширины имплантата, затем учет пожеланий пациентки и свойств ее тканей. Объем вытекает сам собою как результат двух предыдущих шагов. Это, мол, «обратный порядок» подбора.

На наш взгляд, между «обычным» и «биоразмерным» подходом разницы нет. Измерения присутствуют и в том и в другом. «Корректировка» означает ни что иное, как измерение ширины основания МЖ, чтобы понять, имплантат какой ширины «влезет» в карман, не заходящий на грудину, а также расстояния сосок-складка, чтобы планировать ее понижение при необходимости. Пожелания пациентки учитываются само собой, а определение свойств тканей МЖ может быть только качественным. Цифровых характеристик здесь вообще не существует. Остальные параметры производны. Отсюда – многовариантность выбора имплантатов. Хирург может опираться на ширину (или вертикальный диаметр – наше предпочтение) основания (пятна) МЖ и в качестве отправной точки получить диаметр протеза. Тогда объем (и проекция, т.е. профиль имплантата) будут

производными от пожеланий пациентки и свойств тканей. Другой вариант - исходить из желаемого объема. Тогда диаметр протеза будет лимитирован площадью будущего пятна МЖ. Третий вариант - взять за основу желаемую проекцию. Тогда объем будет вытекать «автоматически» в рамках данной площади пятна. При этом различия между круглыми и асимметричными, мягкими и плотными имплантатами, на наш взгляд, значения не имеют.

Сказанное касается не только случаев исходно «правильной» формы МЖ и грудной клетки, которых, по счастью, подавляющее большинство, но и конституциональных отклонений. Считается (J.L.M. delYerro), что при резко астеничной грудной клетке выгоднее «вытянутые» имплантаты FL (Аллерган) или CPG – 312 (Ментор). При короткой и широкой, наоборот, - имплантаты LF или LX или CPG – 332. Видно, что автор почему-то опирается не на желаемую форму МЖ (безусловно, первостепенный фактор), а на форму грудной клетки – фактор важный, но не первостепенный. Так, при астеничном сложении вертикальный диаметр исходного пятна МЖ вполне может быть равен или даже меньше горизонтального. Превращение такой груди в вытянутую по вертикали противоречит эстетическим требованиям. Так же и для женщины пикнитического сложения создание короткой, но широкой груди может оказаться далеким от искомым пропорций.

Для нас показания к каплевидным имплантатам тем явственнее, чем больше требование максимальной проекции. Известно, что проекция *in vitro* имплантатов LF или LX или CPG – 332 выше, чем у симметричных, даже высокопрофильных эндопротезов того же объема. Но и в этих случаях математический расчет не способен оптимизировать результат, ведь, как указывалось выше, результирующую проекцию *in vivo* вычислить невозможно. Достаточно здравого смысла, оставляющего широту выбора. Так, при тубулярности, очевидно, нужна максимальная проекция нижнего склона МЖ, но разница в несколько миллиметров проекции протеза будет иметь ничтожное влияние на результат, по сравнению с адекватностью хирургической модификации чехла.

Выводы. Необходимыми являются определение эстетически оптимального положения и очертаний пятна МЖ, а также качественная оценка тканей МЖ и прогноз их трансформации. Никакие заме-

ры и расчеты не способны учесть все многообразие исходных характеристик и влияния хирургической тактики (плоскость кармана, модификация чехла и паренхимы). Их функция в отношении хирурга – маркетинговая легенда о возможности «оптимального выбора» в обход опыта проб и ошибок, а в отношении пациентки – повысить доверие к хирургу. Проблемы начинаются там, где эти функции вытесняют необходимую широту выбора на основе личного опыта и адекватность хирургической тактики.

ДВОЙНАЯ СКЛАДКА ПРИ СУБПЕКТОРАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ

Азимова Р.Б.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

Об искажениях формы молочной железы (далее - МЖ) при напряжении большой грудной мышцы (далее – БГМ) предупреждают всех кандидаток на субпекторальное эндопротезирование. Встречается миграция протеза кверху или выдавливание его сократившейся мышцей, наоборот, книзу и латерально с уплощением верхнего склона МЖ. Нередко при сокращениях БГМ возникает и двойная складка (double-bubble). Популярны предложения рассекать каудальный край БГМ на всю толщину в проекции САК. Их авторы считают появление двойной складки обязанным компрессионной перетяжке, которую нижний край БГМ создает на протезе. С этим мы не можем согласиться, ибо ни разу не видели двойной складки, параллельной краю БГМ. Она чаще горизонтальна, а бывает и перпендикулярна краю БГМ. Brink R. (2000) считает причиной этой деформации исходный дефицит тканей каудальнее ареолы, что совпадает с трактовкой двойной складки при тубулярной груди, когда БГМ частично блокирует растягивание тугого кожно-глангулярного чехла протезом. В этих случаях он рекомендует особо тщательное отделение покровов от глубокой фасции по нижней полуокружности кармана. Прямо противоположна концепция Massiha H. (2000), который говорит об избыточной глангулярной плотности каудальнее ареолы, и для редрапировки нижнего склона МЖ над протезом предлагает радиальное рассечение паренхимы нижнего склона.

Мы согласны с трактовкой последнего автора и объясняем эти искажения наличием прочной септы Вюрингер, которая продолжается латерально и медиально в виде связок, подвешивающих железу наподобие гамака (рис. 1).

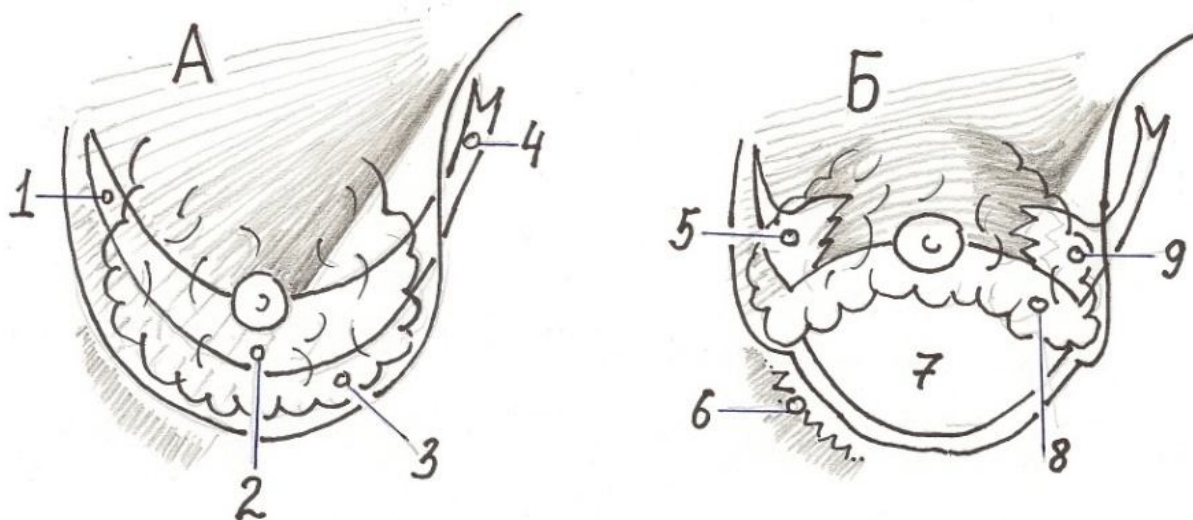


Рис. 1. Схема соотношений паренхимы, связок и мышцы до (А) и после (Б) имплантации в частично субпекторальный карман. (1). Медиальная связка; (2). Горизонтальная порция септы Вюрингер; (3). Паренхима, входящая в комплекс СМС; (4). Латеральная связка; (5). Медиальная культя горизонтальной септы; (6). Нижне-стернальная культя большой грудной мышцы; (7). Имплантат; (8). Паренхима, входившая в комплекс СМС, после имплантации образует ступеньку; (9). Латеральная культя горизонтальной септы.

Если не отделять железу от мышцы, то есть не делать «двойной карман», то очевидно, что интактная горизонтальная порция септы, смещаясь протезом краниально, увлечет за собою весь комплекс СМС, и, при его достаточной прочности, образуется ступень. Хотя в норме экскурсия медиальной части БГМ ничтожна, но после рассечения ее ниже-стернального крепления мышца получает свободу сильно смещать кверху и латерально преимущественно медиальную часть комплекса СМС. Даже если отрицать прочность и память формы гипотетического «комплекса СМС» (ведь вне сокращения мышцы ступени не видно), то все же появление ниже-медиального нависания паренхимы при сокращении мышцы нельзя объяснить ничем иным, кроме прочной фасциальной связи парен-

химы с уходящей кверху медиальной культей БГМ (рис.1 Б). Двойную складку мы объясняем краниальной миграцией комплекса СМС, «помнящего» свою форму. Это уменьшает площадь основания МЖ и, следовательно, теоретически должно приводить к увеличению проекции. Именно это мы и наблюдаем на практике при сокращениях БГМ. Кроме того, если верно, что двойная складка есть свидетельство прочной фиксации паренхимы к мышце через септу Вюрингер, то можно прогнозировать, что даже малозаметная в покое двойная складка обязательно усилится при напряжении. Это также подтверждается практикой.

Мы корригировали двойную складку приемами ослабления фасциального каркаса нижней части паренхимы. Эти приемы мы рутинно используем при подозрении на избыточную прочность этого каркаса («поджатость» СМС, тубулярность). Однако одного только отделения паренхимы от мышцы и ослабления ее насечками, может оказаться недостаточно. И, что особенно важно, двойная складка может появиться и в случаях полного отсутствия признаков тубулярности, когда упомянутые приемы кажутся абсолютно излишними. Ни у одной из наших пациенток понижения СМС них не требовалось. Напротив, в ряде случаев требовалась вертикальная пликация паренхимы нижнего склона, неизбежно повышающая СМС. Появление ступеньки в этих случаях позволяет провести параллель между тубулярностью и птозом МЖ. Действительно, тубулярность можно рассматривать как частный случай избыточной прочности поверхностной фасциальной системы в нижней половине МЖ с наличием «фиброзного» (правильнее – связочного) кольца, «поджимающего» СМС, над которым нависает, т.е., по сути, птозирует паренхима. Выделение из этой системы особой септы Вюрингер (лигаментозного полукольца) не противоречит, а лишь дополняет концепцию куперовской системы связок МЖ, и позволяет объяснить память формы инфрамаммарной паренхимы при птозе прочностью «комплекса СМС», в котором достаточно развитая паренхима «плотно упакована» связками Купера, фиксирующими ее к коже снизу и септе Вюрингер сверху. Параллель и в технике коррекции в обоих случаях – это понижение каудальной границы паренхимы, ее «распаковка», т.е. распластывающая маммопластика.

СЕЛЕКТИВНАЯ АУГМЕНТАЦИЯ ВЕРХНЕГО СКЛОНА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азимова Р.Б.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

Жалобы пациенток, идущих на подтяжку молочной железы, обычно не дифференцируют и описывают как «птоз». Мы считаем необходимым отдельно анализировать три компонента данной деформации. 1. Каудальное смещение соска относительно субмаммарной складки (далее – СМС) (классификация Regnault). 2. Перевешивание нижнего склона через СМС на 2 см и более (гландулярный птоз). 3. Запустение верхнего склона молочной железы (далее – МЖ), воспринимаемое пациенткой, как смещение пятна МЖ книзу, и видимое в ракурсе s как западение линии, идущей от контура большой грудной мышцы к соску. Для ювенильной (античной) груди эта линия прямая, а для «пышной» груди – выпуклая.

Стандартная мастопексия действует на все три компонента: 1 – транспорт сосково-ареолярного комплекса; 2 – редукция нижнего склона МЖ путем резекции кожи; 3 – заполнение верхнего склона паренхимой вытолкнутой снизу. Однако без дифференцировки этих трех компонентов результаты могут быть неоптимальными. 1. Транспорт соска может быть не нужным или даже противопоказанным (именно для этих случаев предложена резекция кожи полумесяцем под ареолой или по СМС). 2. Полнота нижнего склона нередко воспринимается положительно как «женственные» или «естественные» очертания. Для таких пациенток уплощение его при вертикальной мастопексии нежелательно. 3. Раннее переполнение верхнего склона (гиперкоррекция, необходимое условие вертикальной мастопексии), клювовидный профиль МЖ часто воспринимается болезненно.

Переход к оценке каждого из трех компонентов по отдельности позволяет выявить группу пациенток, для которых ведущей жалобой является запустение верхнего склона (третий компонент). Для них главной, а, нередко, и единственной задачей является возврат опустившейся верхней границы пятна МЖ кверху. Шов-подвеска (Lejour) или транспозиция паренхиматозных лоскутов (Daniel, Planas, Graf)

решают эту задачу лишь временно и за счет обеднения нижнего склона (гиперкоррекции). Практика показывает, что надежно долгосрочную полноту верхнего склона обеспечивает только эндопротезирование МЖ. От него пациенток удерживает нежелание увеличивать объем МЖ. Такое решение, как «плюс-минус мастопексия» (резекция паренхимы и замещение ее протезом) также далеко не для всех приемлемо.

Выходом представляется «селективная аугментация верхнего склона», т.е. размещение небольшого протеза только в краниальной части МЖ, которое избирательно решает задачу 3. Неизбежное при этом увеличение проекции соска всегда воспринимается положительно и дает положительные «побочные эффекты»: элевация соска (задача 1), уменьшение перевешивания нижнего склона (задача 2).

Речь о пациентках с исходным объемом МЖ от 400 мл. Эндопротез (как и МЖ) такого объема полностью уместается в ладони. Прирост объема около 200 мл не воспринимается как заметная аугментация, тогда как коррекция западения отчетлива. К той же группе относятся пациентки с небольшим птозом, которые изначально обращаются за эндопротезированием. Такой же отдельный анализ их эстетических задач также на первый план выводит восполнение запавшего верхнего склона МЖ. Проблема в том, что они, почти без исключения, упоминают Памелу Андерсон в качестве нежелательного результата, т.е. не хотят сильного прироста объема. В то же время классическое представление об эндопротезировании подразумевает такое основание протеза, которое полностью покрывает пятно МЖ. Всяческие «биоразмерные» и прочие алгоритмы подбора опираются на ширину основания МЖ (пятна), которая редко бывает меньше 14 см, а вытекающий диаметр протеза 11,5 -12 см. Даже самый низкопрофильный такой имплантат имеет объем от 300 мл, и хирург вынужден уговаривать пациентку на существенный прирост объема всей МЖ, тогда как ее задачей является лишь верхний склон.

Упомянутые алгоритмы нижнюю границу имплантата располагают на кожно-фасциальной опоре СМС. Однако на одно межреберье краниальнее СМС (по краю большой грудной мышцы) от глубокой фасции в паренхиму вступает фасциальная септа Вюрингер, несущая сосуды и нервы к ареоле и почти параллельная поверхности

кожи нижнего склона. Между кожей и септой заключена прослойка паренхимы, упроченная связками Купера. Вместе они составляют то, что мы называем опорным «комплексом СМС», который способен поддерживать эндопротез не в меньшей, а в большей степени, нежели одна только кожа нижнего склона. Нижняя кромка такого эндопротеза может располагаться на целое межреберье краниальнее, нежели чем при стандартном эндопротезировании, стало быть, его диаметр на 2 см меньше, а объем не превышает 200 мл. Весь опорный комплекс СМС остается интактным, сохраняя его паренхима исключает пальпируемость имплантата, эстетический эффект состоит исключительно в искомой «селективной аугментации верхнего склона», а не в избыточном увеличении всей МЖ, чреватой, кроме прочего, последующим истончением покровов нижнего склона (рис.1). Доступ возможен по СМС, поскольку тоннель 6-7 см, прободящий септу, не разрушает ее. Предпочитаем, однако, субареолярный доступ, позволяющий резецировать полумесяц кожи, а главное, визуализировать самое септу, как прочный фасциальный баллон, на который и укладывается эндопротез.

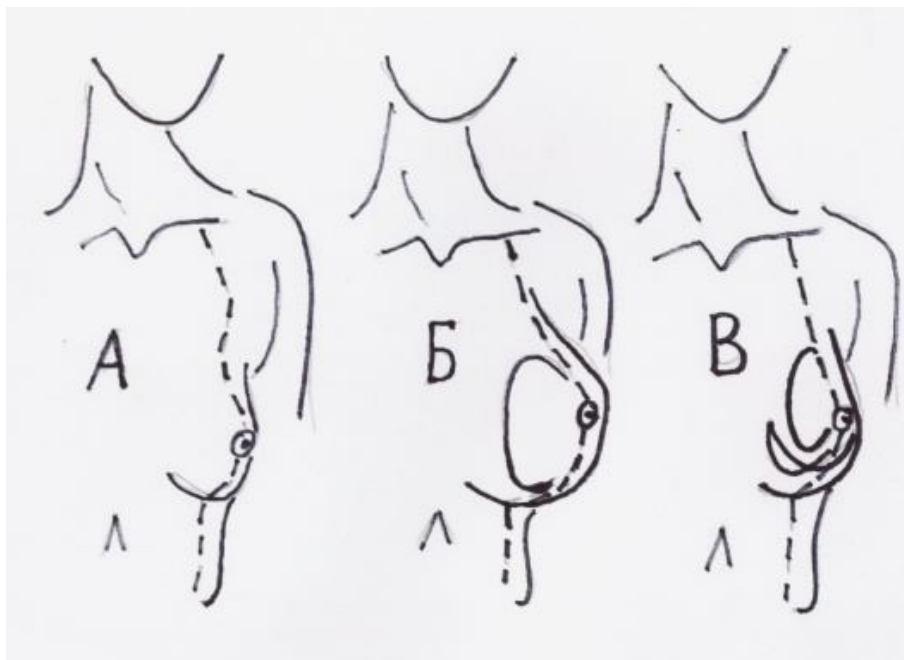


Рис.1. А. Западение линии меридиана МЖ (пунктир) в ракурсе s.

Б. Результат эндопротезирования по стандартному (для умеренного птоза) алгоритму.

В. Результат селективной аугментации верхнего склона малым имплантатом, лежащим на септе Вюрингера.

СТАБИЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА СМС КАК ПРИЧИНА ДВОЙНОЙ СКАДКИ АУГМЕНТИРОВАННОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азимова Р.Б.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

Двойная складка (double bubble – двойная выпуклость) – это эстетическое осложнение эндопротезирования молочных желез (далее МЖ), представляющее собою поперечную перетяжку между ареолой и нижней границей груди. Считается, что ее вероятность высока при аугментации тубулярной груди. Однако мы наблюдали ее появление и при аугментации нормально развитых МЖ, под которыми мы понимаем выраженную и правильно сформированную субмаммарную складку (далее СМС), имеющую четкую выпуклость книзу, и развитую паренхиму между ареолой и СМС. Это побудило нас пересмотреть понимание анатомии СМС, включив в него концепцию Елизабет Вюрингер о септальном балконе (рис. 1).

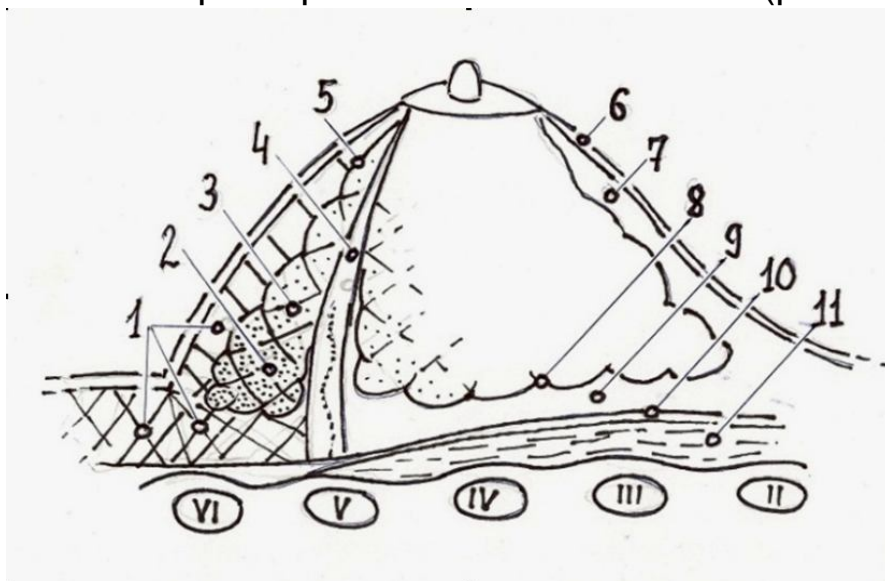


Рис. 1. Схема фасциальной поддержки инфрамаммарной зоны МЖ.

Римскими цифрами обозначены ребра. (1) *Retinacula cutis*, переходящие в коллагеновые пластины поверхностной фасциальной системы, которые прочно фиксируют кожу к глубокой фасции по линии СМС, и, прободая вентральный листок капсулы МЖ, становятся связками Купера, скрепляющими паренхиму; (2) Инфрамаммарная паренхима; (3) Сеть связочных пластин Купера. (4) Септа Вюрингер, несущая артерии и нервы к ареоле от глубокой фасции, представленная в сагиттальном срезе через сосок. В объемном изображении ее представляют как фасциальный балкон, отделяющий паренхиму нижнего склона от остальной; (5) Вентральный листок капсулы МЖ; (6) Кожа; (7) Подкожная клетчатка; (8) Дорзальный листок капсулы МЖ; (9) Ретромаммарное пространство (Шассиньяка); (10) Глубокая (пекторальная) фасция; (11) *M.Pectoralis Major*.

Из левой половины рисунка 1 видно, что каудальная часть МЖ заключена в прочную фасциальную сеть, соединяющую кожу и септу Вюрингер. Фасциальные листки, обозначенные на схеме (1–5), формируют «комплекс субмаммарной складки», т.е. обеспечивают «память формы» нижней части МЖ, которая устойчива к хирургическим попыткам ее изменить. Чем больше здесь паренхимы и прочнее фасциальный каркас, в который она заключена, тем стабильнее «комплекс СМС» удерживает свою форму. Даже если хирург не собирается понижать СМС, и ограничивает карман прежней нижней границей МЖ, последняя неизбежно смещается протезом кпереди и вверх, если упомянутый комплекс стабилен настолько, что не позволяет паренхиме расплаться под давлением протеза. При этом каудальная граница паренхимы удерживает свою форму и образует «ступеньку». Каудальная кромка имплантата (новая СМС) остается ниже нее, хотя и была размечена по дооперационной линии СМС (рис.2).

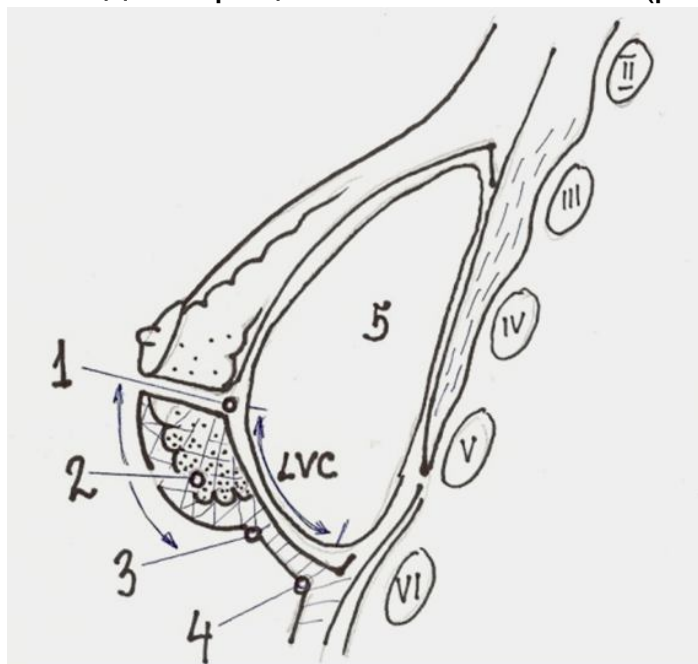


Рис.2. Схема формирования двойной складки при субгландулярном эндопротезировании инфраареолярным доступом. (1) Инфраареолярный доступ и надфасциальная диссекция кармана; (2) Комплекс СМС (пояснения в тексте); (3) Дооперационная СМС, служившая нижней границей разметки кармана; (4). Новая СМС вдоль нижней кромки имплантата. (5) Имплантат; "LVC" Lower ventral curvature – нижняя (вентральная) кривизна имплантата.

Из схемы на рисунке 2 видно, что инфраареолярный доступ и субгландулярная диссекция (1) оставляют комплекс СМС интактным. Разметка по коже дистанции (1) - (3) может равняться или даже

превышать дистанцию "LVC", и в обычных условиях все подкожное содержимое должно равномерно распределиться, повторяя контур LVC. Однако избыточная прочность комплекса СМС не позволяет растянуться коже между линиями (1) и (3), которая, вместе с инфрамаммарной паренхимой, хранит память формы. Поэтому на нижний склон МЖ подтягивается снизу (рекрутируется) кожа грудной стенки между линиями (3) и (4). Принято считать, что двойная складка должна поддаваться высокопрофильным каплевидным имплантатам. Наш опыт свидетельствует, что это не так, а рисунок 2 показывает, что увеличение дистанции "LVC", свойственное таким протезам, может даже усугубить ситуацию, удлинняя дистанцию (3) – (4). Чаще всего двойная складка обнаруживалась при сочетании аугментации с периареолярной мастопексией. «Чехол» МЖ у этих пациентов бывал настолько дряблым, что опасаться какой бы то ни было «памяти формы» с его стороны не приходило в голову. Объяснение появления у них двойной складки в следующем. Неизбежная при любом эндопротезировании краниализация ареолы усиливается при добавлении хирургического ее транспорта кверху в ходе мастопексии. Мы стремились оставить достаточно тканей, включая и паренхиму, на нижнем склоне МЖ для маскировки протеза. При достаточной прочности паренхимы комплекса СМС она, будучи связана с ареолой, оказывалась поднятой над нижней кромкой имплантата. Это подтверждает концепцию комплекса СМС.

ВЫБОР АНАТОМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Алиев Т.Р.

ФМБА РФ КБ №85, Москва

Основной задачей при планировании операции по увеличению молочных желез является грамотный, обоснованный и выверенный на далекую перспективу (10 и более лет) выбор слоя для формирования ложа имплантата.

В данном исследовании проанализированы результаты операций у 1840 пациенток за период с 1994 по 2008 гг. Были использова-

ны следующие варианты формирования анатомического пространства для установки имплантатов:

1-я группа - под тканью молочных желез - в 791 случае;

2-я группа - под фасцией большой грудной мышцы - в 42 случаях;

3-я группа - в двух плоскостях: верхний край под большой грудной мышцей, нижняя часть (большая) под железистой тканью - в 34 случаях;

4-я группа - полностью под мышцами (полный мышечный карман) - в 973 случаях.

Во всех случаях были использованы современные текстурированные имплантаты ведущих мировых производителей.

Для объективной оценки данных пациентов нами были изучены следующие индивидуальные факторы:

1-ый фактор - конституциональные и антропометрические данные пациентов.

2-й фактор - положение молочных желез на грудной стенке: высокое, среднее, низкое.

3-й фактор - наличие или отсутствие приобретенного мастоптоза, его степень.

4-й фактор - характеристики кожи и подкожной клетчатки: толщина, эластичность, наличие или отсутствие растяжек.

5-й фактор - состояние ткани молочных желез (толщина складки, УЗИ)

6-й фактор - выраженность (толщина, площадь, эластичность, анатомические особенности) больших грудных мышц (БГМ).

7-й фактор - наличие деформации грудины и ребер.

Проведен сравнительный анализ отдаленных результатов увеличивающей маммопластики при расположении имплантатов в разных анатомических пространствах. Оценивались следующие отрицательные показатели для всех 4-х групп в одинаковые сроки (от 1 до 7 лет) после операции: 1. контурирование имплантатов; 2. прогрессирование мастоптоза; 3. пальпируемость краев и поверхности имплантатов; 4. наличие констриктивного фиброза.

Нами отмечены следующие тенденции в каждой группе.

В первой группе пациентов (ретромаммарное расположение имплантатов) контурирование имплантатов наблюдалось в 58 % случаев (зависимость от факторов №1; 4; 5); прогрессирование мас-

топтоза наблюдалось у 17 % пациентов; пальпируемость имплантатов – у 67% пациентов (зависимость от факторов №1- 5); констриктивный фиброз – в 1% случаев (зависимость от факторов №4; 5; 7)

Во второй группе (субфасциальное расположение имплантатов) показатели оказались идентичными первой группе.

В третьей группе (расположение имплантатов в 2-х плоскостях) контурирование имплантатов наблюдалось в 32 % случаев (зависимость от факторов №1-6); прогрессирование мастоптоза наблюдалось у 24 % пациентов (зависимость от факторов №2- 5); пальпируемость имплантатов – у 45% пациентов (зависимость от факторов №1; 3; 4; 5; 6); констриктивный фиброз – 3% (зависимость от факторов №3; 4; 5; 7).

В четвертой группе (ретропекторальное расположение имплантатов) контурирование имплантатов наблюдалось в 5 % случаев (зависимость от факторов №1; 4; 5; 6); прогрессирование мастоптоза наблюдалось у 2,1 % пациентов (зависимость от факторов №1-6); пальпируемость имплантатов – у 10% пациентов (зависимость от факторов №1; 4; 5; 6); констриктивный фиброз – 0.2% (зависимость от факторов №3-7).

Вывод: процент выявления всех отрицательных показателей в отдаленном послеоперационном периоде для первых 3-х групп пациентов примерно одинаков. В 4-ой группе отмечено существенное снижение выявления этих показателей, что дает основание считать ретропекторальное расположение имплантатов (полный мышечный карман) самым надежным и менее зависящим от основных индивидуальных факторов.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЗГЛЯД СПУСТЯ 10 ЛЕТ

Безрук Н.Г.¹, Макарчук А.И.², Завизион В.Ф.³

¹⁻²Клиника пластической хирургии и косметологии «Артмедика»

¹⁻³Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

В настоящее время среди пациенток с впервые выявленными злокачественными новообразованиями каждая четвертая страдает

раком молочной железы (РМЖ). К 2010 году ожидается прирост числа заболевших до 1,5 млн. в год, увеличение женщин репродуктивного возраста среди заболевших.

История развития и прогресс лечебной тактики при РМЖ напрямую связаны с изменением взглядов на биологическую природу этого заболевания. В 21 веке приоритетным, определяющим дальнейший прогноз для женщин, больных РМЖ, стал не хирургический этап лечения, а системная, с учетом иммуногистохимических прогностических факторов, химиогормонотерапия. Благодаря этому, в большинстве стран мира наблюдается снижение смертности, в США, например, до 1,7 % в год. Рост заболеваемости объясняется не только биологическими факторами, но и большими возможностями визуализации раннего РМЖ. Все вышеуказанное объясняет тот факт, что органосохраняющие операции (ОСО) при РМЖ I-II ст. стали доминировать над радикальной мастэктомией.

Наш опыт использования ОСО при локализованных формах РМЖ составляет около 15 лет. В 1999 году нами были разработаны критерии отбора женщин на ОСО с учетом прогностических факторов роста опухолей (T, N, G), локализации и соотношения размеров опухоли / размер молочной железы. Тщательный отбор больных позволил минимизировать риск местного рецидивирования без снижения показателя выживаемости. В настоящее время мы можем представить 10-летние данные о судьбе 286 женщин РМЖ I-II ст., перенесших органосохраняющее лечение. Общая выживаемость составила 87,2%. Местно-регионарные рецидивы выявлены у 20 пациенток -14,7% (9,2% - рецидивы у пациенток с локализацией первичной опухоли во внутренней гемисфере). Обращают на себя внимание 2 временных интервала рецидивирования в ткани оперированной железы: в первые три года — 7,0%, на 5-7-м году наблюдения — 4,9 %. В первом случае большинство рецидивных очагов диагностировали непосредственно в зоне операции: у 14 женщин в ткани железы, у 3-х — в дерме и подкожно-жировой клетчатке. Их развитие мы связываем с неадекватным объемом резекции или мультифокальным ростом опухоли. Рецидивы в более отдаленные сроки, вероятно, обусловлены прогрессированием пролиферативных изменений железистой ткани и развитием новой карциномы.

Этот вид местно-регионарного рецидива чаще наблюдался в других отделах оперированной молочной железы.

У женщин, перенесших ОСО в репродуктивном возрасте, мы изучили динамику изменений косметического эффекта. Если частота рецидивирования с годами снижалась, то косметический эффект ухудшался. При локализации опухоли в наружной гемисфере эстетические результаты с возрастом пациентки изменялись несущественно. В то время, как у женщин с внутренней локализацией первичного очага во всех случаях наблюдалось ухудшение эстетических характеристик. У пациенток с большим размером железы выполнение ОСО привело к формированию тубулярной железы и, соответственно, ассиметрии. При размерах В и С наблюдалась фиксация кожи внутренней гемисферы к грудной стенке, лучевой фиброз. Ассиметрия усугублялась за счет возрастной инволюции, уменьшения явлений лимфостаза оперированной железы и большим птозом здоровой железы.

В связи с этим, в клинике за последний год у 15 женщин больных РМЖ I-II ст. при размере желез В и С были выполнены одномоментные подкожные мастэктомии пораженной и здоровой железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса и реконструкцией имплантатами.

ВЫВОДЫ

1. В ближайшее время можно ожидать повышение спроса на реконструктивные операции за счет 2-х групп женщин:

- больные РМЖ, которым показана радикальная мастэктомия с реконструкцией молочной железы аутоканями или имплантатами;
- женщины, перенесшие ОСО с плохим косметическим результатом в отдаленные сроки.

2. При локализации опухоли во внутренней гемисфере более целесообразно удаление не квадранта, а всей внутренней гемисферы и центральной зоны с восполнением адекватного объема железы аутоканями или имплантатами, а у женщин с небольшой железой выполнение подкожной двухсторонней мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса и одномоментной реконструкцией имплантатами.

АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

Бекназаров З.П.¹, Наврузов С.Н.¹, Исмагилов А.Х.²

¹ Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент

² Республиканский Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Успехи, достигнутые в диагностике и лечении рака молочной железы (РМЖ), открыли перспективы в разработке нового направления восстановительного лечения хирургической реабилитации этой категории больных.

Цель исследования: разработка алгоритма определения объема реконструктивно-пластических операций в процессе комбинированного и комплексного лечения у больных РМЖ III стадии.

Материалы и методы. В нашей работе проанализированы результаты лечения 374 больных раком молочной железы (РМЖ) III стадии, которым проводилось комбинированное и комплексное лечение в отделении онкомаммалогии РОНЦ МЗ РУз и в РКОД МЗ РТ (Россия) в период с 1999 по июнь 2009гг.

Результаты. При опухоли малых размеров на фоне большой МЖ с локализацией в наружных квадрантах, больным проводилась неоадьювантная химиолучевая терапия (ХЛТ). При наличии выраженного положительного эффекта от лечения, осуществлялась радикальная резекция опухоли по Н.Н.Блохину. В дальнейшем данной категории больных проводилась пластика кожно-мышечным лоскутом из широчайшей мышцы спины (TDL-пластика).

При опухоли больших размеров, с наличием кожных симптомов, с локализацией в центральных и внутренних квадрантах, больным также проводилась неоадьювантная ХЛТ. При отсутствии эффекта от лечения, пациенткам осуществлялась мастэктомия по Пейти или Маддену. Выбор метода пластики МЖ зависел от достаточного количества имплантируемых аутоканей, с учетом косметического эффекта. Так, при дефиците тканей грудной клетки, проводилась TDL-пластика, а в случае молодого возраста больной и ее желания иметь более совершенные реконструированные МЖ, осуществлялась пластика ректо-абдоминальным лоскутом (TRAM-пластика).

В случае распадающейся опухоли, когда ожидался обширный дефект реципиентной зоны, который не мог быть закрыт местными тканями, больным проводили мастэктомию по Пейти или Маддену с закрытием реципиентной зоны TDL лоскутом, что позволяло проводить адьювантную ХЛТ у данной категории пациенток.

Заключение. В основу предлагаемого алгоритма определения объема реконструктивно-пластических операций у больных РМЖ III стадии положены результаты клинико-инструментальных методов исследования. Наиболее важными показаниями для выбора методов хирургического вмешательства явились размер опухоли, наличие кожных симптомов, а также локализация опухоли.

ЗАКРЫТИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ РЕЦИПИЕНТНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ МЕТОДАМИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Бекназаров З.П.¹, Наврузов С.Н.¹, Исмагилов А.Х.²

¹ Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент

² Республиканский Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

При распространенных процессах, не позволяющих закрыть образовавшийся дефект местными тканями, сочетание паллиативных операций выполняемых по жизненным показаниям и методик восстановительной хирургии позволяет перевести в операбельное состояние больных, которым обычно отказывали в хирургическом лечении.

Цель исследования: изучение роли методов пластической хирургии для устранения обширных дефектов реципиентной зоны у больных раком молочной железы (РМЖ) III стадии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 14 пациенток с местно-распространенными формами РМЖ III стадии в отделении онкомамологии РОНЦ МЗ РУз, а также в КОД МЗ РТ (РФ) в период с 2001 по июнь 2009 г. Средний возраст больных – 43,4 года. Для закрытия дефекта реципиентной зоны после иссечения опухоли использовали одномоментную пластику кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из широчайшей мышцы

спины (TDL) у 8 больных и кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из прямой мышцы живота (TRAM) у 6 пациенток.

Результаты. Показанием к аутотрансплантации являлась необходимость закрытия обширных дефектов молочной железы и прилегающих тканей в условиях дефицита местного пластического материала. Пластика кожно-мышечными лоскутами позволила производить радикальное удаление опухоли, соблюдая принципы онкологического радикализма с достаточным запасом непораженных тканей в трех плоскостях единым блоком независимо от близости функционально значимых анатомических структур. TRAM-пластику проводили в основном молодым пациенткам, для которых был важен косметический эффект, так как данная методика позволяет формировать молочную железу, схожую по форме и конфигурации со здоровой. В дальнейшем у больных РМЖ был проведен полный комплекс лечебных мероприятий, включающих адъювантную химиолучевую и гормонотерапию.

Заключение. Методы одномоментного восстановления удаляемых тканей позволяют выполнять хирургическое вмешательство пациенткам с местнораспространенными рецидивными опухолями, соблюдая принципы онкологического радикализма. В свою очередь, это делает возможным проведение адъювантной химио-лучевой терапии для предупреждения дальнейшего развития заболевания.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДИ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

Бекназаров З.П.¹, Наврузов С.Н.¹, Исмагилов А.Х.²

¹ Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент

² Республиканский Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Использование возможностей восстановительной и пластической хирургии при раке молочной железы (РМЖ) расширяет границы операбельности пациенток с запущенными местнораспространенными процессами, и в большинстве современных публикаций оценивается весьма оптимистично.

Цель исследования: изучение возможности проведения реконструктивно-пластических операций с использованием TRAM-лоскута в комплексном лечении больных раком молочной железы III стадии.

Материалы и методы. Изучали результаты лечения 103 больных РМЖ III стадии, которым в процессе комплексной и комбинированной терапии проводились реконструктивно-пластические операции с использованием ректо-абдоминального (TRAM) лоскута в отделении онкомамологии РОНЦ МЗ РУз и в РКОД МЗ РТ (РФ) в период с 1999 по июнь 2009 гг. Средний возраст больных – $41,5 \pm 0,6$ года.

Результаты. Полихимиотерапию (ПХТ) в предоперационном периоде провели 49 (47,6%) и лучевую терапию (ЛТ) – 10 (9,7%) больным.

Операцией выбора при хирургическом лечении РМЖ явилась мастэктомия (МЭ) по Пейти, которая была проведена 74 (71,8%) больным; МЭ по Маддену – 29 (28,2%) пациенткам. Одномоментная TRAM-пластика выполнена 99 (96,1) и отсроченная – 4 (3,9%) пациенткам. С целью снижения числа послеоперационных осложнений преимущественно выполняли транспозицию TRAM-лоскута с латеральной подкачкой.

Торакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия была выполнена 26 (25,2%) больным. Адьювантная ПХТ была проведена 89 (86,4%) и ЛТ – 69 (67,0%) пациенткам. Гормонотерапию получали 46 (44,7%) больных.

Краевой некроз лоскута отмечали у 10 (9,7%) больных. Отдаленные рецидивы были выявлены у 11 (10,7%), отдаленные метастазы – у 24 (23,3%) пациенток. Общая 5-летняя выживаемость больных при IIIa стадии заболевания составила 78,5%, при IIIb – 64,7%, при IIIc стадии – 41,2%. Полученные результаты были близки таковым в группе больных с комплексной терапией без TRAM-пластики.

Заключение. Показана возможность проведения реконструктивно-пластических операций с использованием TRAM-лоскута в комплексном лечении РМЖ III стадии. TRAM-пластика является наилучшим решением косметической и психологических проблем у данной категории больных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ МАММОПЛАСТИКИ ПО ЛЕЖО И НАХАИ

Богов А.А., Богов А.А.

Казанская государственная медицинская академия

Использование новых методик по вертикальной маммопластике, как нам казалось, открывают перед нами большие перспективы, а именно наполненность верхнего контура молочной железы, короткие разрезы. Мы сравнили результаты вертикальной маммопластики по Лежо и Нахаи у пациенток примерно одинакового размера молочной железы (3,5-4 размер), которым требовалась подтяжка молочной железы или небольшая редукция.

Техника выполнения вертикальной маммопластики по Лежо была следующей: грибовидный разрез вокруг сосковопериареолярного комплекса с продолжением вниз овального разреза, который не доходил 2-3 см до субмаммарной складки. Деэпидермизация лоскута. После иссечения излишков тканей молочной железы срединный лоскут подворачивался наверх и фиксировался к третьему ребру поднадкостнично. После чего сшивали боковые колонны. Предварительно отсепарировалась кожа от паренхимы молочной железы начиная от периареолярного комплекса вниз до субмаммарной складки. Во время сшивания боковых колонн приходилось подсекать основание нижнего контура молочной железы, тем самым поднимая субмаммарную складку и увеличивая длину вертикального разреза. Вертикальная операционная рана сшивалась так, что создавалось уплощение в нижнем контуре и выпячивание в верхнем контуре молочной железы, так чтобы сосок смотрел книзу. Отсепаровка кожи от паренхимы позволяло собрать кожу операционной раны и уменьшить длину разреза. Результаты исследования показали, что:

1. Длительность операции в среднем составила 3,5 часов
2. Соскальзывание лоскута вниз и уплощение верхнего контура происходило в течение 3 -4 месяцев
3. Избыточное провисание нижнего контура наблюдалось в 15% случаев
4. Раздвоенность нижнего контура по линии шва в 7 % случаев, возможно из-за неадекватного сшивания боковых пирамид.

5. Выход вертикального рубца за субмаммарную складку в 20 % случаев, что потребовало дополнительной пластики.

6. Небольшие кожные краевые некрозы, удлиняющие послеоперационную реабилитацию, наблюдали в 30% случаев.

7. Во всех наблюдениях на отдаленных сроках верхний контур молочной железы выглядел в виде конуса.

Техника операции по Нахаи была следующей: разметка кожного разреза точно такой же, как и при Лежо. Деэпидермизация только до нижней границы периареолярного верхнемедиального лоскута, если требовалась редукция тканей, которая выполнялась в виде якоря. Основанием якоря была нижняя граница молочной железы, что также поднимало субмаммарную складку кверху и увеличивало длину разреза. Сшивались боковые колонны в положении натяжения, таким образом, чтобы увеличить верхний контур и получить отрицательный вектор в нижних квадрантах молочной железы с расположением соска книзу. Закрытие раны производили также, как и при Лежо методом сосбаривания.

Результаты:

1. Длительность операции составила от 1 до 1,5 часов.

2. Провисание нижнего контура наблюдали в течение 1,5 месяцев.

3. Избыточное провисание нижнего контура отсутствовало.

4. Раздвоенности нижнего контура по линии шва, также не наблюдали.

5. Выход вертикального рубца за субмаммарную складку наблюдали также, как и при Лежо в 20% случаев, что потребовало интраоперационной коррекции- переход в небольшой Т образный разрез или последующей коррекции.

6. Небольшие краевые некрозы наблюдали в 5% случаев.

7. Во всех наблюдениях на отдаленных сроках верхний контур молочной железы выглядел в виде конуса.

Сравнение двух методик с наполнителем верхних квадрантов молочной железы и без него, показало отсутствию разницы в наполненности верхнего контура, то есть можно говорить об увеличении верхнего контура только с помощью дополнительного эндопротезирования. В настоящий период времени, с учетом меньшего количества осложнений, простоты и уменьшении времени операции отдаем предпочтение вертикальной маммопластике по Нахаи.

МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПРОБЛЕМА ВЫБОРА

Бурлаков А.С., Самратов Д.У.

Московская городская онкологическая больница №62

Еще 10-15 лет назад проблема реконструкции молочной железы сводилась к примитивному противостоянию онкологов и хирургов, работающий в области пластической хирургии. Пластические хирурги, под знаменами эстетических и реабилитационных идей стремились, восстановить молочную железу всем пациенткам, подвергающимся радикальной мастэктомии. Онкологи, чувствуя, что из их сферы влияния ускользает категория наиболее молодых и активных пациенток, декларировали неприемлемость реконструктивных методик у больных раком молочной железы если не полностью, то хотя бы вне стен онкологических учреждений. При этом сами не стремились широко внедрять незнакомые и порой достаточно сложные методы реконструкции.

Ситуация изменилась, в отечественной литературе стало заметно больше работ, посвященных операциям, направленным на сохранение внешнего облика женщин. Официально признано, что качество жизни онкологических больных так же важно, как и ее продолжительность. Однако стремление к сохранению качества жизни пациентки, в последнее время стало приводить не к развитию восстановительной хирургии в онкологии, а к более широкому использованию органосохраняющих операций, порой не совсем оправданному. Восстановительные операции, хорошо известные в пластической хирургии, в практической онкологии по-прежнему используются в весьма ограниченном объеме. Обычно в одном лечебном учреждении применяется один какой-нибудь метод реконструкции для всех больных, тогда как каждая методика имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания.

Проблема выбора реконструкции молочной железы при раке молочной железы на сегодняшний день достаточно сложна и многогранна. Надо или не надо восстанавливать молочную железу после радикальной мастэктомии? Когда это делать, одномоментно с мас-

тэктомией или после окончания всего комплекса лечения? Какой способ реконструкции предпочтителен для той или иной пациентки? Какой способ использовать, учитывая возможность развития рака во второй железе? Все это вопросы, ответы на которые приходится искать при обсуждении с пациенткой плана лечения.

Начиная внедрять в практику Московской городской больницы №62 реконструкции молочной железы 15 лет назад, мы считали, что практически все женщины, подвергшиеся радикальному хирургическому лечению по поводу рака, нуждаются в реконструктивной хирургии. На сегодняшний день, анализируя опыт более 400 реконструкций, мы можем сказать, что в хирургической реабилитации нуждаются не более 3–5 % женщин. В начале работы мы безапелляционно заявляли, что одномоментные реконструкции молочной железы значительно лучше отсроченных, а использование своих тканей пациентки в виде лоскута предпочтительнее по сравнению с эндопротезированием. По мере накопления опыта мы стали менее категоричны в своих суждениях, и нередко предпочитаем эндопротезирование пересадкам и перемещениям аутотрансплантатов несмотря на все преимущества последних. На практике, в каждом конкретном случае приходится выбирать не способ восстановления молочной железы после мастэктомии, а цельную лечебно-реабилитационную программу, состоящую из онкологической и реконструктивной части. В идеальной ситуации ни одна из составляющих не должна мешать другой. Дополняя друг друга, они позволят достичь основной цели лечения - максимального онкологического результата при минимальном ущербе качеству жизни больной.

Выбор тактики лечения больной с учетом реконструктивного этапа, определения его характера, значения и времени выполнения на сегодняшний день является наиболее сложной проблемой, требующей серьезного, взвешенного анализа с непосредственным активным участием пациентки, за которой остается право окончательного выбора.

**СТАНДАРТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОЖЕСОХРАННОЙ
РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ТРАМ-ЛОСКУТОМ КАК МЕТОД ВЫБОРА В
ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ
РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ
ОБЩЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Воронцов А.Ю., Марусов А.А., Тарасов, Ю.А.

Нижегородский областной онкологический диспансер

Заболеваемость и смертность женщин от рака молочной железы в России, как и в большинстве развитых стран мира, имеет тенденцию к неуклонному росту, занимая с 1985 года первое место среди злокачественных новообразований у женщин. Несмотря на накопление знаний о биологической природе опухоли и успехи в лекарственной терапии, осуществление адекватного хирургического пособия является до настоящего времени определяющим моментом в планировании всей стратегии противоопухолевого лечения у конкретной больной.

По данным большинства публикаций, выполнение радикальной мастэктомии (в различных модификациях) имеет преимущество перед органосохраняющими операциями, прежде всего в аспекте развития локального рецидива. С эстетической точки зрения, осуществление радикальных секторальных резекций, либо секторальных резекций, адекватных по объему злокачественному процессу без реконструктивного компонента, как правило, не выдерживают критики и редко удовлетворяют и самих пациенток.

Работа основана на анализе наблюдений 58 больных, находившихся на лечении в Нижегородском областном онкологическом диспансере по поводу рака молочной железы I-II Б стадии в возрасте 26-56 лет и перенесших реконструкцию молочной железы. Всем пациенткам данной группы была выполнена кожесохранный радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией молочной железы ТРАМ-лоскутом. Операции данного объема выполнялись из периареолярного доступа, сосково-ареолярный комплекс не сохранялся из соображений профилактики рецидива рака в протоках. Во

всех случаях формировался ТРАМ-лоскут на двух питающих прямых мышцах живота. Во всех случаях использовалась полипропиленовая сетка для укрепления брюшной стенки. У 25 пациенток ранее проводились хирургические вмешательства на органах брюшной полости и брюшной стенке. Аппендэктомия была ранее выполнена 15 больным, нижняя срединная лапаротомия – 6, доступ Пфанненштиля – 5, липосакция -1. Перенесенные ранее операции не создали проблем в формировании адекватного ТРАМ-лоскута. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде не отмечено ни одного случая значимого некроза лоскута или кожного мешка. Отмечено 4 случая нагноения раны брюшной стенки, излеченных перевязками в срок до 10 дней, у одной пациентки развилась послеоперационная вентральная грыжа, потребовавшая повторного вмешательства. Адьювантная терапия проводилась больным в стандартном объеме (4 (или 6) курсов ПХТ, овариоэктомия с последующей гормонотерапией, в тех случаях, где она была показана). Послеоперационное облучение проведено 49 пациенткам.

Оценка эстетических результатов операции проводилась пациентками при заполнении анонимной анкеты, выдаваемой при выписке. Все результаты операций оценены больными как хорошие (62%) и отличные (38%). 16 больным в последующем выполнена реконструкция сосково-ареолярного комплекса.

Таким образом, кожесохранная радикальная мастэктомия с реконструкцией молочной железы ТРАМ-лоскутом является операцией выбора при осуществлении таковой в условиях общеонкологического стационара в связи с ее адекватной радикальностью, хорошим эстетическим результатом, возможностью осуществления наряду с операцией всех видов адьювантной терапии, возможностью создания молочной железы большого объема, отсутствием необходимости вмешательства на здоровой груди. Внедрение данной операции в практику общеонкологического хирургического стационара определено стандартами оказания специализированной помощи больным раком молочной железы в РФ.

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

***Германович Н.Ю., Малыгин Е.Н., Малыгин С.Е.,
Государева А.В., Рускова Н.Г.***
ФГУЗ Клиническая Больница №85 ФМБА России

Введение

Рак молочной железы является наиболее частым онкологическим заболеванием и занимает первое место среди всех злокачественных опухолей у женщин. Наиболее часто рак данной локализации встречается у женщин в возрасте 40-65 лет.

Большинство женщин, у которых выявлен рак молочной железы, нуждается в хирургическом лечении. Из них 10 % составляют молодые женщины, для которых удаление молочной железы является серьезной психоземotionalной травмой.

Психотерапия и наружное протезирование после удаления молочной железы не устраняют связанных с этим проблем. В связи с этим, реконструкция молочной железы – одно из важнейших и эффективных реабилитационных мероприятий в ситуации, когда мастэктомия является единственным возможным решением. При этом реконструкция с использованием силиконовых имплантатов является наиболее популярной методикой.

Цель работы

Изучение возможности выполнения одномоментной реконструкции молочной железы с использованием 2-х этапной процедуры экспандер – эндопротез.

Материалы и методы

С 2005 года по 2008 г. в КБ№85 ФМБА России 57 больным раком молочной железы I-II стадии одномоментно с мастэктомией выполнена имплантация экспандера с последующей заменой на постоянный силиконовый эндопротез. При этом было использовано три метода формирования мышечного кармана в зависимости от анатомических особенностей. Основной задачей формирования кармана было полная изоляция его от подкожного пространства. Во время второго этапа выполнялась замена экспандера на эндопротез, капсулотомия, коррекция инфрамаммарной складки и контрала-

теральной молочной железы (увеличивающая маммопластика, мастопексия). Реконструкция сосково-ареолярного комплекса выполнялась отсрочено в амбулаторных условиях.

Результаты

У подавляющего большинства пациентов желаемый эстетический эффект реконструкции был достигнут. Однако, у 2-х пациенток развились осложнения, повлекшие за собой удаление имплантата.

Расхождение шва при растяжении экспандера в одном случае, поверхностный некроз кожи в трех случаях.

Выводы

Короткий период реабилитации, уменьшение количества койко-дней по сравнению с реконструктивными операциями с использованием собственных тканей, хороший косметический результат делают метод реконструкции молочной железы силиконовыми имплантатами адекватным в хирургической практике.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дружков О.Б., Гатауллин И.Г., Дружков Б.К., Дружков М.О.

РКОД МЗ РТ

Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г.Казань

В проблеме лечения рака молочной железы в последние десятилетия наметились новые подходы, связанные в основном с пересмотром хирургической тактики в сторону сокращения объема удаляемых тканей без нарушения радикализма лечения. Следует выделить несколько причин отхода от устоявшейся многими десятилетиями агрессивной хирургической тактики, заключающейся в обязательном выполнении радикальной мастэктомии по Холстеду при всех стадиях рака, а в некоторых случаях (локализациях) – расширенной мастэктомии по Урбану - Холдину, Даль-Иверсену, Вангенстину, Маренгейму и др. Среди этих причин следует назвать улучшение ранней диагностики и увеличение числа больных с ранними стадиями рака, совершенствование методик лекарственного и лучевого противоопу-

холевого воздействия, дополняющих хирургическую операцию и позволяющих получить более надежные результаты лечения. Чрезвычайно важное значение имела новая концепция клинко-биологического течения опухолевого процесса в молочной железе.

Mc'Donald (1966) сформулировал теорию биологического предтерминизма об устойчивой и замкнутой системе взаимоотношений между опухолью и организмом больного, формирующейся уже в начале развития рака молочной железы и определяющей темпы его развития и распространения.

В. Fisher (1977) на основании изучения большого клинического материала, представленного ведущими клиниками мира, приходит к выводу, что рак молочной железы по своему течению подобен системному заболеванию.

Задача выбора критериев отбора больных раком молочной железы для радикальной резекции неоднозначна и на разных этапах внедрения радикальной резекции в клиническую практику разными хирургами решалась по-разному.

В 1993 г. В.П. Демидов, Л.Д. Островцев и Д.Д. Пак, основываясь на результатах органосохраняющих операций в ведущих онкологических центрах и собственном материале, составили методические рекомендации по применению этих операций при раке молочной железы. Уделяя особое внимание размеру опухоли, по которому косвенно можно было судить об агрессивности опухоли, приходят к заключению, что для органосохраняющих операций следует отбирать больных с опухолью не более 3 см в диаметре. При опухолях большего размера, при мультицентричном росте опухоли и при диффузных формах рака молочной железы, органосохраняющие операции они считают противопоказанными. Оказалось, что кроме отмеченных факторов, для определения объема резекции молочной железы и дополнительного лечения имеют значения гистологическое строение опухоли, ее тип и темп роста, выраженность пролиферативной активности клеток, степень васкуляризации, уровень гормональных рецепторов и наличие или отсутствие гиперэкспрессии HER-2 neu и т.д.

Все эти данные позволяют более точно прогнозировать последующие события не только в пределах радикально резецированной молочной железы, сколько за ее пределами и избрать дополнительное терапевтическое воздействие на опухолевый процесс с целью

улучшения отдаленных исходов заболевания. Отбор же больных для выполнения органосохраняющей операции в значительной степени должен зависеть от желания больной, а врач, прежде всего, должен быть ответственным за выбор дополнительного лечения в максимальном объеме для получения оптимальных терапевтических результатов в каждом конкретном случае рака.

Ввиду вышеизложенного, появилась необходимость в выработке новой стратегии лечения этой патологии. Вполне очевидно, что новая стратегия лечения больных раком молочной железы должна предусматривать усиление и усовершенствование методов общего противоопухолевого воздействия и, вместе с тем она предопределила возможность сокращения объема хирургического вмешательства.

U. Veronesi с соавторами (1995), анализируя результаты лечения 1973 больных со средней продолжительностью наблюдения 82 месяца, пришли к выводу, что при размере опухоли до 2,0-2,5 см вполне возможно проведение органосохраняющего лечения. В группе больных, оперированных в объеме радикальной мастэктомии по Холстеду, квадрантэктомии с лучевой терапией, лампэктомии с лучевой терапией и квадрантэктомии без облучения, показатели общей выживаемости не разнятся между собой, однако частота развития местных рецидивов после лампэктомии с облучением и квадрантэктомии без облучения значительно выше, чем после квадрантэктомии с облучением и радикальной мастэктомией.

Оказалось, что частота местных рецидивов зависит от гистологического строения опухоли. Так P.Holland с соавторами (1995) приходят к заключению, что при протоковом инвазивном раке с преобладанием внутрипротокового компонента отмечаются более частые местные рецидивы. Вместе с тем R.Arriagada, L.Rutgreist, A.Mattsson et all (1996) после анализа результатов органосохраняющих операций приходят к заключению, что развитие местного рецидива не приводит к повышению риска диссеминации заболевания и ухудшению выживаемости.

В нашей клинике мы широко используем органосохраняющие операции при раке молочной железы с начала 90-х годов и приобрели в этом значительный опыт. К сожалению, не всегда радикальная резекция молочной железы выполняема без реконструктивного компонента операции.

Речь идет о соотношении объемов удаляемой и сохраняемой частей молочной железы. При относительно больших размерах опухоли и небольшом объеме молочной железы реконструктивный этап тем или иным способом становится необходимым.

В клинической практике мы широко используем как давно известные всем методы, так и свои оригинальные методики органосохраняющих операций и методов реконструкции молочной железы.

Выше приведенные данные свидетельствуют о большой востребованности клинической практики в органосохраняющих операциях.

ПОДКОЖНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ

Дружков О.Б., Гатауллин И.Г., Дружков Б.К., Дружков М.О.

Казанская Государственная медицинская академия
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Критический анализ клинического материала в свете новых представлений о биологии рака молочной железы, как первично диссеминированной патологии, привнес в лечение этого заболевания приоритетность методов общего противоопухолевого воздействия – лекарственной терапии, а также новые технологические приемы лучевой терапии при сокращении объема хирургических вмешательств. Это позволило получить идентичные, а в ряде случаев превосходящие отдаленные результаты при значительном улучшении качества жизни больных.

Однако, несмотря на полное признание новой клинко-биологической концепции рака молочной железы, частные разделы стратегии комплексного лечения остаются не до конца решёнными. Это, в частности, касается и его хирургического компонента. Мы исходим из положения о том, что размеры самой опухоли молочной железы не могут определять объем лимфатической диссекции, так же как и степень метастатического поражения регионарного лимфатического аппарата не может влиять на объем хирургического вмешательства на молочной железе. Нами разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная методика радикальной резекции молочной железы.

Кожный разрез выполняют по инфрамаммарной складке, продолжая его по ходу наружного края большой грудной мышцы до уровня IV-го ребра, выполняют отделение тела молочной железы от передней поверхности большой грудной мышцы. Окаймляя опухоль двумя радиальными разрезами, отступя от ее краев на 2 см, опухоль иссекают вместе с окружающими её тканями. Затем выполняют этап регионарной лимфатической диссекции. Этим способом нами всего прооперированы 68 больных. Их возраст колебался от 32 до 61 года. Клиническая характеристика опухолей соответствовала T₁₋₂N₀₋₂. Послеоперационное пребывание больных в стационаре колебалось от 10 до 16-ти дней.

Подкожная радикальная резекция молочной железы через разрез по инфрамаммарной складке по оригинальной методике позволяет получить хороший анатомо-функциональный и эстетический результат и вдвое снизить потребность в пластическом возмещении утраченного объема молочной железы.

ПОДКОЖНАЯ МАСТЭКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ АНАТОМИЧЕСКИМИ ЭНДОПРОТЕЗАМИ И ПЛАСТИКОЙ СОСКОВ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Дубовик А.В., Глухих А.П., Наговицына О.В.

ЗАО «Маммологический центр» г. Ижевск

Пластическая хирургия молочных желез у больных с гиперпластическими изменениями является неотъемлемым компонентом социально-психологической реабилитации женщин. Подкожная мастэктомия и одномоментная пластика анатомическими протезами является эффективным методом предотвращения повторной железистой гиперплазии молочных желез.

Под наблюдением Маммологического центра г. Ижевска в течение последних 2-х лет находятся 8 пациенток с диагнозом - гипермастия. Особого внимания в связи с течением заболевания заслуживают две из них (17 и 18 лет).

При клинико-лучевом обследовании молочные железы большого размера, с наличием множества гипозоногенных образований с не-

ровными, четкими контурами в капсуле, размерами от 2,0 до 5,3 см. Кожа слегка гиперемирована с наличием выраженного сосудистого рисунка. Молочные желёзы и соски находятся ниже уровня пупка.

Результаты проведённой магнитно-резонансной томографии головы и исследование гормонального статуса пациенток не выявили значимых изменений. При обследовании гинеколога-эндокринолога, у второй из пациентки выявлены мелко-кистозные изменения правого яичника. Исследование крови на BRCA 1-2 мутаций не выявило.

Суущественный отек и тяжесть в молочной железе послужили поводом для назначения двухмесячного курса антиэстрогенной терапии (тамоксифен по 20 мг ежедневно), после завершения которого, клинические характеристики состояния молочных желез улучшились. Однако ни одна из пациенток не отмечала отсутствия пальпируемых образований в железистой ткани после проведенного лечения.

В дальнейшем хирургические подходы в лечении различались. В первом наблюдении была выполнена редукционная пластика в сочетании с иссечением опухолей в оставшейся ткани молочных желез. Морфологическое заключение подтвердило наличие доброкачественных образований с высокой пролиферативной активностью клеток. Проведённое иммуногистохимическое исследование показало наличие высокого позитивного статуса эстроген-рецепторов, что подчеркнуло хороший клинический эффект от проведенной антиэстрогенной терапии. При контрольном осмотре через 6 месяцев после проведенной операции, был выявлен рецидив заболевания: гиперплазия желёз до исходного размера.

В связи с этими обстоятельствами, второй пациентке проведено расширение объема хирургического лечения с выполнением подкожной мастэктомии с пластикой протезами и пластикой сосков после двухмесячного лечения антиэстрогенами. С целью возмещения утраченного объёма молочных желёз использовались силиконовые анатомические имплантаты «PIP» 260. При планировании оперативного лечения было обращено внимание на толщину подкожно-жировой клетчатки верхнего покровного лоскута, которая не превышала 0,6 см. Локализация протеза под большой грудной мышцей позволяет сгладить верхний его полюс и контурирование на коже. Косметический результат оценивался как хороший. Заживление ран первичным натяжением, трансплантированные соски без зон некроза.

Перспективное лечение первой пациентки предполагает выполнение подкожной мастэктомии с одномоментным протезированием.

Гипермастия с наличием множества доброкачественных образований молочных желёз является редким заболеванием. Лечение должно сводиться к адекватному медикаментозно-хирургическому вмешательству, исключающему рецидивирование гиперпластического процесса. Основным достоинством первичной подкожной мастэктомии является уменьшение психо-физической травмы, проведение одного оперативного вмешательства и исключение возможности рецидива на этапах наблюдения.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КОНТУРНО-ПРОФИЛЬНЫМ ЭКСПАНДЕРОМ ВЕСКЕР 35

Егоров Ю.С., Соболевский В.А., Ярыгин М.Л.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
отделение реконструктивной хирургии, Москва

Реконструктивные операции после мастэктомии имеют давнюю историю. Однако только в последние годы эти операции стали выполняться в онкологических клиниках. Силиконовые импланты используются более 50 лет, но до настоящего времени не найден универсальный протез молочной железы. В клинике реконструктивной хирургии РОНЦ при использовании имплантов, предпочтение отдается реконструкции молочной железы экспандером Беккера, как при одномоментных, так и при отсроченных операциях.

В клинике выполнены 24 одномоментных и 15 отсроченных реконструкций молочной железы после мастэктомии. Из 24 мастэктомий выполнено 14 кожесберегающих операций. У 9 больных выполняли перемещение торако-дорсального лоскута для покрытия импланта. Увеличение объема экспандера начинали с первой недели послеоперационного периода. Однократно вводили 20-40 см³ раствора. Почти всем пациентам проводили гиперкоррекцию экспандера, после чего эвакуировали часть раствора через порт. Из 39 реконструкций, корригирующая операция потребовалась у 19 пациенток, что составило почти 50%. Из ранних осложнений в одном на-

блюденнии отмечено нагноение послеоперационной раны и в одном наблюдении гематома на 5 сутки после операции. Самым частым осложнением была фиброзная контрактура, что отмечено у 16 больных, причем чаще это осложнение возникало при одномоментной реконструкции, когда в послеоперационном периоде больной проводилась лучевая терапия на область молочной железы. Фиброз приводил к смещению субмаммарной складки вверх, что требовало корригирующей операции. В одном наблюдении отмечено ятрогенное повреждение порта при пункции.

Таким образом, реконструкция экспандером Беккера позиционируется как одноэтапная операция, однако в наших наблюдениях, почти в 50% случаев потребовала корригирующей операции - капсулотомии и понижение субмаммарной складки. В 6 наблюдениях реконструкцию экспандером Беккера сочетали с аугментацией здоровой железы и в двух, с редукционной маммопластикой. Следует отметить, что при перемещении лоскута широчайшей мышцы спины для покрытия протеза, фиброзная контрактура была невыраженная. Корригирующих операций в данной группе не было.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СОБСТВЕННОЙ ФАСЦИИ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ

Зайнутдинов А.М., Мухаметов И.Р., Халирахманов А.Ф.

ГОУ ДПО КГМА, МУЗ ГКБ № 7, г.Казань, РФ

Молочная железа помещается на фасции большой грудной мышцы, с которой она связана рыхлой соединительной тканью. На уровне 2-3 ребра поверхностная фасция расщепляется и образует футляр для молочной железы (А.Е. Белоусов, В.А. Брагилев, 1998). Грудная фасция, состоящая из собственной фасции большой грудной мышцы является плотной структурой, идущей до инфрамаммарной складки размерами от 0,4 до 1 мм, хорошо мобилизуемая вместе с вышележащими тканями (Graf R., 2003). По данным зарубежных (Graf R., 2003, 2008) и отечественных авторов (Фернандез Т., 2007) установка импланта под фасцию в эстетической хирургии молочной железы имеет ряд преимуществ перед ретромускулярной

и ретроглангулярной и могут использоваться различные доступы.

При субфасциальной установке импланта грудь выглядит более естественно, края импланта не видны, форма груди не искажается при сокращении мышцы, реже возникает капсулярная контрактура, имеется достаточно покровных тканей для покрытия самого импланта (Graf R., 2008).

Тем не менее, большинство хирургов отрицает целесообразность субфасциальной установки вследствие «невыраженной структуры» собственной фасции большой грудной мышцы.

В связи с вышеизложенным была поставлена цель изучить анатомическую структуру собственной фасции большой грудной мышцы.

На свежих 18 трупах женского пола 38-70 лет была препарирована собственная фасция большой грудной мышцы. Толщина данной структуры варьировала от 0,3 до 2 мм. Размеры фасции зависели от возраста, конституции и телосложения. Фасция толщиной 1мм-2мм была у трупов женского пола 38-45 лет (5), у высоких индивидуумов, тучных и старше 45-50 (13) толщина составила 0,3-0,6 мм.

Таким образом, собственная фасция большой грудной мышцы выражена у лиц среднего возраста, нормального телосложения, без избыточной массы тела. Фасция мобилизуется свободно, бескровно. Оптимальным доступом при субфасциальной установке являются субмаммарный, периареолярный, трансаксиллярный.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Залуцкий И.В., Курилович Н.Н., Шаповал Е.В., Радченко А.И.

ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Белоруссия

Введение. В настоящее время среди пластических хирургов нет единого мнения о наиболее перспективном методе реконструкции молочной железы после радикальных онкологических вмешательств. Как подход к лечению больных раком молочной железы, так и выбор метода реконструкции должен быть дифференцированным, учитывающим множество факторов. Осложнения, возникающие по-

сле реконструктивных операций, не только увеличивают длительность пребывания пациента в стационаре, но и существенно влияют на конечный косметический результат. Изучение причин, предупреждение и лечение осложнений являются актуальными проблемами в реконструкции молочной железы.

Материал и методы. В онкомамологическом отделении ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» в период с 01.01.2006 г. по настоящее время хирургическое лечение выполнено 202 больным раком молочной железы с применением различных методик реконструкции, из них первичная маммопластика – 173 больным (85,6%), отсроченная – 29 (14,4%). Средний возраст больных составил 45 лет. Маммопластика TRAM-лоскутом выполнена 46 больным, из них свободным – 9, торакодорсальным лоскутом (ТДЛ) – 94, эндопротезирование – 43, комбинированная маммопластика – 19.

Результаты. Общая частота ранних осложнений составила 16,3% (33 случая), при этом при первичной маммопластике – 17,3%, при отсроченной – 10,3%. При первичной маммопластике ТДЛ наблюдалась наименьшая частота осложнений – 9,1%. Наиболее часто осложнения возникали при первичной реконструкции силиконовым имплантатом после выполненной подкожной мастэктомии (36,4%). При формировании в послеоперационном периоде лимфокисты в 12,1% случаев произошло отторжение имплантата. В ряде случаев при длительно протекающей лимфореи и присоединении инфекции (8,1%) удалось сохранить имплантат в результате консервативного лечения.

Тотальный некроз лоскута при реконструкции аутоканями наблюдался в трех случаях (2 ТДЛ и 1 свободный TRAM-лоскут).

При реконструкции TRAM-лоскутом наиболее частым осложнением являлся краевой некроз (13,0%). Хирургическое лечение подобных осложнений заключалось в иссечении некротизированных участков лоскута и наложении вторичных швов. При использовании свободного TRAM-лоскута не отмечено возникновения краевого некроза, липогранулемы и других осложнений, связанных с недостаточным кровоснабжением периферических участков лоскута. При одномоментном комбинированном методе реконструкции частота осложнений составила 28,5%, когда на фоне длительной лимфореи при-

соединялась инфекция. Во всех случаях осложнения удалось излечить консервативно, сохранив имплантат.

Выводы.

1. При высоком риске развития осложнений в раннем послеоперационном периоде следует выбирать отсроченный вариант реконструкции.

2. Применение свободного TRAM-лоскута, по сравнению с фиксированным, позволяет снизить частоту возникновения осложнений, связанных с ишемией периферических участков лоскута.

3. Сочетанное применение эндопротезов и аутоканей при первичной маммопластике позволяет добиться хорошего косметического результата и снизить частоту осложнений по сравнению с реконструкцией только имплантатами.

РОЛЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М.,
Овчинникова И.В., Ванесян А.С.*

Республиканский клинический онкологический диспансер,
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Казань

Введение: В подавляющем большинстве случаев неотъемлемым компонентом лечения рака молочной железы остается радикальная мастэктомия, следовательно, вместе с ростом выживаемости, растет и число глубоко инвалидизированных в ходе радикального лечения женщин. Утрата молочной железы для большинства из этих больных является огромной психологической травмой и часто заставляет серьезно менять привычный образ жизни, одновременно поддерживая воспоминания о перенесенном лечении по поводу рака. Признанно, что восстановление молочной железы является главным средством психо-социальной адаптации женщины к перенесенной мастэктомии.

Цель: Целью данного исследования являлось изучение отдаленных результатов хирургического лечения рака молочной железы,

при сочетании радикальных операций с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями.

Материалы и методы: Нами ретроспективно проведен сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 811 больных раком молочной железы, прооперированных в отделении маммологии КОД МЗ РТ с 1983 по 2009гг. Выделены две группы пациентов. В первую группу были включены больные, которым были выполнены одномоментные реконструктивно-пластические операции (406), из которых 160 больным была выполнена реконструкция лоскутом TRAM, 88 больным - реконструкция перманентным экспандер-имплантатом Беккера, и 158 больным была выполнена реконструкция лоскутом ТДЛ. Вторую группу составили пациенты, которым была выполнена только радикальная операция без реконструкции (405).

Результаты: В первой группе 5-летний срок преодолели $95,3 \pm 2,1$ пациента I стадии. При IIА стадии показатель пятилетней выживаемости составил $86,4 \pm 2,1$, при IIВ – $84,7 \pm 2,1$, при IIIА и IIIВ соответственно $71,4 \pm 2,2$ и $66,6 \pm 2,3$. Во второй группе показатели распределились следующим образом: I - $96,9 \pm 2,6$, IIА- $90,0 \pm 2,8$, IIВ- $87,9 \pm 2,7$, при IIIА и IIIВ соответственно $78,0 \pm 3,1$ и $63,2 \pm 3,6$.

Выводы: При сравнении этих данных, очевидно, что статистически значимой разницы не наблюдается между двумя группами, т.е. восстановление молочной железы не ухудшает онкологических результатов, так как не изменяет объем хирургического вмешательства и не влияет на общий план лечения.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

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

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Введение: В 1995г. в КОД МЗ РТ была разработана процедура видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекции, которая является методом выбора при раке молочной железы центральной и медиальной локализации и позволяет сочетать онкологический радикализм с минимальной травматичностью.

Цель: Целью данного исследования являлось изучение отдаленных результатов хирургического лечения рака молочной железы, при сочетании радикальных операций с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями и с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных раком молочной железы, прооперированных в отделении маммологии КОД МЗ РТ с 1996 по 2009гг., которым была выполнена одномоментная реконструктивно-пластическая операция (406 пациентов). Нами выделены 2 группы пациентов: первую группу составили больные, которым была выполнена радикальная операция с одномоментной реконструкцией молочной железы (253 пациента), а во вторую группу входили пациенты, которым была выполнена радикальная операция, одномоментная реконструкция и видеоторакоскопическая парастернальная лимфодиссекция (153). При сравнении показателей выживаемости выявлено, что в первой группе при I стадии показатель пятилетней выживаемости составил $97,6 \pm 2,0$, при IIA стадии $88,5 \pm 2,1$, при IIB – $83,9 \pm 2,1$, а при IIIA и IIIB соответственно $79,50 \pm 2,2$ и $66,6 \pm 2,3$. Во второй группе показатели распределились следующим образом: I – $93,7 \pm 2,0$, IIA - $86,4 \pm 2,1$, IIB – $84,7 \pm 2,1$, а при IIIA и IIIB соответственно $71,4 \pm 2,2$ и $66,6 \pm 2,3$. При сравнительном анализе выявлено, что статистически значимая разница существует только между показателями выживаемости, соответствующих IIIA стадии, что видимо, связано с небольшой выборкой (12 пациентов) и требует дальнейшего изучения.

Выводы: Сочетание трех видов хирургических вмешательств: мастэктомия, парастернальная видеоторакоскопическая лимфодиссекция и различные виды одномоментных реконструктивно-пластических операций является технически выполнимым, не усугубляет течение интра- и послеоперационного периода, не имеет отрицательного воздействия на отдаленные результаты хирургического лечения (общую пятилетнюю выживаемость) и позволяет, соблюдая принципы онкологического радикализма, обеспечить хороший эстетический результат.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАКСИЛЯРНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

***Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Губайдуллин Х.М.,
Ванесян А.С.***

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ
Казанская государственная медицинская академия
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Казань

Цель:

Начиная с момента открытия, аугментационная маммопластика приобрела широкую популярность, и миллионы женщин во всем мире подверглись этой операции. В течение последних двух десятилетий были разработаны различные хирургические методы касательно расположения имплантов и операционных доступов. Однако до сих пор не прекращаются дебаты по поводу преимущества какой-либо конкретной техники для достижения наилучших результатов.

Одним из более распространенных методик является периареолярный путь, который характеризуется установкой импланта через разрез на пигментированной части ареолы и преимуществом его является менее заметный рубец. Однако, размер ареолы не всегда позволяет провести через него имплантат, кроме того, при этом неизбежно повреждается ткань молочной железы, в результате чего доступ является менее асептичным, кроме того, это может привести к микрокальцификации в протоках и образованию кист. Либо доступ к нижнему краю железы может осуществляться путем формирования подкожного тоннеля, что может привести в конечном итоге к неоднородной поверхности железы, сероме и воспалению в этой зоне. Рекомендовать этот разрез можно пациентам с ареолой диаметром не менее 4 см, со склонностью к образованию келоидных рубцов, так как на пигментированном участке ареолы минимальна вероятность формирования келоида или гипертрофических рубцов, также в тех случаях, когда имеется необходимость уменьшить периареолярный избыток кожи. Этот же доступ может использоваться и при устранении аномалии основания железы (тубулярной груди) когда требуется рассечение зоны констрикции и равномерное распределение молочной железы.

Поэтому в последнее время все более популярным становится трансаксиллярный доступ, который является элегантным методом для точного и безопасного расположения имплантата с отсутствием рубцов на груди. Трансаксиллярный доступ осуществляется путем разреза в подмышечной впадине, впервые описан в 1972 году Troques R., и в 1973 году Hoehler H. Было выявлено очевидное преимущество скрытого разреза, а кроме того, доступ позволяет довольно просто проникнуть в ретропекторальное пространство. Но недостатком было отсутствие визуального контроля в процессе формирования кармана для импланта. Ограниченность доступа не позволяла сформировать ретропекторальную полость в достаточном объеме, в результате чего отмечалось смещение импланта наверх или формирование двойного пузыря в области субмаммарной складки. Отрицательным моментом трансаксиллярного доступа является и то, что в результате возникновения осложнений в виде кровотечения, капсулярной контрактуры предполагаются вмешательства через другие доступы.

Целью данного исследования является улучшение непосредственных результатов аугментационной маммопластики трансаксиллярным доступом, путем использования эндоскопической видеоассистенции.

Материалы и методы:

Развитие эндоскопической хирургии в 1990 годах позволило применить эндоскопию и в увеличивающей маммопластике. Несмотря на то, что дефицит природной оптической полости в ретромаммарной области ограничивает применение эндоскопической техники, хирургическим путем созданные полости обеспечивают операции через минимальные разрезы.

Впервые трансаксиллярную аугментационную маммопластику с эндоскопической ассистенцией представили в 1993 году Cl.Price с соавторами. При этом было обращено внимание на значительное преимущество визуального контроля в процессе диссекции перед ранее используемым трансаксиллярным методом, выполняемым вслепую. P.S. Howard 1999 году продемонстрировал снижение процента осложнений, таких как смещение импланта с 8,6% до 2%, что бесспорно связано с началом применения эндоскопической ассистенции в аугментационной маммопластике.

Основным показанием к установке импланта трансаксиллярным доступом является отсутствие хорошо выраженной субмаммарной складки, где можно было бы скрыть рубец. Противопоказание – констрикция нижнего полюса, с короткой дистанцией от ареолы до субмаммарной складки, требующей радиарного отделения ткани железы в зоне констрикции, тубулярная грудь, птоз. При птозе 1 степени и псевдоптозе возможно применение этой техники, но лучшими будут инфрамаммарный или периареолярный доступы.

Результаты:

Наша клиника имеет 7-летний опыт установки имплантов трансаксиллярным способом (79 операций). При традиционном способе, в результате слепой диссекции большой грудной мышцы часто имели неадекватное понижение складки, с гематомами в послеоперационном периоде в области боковой поверхности груди и постоянным страхом наступления более выраженного кровотечения во время операции. Попытка использования видео-поддержку с использованием обычных эндоскопических инструментов успеха не имела, в виду того, что обычные крючки не поднимали большую грудную мышцу на всем протяжении, в результате чего все равно оставались слепые зоны. Кроме того, обычные прямые инструменты упирались в руку, фехтовали с эндоскопом и, как следствие, имели ограниченный угол для манипуляций. Ситуация резко изменилась после начала использования набора инструментов, разработанных для искусственно созданных полостей. Эндоретрактор с встроенной гильзой для 10 мм эндоскопа позволял открывать полость на всем ее протяжении с полным визуальным контролем всего кармана, с возможностью одномоментного удаления задымленности, что очень актуально при использовании электроножа в небольших по объему полостях. Специальные изогнутые инструменты позволяют манипулировать ими не фехтуя с рукой и эндоскопом.

Выводы:

Таким образом, можно отметить, что трансаксиллярный доступ в аугментационной маммопластике в отсутствие выраженной субмаммарной складки является наиболее оптимальным, а видеоассистенция позволяет «слепую», по сути, операцию, проводить под полным визуальным контролем.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПЛАНТАТОВ С ПЕНОПОЛИУРЕТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ТКАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ

Ищенко А.Л., Фирсов А.В.

Больница Российской Академии Наук, г. Троицк Московской области

Дефицит тканевого покрытия долгое время считался абсолютным противопоказанием для выполнения аугментационной или реконструктивной маммопластики. В этом случае хирург оказывается перед проблемой как «спрятать» имплантат в тканях, как добиться уплотнения собственных тканей над имплантатом, для минимализации естественной складчатости протеза, визуализации его контуров и эффекта «пергаментной бумаги» при пальпации, которые так характерны при дефиците тканевого покрытия имплантата.

Очевидным становится тот факт, что не только разработка новых способов проведения оперативных вмешательств позволит решить эту проблему, но и совершенствование и внедрение новых типов имплантатов, смогут дать возможность хирургу проводить эстетические и реконструктивные операции на молочных железах у пациенток с дефицитом тканей в этой области.

Дефицит тканевого покрытия мы решили разбить на 2 основные группы:

I. Первичные (неятрогенные - не вызванные оперативными вмешательствами на молочных железах):

1. Врожденная выраженная гипотрофия железистой ткани, усугубляемая малым количеством подкожно-жировой клетчатки.
2. Выраженное послеродовое уменьшения тканей молочных желез снижением тургора кожных покровов.
3. Общее снижение массы тела.

Дефицит тканей может возникнуть вследствие разных факторов.

II. Вторичные (ятрогенные):

1. Перенесенные ранее операции по протезированию молочных желез с длительной компрессией и «пролеживанием» тканей.
2. Маммарный фиброз (дефицит вследствие капсулоэктомии).
3. Тотальное, субтотальное или частичное удаление тканей молочных желез при различных заболеваниях.

В условиях дефицита тканевого покрытия хирургами традиционно используются имплантаты с памятью формы, заполненные плотным гелем полностью или частично. Данные имплантаты позволяют решить проблему складчатости, но зачастую их плотность мало соответствует плотности тканей в условиях их дефицита. Возникает их «пролеживание» и еще большее истончение.

В нашей клинике для протезирования в подобных ситуациях используются имплантаты с микропенополиуретановым (МППУ) покрытием компании Polytech.

Данные имплантаты имеют ряд преимуществ:

1. Относительно мягкий гель-наполнитель, при высокой способности сохранения формы имплантата.

2. МППУ покрытие обеспечивает надежное врастание имплантатов по всей поверхности, что предотвращает дальнейшее образование складок и возможность смещения или ротации имплантата.

3. МППУ покрытие способствует росту собственной фиброзной ткани, толщина и качество которой позволяет сглаживать остаточную естественную складчатость имплантата.

4. МППУ относится к медленно биodeградирующим материалам (резорбция покрытия происходит в течение 8-10 лет, по данным фирмы-изготовителя), причем характер образовавшейся фиброзной ткани не меняется.

5. Новые линейки сверхвысокопрофильных форм имплантатов (30646 и 30647) позволяют добиться хорошего эстетического результата в тех случаях, когда сочетается птоз тканей с дефицитом тканевого покрытия

За период 2008-2009гг. мы прооперировали 37 пациентов с дефицитом тканевого покрытия.

Распределение пациентов по этиологии дефицита тканевого покрытия представлено ниже:

1. Пациентки с выраженной врожденной гипотрофией тканей железы и подкожного жира (9);

2. Выраженный дефицит тканей и снижение тургора кожи молочных желез после родов и кормления (8);

3. Тканевой дефицит вследствие длительного периода нахождения имплантата (8-10 лет) с образованием капсулярной контрактуры или без нее (13);

4. Дефицит тканей после проведения тотальной, частичной (секторальной) или подкожной мастэктомии (7).

Все пациентки в предоперационном периоде и на сроке 3, 6 и 12 месяцев после операции проходили обследование маммолога с обязательным ультразвуковым исследованием для определения состояния соединительно-тканной капсулы, тканей железы и кожно-подкожного жирового слоя (толщина, ЭХО-структура).

Клинические наблюдения:

В результате динамического годового наблюдения получены хорошие эстетические и функциональные результаты у большинства пациенток.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТРАМ-ЛОСКУТОМ

Карташева А.Ф., Колесников М.В., Садовников С.В.

ЗАО «Клиника Карташевой», Москва

Возрастающая частота применения полнослойного ТРАМ-лоскута для реконструкции молочной железы заставляет искать новые, более совершенные методы лечения и профилактики послеоперационных вентральных грыж. Золотой стандарт современной герниологии – ненатяжная герниопластика с применением нерассасывающихся сетчатых имплантов позволил - с одной стороны уменьшить частоту рецидивов до 0,5 – 3%, с другой – нивелировать болевой и абдоминальный компаунд-синдром. Характер и объем травмы тканей в зоне формирования ТРАМ-лоскута позволяют экстраполировать положения современной герниологии на проблему восстановления передней брюшной стенки после обширных реконструктивно-пластических операций.

Известна зависимость тканевой реакции на присутствие синтетического импланта от слоя, в который установлен последний. Наиболее благоприятным слоем с этой точки зрения является подкожная клетчатка (методика «on lay»); наиболее благоприятным – предбрюшинная клетчатка («sub lay»). Межфасциальное и межмышечное пространства в этом отношении зрения занимают промежуточ-

ное положение («in lay»). При выполнении ненатяжной пластики обширных дефектов брюшной стенки следует предпочесть расположение импланта «sub lay», или «in lay», кроме того, из-за большей механической прочности создаваемой конструкции.

В результате формирования TRAM-лоскута образуется дефект, состоящий из трех анатомо-физиологических зон, отличающихся между собой числом сохраненных слоев передней брюшной стенки, и, в соответствие с этим, подходом к реконструкции. Наиболее слабым местом оказывается зона влагалища прямой мышцы ниже *linea arcuata*. Отсутствие в этой области передней стенки влагалища прямой мышцы обусловлено структурой формируемого лоскута, задней – анатомической нормой. Выше *linea arcuata* до пупочного кольца отсутствует только передняя стенка влагалища прямых мышц. «Пустые» влагалища прямых мышц представляет собой третью, наименее опасную с точки зрения формирования послеоперационных грыж, зону.

Наиболее надежным способом реконструкции первой из описанных зон является установка импланта в предбрюшинное пространство. Размеры импланта при этом должны превышать размеры дефекта на 5 см во всех направлениях (общий герниологический принцип).

Для второй и третьей из описываемых зон считаем достаточным расположение импланта над задними листками влагалищ. При этом восстановление передних листков влагалищ над имплантом осуществимо без какого-либо натяжения и позволяет изолировать большую часть импланта от подкожной клетчатки («in lay»).

Указанные соображения натолкнули нас на создание оригинальной методики восстановления брюшной стенки после реконструкции молочной железы TRAM. Суть метода состоит в использовании двух сетчатых имплантов, размещаемых в указанных слоях. Первый, трапециевидной формы имплант устанавливается предбрюшинно основанием вверх, верхний его край заводится под *linea arcuata* на 2-3 см, латеральные и нижний края заводятся за края дефекта на 5 см. Фиксация указанной сетки производится трансмуральными П-образными швами с шагом в 1 см по *linea arcuata*. Второй, U-образный имплант оказывается установленным в комбинации «in lay/on lay»: ножки импланта замещают перемещенные прямые

мышцы, соединяющая ножки дугообразная часть проводится под пупочным кольцом и подшивается внахлест с нижележащим первым имплантом.

По указанной методике в течение последних 5 лет мы провели 54 реконструкции передней брюшной стенки. Послеоперационных вентральных грыж мы не наблюдали ни в одном случае. Раневых осложнений раннего послеоперационного периода также не наблюдалось. Из положительных моментов данного вида пластики мы отметили значительно меньший объем и довольно краткое (7-10 дней) время существования сером передней брюшной стенки. Недостатки предложенной пластики ограничены большим расходом имплантируемого материала и удлинением на 15-20 минут продолжительности операции.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ МЕТОДИКИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ

Карташева А.Ф., Матвеев Н.Л.

ЗАО «Клиника Карташевой», кафедра эндоскопической хирургии
ФПДО МГМСУ, Больница «Центросоюз – МедСи»

Клиническая часть исследования построена на анализе результатов лечения 282 пациенток в возрасте от 28 до 55 лет со стадиями I-II ($T_{1-2}N_{0-1}M_0$) рака молочной железы, проходивших лечение на базе I хирургического отделения Онкологического Клинического диспансера №1 г. Москвы, отделения онкологии Дорожной больницы им Н.А. Семашко, Больницы «Центросоюза-МедСи» с 1999 г по 2008 г. Представленные нами методики были применены как этап органосохраняющего лечения у 178 пациенток с раком молочной железы I-II стадий с периферической локализацией опухолевого узла. У 104 пациенток при наличии абсолютных противопоказаний для выполнения органосохраняющего лечения была выполнена кожносберегающая мастэктомия в модификации J.Madden с одномоментной пластикой торако-дорсальным лоскутом, подкожная мастэктомия с замещением дефекта ТД-лоскутом с установкой силиконового имплантата либо регулируемого импланта Беккера круглой или анатомической формы

(фирма “Mentor”). У 6 пациенток после кожно-сберегающей мастэктомии была выполнена пластика имплантатом, укрытым лапароскопически выделенным лоскутом большого сальника на питающей ножке. Контрольные группы составили 192 пациентки со стадиями I-II ($T_{1-2}N_0M_0$) рака молочной железы, перенесшие радикальную резекцию, 98 - радикальную мастэктомию (по J.Madden) по классической методике в те же сроки и 76 пациенток, перенесших радикальную резекцию молочной железы с пластикой торако-дорсальным лоскутом, выполненную по стандартной методике.

На дооперационном этапе осуществлялось виртуальное планирование хирургического лечения и необходимости реконструктивно-пластического этапа с использованием 3-D моделирования графического образа молочной железы и опухолевого узла.

При латеральной локализации опухоли в качестве замещающего лоскута использовался эндохирургически – выделенный торако-дорсальный мышечно-жировой лоскут на питающей ножке. При медиальной локализации опухоли замещение производилось лапароскопически – выделенным лоскутом большого сальника на питающей ножке.

Забор обоих этих лоскутов осуществлялся нами с применением эндохирургических методик.

Техника эндохирургического забора торако-дорсального лоскута на питающей «ножке». После завершения операции на молочной железе и маркировки разрезов, пациентка фиксируется на операционном столе в положении на здоровом боку с предпочтительно мобильной фиксацией ипсилатеральной конечности. Пострезекционный разрез используется для выделения латерального края широчайшей мышцы с помощью стандартных электрохирургических инструментов. Диссекция продолжается кзади с помощью открытой техники как над мышцей, так и под ней до тех пор, пока не образовывалась первичная оптическая полость.

Торакодорсальные сосуды, а также ветви к передней зубчатой мышце обычно выделяют на этапе открытой диссекции, но иногда, при наличии дорсального смещения пучка и его низкого разветвления, это удобнее делать эндоскопически. Ветви к *m.serratus anterior* необходимо пересекать только после дистальной мобилизации мышцы. Эндоскопическая диссекция выполняется как над мышцей,

так и под ней. В последнем случае сложным этапом является отделение широчайшей мышцы от большой круглой и передней зубчатой мышц в соответствующей плоскости и манипуляции в области угла лопатки. В таких случаях применялась 30° оптика.

После завершения поверхностной и глубокой диссекции мышца отделялась от поясничных и подвздошных точек прикрепления. Это самый дистальный и самый трудный этап операции, при котором чаще применялась угловая оптика. Возможность его выполнения через пострезекционный разрез зависит от конфигурации грудной клетки пациентки, а также от необходимой протяженности лоскута С гемостатической целью перед пересечением выполняется аппаратное прошивание мышцы.

При значительном по размеру лоскуте может понадобиться небольшой дополнительный разрез, размер и направление которого определяются непосредственно на данном этапе операции.

После полного отделения мышцы от задненижних прикреплений, производится окончательная диссекция питающей ножки, включая, при необходимости, пересечение ветвей к зубчатой мышце, а также производится денервация мышцы.

Техника забора лоскута большого сальника на питающей «ножке»

После обзорной лапароскопии в брюшную полость вводятся эндохирургические инструменты: через боковые троакары – ножницы, диссектор, аппарата Liga Shure, а через 10-мм троакар в эпигастрии – ретрактор для отведения печени или атравматичный зажим типа Babcock для захвата желудка и создания адекватной операционной экспозиции.

После того, как большая кривизна желудка в средней его трети захватывается зажимом Babcock и приподнимается, в желудочно-ободочной связке, на уровне средней трети тела желудка, тотчас ниже желудочно-сальниковых сосудов создается вертикальное окно. При рассечении связки вверх выделяются и клипируются сосуды желудочно-сальниковой аркады примерно на уровне перетока систем правой и левой желудочно-сальниковой артерий с помощью аппарата Liga Shure. Затем связка пересекается продольно вниз, до поперечноободочной кишки. Рассечение сальника производится, по возможности, в бессосудистой зоне. Направление дальнейшей мобилизации большо-

го сальника зависит от локализации дефекта молочной железы. В случае заинтересованности правой молочной железы диссекция производится по ходу правой желудочно-сальниковой артерии слева направо, до места отхождения её от желудочно-двенадцатиперстной артерии, с обязательным тщательным выделением и клипированием всех сосудистых ветвей к желудку. В тех случаях, когда длина сформированного лоскута оказывалась недостаточной в эпигастральной области, производится дополнительная мобилизация желудочно-ободочной связки у верхнего края поперечно-ободочной кишки слева направо. Таким образом, формируется лоскут большого сальника, на сосудистой ножке, представленной правой желудочно-сальниковой артерией и веной. Нами также производилось лапароскопическое формирование лоскута большого сальника на питающей сосудистой ножке, состоящей из левой желудочно-сальниковой артерии и вены. Для перемещения сформированного лоскута большого сальника из брюшной полости к дефекту на грудной стенке мы выполняем лапароскопическое рассечение брюшины, внутренней и наружной косых мышц живота в подреберье тотчас латеральнее наружного края влагалища прямой мышцы живота. Рассечение и разведение мышц производится параллельно ходу мышечных волокон. Таким образом, выполнявшийся изнутри разрез получается косопоперечным, протяженностью разреза 7-8 см. Для облегчения манипуляций в области разреза из первоначальных точек доступа торцевой телескоп заменяется на оптику с углом обзора 30°.

По достижении изнутри подкожно-жирового слоя, к месту выполнения миотомии подводился фиксированный ранее в атравматичном инструменте сформированный лоскут большого сальника, после чего проводилась дополнительная фиксация последнего путем наложения снаружи чрезкожного шва-держалки. Зажим, фиксирующий сальник, оставлялся в брюшной полости для следующего этапа операции. После ликвидации пневмоперитонеума в нижнем крае пострезекционного разреза формируется первичная оптическая полость, в которую вводится ретрактор с телескопом. Под контролем эндоскопа подкожная оптическая полость расширяется частично тупым, частично острым путем по направлению к области фиксации сальника. После завершения эндоскопического формирования подкожного тоннеля, фиксированная к коже прядь большого сальника

захватывается эндоскопическим зажимом, извлекается из брюшной полости и подводится в подкожном тоннеле к пострезекционной ране.

По завершении транспозиции лоскута снова накладывается пневмоперитонеум для оценки положения сосудистой ножки салникового лоскута. Во всех случаях ножка располагалась в подпеченочном пространстве, не передавливая каких-либо органов и не являясь субстратом для формирования странгуляции.

Результаты и обсуждение

Продолжительность эндохирургически-ассистированных вмешательств в сравнении с аналогичными вмешательствами, выполненными традиционным способом (радикальная резекция, радикальная резекция с пластикой торако-дорсальным лоскутом, мастэктомия) была в среднем в 1.5 раз выше.

При сравнительной оценке продолжительности пребывания пациенток на больничной койке и длительности послеоперационной лимфореи отмечается значительное сокращение обоих показателей при эндохирургически-ассоциированных вмешательствах по сравнению с традиционным способом оперирования.

Выраженность болевого синдром как субъективно, так и объективно (по числу пациенток, нуждавшихся в обезболивании с использованием наркотических и ненаркотических анальгетиков в 1-3 сутки послеоперационного периода), была значительно ниже при эндохирургически – ассоциированных операциях.

Осложнения воспалительного характера при применении эндохирургических технологий составляют суммарно 2.8 %, что в 2 раза меньше, чем при традиционных операциях на молочной железе. Та же тенденция сохранялась и в группе осложнений, связанных с состоянием и приживляемостью лоскута (частичный некроз и фиброз); частота осложнений при традиционном способе пластики была почти в 5 раз выше, чем основной группе, где применялись эндохирургические технологии. Частота проблем функционального характера (плексит, лимфедема, ограничение объема движения руки на стороне операции) также была выше после операций, выполненных стандартными способами методике в 3 раза по сравнению с эндохирургически-ассоциированными операциями.

При сравнительной оценке общей и безрецидивной выживаемости статистически достоверной разницы получено не было.

Заключение

Сочетание маммографического исследования, трехмерной ультрасонографии дополненной многозональной тонкоигольной аспирационной биопсией и, при необходимости, МРТ, в комплексе с клиническим обследованием, позволяет точно определить объем, характер хирургического лечения и обеспечивает возможность виртуального планирования реконструктивного этапа. Разработанные топографические ориентиры, оперативные приемы и модифицированный инструментарий для органосохраняющих и реконструктивно-пластических операции при раке молочной железы при аналогичном традиционным методам операций уровне радикальности и абластичности, позволяют снизить уровень хирургической агрессии и травматичности вмешательства а также оптимизировать визуализацию операционного поля и доступы к зоне операции. Предлагаемые нами методики эндовидеоассоциированного выделения лоскута большого сальника и торакодорального лоскута могут также быть использованы как этап получения свободных лоскутов для нужд эстетической и реконструктивно-пластической хирургии.

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА (САК) У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)

*Козлов С.В., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Кокшарова О.Г.,
Катюшин А.А., Борисов А.П.*

Самарский областной клинический онкологический диспансер

САК является эстетически значимой структурой молочной железы, возможность его сохранения значительно повышает косметический результат реконструктивно-пластических операций (РПО).

Цель исследования: освоение и внедрение методики РПО с сохранением САК.

Материалы и методы: 7 пациенткам с 1-2 стадией РМЖ кожно-сберегающая радикальная мастэктомия (иссекался участок кожи в проекции опухоли) была выполнена с сохранением САК. Критериями отбора служили: размер опухоли не более 2,5 см, расстояние от опухоли до края ареолы не менее 3 см, отсутствие кожных симпто-

мов. Интраоперационно проводилось двойное (гисто и цитологическое) исследование ткани из-под САК, с обязательной плановой гистологической проводкой. Объем ткани, остающейся под соском, не превышал в среднем 1 см. Восстановление молочной железы ТРАМ–лоскутом выполнено 2 пациенткам, одномоментная установка эндопротеза – 5 (объем эндопротеза от 200 до 515 мл) пациенткам. Мастопексия/редукция противоположной железы выполнялась по показаниям для достижения симметрии.

Полученные результаты: плановое гистологическое заключение подтвердило отсутствие опухолевого роста у всех больных. У 5 пациенток САК был полностью жизнеспособен, у одной возник краевой некроз соска, у одной – ареолы с образованием сегментарной зоны демаркации и последующей эпителизацией через 2-3 недели. В период наблюдения до 1 года прогрессирование заболевания не выявлено. Эстетический результат оценен как отличный (достижение симметрии по объему, форме молочной железы и положению САК) у 3 пациенток, как хороший - у 2, удовлетворительный - у 2 пациенток. В тоже время, оценка пациентками полученных результатов была значительно выше, так только одна признала их удовлетворительными, двое - хорошими и четверо – отличными.

Заключение: онкологически безопасные методики выполнения РПО у больных РМЖ с сохранением САК приводят к более значимым эстетическим результатам, позволяют избежать дополнительных вмешательств по восстановлению соска и ареолы.

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОВТОРНОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛОКАЛЬНЫМИ РЕЦИДИВАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

***Колядина И.В., Поддубная И.В., Комов Д.В., Керимов Р.А.,
Макаренко Н.П., Рощин Е.М.***

Кафедра онкологии ГУ ДПО РМАПО Росздрава, г. Москва
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Выбор объема повторного хирургического вмешательства у пациенток с локальными рецидивами рака молочной железы является непростой задачей для клинициста. Одни авторы допускают выпол-

нение повторного органосохраняющего лечения, другие авторы считают необходимым удаление всей оставшейся части молочной железы. Возникновение локальных рецидивов в оставшейся части молочной железы, с одной стороны является первым признаком прогрессирования болезни; с другой стороны компрометирует косметические результаты предыдущих органосохраняющих операций. Мы проанализировали возможность выполнения повторного органосохраняющего лечения у пациенток с изолированными локальными рецидивами рака молочной железы.

Материал и методы: С 1990 по 2006г в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН находились на лечении 67 пациенток с изолированными локальными рецидивами первично-операбельного рака молочной железы (стадии T1-3N0-1). Локальные рецидивы возникли после органосохраняющих операций (радикальных резекций железы) в срок от 4 мес до 10 лет; все рецидивные опухоли по морфологическому строению соответствовали первичной опухоли и были единственным признаком прогрессирования болезни. Пациенткам с локальными рецидивами выполнялась либо повторная резекция молочной железы (47.8%), либо простая мастэктомия (52.2%). Мы проанализировали клинические ситуации, определяющие выбор объема хирургического вмешательства, и отдаленные результаты лечения больных.

Результаты исследования. В результате анализа было выявлено, что объем повторной операции (резекция железы или простая мастэктомия) определялся желанием пациентки, размером и локализацией рецидива. При размерах опухоли до 5см чаще выполнялись органосохраняющие операции (60%), всем пациенткам с размером опухоли свыше 5 см выполнены мастэктомии ($p=0.01$). При локализации рецидива в центральных отделах молочной железы чаще выполнялась мастэктомия (64.7%, $p<0.05$), при расположении опухоли во внутренних отделах железы- органосохраняющие операции (29.4%, $p<0.05$); при наружной локализации рецидива мастэктомии и резекции выполнялись с одинаковой частотой (20.6%).

Послеоперационная лучевая терапия применялась у 40.6% больных после повторной резекции молочной железы и всего 1 больной (2.8%) после мастэктомии ($p=0.001$). Послеоперационная химиотерапия применялась с одинаковой частотой как после резекции (32.3%), так и после мастэктомии (28.6%).

Дальнейшее прогрессирование болезни наступило у 32.3% больных после повторной резекции и у 31.4% больных после мастэктомии. Отмечен высокий уровень локального контроля в обеих группах: повторный локальный рецидив возник только у 1 больной после мастэктомии (2.8%). Показатели общей выживаемости аналогичны и высоки: 5-летняя выживаемость у пациенток после резекций составила $89.2 \pm 5.9\%$, после мастэктомии $82.4 \pm 8.2\%$. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости оказались несколько выше среди пациенток после повторной резекции молочной железы ($89.2 \pm 5.9\%$), и составили $70.2 \pm 10\%$ у пациенток после мастэктомии.

Вывод: высокий уровень локального контроля и хорошие отдаленные результаты лечения допускает выполнение повторного органосохраняющего лечения, дополненного послеоперационной лучевой терапией у пациенток с небольшими размерами локального рецидива. Объем повторной операции не является фактором прогноза для жизни пациенток с локальными рецидивами рака молочной железы.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ

Кононец О.А., Виссарионов В.А., Червонная Л.В.

ОАО «Институт Пластической хирургии и косметологии»,
Фёдорова В.Н., РГМУ, Москва

Эндопротезирование молочных желёз является одной из наиболее популярных эстетических операций на сегодняшний день в России. Современные тенденции увеличивающей маммопластики заключаются не только в получении хорошего послеоперационного результата, но и прогнозировании стойкого эффекта от операции на длительные сроки, а именно, сохранение формы и положения молочных желёз со временем.

Цель: изучение факторов, влияющих на стабильность результатов увеличивающей маммопластики.

Материалы и методы: Нами были обследованы 77 пациенток, обратившихся по поводу увеличения молочных желёз, замены и

удаления силиконовых эндопротезов в период с 2002 по 2009 годы. Среди них наибольшее количество составили пациентки с атрофией молочных желёз после родов – 50%, с врождённой гипомастией – 17%, с асимметрией – 7 %, 23 % - пациентки, пришедшие на замену протезов, и 3% - на удаление протезов. Причины замены протезов были следующие: капсульная контрактура, потеря объёма и формы, разрыв протеза, неустойчивость положения, двойная складка, недовольство размером и формой молочных желёз. В процессе работы нами были применены следующие методы исследования: клинический, метод акустического сканирования мягких тканей молочных желёз, ультразвуковой метод исследования, маммография, компьютерная томография, патоморфологический: макро- и микроскопия, экспериментально-лабораторный.

Результаты: Капсульная контрактура III-IV степени по Бейкеру чаще всего определялась у женщин с отечественными эндопротезами, простоявшими в молочных железах, от 10 до 20 лет. Интраоперационно капсула была плотно сращена с окружающими тканями (мышцей, железой) и не связана с оболочкой протеза, при рассечении её, последний свободно извлекался из полости. Макроскопически такая капсула была представлена плотными пластинчатыми фрагментами около 7,0 см, до 2,0 см толщиной, с внутренней шероховатой поверхностью и с белесоватыми участками костной плотности (кальцификаты). В микропрепаратах определялась грубоволокнистая гиалинизированная фиброзная ткань с участками жировой, мышечной и ткани молочной железы. На отдельных участках – с большим скоплением макрофагов и диффузным воспалительным инфильтратом, что свидетельствовало о наличии хронического воспаления. В некоторых биоптатах были обнаружены базофильные частицы геля, прорастание мышечных волокон в фиброзную ткань, кальцификаты. Изучение взаимодействия оболочки протеза с окружающими тканями проводилось на 34 биоптатах. Взаимодействие оболочки протеза с окружающими тканями является одним из важных факторов, влияющих на отдалённые результаты увеличивающей маммопластики. Фиброзная контрактура не только искажает форму молочных желёз, меняет положение, обуславливает «затвердение» тканей, что вызывает психологический и функциональный дискомфорт у женщин.

Соединительнотканная капсула вокруг текстурированных современных протезов с размерами пор от 600 микрон (обеспечивает врастание тканей), простоявших 2 и 4 года в молочной железе, представляла собой тонкую эластичную структуру, плотно сросшуюся со стенкой протеза, но и легко отделяющуюся от неё. У протезов с текстурой, не обеспечивающей врастание, между соединительно-тканной капсулой и стенкой протеза обнаруживалась жидкость, что обеспечивало свободное движение протеза в полости и не исключало возможность ротации. Мягкие ткани молочных желёз после эндопротезирования обычно были перерастянуты, эластичность кожи снижена. Часто диагностировался вторичный птоз, обусловленный смещением протеза книзу под его собственной тяжестью иногда вместе с железой, иногда изолированно с образованием «двойной складки» из-за недостаточной адгезии с окружающими тканями железы.

При замене протезов мы чаще всего использовали протезы анатомической формы, наполненные когезивным гелем с высоким профилем нижнего полюса, чтобы избежать дополнительной хирургической коррекции птоза. Известно, что при одинаковой базовой ширине основания и профиле вес анатомических протезов значительно меньше круглых (почти в полтора раза), что уменьшает риск птоза. Когезивный гель, в свою очередь, контролирует форму молочной железы, и его частицы не пропотевают через оболочку протеза. Для оптимальной коррекции формы и положения молочных желёз имплантаты устанавливались нами в двух плоскостях: под мышцу и железу, иногда с наложением дополнительного фиксационного шва в области инфрамаммарной складки. В процессе операции проводился тщательный гемостаз. Полость обязательно промывалась водным раствором хлоргексидина во избежание возможных осложнений, в том числе и рецидива капсульной контрактуры. В послеоперационном периоде назначались нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики, ношение компрессионного белья в течение 6-8 недель.

Выводы: Устойчивость положения и формы молочных желёз после эндопротезирования обеспечивается многими факторами: состоянием покровных тканей, правильным подбором имплантатов в зависимости от анатомических особенностей строения грудной клетки и молочной железы, конструкцией имплантата, взаимодействием

имплантата с окружающими тканями, хирургической техникой, ведением послеоперационного периода.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИЕМОВ МАСТОРЕДУКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

***Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А.,
Борисов А.П. Кокорина М.С.***

Самарский областной клинический онкологический диспансер

Цель исследования: оценить возможности редукционной маммопластики у больных РМЖ.

Материалы и методы: 37 больным с 1-3 стадией РМЖ радикальная резекция молочной железы была выполнена с использованием основных приемов масторедукции. Масторедукция противоположной железы у 23 пациенток была направлена на достижение симметрии с реконструируемой. Пяти пациенткам масторедукция остающейся молочной железы большого размера была использована с целью улучшения качества жизни (профилактика искривления позвоночника, облегчение подбора и ношения экзопротеза). На выбор способа масторедукции в случае радикальной резекции влияла локализация опухоли, размер молочной железы. Так расположение опухоли в верхних квадрантах железы предопределяло использование «нижней» ножки сосково-ареолярного комплекса, в нижних квадрантах, соответственно, - верхней ножки. При локализации образования в наружных квадрантах применялся любой вариант. Медиальное расположение и маленький объем молочной железы являлись противопоказанием к выполнению радикальной резекции. Вариант масторедукции противоположной молочной железы определялся предпочтениями самого хирурга. У 13 пациенток радикальная резекция была дополнена брахиотерапией (10 Гр) через эндостаты, проведенные через ложе опухоли.

Полученные результаты: радикальная резекция молочной железы с использованием «нижней» ножки была выполнена у 20 пациенток, «верхняя» ножка – у 17 пациенток. Масторедукции на «нижней» ножке отдавалось предпочтение в случае вмешательства на

контрлатеральной железе (18 и 5 соответственно). Непосредственные осложнения, возникшие у 5 пациенток (краевой некроз раны - 2, нагноение раны - 1, лимфоррея - 2), не повлияли на сроки проведения комплексного лечения. В период наблюдения до 2 лет прогрессирование заболевания диагностировано у 2 пациенток (метастазы в надключичные лимфатические узлы и висцеральные органы). Эстетические результаты оценивались спустя 3 и 12 мес после операции, критериями служили: сохранение формы железы, наличие и степень выраженности асимметрии молочных желез в бюстгальтере и без. Отличные эстетические результаты достигнуты у 11 пациенток, у 19 – хорошие, у 5 удовлетворительные и у 2 – плохие. В тоже время, оценка пациентками полученных результатов была значительно выше, так только трое признали их удовлетворительными и ни одна плохими.

Заключение: разработанные технические приемы масторедукции предоставляют новые возможности в органосохранном лечении больных РМЖ. Последовательное накопление опыта выполнения радикальных вмешательств с использованием приемов масторедукции позволит получить новые эстетически значимые результаты, а значит улучшить качество жизни больных РМЖ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НУЖНО ЛИ ЭТО ПАЦИЕНТКЕ?

Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П.

Самарский областной клинический онкологический диспансер

Количество реконструктивно-пластических операций (РПО) у больных раком молочной железы (РМЖ) составляет незначительную часть в структуре оперативных вмешательств.

Цель исследования: выявить отношение пациенток к РПО и причины, негативно влияющие на принятие решения о выполнении РПО.

Материалы и методы: проведено анонимное анкетирование 150 пациенток, проходивших различные варианты лечения РМЖ. К

основным характеристикам отнесли возраст, образование, семейное положение. В группе до 50 лет было 65 пациенток, старше 50 лет – 85. У 93 женщин было среднее образование, высшее - у 47, у 10 - незаконченное среднее образование в возрастной группе старше 50 лет. Две трети пациенток в обеих группах были замужем, треть – разведена.

Потенциальное желание восстановить молочную железу оценивалось через отношение пациенток к ней как к простому органу или как к неотъемлемой части женской фигуры.

Были изучены источники и полнота получаемой информации о реконструктивных операциях. Дополнительно пациенткам было предложено выбрать факторы, сдерживающие их от выполнения РПО. Особое мнение указывалось в конце анкеты.

Полученные результаты: 27 пациенток рассматривают молочную железу как орган, необходимый для кормления ребенка. 23 пациентки из них старше 50 лет, в большинстве разведенные, и только одна имела высшее образование. Для остальных 123 пациенток потеря молочной железы привела не только к появлению физического изъяна, но и определило возникновение эмоциональных расстройств.

44 (29%) женщины признали достаточным количество информации о способах восстановления молочной железы, остальные женщины желали знать больше и как можно раньше о вариантах реконструкции. Источниками информации были медицинские работники (41%), средства массовой информации (31%), знакомые (28%).

Страх перед реконструкцией молочной железы как операцией выделено 35 пациентками как сдерживающий фактор, отсутствие полноценной информации – у 34, возможные материальные траты – 56 и опасение за онкологическую безопасность операции у 77 пациенток. Мнение супруга было значимым только для 45 пациенток.

97 пациенток в графе «Особое мнение» указали, что системное решения данной проблемы поможет пережить им психологический стресс, вызванный как постановкой диагноза «Рак», так и потерей молочной железы.

Выводы: заблаговременное предоставление информации пациенткам о способах РПО будет способствовать увеличению количества восстановительных операций и улучшению качества их жизни.

АУГМЕНТАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ САЙЗЕРОВ

Крайник И.В., Михайлов В.В., Крайник А.И.

Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет.

Дорожная клиническая больница, г. Санкт-Петербург

Значение сайзеров (примерников) в увеличивающей пластике молочных желез до настоящего времени не определено. Существуют два противоположных мнения в отношении их использования. 1. Сайзеры позволяют подобрать необходимый имплант с наибольшей точностью и снизить риски (Peter G. Cordeiro, Colleen M. McCarthy). 2. Основное внимание на предварительных консультациях уделяется измерениям тканевых параметров молочных желез. Это позволяет заранее выбрать имплант, исключить необходимость интраоперационного использования внутренних сайзеров и значительно сократить время операции, а значит и кровопотерю, травматизацию тканей и риск контаминации. Это даст более быстрое восстановление пациентки после операции. (John B. Tebbetts)

Целью нашей работы, выполненной с использованием наружных и внутренних сайзеров, было дать оценку их роли и необходимости использования при увеличивающей маммопластике.

Сайзеры делятся на наружные и внутренние. Наружные фиксируются в зоне молочной железы бюстгальтером или иным способом. Внутренние делятся на сайзеры с изменяемым объемом и с постоянным объемом. Сайзеры с постоянным объемом существуют в виде аналоговых наборов имплантов разных размеров и предназначены для однократного использования. Сайзеры с изменяемым объемом представляют собой круглый баллон диаметром 10-12 см, куда нагнетается жидкость во время операции.

Нами у 19 пациенток при увеличивающей пластике молочных желез использовались наружные и внутренние сайзеры. В качестве наружных применялся набор сайзеров производства фирмы Евро-силикон. В качестве внутренних – латексные экспандеры круглой формы с диаметром основания 11 см. У 14 пациенток отмечалось симметричное недоразвитие или уменьшение молочных желез, у

двух – односторонняя асимметрия, и у двух – двухстороннее асимметричное недоразвитие молочных желез. У одной пациентки с поликистозом молочных желез после выполнения подкожной мастэктомии использовались внутренние сайзеры, на которых производилось формирование объема будущих желез с последующей их заменой на импланты аналогичного объема.

Наружные сайзеры использовались на этапе предоперационного планирования. Мы получали ориентировочный объем и форму будущей молочной железы, которые у женщин с симметричными железами совпадали с объемом вводимых имплантов. После формирования в ретромаммарном пространстве полостей для протезов вставлялись внутренние сайзеры, наполнение которых осуществлялось синхронно до объема планируемого для введения импланта. При этом после введения каждых 50 мл жидкости производилось прямое измерение давления в полостях сайзеров с помощью монитора Philips с функцией прямой инвазивной манометрии. У пациенток с симметричными железами всегда наблюдалась разность давления в сайзерах правой и левой стороны, что подтверждало факт несимметричности самих сформированных полостей. Введение дополнительно 100 мл и более жидкости в каждый сайзер свыше планируемого объема протеза позволило визуализировать все неровности по краям полостей и устранить их.

При протезировании асимметричной груди использование наружных сайзеров носило ориентировочный характер. Основой для выбора размера протеза служили измерения, полученные с использованием внутренних сайзеров. Расхождение показателей объемов наружных и внутренних сайзеров составляли 10-15%, что объясняется уплотнением ткани желез и уменьшением их сагиттального расстояния при использовании внутренних баллонов.

Таким образом, использование сайзеров в увеличивающей маммопластике является весьма целесообразным. Наружные сайзеры создают реальное представление у пациентки о будущем размере молочных желез и улучшают ее взаимопонимание с хирургом. Внутренние сайзеры помогают выровнять формируемые для имплантов полости, создать их симметрию на качественно другом уровне, что является абсолютно необходимым при увеличении асимметричной груди.

Ограниченное использование сайзеров в широкой клинической практике связано, по-видимому, с необходимостью приобретения дополнительного хирургического оснащения и некоторым увеличением длительности операции при проведении интраоперационных измерений. По нашему мнению, значительное упрощение выбора адекватного размера имплантатов и симметричного создания полостей компенсирует эти недостатки метода. Наиболее оптимальным по времени, затратам и качеству работы является использование внутренних сайзеров с изменяемым объемом.

К ВОПРОСУ О РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Мавроди Т.В.

Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар

Удаление молочной железы при лечении злокачественных опухолей является тяжелой психологической травмой для женщины. В последние годы активно развивается реабилитационное направление, включающее в себя хирургическую реконструкцию удаленной молочной железы. Несмотря на увеличивающееся количество онкопластических операций продолжают поиски их оптимальных вариантов. В каждом конкретном случае выбор метода обусловлен стадией опухолевого процесса, общим состоянием и возрастом больной.

Частой проблемой при первичной реконструкции молочной железы с использованием имплантов и экспандеров является достижение полного мышечного покрытия в нижнемедиальной части кармана, где мышечный слой тонок или представлен фасцией. Высокопрофильные импланты часто теряют свою высоту и проекцию из-за сдавления плотными тканями грудной стенки при недостаточной емкости мышечного кармана. Используемая нами техника создания полного мышечного кармана с помощью *turn-over flap* (лоскута-перевертыша) позволяет избежать названных сложностей и избежать дополнительных рубцов.

Лоскут включает в себя фасцию и верхний сегмент наружной косой мышцы, а также фасцию и верхний слой прямой мышцы живота. После выполнения единственного разреза в субмаммарной складке кожа и подкожножировая клетчатка мобилизуется до реберной дуги, наружная косая мышца отсекается по передней аксиллярной линии до нижнего края ребер, прямая мышца – латеральнее белой линии живота, внизу мышцы пересекаются на 4-5 см выше реберной дуги. Далее лоскут мобилизуется вверх до 6 ребра без повреждения питающих сосудов. Фиксация его осуществляется по нижней границе большой грудной мышцы, создавая таким образом вместительный мышечный карман. После установки импланта мобилизованная кожа фиксируется к ребрам путем прошивания субмаммарной складки (чрезнадкостнично к 7 ребру двумя-тремя швами) нитью PDS 2,0.

Мы располагаем опытом 20 операций с использованием лоскута-перевертыша. В их число вошли 13 подкожных мастэктомий, 4 кожесберегающих мастэктомии и 3 вторичных пластики молочных желез. Подкожные мастэктомии с одномоментной установкой имплантов выполнены у 10 больных раком молочной железы, у 2 больных - с тотальным поликистозом и у 1 больной с тяжелым фиброаденоматозом после многочисленных секторальных резекций. Кожесберегающие мастэктомии произведены у 4 онкологических больных с одномоментным протезированием. Отсроченная реконструкция молочных желез у 1 больной сопровождалась установкой экспандера Becker, в 1 случае – импланта и в 1 случае - экспандера (как первого этапа реконструкции).

В послеоперационном периоде после одномоментной реконструкции у одной больной наблюдалось нагноение кожной раны (с удалением импланта). После отсроченной операции в одном наблюдении выявилась несостоятельность кожного шва (вследствие проведенной ранее ДГТ), при ликвидации которой удалось сохранить имплант, у одной женщины с 3-А стадией – рецидив опухолевого роста, в одном случае отмечена прогрессия заболевания через 6 месяцев после операции. Все онкологические больные, подвергшиеся реконструктивным вмешательствам, находятся на диспансерном учете в онкологическом диспансере. Максимальный срок безрецидивного периода – 34 месяца.

Выводы. Применение лоскута-перевертыша при реконструкции молочной железы имплантами и экспандерами позволяет избежать технических трудностей при формировании кармана, сводит к минимуму количество рубцов, улучшает результаты лечения, сокращает период реабилитации.

ОСЛОЖНЕНИЯ И РИСК ПОСЛЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ГРУДИ

Обыденнов С.А.

Клиника эстетической медицины, Казань

В настоящее время риск развития осложнений после увеличения груди с помощью имплантантов достаточно мал. Связано это, прежде всего, с большим опытом в России пластической хирургии, приобретенным в данном направлении, применением пластическими хирургами только отработанных методик и использованием современных имплантантов с текстурированной поверхностью.

Осложнения, возникающие после увеличения груди можно условно разделить на ранние, возникающие непосредственно после операции и отдаленные.

Ранние: В некоторых случаях, установка имплантанта при увеличении груди может сопровождаться скоплением жидкости в полости, куда он установлен. Это может быть либо серозная жидкость, либо небольшое количество крови - в большинстве случаев с этим достаточно быстро удастся справиться, откачав эту жидкость шприцом через маленький прокол. Если нет, то повторная срочная операция с этим осложнением, как правило, справляется.

Воспаление после операций по увеличению груди развивается крайне редко, но многие хирурги, тем не менее, прописывают антибиотики в качестве превентивной меры.

В тех случаях, когда возникают проблемы с заживлением после операции по увеличению груди, или когда кожа, которая покрывает имплантант, прямо над рубцом слишком тонкая, возникает риск, что имплантант либо придется извлечь, либо он выйдет сам. В нашей практике мы встречались с двумя случаями пролежней протезов и в одном с «рождением импланта» в субмаммарной складке. После

этого необычного осложнения нужно дать коже зажить, а затем повторить операцию по увеличению груди с установкой новых или стерилизованных старых имплантантов.

После операции по увеличению груди чувствительность груди часто уменьшается вокруг сосков, а иногда и на большей площади. Это происходит потому, что при изготовлении кармана для имплантанта приходится растягивать мелкие веточки осязательных нервов, идущих к коже. Чувствительность обычно возвращается через месяц или два, и у большинства пациенток в течение полугода восстанавливается полностью. У немногих пациенток в разных частях груди остаются участки пониженной чувствительности, но их это редко беспокоит. Если чувствительность сосков очень важна для сексуальной жизни пациентки, ей следует тщательно подумать, хочет ли она рисковать снижением их чувствительности.

Наиболее частое осложнение, из отдаленных, возникающее обычно через несколько лет после операции по увеличению груди - это то, что грудь окажется тверже нормальной (капсулярная контрактура). В настоящее время, частота развития капсулярной контуры равна примерно 1-2%. Следует сказать, что за последние 5 лет мы с таким осложнением не сталкивались. Первоначально с капсулярной контрактурой боролись "обжимом", разрушая капсулу давлением снаружи - довольно безрезультатный способ. Сегодня этот метод более не рекомендуется, поскольку есть риск повредить имплантант и выдавить силиконовый гель в окружающие ткани. Вместо этого прибегают к операции. Капсулу вскрывают через разрез в области рубца, оставленного после первой операции, частично удаляют и имплантант помещают во вновь сформированный карман в новой плоскости.

Другое осложнение, которое может иметь место после увеличения груди, - это неправильное положение имплантантов. Они могут, например, оказаться несимметричными или на разной высоте. Если имплантант слишком высок или несимметричен, это можно исправить после заживления тканей второй операцией. Если имплантант вводили через разрез в подмышке, то в отдельных случаях он имеет тенденцию сдвинуться вверх в направлении подмышки под влиянием мышечных усилий. Это может привести к появлению неестественной выпуклости впереди подмышки. Дефект можно испра-

вить, сшив верхний край кармана для имплантанта и продолжив его глубже.

Некоторых пациенток беспокоит внешний вид груди при определенном положении рук, когда грудь несколько уплощается под воздействием грудных мышц. Но это не осложнение, а естественное следствие того, что имплантант находится под грудной мышцей. Большинство пациенток, это ничуть не беспокоит, и, конечно, проблема не возникает, когда имплантант находится над мышцей.

Если бюст вял и несколько обвис, то после операции по увеличению груди имплантант под мышцей и висящая под ним грудь могут образовать неестественную двойную выпуклость. Лучшее средство против этого - поместить имплантант над мышцей. Но это зависит еще и от количества жировой клетчатки пациентки.

В немногих случаях, после увеличения груди пациентки могут обнаружить некоторые неровности и даже борозды по контуру молочных желез. Это может быть из-за того, что слой тканей над некоторыми частями имплантанта слишком тонкий. Легче увидеть или прощупать снаружи имплантант, расположенный под молочной железой, чем под мышцей. Риск этого много больше, если имплантант заполнен солевым раствором. Силиконовый гель имеет более естественную консистенцию, и риск того, что имплантант можно будет прощупать снаружи, гораздо меньше. Самый низкий риск быть увиденным или прощупанным у имплантантов нового типа, заполненных когезивным гелем.

При тубулярной груди возможна двойная субмаммарная складка, если не исправить тубулярность ареолы. Это осложнение требует второй операции. В настоящее время мы избавились от этого осложнения, более тщательным дооперационным обследованием.

Многие пациентки беспокоятся, не повлияют ли имплантанты на их способности вынашивать детей и не может ли операция по увеличению груди отрицательно сказаться на беременности и вскармливании. Никаких свидетельств существования таких эффектов нет, так что нет причин и беспокоиться о побочных эффектах такого рода. После операции по увеличению груди по-прежнему возможны маммография и обследование груди.

РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА. ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ

Обыденнов С.А.

КГМУ и Клиника эстетической медицины, г. Казань

В настоящее время наряду с такой популярной операцией, как операция по увеличению женской груди (аугментация), существует и другая, не менее значимая и имеющая под собой гораздо большее количество причин, подталкивающих женщину к принятию решения, - это операция по уменьшению груди (редукция).

Обычно гипертрофия начинается в период полового созревания женщины и продолжается не только в период беременности и лактации, а на протяжении всей жизни. Маммологи считают, что чрезмерное увеличение груди, которое прогрессирует в период полового созревания, а так же беременности – это неправильная реакция молочной железы на нормальный гормональный фон женщины. Когда чрезмерный рост молочной железы обусловлен именно реакцией на гормональный фон женщины, гормональная терапия просто бессильна, женщине рекомендуется специальное хирургическое вмешательство в виде редукционной маммопластики.

Причины, по которым молочная железа так реагирует на гормональный фон, до сих пор врачами ещё не найдены. Считается, что именно эстрогены стимулируют молочную железу и её протоки, но прямая связь между гипертрофией молочной железы и эстрогеновыми рецепторами – ещё не доказана. В развитии груди огромную роль играет не только эстроген, но и другие гормоны, такие как прогестерон, пролактин, инсулин, тироксин, гормон коры надпочечников, а так же гормон роста. Каждый из них исполняет свою особенную функцию. Так известно, что прогестерон играет самую важную и большую роль, оказывая сильное влияние на альвеолы груди. Прогестерон, напрямую связанный с лактацией, помогает в дифференцировании альвеолярных эпителиальных клеток, отвечающих за воспроизведение молока. Гипертрофия молочных желез сопровождается чрезмерным увеличением жира и соединительных тканей в молочной железе, и при ультразвуковом исследовании, гипертрофированная грудь выглядит как железистый элемент с огромным изоби-

лием соединительной ткани и жира.

Самой главной причиной, по которой женщина обращается к хирургу, обычно бывает физический дискомфорт, а также психологические проблемы. Огромная висящая грудь причиняет не только много неудобств, но и физическую боль. Обычно жалобы, с которыми женщины приходят к специалисту, начинаются с описания боли в плечах, головной боли, и заканчивая болью в спине, позвоночнике и пояснице. Женщины жалуются на сильное напряжение шеи, рези от ремешков бюстгалтера, дерматологические проблемы в грудных складках. Стоит отметить так же и то, что гипертрофия груди влечёт за собой и такие глобальные физиологические проблемы, как искривление позвоночника, большой живот, ограниченная физическая активность. Многие пациентки отмечают также, что из-за гипертрофии молочных желез они ограничены не только в своих ежедневных действиях, но и в выборе одежды и интимных отношениях, их смущают посторонние взгляды и комментарии, мучает огромное количество комплексов и недовольство собой и своей фигурой. Весь список данных проблем говорит о том, что для многих женщин редуционная маммопластика это просто необходимая операция. Многие женщины также понимают, что операция по уменьшению гипертрофированной молочной железы – это прекрасный шанс кардинально изменить себя и свою внешность, что тоже немаловажно и играет огромную роль в жизни женщины, как в плане повышения собственной самооценки, так и в плане личных, интимных и семейных отношений. Важен так же и тот факт, что большинство женщин, попавших в такую ситуацию и имеющих такие физиологические отклонения, имеют так же семейные истории рака молочной железы. Жизнь под страхом того, что ты в проценте риска – тоже оказывает огромное давление на психику женщины, так как любая из них знает основной минус характерный для данной ситуации: гипертрофические груди очень сложно оценить на наличие маленьких опухолей. Поэтому редуционная маммопластика – может быть во многих случаях полезна для пациентов находящихся в группе риска, так как уменьшенную грудь гораздо легче проверить на наличие опухоли даже самостоятельно, при помощи самопроверки.

Методы редуционной маммопластики многочисленны, но в большинстве операций существуют основные и самые важные эта-

пы операции, такие как иссечение и перемещение соска вверх на новую позицию, удаление ткани из нижней части груди, перемещение и подшивание молочной железы на более высокую позицию.

К основным видам риска в процессе и после операции по уменьшению груди можно отнести:

1. Кровотечение и воспаление.
2. Осложнения в период заживления, особенно характерные для курящих женщин.
3. Уменьшение чувствительности соска и окружающей его кожи.
4. Риск потери способности кормления грудью. В данном случае всё зависит от специалиста, проводящего операцию и метода уменьшения груди, так как сегодняшние современные методы маммопластики имеют возможность сохранить женщине полноценную способность кормления детей грудью, так как связь между железистой тканью и молочными протоками после операции сохраняется.
5. Асимметрия молочных желез после операции.
6. Небольшие отклонения в размере и форме после операции.
7. Рубцы после операции вокруг сосков и под грудью – остаются навсегда.

ПЕРВИЧНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пак Д.Д., Рассказова Е.А.

МНИОИ им.П.А.Герцена, Москва

В МНИОИ им.П.А.Герцена последние два десятилетия разрабатываются варианты органосохраняющих операций и подкожных мастэктомий с первичной реконструкцией у больных раком молочной железы (РМЖ) в комбинации с лучевой и химио-гормональной терапией.

Органосохраняющие операции подразумевают выполнение радикальной и субтотальной радикальной резекции молочной железы. Реконструкцию выполняют фрагментом широчайшей мышцы спины, большой грудной мышцей, TRAM-лоскутом, а также комбинированную пластику (мышечный аутоотрансплантант + эндопротез). Под-

кожная мастэктомия подразумевает сохранение кожи молочной железы, сосково-ареолярного комплекса, субмаммарной складки и удаление всей ткани железы, при этом толщина нерезецированной клетчатки соответствует толщине подкожно-жирового слоя (0,5-1,0 см), оставляемого при стандартной радикальной мастэктомии.

В отделении общей онкологии выполнены 902 операции с первичной реконструкцией, из которых после радикальной резекции у 254, после субтотальной резекции у 234, после подкожной мастэктомии у 414 больных.

Для реконструкции использовали в 135 случаях большую грудную мышцу, в 337 широчайшую мышцу спины, в 11 - их комбинации, TRAM-лоскут в 8 случаях, широчайшую мышцу спины в сочетании с эндопротезом у 411 пациенток.

Общая и безрецидивная пятилетняя выживаемость при I-IIA стадиях после радикальных резекций с пластикой составили 96,9% (95,4%) и 94,4% (87%), при IIB-IIIA стадиях – 87,5% (79,2%) и 79,2% (66,7%).

Общая и безрецидивная пятилетняя выживаемость при I-IIA стадиях после субтотальных радикальных резекций с пластикой составили 87,5% (68,8%) и 90,9% (87,3%), при IIB-IIIA стадиях – 86,1% (75%) и 82,1% (60,7%).

Общая и безрецидивная трехлетняя выживаемость при I-IIA стадиях после радикальных подкожных мастэктомий с пластикой составили 96,4% (89,3%) и 91,2% (85,9%), при IIB-IIIA стадиях – 84,4% (75%) и 94,3% (85,7%).

Независимо от стадии опухолевого процесса наименьший процент рецидива (2,7%) выявлен после подкожных мастэктомий с пластикой, после радикальных резекций 3,1%, после субтотальной резекции в 5,6% случаев.

В 80% отмечены отличные и хорошие косметические результаты. Т.е. реконструктивные операции являются только методом реабилитации больных, не влияют на онкологические результаты в комбинированном плане лечения, не препятствуют выявлению рецидива в сформированной молочной железе. Выбор объема операций от органосохраняющих до подкожных мастэктомий с первичной реконструкцией молочной железы зависит от клинико-морфологических и биологических критериев опухоли и ее распространенности.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ НА ОСНОВЕ МЫШЦ ПРИ ПОЗДНИХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пасов В.В., Нарусов Ю.Е., Цыганкова Н.А.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН г. Обнинск

В настоящее время частота развития поздних лучевых повреждений в мире составляет около 5 % от всех пациентов, проходивших лучевую терапию. В нашей стране лучевые повреждения составляют около 10-15 %. По данным нашего отделения у больных, получавших лечение лучевых повреждений после комплексного лечения рака молочной железы, в 73,5 % случаев имел место лимфатический отек верхней конечности, в 22,4 % случаев - брахиоплексопатия, а у 95,5 % больных сформировалась лучевая язва и фиброз мягких тканей. Поздние лучевые язвы мягких тканей характеризуются нарушениями микроциркуляции, регионарного лимфо- и кровообращения со значительным подавлением местных репаративных процессов, наличием инфекции с поливалентной антибиотикорезистентной флорой, а также обширностью язвенных дефектов. Учитывая эти особенности, адекватным методом лечения является хирургическое лечение язв с широким иссечением поврежденных облучением тканей и пластическим замещением раневой поверхности перемещенными кожно-мышечными и мышечными лоскутами с осевым кровоснабжением на основе широчайшей мышцы спины (ТДЛ) и прямой мышцы живота (ПРАЛ). Основная проблема таких реконструктивных операций связана с тем, что радикальное иссечение пораженных тканей выполнить не удаётся из-за большой площади поражения, вовлечения в процесс крупных сосудисто-нервных пучков (надключичной и подмышечной области), а так же костного каркаса грудной клетки. Наряду с вышесказанным, выбор лоскута должен учитывать локализацию лучевой язвы, тщательное измерение площади дефекта (включая окружающий его фиброз) и длину мышечной ножки трансплантата, который планируется переместить. На этапе подготовки к операции пациент нуждается в обследовании питающей ножки лоскута с помощью ультразвукового триплексного сканирования. Сопоставление этих параметров определяет выбор метода операции.

В отделении лучевых повреждений за последние 5 лет нами

выполнено 60 операций по данной методике. ПРАЛ использовался у 23% больных, замещение дефекта ТДЛ было выполнено у 76,7 % пациентов. При этом в 31,7 % случаев торакодорсальный лоскут был использован для пластики язв подмышечной области, у 10% женщин - при лучевых язвах молочных желёз, у 20% больных - для хирургической коррекции дефектов в области послеоперационного рубца, у 10% - при язвах в подключичной области, в 5% - для коррекции лучевых язв надлопаточной области. Следует отметить, что дном язвенного дефекта зачастую были измененные кости с явлениями лучевого остеомиелита. При этом проводилась частичная резекция ребра у 20% пациентов с лучевыми язвами и в 8,3 % была выполнена секвестрэктомия грудины с сохранением опорной функции грудной клетки. У 4 пациентов при замещении обширных дефектов (150-200 см²) имел место некроз трансплантата (площадь заживления не более 50 %), при этом в 3 случаях был использован ТДЛ и в 1 случае – ПРАЛ. У остальных больных наблюдалось почти 100% приживление трансплантата.

Выводы: лечение лучевых повреждений у пациенток с раком молочной железы является актуальной задачей, требующей учета особенностей в каждом конкретном случае. Метод кожно-мышечных лоскутов в подавляющем большинстве случаев позволяет адекватно устранить имеющийся язвенный дефект, улучшает качество жизни таких пациентов.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЛИАКРИЛАМИДНОМ МАММАРНОМ СИНДРОМЕ THE ALGORITHM OF SURGERY IN POLYACRYLAMIDE MAMMARY SYNDROME

Gennadiy I. Patlazhan M.D.

Institute of Plastic Surgery "Virtus", Odessa, Ukraine

Kirill P. Pshenisnov M.D.

Prof. Center of Plastic surgery, Yaroslavl, Russia

Introduction

В Украине популярность инъекционного введения полиакриламидного геля (ПААГ) в молочные железы (МЖ) с целью их увеличения была в 90-е годы прошлого века. Учитывая большое количество

и разнообразность осложнений многие клиники отказались от его использования. Однако и в настоящее время есть доктора, выполняющие эти операции. В связи с этим количество осложнений не уменьшается. В 2000 году Российскими коллегами было предложено объединить все осложнения связанные с использованием ПААГ для увеличивающей маммопластики в полиакриламидный маммарный синдром (ПМС). В клинике «Виртус» в Одессе и в центре пластической хирургии в г.Ярославле накоплен колоссальный опыт по лечению таких пациенток.

Material & method

За период с 1999 по 2009 год к нам обратилось 167 пациенток с различными осложнениями после инъекционного использования ПААГ для увеличивающей маммопластики. Сроки обращения в клинику после введения геля варьировали от 1,5 до 16 лет. Гель вводился в разных клиниках как Украины, так и России. Использовался гель «Интерфал» (73 пациентки) и «Фармакрил» (14 пациенток). Остальные пациентки не могли вспомнить название вводимого им геля. Осложнения, с которыми обращались пациентки:

- деформация контура МЖ в связи с формированием кист с гелем (гелеом) и их фиброз - 145 пациенток (87%),
- миграция геля из маммарной области - 104 пациентки (62%),
- инфекционно-септические осложнения у 41 пациентки (25%),
- птоз молочных желез разной степени выраженности как следствие введения большого объема геля (более 250 мл в каждую железу) или в связи с резким похудением - 52 пациентки (31%),
- асимметрия МЖ в связи с тем, что осложнение было односторонним - 34 пациентки (20%),
- пигментация кожи в области близкого расположения ПААГ к поверхности кожи - 28 пациенток (17%),
- трофические изменения кожи (некроз) у 3-х пациенток (2%).

В большинстве случаев эти осложнения встречались во всевозможных комбинациях.

Лечение заключалось в хирургическом удалении геля и гелеом из МЖ и зон его миграции (100%) и одномоментном (26%) или отсроченном эндопротезировании МЖ (59%). Некоторые пациентки (15%) в связи с финансовыми проблемами и личными причинами отказались от восстановления контуров МЖ. Удаление проводили

через субмаммарный и субареолярный доступы. Максимально удаляли весь гель и все гелеомы из МЖ и зон миграции, а так же все измененные гелем ткани (фиброзные оболочки, участки большой грудной мышцы, фасциальные перемычки, жировую клетчатку). Восстанавливали объем груди силиконовыми имплантатами, причем отдавали предпочтение покрытым микрополиуритановой пеной. Так как при их использовании мы не получили ни одной серомы и соответственно не потеряли ни один имплантат. Установка была по возможности ретропекторальной. При недостаточности мышечного покрова использовали торакодорсальный лоскут (ТДЛ). При необходимости через 6 месяцев выполняли мастопексию.

Results

- Самым достоверным видом исследования ПМС является МРТ.
- Удаление ПААГ должно проводиться максимально радикально не только из МЖ, но и из всех зон его миграции. При необходимости можно выполнить подкожную мастэктомию с удалением участков фасций и мышц, пропитанных гелем.
- Наиболее оптимальным является отсроченное восстановление МЖ в сроки не раньше 6 месяцев после удаления.
- Лучше использовать микрополиуритановый имплантат и устанавливать его ретропекторально при полном мышечном укрытии.
- Хирургу, выполняющему эти операции необходимо владеть техникой реконструктивных операций.

References

1. Adamyan A., Svetuhin A., Scuba N., Polyacrylamide mammary syndrome: clinical aspects, diagnosis and treatment. *Annals of Plast., Reconstr. and Aesth. Surg.* 2001; 4:20-32.
2. Cheng, N., Wang, Y., Wang, J., et al. Complications of breast augmentation with injected hydrophilic polyacrylamide gel. *Aesthetic Plast. Surg.* 2002; 26: 375.
3. Patlazhan G., Postponed complications after mammoplasty, which was performed through polyacrylamide gel administration and their's surgical treatment. *Surgery of Ukraine* 2009; 2:30.

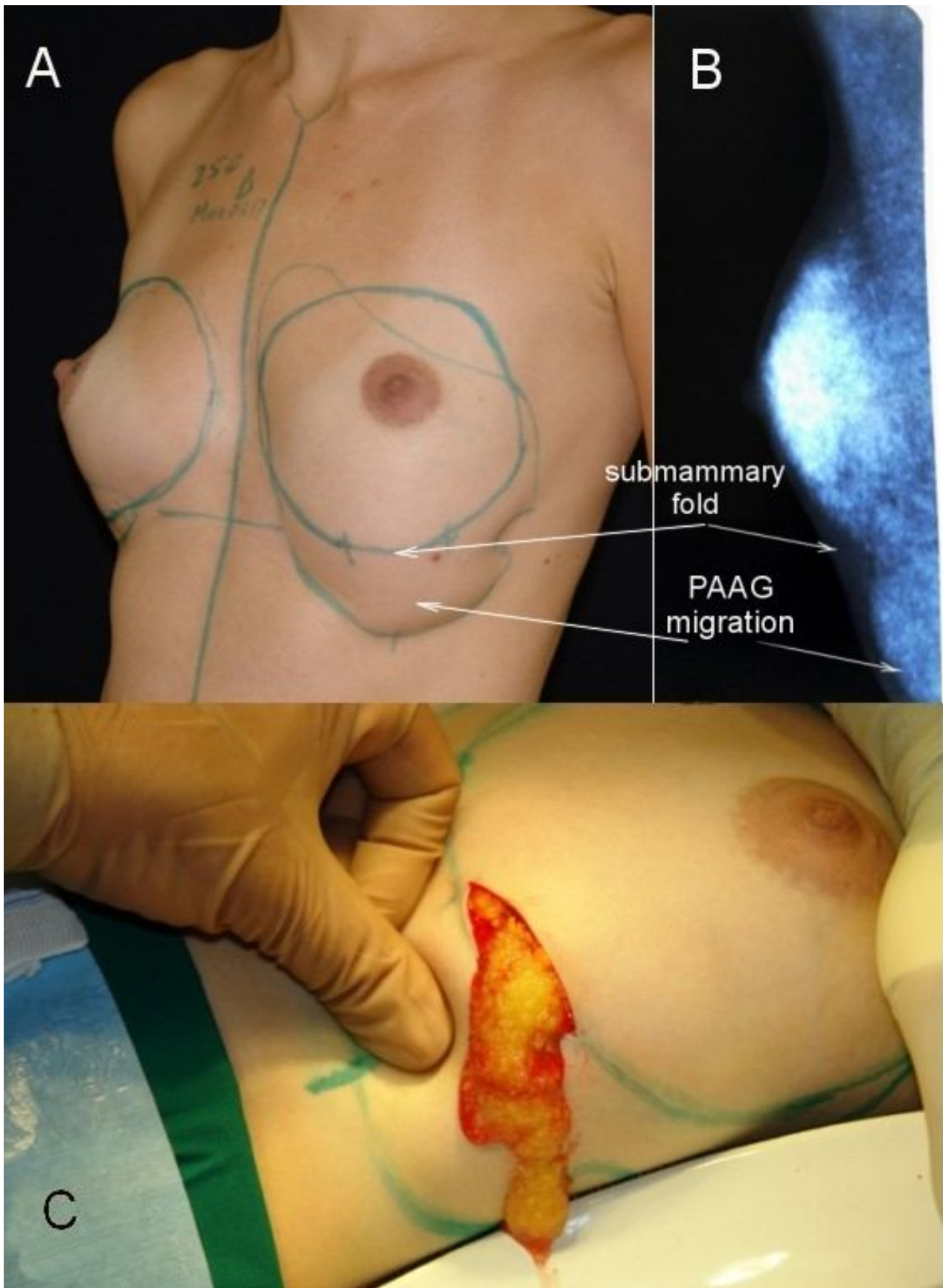


Figure 1.

A. Marking before the PMS surgery correction.

B. Mammography image of the left breast.

C. Gel leakage through submammary incision.

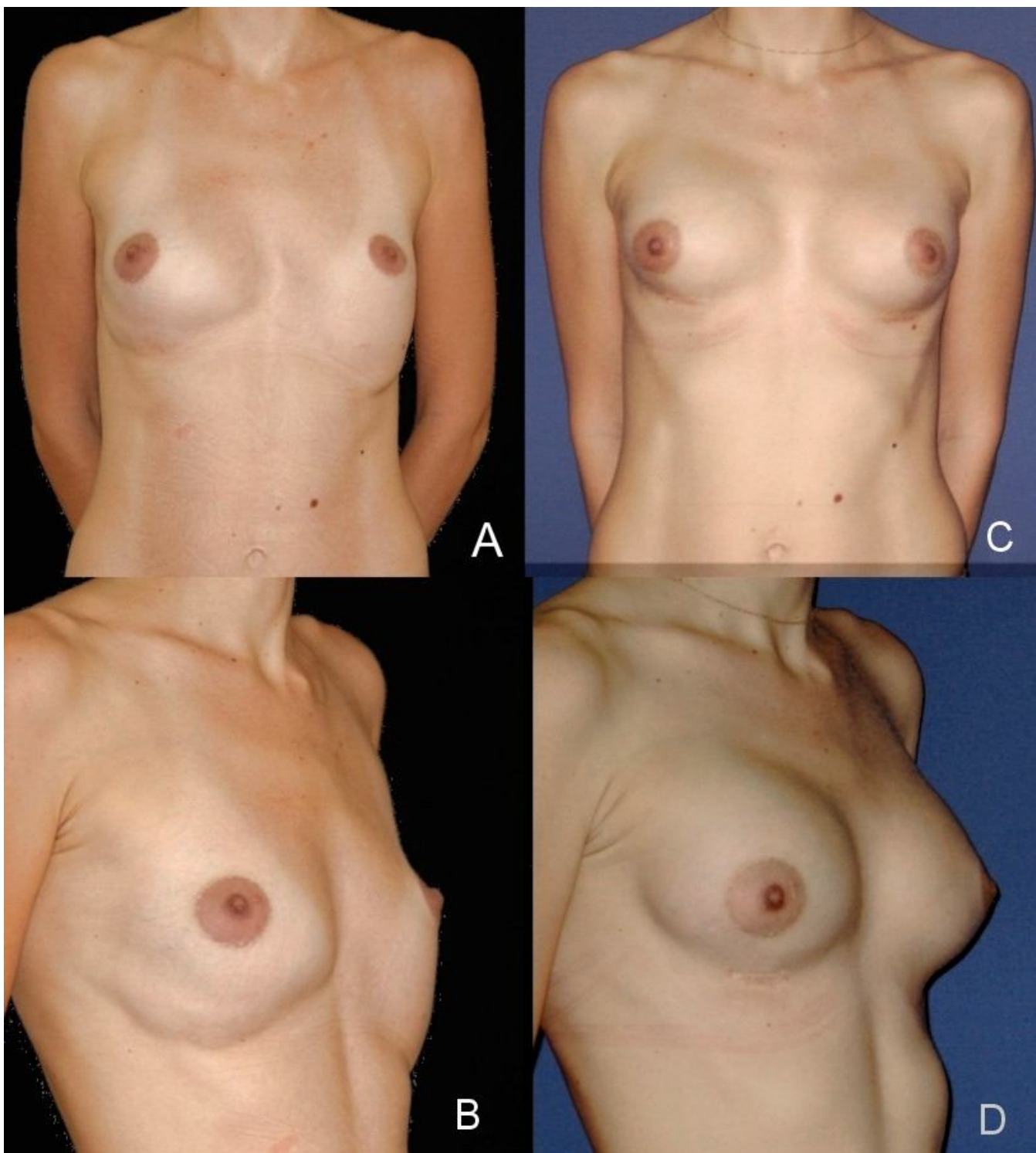


Figure 2.

A, B. Patient in 9 years after PAAG injection in her breasts.

C, D. One year result after one-stage reconstruction of the breasts. Submammary incision, [polyurethane foam-covered implants](#), 250 ml, retropectoral position.

НОВАЯ ТЕХНИКА МАСТОПЕКСИИ С УЛУЧШЕННЫМ НАПОЛНЕНИЕМ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Патлажан Г.И.

Клиника «Виртус», Одесса, Украина

За всю историю пластической хирургии придумано огромное множество различных видов подтяжек молочных желез. Но, к сожалению, общей проблемой всех мастопексий является появление вторичного птоза с запустением полным или частичным верхнего полюса молочных желез. Мной была предложена и внедрена в практику методика мастопексии с использованием заполнения верхнего полюса дополнительными микрополиуритановыми имплантатами вместе с дермально-железистым лоскутом на нижней питающей ножке.

Методика впервые была использована в октябре 2006 года. По настоящий момент данной методикой были прооперированны 17 женщин, в возрасте от 29 до 62 лет, с птозом II – IV степени, без выраженной инволюции молочных желез. Были использованы дополнительные силиконовые имплантаты с микрополиуритановым покрытием объемом 38мл и 63 мл.

Техника операции заключается в следующем. Разметка производилась в вертикальном положении как при мастопексии М.Лежур с дополнительной разметкой для создания полости для имплантата. Начинали операцию с деэпидермизации и поднятия дермально-железистого лоскута на нижней питающей ножке. Затем создавали туннель под железой до уровня III-го ребра и полость под большой грудной мышцей для имплантата. Потом накладывали фиксационный шов между задней стенкой молочной железы и пекторальной фасцией на уровне III-го ребра. Следующим этапом операции имплантировали эндопротез в область верхнего полюса молочной железы под большую грудную мышцу и туда же над ним проводили лоскут и фиксировали его к мышце. Таким образом, лоскут являлся опоркой имплантата снизу и предотвращал его смещение. Затем сводили к средней линии медиальный и латеральный столбы молочной железы, и сшивали их вместе. Накладывали швы на кожу, собирая с оставлением вертикального шва или резецируя допол-

нительно кожу в субмаммарной складке с переводом в инвертированное «Т».

Во всех случаях был получен хороший эстетический результат. Максимальная долгосрочность наблюдений составила 26 месяцев. В 1 случае, через 9 месяцев после операции пришлось удалить не сократившиеся избытки кожи в субмаммарных складках. Трофических нарушений на коже мы не встречали в связи с отсутствием отделения кожи от железы. Неудобством методики являлось усложнение техники операции и увеличение стоимости в связи с использованием имплантатов.

Используя данную методику мастопексии, мы корригировали разные степениптоза молочных желез. Мы получили коническую форму и хорошее наполнение верхнего полюса молочных желез. При использовании имплантатов разного объема и частичной резекции тканей молочной железы устраняли объемную асимметрию. Очевидно, дальнейшим развитием методики является наблюдение за результатами на более длительном периоде.

К ВОПРОСУ ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ МАММОПЛАСТИК

Печенкина О.В.

Городская больница №9, г. Санкт-Петербург

В течение последних трех-четырех десятилетий значительно увеличилось количество женщин, стремящихся улучшить форму молочных желез хирургическим путем, что привело к увеличению пластических и реконструктивно-восстановительных операций на этом органе.

Врачи всех специальностей огромное внимание уделяют заботам о качестве жизни пациентов наряду со спасением жизни и поддержанием здоровья. При обращении к проблеме качества жизни, вмешательство пластического, эстетического хирурга зачастую становится единственно возможным решением. Можно предположить, что увеличивающаяся частота обращений женщин с просьбой о коррекции молочных желез, обусловлена именно этим фактом, тем более, что духовные, социальные и сексуальные факторы в жизни женщины приобретают все большую значимость.

Нами, за период с 2006 по 2009 год накоплен опыт лечения 180 пациенток с различными осложнениями после ранее выполненных реконструктивно-восстановительных операций на молочных железах.

Возраст пациенток в рассматриваемой группе колебался от 27 до 55 лет. Всем пациенткам были выполнены операции на молочных железах различной степени сложности. Причем в отчетный период повторные операции были выполнены преимущественно пациенткам, которые оперировались первично в сроки с 1993 по 2003 год.

Все пациентки были разделены на 2 группы. Первая группа представлена пациентками, пришедшими в нашу клинику на первичное протезирование и у которых возникли осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Вторая группа представлена пациентками, перенесшими маммопластику ранее в нашей или других клиниках.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась указание на вегетативную дисфункцию. У ряда пациенток в анамнезе был сифилис (5%). Изредка встречались указания на хроническую патологию ЖКТ и почек. В целом рассматриваемая группа женщин могла быть отнесена к условно здоровым, риск анестезии обозначался анестезиологом как риск 1 степени.

Анализ клинического материала позволил нам разделить больных не только на две изучаемые группы, но и предложить следующую рабочую классификацию осложнений после реконструктивно-восстановительных операций на молочной железе.

1) Осложнения, связанные с гиперреактивностью организма на примененный имплантат

2) Осложнения, связанные с особенностями техники операции; чаще встречались при увеличивающей маммопластике

3) Осложнения, связанные с нарушением трофики тканей

4) Осложнения, связанные с анатомо-функциональными индивидуальными особенностями; наиболее характерны для различных вариантов мастопексии

5) Гнойно-воспалительные осложнения

В процессе исследования установлены следующие клинические особенности осложнения. В первую очередь обратил на себя внимание малый и «запаздывающий» болевой синдром. Пациентки, перенесшие инъекционное введение ПААГ и последующее инфици-

рование, обращались с выраженным (в два и более раза) отеком, багровой гиперемией молочной железы, при этом предъявляли жалобы на легкое недомогание и эстетический дефект. Температурная реакция была на уровне фебрилитета. Изменения в анализах ограничивались незначительным сдвигом формулы белой крови влево. При деформациях молочных желез после введения ПААГ, какие либо субъективные ощущения практически отсутствовали. Также отсутствовала боль и при осложнениях, связанных со смещением или поворотом протезов. А вот при наличии капсульной контрактуры 2-й и более степени, около 35% пациенток отмечали боль, выраженный дискомфорт в области железы. Отмечены единичные случаи гиперэстезии при капсульной контрактуре 4- степени.

При трофических нарушениях, хотя эти случаи были редкими, обратила на себя внимание отчетливая положительная динамика при активном лечении. Практически во всех случаях нам удалось сократить зону ишемии вполовину и более. При этом только в одном случае, при массивной редукции, САК спасти не удалось. Интересно заметить, что при других локализациях зон ишемии (абдоминопластика, например) эффект консервативной терапии скромнее и зона «спасенной» ткани меньше. То же самое можно сказать о зонах ишемии в области лоскутов при реконструкции молочной железы.

На основании анализа осложнений, в целях улучшения результатов реконструктивно-восстановительных и эстетических операций на молочных железах, мы разработали следующую схему предоперационной подготовки пациенток. Предоперационная подготовка назначалась пациенткам с повышенным риском возникновения осложнений (избыточная масса тела, курение в анамнезе, хронические соматические заболевания с частыми обострениями, отсутствие базовой физической подготовки). Перед операцией назначается курс СЭТ - системной энзимотерапии, антиоксидантную терапию (полиоксидин, олифен), сеансы гипербарической оксигенации, антибиотикотерапию внутримышечно и внутривенно (цефазолин, ципрофлоксацин).

Во время операции традиционно используются антибиотики и антикоагулянты (аналоги фраксипарина).

В послеоперационном периоде продолжали курс СЭТ до 1 месяца, антибактериальная и антиоксидантная терапия проводилась до 14 дней с использованием эскалационного принципа, антикоагу-

лянты применялись под контролем свертывающей системы крови, как правило, в течение 7-10 дней. Местно использовались препараты, ускоряющие заживление и улучшающие качество рубца (солкосерил, актовегин, контрактубекс, медерма, дерматикс).

Важно отметить, что практически у всех пациенток операция завершалась введением ПХВ дренажей для активного дренирования ран с целью профилактики формирования гематом и сером. Если, несмотря на предпринятые меры, наблюдалось скопление жидкости в полости более 10 мл, жидкость удалялась пункционно. При этом в случае повторного скопления транссудата после его удаления в полость вводили кеналог.

К группе риска ишемических осложнений прежде всего относятся пациенты с избыточной массой тела, длительно курящие, имеющие сопутствующие заболевания сердца, центральных и периферических сосудов, частые стрессы. Также в группу риска входят пациенты, которым выполняются сочетанные операции (например; мастопексия и абдоминопластика, фейс-лифт и мастопексия). Пациентки, перенесшие две и более операции с интервалом менее двух месяцев, также как правило, имеют дефицит кровоснабжения. И, наконец, в эту категорию попадают пациенты, которым планируется большой объем операции (обширные редукции молочных желез, абдоминопластика при ожирении второй и третьей степени, липосакция с удалением более четырех литров жировой ткани).

Пациентам из указанных групп предпочтительно проводить 2-5 сеанса гирудотерапии в плане предоперационной подготовки. В послеоперационном периоде использование пиявок показано при начальных признаках ишемии лоскута. Важно отметить, что у пациентов, прошедших предоперационную подготовку, как правило, не бывает ишемических осложнений в послеоперационном периоде.

При анализе осложнений и повторных операций были определены следующие особенности тактики лечения этих пациентов. В случае гнойно-септических осложнений имплантат целесообразно удалить немедленно. Сохранение имплантатов приводит к неоправданному напряжению резервных возможностей организма и его адаптивных способностей. Даже с учетом применения мощных антибактериальных препаратов, речь идет лишь о потере времени. Это же относится к пациенткам с пролежнями протезов. Лечение послеоперационных ос-

ложнений может проводиться хирургически и консервативно. Варианты хирургического лечения возможны следующие.

1) Удаление протезов (в случае гнойно-септических осложнений имплантат целесообразно удалить немедленно, так как сохранение имплантатов приводит к неоправданному напряжению резервных возможностей организма и его адаптивных способностей). Даже с учетом применения мощных антибактериальных препаратов, речь идет лишь о потере времени. Это же относится к пациенткам с пролежнями протезов.

2) Одномоментное удаление капсулы и репротезирование. При выраженной контрактуре 3-й – 4-й степени и при формировании гранулем с зонами кальцификации предпочтительно удалять капсулу полностью (принимая во внимание инфекционную теорию ее возникновения).

3) Удаление некротизированных тканей.

4) Корректирующие операции (коррекция рубцов, восстановление САК).

В послеоперационном периоде продолжали курс СЭТ до 1 месяца, антибактериальная и антиоксидантная терапия проводилась до 14 дней, после предварительного посева, с использованием эскалационного принципа; антикоагулянты применялись под контролем свертывающей системы крови, как правило, в течение 7-10 дней. Хороший эффект давало использование антиоксидантов и в послеоперационном периоде. Местно использовались препараты, ускоряющие заживление и улучшающие качество рубца (солкосерил, актовегин, контрактубекс, медерма, дерматикс). Также для местного лечения часто использовался 30% димексид. Препарат отлично зарекомендовал себя так как обладает цитопротекторным действием и является хорошим «средством транспорта» через биологическую мембрану для антибиотиков и антисептиков, при этом сам обладает антисептическим действием.

Таким образом, комплексная терапия и профилактика осложнений после реконструктивно-восстановительных операций на молочных железах позволила нам оптимизировать течение послеоперационного периода у большой группы пациенток, обращающихся в нашу клинику с целью коррекции формы и размеров груди.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ МАСТЭКТОМИЮ

Рагозина М.Р., Тимофеева О.Г.

Главный клинический военный госпиталь ФСБ России. Голицыно,
Россия

Цель: выявление влияния радикальной мастэктомии на качество жизни пациенток.

Введение. Доминирующим в лечении больных раком молочной железы (РМЖ) остается хирургическое вмешательство – радикальная мастэктомия (РМЭ) в разных модификациях. Эстетические аспекты после РМЭ не требуют обсуждения. Отсутствие молочной железы ассоциируется у женщины с потерей физической целостности организма, привлекательности, женственности. Хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапия, применяемые при лечении РМЖ, вылечивая значительное число больных, приводят к серьезным соматическим и психическим нарушениям. Увеличение продолжительности жизни и показателей общей и безрецидивной выживаемости, ставит вопрос о повышении качества жизни (КЖ) пациенток, резко падающего в результате проведенного радикального лечения.

Материалы и методы. На базе отделений онкологии, химиотерапии опухолей и гемобластозов, психиатрии ГКВГ ФСБ РФ обследованы 43 женщины в возрасте 36-64 года в сроки от 6 месяцев до 10 лет после окончания радикального лечения РМЖ. Для оценки КЖ, выраженности депрессии, реактивной и личностной тревожности применяли следующие опросники: 1) Опросник депрессивности Бека; 2) Опросник КЖ (MOS SF-36); 3) Шкала Спилбергера-Ханина. После проведения психологического обследования только у 1 пациентки не было выявлено психо-эмоциональных нарушений.

Результаты исследования. При оценке уровня личностной и реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина отмечается следующая тенденция – чем больше прошло времени с момента завершения радикального лечения РМЖ, тем выше уровень личностной тревожности, а уровень реактивной тревожности несколько уменьшается. При исследовании выраженности депрессии (Опрос-

ник депрессивности Бека) четко отмечается тенденция к повышению уровня депрессии с увеличением количества лет после радикального лечения рака молочной железы. Так же отмечается более высокий уровень депрессии у пациенток молодого возраста (до 55 лет), чем у пациенток старшей возрастной группы (56-64 года). При анализе КЖ следует обратить внимание на такие показатели, как физическая и социальная активность, психическое здоровья, эмоциональный фон (Опросник качества жизни MOS SF-36). При рассмотрении этих показателей отмечается следующая тенденция: снижение физической активности на 20-40% отмечают 24 (55,8%) пациентки, более чем на 40% - 8 (18,8%), у остальных больных снижение физической активности снижено незначительно, менее чем на 20%. Снижение показателей общего здоровья на 40-70% отмечается у 42(97,7%) пациенток. Снижение социальной активности на 35-50% отмечено у 40 (93%) больных. Снижение эмоционального фона на 5-10% отмечено у 25 (58,1%) больных. Снижение эмоционального фона более чем на 10% отмечается у 17 (39,6%). С течением времени показатели психического здоровья значительно снижаются. Так в группе пациенток, прошедших лечение менее 1 года назад, этот показатель в среднем составил 88,6%; в группе от 1 до 5 лет - 72,6%; в группе более 5 лет - 49,2%.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости проведения мероприятий, направленных на улучшение КЖ пациенток, включающих в себя не только психотерапевтическую коррекцию нарушений, но и хирургическое лечение постмастэктомического синдрома: применение одномоментных и отсроченных реконструктивных операций при раке молочной железы.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резников А.С.

Областной клинический онкологический диспансер, г. Омск

Органосохраняющие операции при раке молочной железы в объеме радикальной резекции получают в последние годы все

больше широкое распространение. Критериями отбора больных для радикальной резекции молочной железы при узловой форме роста являются: отсутствие признаков мультицентричности, периферийное расположение опухоли и желание больной сохранить молочную железу.

Неoadъювантное химиотерапевтическое лечение, как правило, позволяет уменьшить размеры опухоли и произвести органосохраняющую операцию. При этом удаление от 25% до 60% ткани молочной железы с опухолью, особенно при небольших по размеру молочных железах, приводит к существенной их деформации. После органосохраняющей операции молочная железа может выглядеть весьма неэстетично.

В этих случаях, на наш взгляд, показана маммопластика. Кроме того, изначальное планирование маммопластики позволяет значительно расширить границы резекции молочной железы, что снижает риск местного рецидива.

Длительное время (с 2001 – 05 г.г.) радикальная резекция молочной железы дополнялась нами пластикой торакодорзальным лоскутом (75 операций). Но наличие рубца на спине и «заплатки» на молочной железе существенно снижали косметический эффект этого варианта пластики. С 2005 г. в маммологическом отделении Омского областного клинического онкологического диспансера для восполнения утраченного объема ткани после радикальной резекции молочной железы стал использоваться фрагмент широчайшей мышцы спины. Было произведено 86 таких операций. Хороший косметический результат получен у 81 пациентки (94,2%). В 4 случаях у женщин с маленькой и плоской молочной железой фрагмента широчайшей мышцы спины оказалось достаточно для восполнения объема после кожесохраняющей мастэктомии.

Таким образом, использование фрагмента широчайшей мышцы спины для восстановления объема и формы молочной железы после радикальной резекции является адекватной альтернативой классическому торакодорзальному лоскуту.

МАММОПЛАСТИКА ТРАМ-ЛОСКУТОМ КАК ВАРИАНТ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сергеев И.В., Шаров В.О., Серкин М.Ю.

Пензенский областной онкологический диспансер

Рак молочной железы является одной из основных причин смертности среди женщин. Хирургический метод до настоящего времени является ведущим в лечении рака молочной железы, при этом радикальная мастэктомия остаётся основной операцией у большинства заболевших женщин.

Актуальность. После мастэктомий выявляются глубокие изменения психо-эмоционального статуса у женщин, которые в абсолютном большинстве негативно оценивают свой внешний вид. У данной категории больных развиваются депрессивные состояния в послеоперационном периоде, изменяющие поведение в быту и обществе. Психологический коллапс у этой группы больных возникает под влиянием двух факторов: эмоционального эффекта от диагноза и серьёзного косметического и психологического дефекта. Поэтому актуальной проблемой современной онкологии является развитие реконструктивно-пластических операций после радикальных мастэктомий.

Цель исследования. Оценить маммопластику ТРАМ-лоскутом при раке молочной железы.

Материалы и методы. Проанализирован материал 30 пациенток, находившихся на лечении в 1 хирургическом отделении Пензенского областного онкологического диспансера. Возраст пациенток колебался от 27 до 55 лет. Средний возраст составил 41 год.

В хирургическом отделении № 1 Пензенского областного онкологического диспансера с 2006 по 2008 год выполнено 30 одномоментных реконструкций молочной железы ТРАМ-лоскутом. Чаще использовали нижний поперечный кожно-жировой лоскут с основанием на одной прямой мышце живота-20 больных, у 6 больных - на обеих прямых мышцах. Верхний поперечный кожно-жировой лоскут применён у 2 больных с основанием на одной прямой мышце живота. Вертикальный кожно-жировой лоскут использован у 2 больных.

По распространённости больные распределились следующим образом: 1-2А стадии - 19 больных, 2Б стадия - 4 больных, 3А стадия - 1 больная, 3Б стадия - 6 больных. Локальные формы рака мо-

лочной железы диагностированы у 19 пациенток (63,3%), местно-распространённый процесс у 11 пациенток (36,7%). Чисто хирургическое лечение получили 2 больных, комбинированное и комплексное – 28.

Во время подготовки кожно-жирового лоскута с передней брюшной стенки одновременно выполняли (после фенотипирования опухоли) хирургическую кастрацию. Восполнение дефекта апоневроза передней брюшной стенки осуществляли имплантантом «Линтекс».

Послеоперационные осложнения отмечены у 5 больных (17%): частичный краевой некроз кожно-жирового лоскута у 2, нагноение раны у 1, релаксация передней брюшной стенки у 2 больных. У 1 больной выполнялось иссечение частичного краевого некроза кожного лоскута, что не ухудшило отдалённые косметические результаты.

Результат. Косметический результат оценён как «хороший» у 80% пациенток, «удовлетворительный» у 20%. У 6,7% пациенток TRAM-лоскут использовали как пластический материал.

Выводы. 1. Маммопластика, выполненная ниже - горизонтальным ипсилатеральным кожно-жировым лоскутом на одной прямой мышце живота позволяет в достаточной мере решить проблему реконструкции молочной железы. 2. Необходимо индивидуально использовать различные варианты восстановления молочной железы в зависимости от конкретной клинической ситуации, стадии заболевания, биологических особенностей опухоли. 3. Маммопластика TRAM-лоскутом в различных модификациях позволяет решить эстетические и психологические проблемы после радикальной мастэктомии. 4. Аутопластика молочной железы не препятствует проведению специнко-лечения и не способствует прогрессированию заболевания.

АНАЛИЗ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сидоров С.В.

МБУЗ ГKB №1, Новосибирский государственный университет

Нами проведен анализ реконструктивно-пластических операций, выполненных в 3-онкологическом отделении МБУЗ ГKB №1 г.

Новосибирска с апреля 1998 г по июль 2009 г. После радикальной мастэктомии по Маддепу (РМЭ) одномоментное восстановление молочной железы (МЖ) TRAM-лоскутом с основанием на одной прямой мышце – 103, на обеих прямых мышцах -10. После мастэктомий с частичным сохранением кожи – 45, с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) – 5. Отсроченных реконструкций TRAM-лоскутом с основанием на одной прямой мышце выполнено - 43, с основанием на обеих прямых мышцах – 5. Таким образом, восстановление МЖ с использованием TRAM-лоскута выполнено у 211 больных (62,9%) из 335 реконструктивных операций. Соотношение одномоментных реконструкций МЖ TRAM-лоскутом к отсроченным - 3,3:1 (77,3% и 22,7% соответственно).

Восстановление МЖ после РМЭ различными видами имплантатов выполнено у 47 больных, из них одномоментно после кожесохраняющих мастэктомий – 37 (78,7%): постоянным имплантатом – 15, экспандером – 9, имплантатом Becker'a – 12, имплантатом в комбинации с LD-лоскутом – 1; отсрочено – 10 (21,3%): имплантатом – 3, экспандером – 3, имплантатом Beckera – 2.

Количество осложнений после I этапа реконструктивных операций – 42 (16,2%): нагноений – 5, частичных некрозов TRAM-лоскутов – 30, ранних (в 1-ые сутки) послеоперационных кровотечений -4, перфорация кожи имплантатом -1, диастазов краев послеоперационной раны -2.

Распределение больных по стадиям: I – 39, IIA – 82, IIB – 55 (21,3%), IIIA – 61 (23,6), IIIB – 17 (6,5%); у одной больной - рак Педжета, у 3 – липо- и фибросаркомы. Таким образом, у 121 больной реконструкция МЖ выполнена при локализованных формах РМЖ – 121 (46,8%).

Органосохраняющих операций – радикальных секторальных резекций с одномоментной реконструкцией МЖ LD-лоскутом, выполнено - 77, из них у 2-х пациенток отмечен незначительный краевой некроз кожного лоскута.

Всего произведено 335 реконструктивных операций (TRAM-лоскут, имплантаты, LD-лоскут); если считать осложнением транспозицию имплантата Becker'a при его наполнении, что потребовало дополнительных оперативных вмешательств у 8 больных с репозицией имплантата, и устранение пролабации брюшной стенки у 3

больных, 2 краевых некрозов LD-поскутов, количество осложнений – 55, или 16,4%.

На II этапе реконструкции МЖ выполнено 229 операций: реконструкция САК – 83, редукционная маммопластика противоположной МЖ – 32, коррекция формы восстановленной МЖ – 55 (из них с формированием субмаммарной складки -9), замена экспандера на постоянный имплантат – 10, контурная маммопластика противоположной МЖ – 8, контурная маммопластика реконструированной МЖ -2, устранение пролабации брюшной стенки проленовой сеткой -3, иссечение послеоперационных рубцов на животе с наложением косметического шва -17, на реконструктивной МЖ - 11 (келоидные послеоперационные рубцы), устранение транспозиции имплантата Becker'a – 8.

На 335 реконструктивных операций восстановлен (83) или сохранен САК при первичном вмешательстве (42+77) у 202 пациенток, или в 60,2%.

Заключение:

Для достижения симметрии молочных желез необходим II этап реконструктивно-пластических операций. С учетом пациентов, которым II этап не показан (реконструкция с сохранением САК, органосохраняющие операции с реконструкцией LD-поскутом), количество операций II этапа составляет – 216, или 38,3%.

НАШ ОПЫТ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Синяков А.Г., Гольдман Ю.И., Царев О.Н.

Областной онкологический диспансер, г. Тюмень

В маммологическом отделении Тюменского ООД за последние 5 лет выполнено 2487 радикальных операций по поводу РМЖ. 21,6% из них составили РР. Отмечается чёткая тенденция к росту количества органосохраняющих вмешательств. Если в 2003 году они составили – 12,1%, в 2004 – 16,3%; то в 2007 – 32,3% и в 2008 году - 36,2% от общего числа радикальных операций. По литературным данным процент местных рецидивов после РР составляет от 3 до 10. После наших операций эта цифра - 4,7 %.

С 1997 года в Тюменском ООД 72 пациенткам выполнено 125 имплантаций экспандеров и эндопротезов. В 83 случаях это были импланты, наполненные силиконовым гелем; в 19 – экспандеры, постепенно заполняемые физиологическим раствором; и в 23 - перманентные экспандеры, сочетающие в себе свойства экспандеров и эндопротезов.

Реконструкция груди имплантами выполнена 39 больным после РМЭ. Одной пациентке после подкожной мастэктомии по поводу рака *in situ* произведена одномоментная реконструкция эндопротезом. В 3 случаях РМЭ дополнена первичной пластикой перманентным экспандером, размещённым в субмускулярном кармане. Остальным больным выполнена отсроченная пластика. При использовании перманентных экспандеров требовалась одна операция. Если применяли обычный экспандер, то сначала устранялся дефицит кожи, а через 6 месяцев экспандер заменялся постоянным имплантом. Еще 33 пациенткам выполнены различные способы эндопротезирования молочных желез с эстетической целью. 4 из 125 имплантаций осложнились нагноением сером, что привело к удалению двух экспандеров и двух эндопротезов. Процент осложнений составил 3,2 .

Преимущества реконструкции молочных желез экспандерами и эндопротезами складываются из относительной технической простоты, отсутствия повреждений донорской зоны и небольшой травматичности. Недостатками данной методики являются высокая стоимость имплантов, проблема инородного тела, разница в консистенции по сравнению с собственными тканями. Часто возникает необходимость корригирующих операций на контралатеральной молочной железе. В связи с этим, нами выполнено 23 редукционных пластики и мастопексии.

Учитывая перечисленные недостатки эндопротезирования, следующим этапом нашей работы по реабилитации больных РМЖ после хирургического лечения стало внедрение в практику отделения пластик собственными тканями пациентки. За последние 5 лет выполнены 94 субтотальные РР и подкожные РМЭ с пластикой возникшего дефекта перемещенным торакодорзальным лоскутом, 68 РР с пластикой по О.А. Орлову и 18 РМЭ с одномоментной реконструкцией молочной железы TRAM - лоскутом. Во всех случаях получен хороший косметический результат. Имело место одно осложне-

ние – кровотечение из перемещенной широчайшей мышцы спины. Это потребовало повторной операции и остановки кровотечения.

Выводы:

1. Многочисленными исследованиями доказано, что органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции не уменьшают продолжительность жизни больных РМЖ. Они позволяют не только эффективно удалить первичный очаг и регионарные лимфатические узлы, но и значительно улучшить качество жизни пациенток.

2. В Тюменском ООД успешно внедряются новые подходы к хирургическому лечению РМЖ.

**МАММОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ**

Смирнова Е.А.

Центр Косметологии и Пластической Хирургии, г. Екатеринбург

Цель исследования: анализ причин послеоперационных осложнений после протезирования молочных желез и определение путей их профилактики с позиции врача маммолога. Комплексное обследование женщин перед операцией на молочных железах. Формирование групп риска по формированию капсулярной контрактуры.

Введение: самым распространенным осложнением при эндопротезировании молочных желез является фиброзная капсулярная контрактура. Частота ее развития, по данным различных авторов, может достигать до 25%. У зарубежных и российских авторов взгляд на процесс формирования капсулы, с точки зрения классической хирургии, основывается на рассмотрении воспалительных факторов, которые возникают в ранний или поздний послеоперационный периоды. Нет публикаций, которые бы рассматривали процесс формирования капсулы с точки зрения врача маммолога.

Материалы и методы: с 2005 года в клинике была сформирована группа женщин (46 человек), перенесших аугментационную маммопластику, которые обратились с жалобами на увеличение и болезненность в одной из молочных желез в сроках от 3 до 36 месяцев после операции. На основании пальпаторного и ультразвукового

метода обследования (скопление жидкости между капсулой имплантата и фиброзной капсулой) этим пациенткам был установлен диагноз - «выпотной мастит». При определении уровня гормонов в крови выявлена гиперпролактинемия от 600 до 1500 мМЕ /л. Всем пациенткам под контролем УЗИ была выполнена пункция: удален избыток жидкости (от 20 до 150 мл) и через эту же иглу вводился 1 мл стероидного противовоспалительного препарата. Дальнейшее лечение проводилось с применением пролактинснижающих препаратов, антибактериальной и противовоспалительной терапии. Длительность лечения пациенток от 1,5 до 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Ранее подобные состояния неизменно приводили к формированию контрактуры 3-4 степени, что неизбежно требовало оперативного лечения в объеме капсулотомии либо замены имплантата. На сегодняшний день ни одна из этих женщин не имеет контрактуру и не нуждается в оперативном лечении. У 25 пациенток уплотнение капсулы болевой железы +1 (степень по Бейкеру) по отношению к здоровой. У 21 после окончания лечения пальпаторного уплотнения капсулы не произошло.

ОБСУЖДЕНИЕ:

Молочная железа – это орган чувствительный к воздействию различных гормонов: половых, гормонов щитовидной железы, адреналина и норадреналина, прямое воздействие оказывают гонадотропные гормоны передней доли гипофиза – ФСГ и пролактин. В последние годы особое внимание уделяется повышению уровня пролактина и его патологическому воздействию на МЖ.

Учитывая зависимость молочной железы от различных гормональных воздействий возникает необходимость комплексного обследования пациентки перед любой эстетической операцией на молочных железах.

Ультразвуковой метод в настоящий момент является ведущим в предоперационном обследовании в дальнейшем наблюдении пациенток после маммопластик. В предоперационном периоде мы выявляем все виды мастопатий: очаговые (фиброаденома, очаговый фиброаденоматоз) и диффузные (ФКМ и ФАМ).

При выявлении очаговой мастопатии делается цитологическое исследование, по результатам которого пациентке предлагается од-

новременно удалить доброкачественную опухоль с выполнением любой маммопластики. Таким образом, в клинике существует алгоритм обследования пациенток перед операцией на молочных железах, что позволяет еще в дооперационном периоде сформировать группы риска:

- 1 группа – женщины с пролактинемией;
- 2 группа – с гипофункцией щитовидной железы и АИТом;
- 3 группа – с очаговыми образованиями в молочных железах.

Все эти пациентки находятся на динамическом наблюдении в течение первого года после операции, что позволяет контролировать процесс капсулообразования.

ВЫВОДЫ:

1. Перед маммопластикой пациентке необходимо комплексное обследование, включающее осмотр гинеколога, исследование гормонального статуса, УЗИ молочной и щитовидной желез, осмотр маммолога.

2. Проблема «выпота» в капсуле имплантата должна быть рассмотрена с точки зрения «гормонального срыва» пациентки, сама она тщательно обследована (уровень гормонов) и пролечена консервативно;

3. Формирование контрактуры имплантата прогнозируемы у некоторых групп пациенток. Эти пациентки должны получать активную терапию в до и послеоперационном периоде с постоянным контролем у врача маммолога и врача УЗИ;

4. Выявление очаговой или диффузной форм мастопатии у пациенток перед маммопластикой позволяет удалять очаговые образования одновременно с любой из видов маммопластик и консервативно лечить диффузные формы с последующим динамическим наблюдением.

ВЫБОР МЕТОДА ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Соболевский В.А., Егоров Ю.С., Крохина О.В., Никитина Э.М.
РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Москва

Несмотря на длительный период развития реконструктивной хирургии в разделе лечения злокачественных опухолей молочных

желез, данный вопрос не теряет своей актуальности. По-прежнему, имеется определенный процент неудовлетворительных результатов, появляются новые виды имплантов, совершенствуются старые методы реконструкции, накапливается опыт.

В данной работе представлен анализ результатов и алгоритм выбора метода одномоментной реконструкции молочной железы, используемый в нашей клинике в последние 3 года. Выбор метода реконструкции зависит от целого ряда факторов: характера и локализации опухолевого процесса, конституции и возраста пациентки, наличия сопутствующей соматической и сосудистой патологии, предпочтений пациентки, необходимости коррекции здоровой молочной железы.

Общеизвестно, что наилучшие эстетические результаты удается получить при выполнении мастэктомии с сохранением кожи. В этих случаях использование TRAM лоскута или TDL лоскута с имплантом обеспечивает хороший эстетический результат.

Показанием к данному варианту мастэктомии считаем практически все случаи T1-T2 центральной локализации, случаи мультицентрического роста опухоли и случаи, когда выполнение радикальной резекции по поводу T1-T2 приведет к заведомо неудовлетворительному эстетическому результату.

С 2006г. в отделении реконструктивной хирургии РОНЦ выполнены 77 одномоментных реконструкций молочной железы, причем в 61 случае выполнялась мастэктомия с сохранением кожи. Ткань молочной железы удалялась с сосково-ареолярным комплексом и, в случаях близкого расположения опухоли к коже (до 1 см), с участком кожи над опухолью. В 44 случаях (57%) одномоментная реконструкция выполнялась за счет различных вариантов TRAM лоскутов. В 10 случаях использован свободный TRAM на микрососудистых анастомозах. В качестве реципиентных сосудов использовались внутренние грудные артерия и вена. Данный метод показан пациенткам с большим объемом железы при отсутствии факторов риска (сосудистая патология, гипертония, диабет, курение). Некроз лоскута вследствие тромбоза микрососудистого анастомоза отмечен в 1 случае. В 34 случаях использовался перемещенный TRAM на одной или двух мышцах. Сосок и ареола формировались сразу (Hamond) в случаях, когда не планировалась коррекция здоровой железы.

В 9 случаях (12%) реконструкция проводилась эндопротезом в комбинации с перемещенным TDL лоскутом. Данный вид реконструкции выполнялся пациенткам с небольшим объемом железы, с невыраженным птозом, при отсутствии возможности или нежелании пациентки использовать TRAM лоскут.

В 24 случаях (31%) одномоментная реконструкция выполнялась экспандер-эндопротезом Беккера. В 14 случаях из 24 пришлось выполнять коррегирующие операции спустя 3-6мес.

В 1 случае имела место асептическая протрузия импланта. В 1 случае отмечен дефект порта. Основной причиной коррегирующих операций являлась необходимость коррекции уровня субмаммарной складки. В 5 случаях при коррегирующей операции потребовалось использование перемещенного торакодорсального мышечного лоскута для создания дополнительного покрытия нижнего полюса импланта. Ни в одном случае, проведение одномоментной реконструкции молочной железы не явилось причиной задержки проведения противоопухолевого лечения.

Рецидив заболевания отмечен в 1 наблюдении спустя 10мес. после операции.

Подобный индивидуальный подход к выбору метода одномоментной реконструкции молочной железы, позволил нам добиться хороших эстетических результатов в более чем 90% наблюдений.

ОНКОПЛАСТИЧЕСКАЯ КВАДРАНТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – АЛЬТЕРНАТИВА МАСТЭКТОМИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ

Сребный А.Ю.

Латвийский Онкологический центр Рижской Восточной больницы

В последнее десятилетие произошли значительные изменения в тактике хирургического лечения рака молочной железы. С развитием онкопластической хирургии появились новые возможности сохранения молочной железы в ситуациях, когда раньше производилась мастэктомия, или, в лучшем случае, мастэктомия с реконструкцией. Органосохраняющая операция почти всегда оценивается пациентками лучше с косметической точки зрения, чем реконструкция

после мастэктомии, а онкопластическая хирургия позволяет добиться хорошего косметического результата даже после широкого иссечения опухоли.

Вместе с тем, такие операции надёжны с точки зрения онкологической безопасности, так как позволяют прооперировать опухоль в пределах здоровых тканей с необходимым отступлением. Во многих исследованиях доказано преимущество онкопластической квадрантэктомии по сравнению с простыми квадрантэктомиями [1, 2].

Однако появившиеся новые возможности требуют особо тщательного тактического подхода к планированию как вида операции, так и последовательности этапов лечения. Современные взгляды на лечение рака молочной железы подразумевают мультидисциплинарный и индивидуальный подход к каждому пациенту, участие целой команды специалистов (рентгенолога-диагноста, морфолога, хирурга, химиотерапевта, радиолога) при выборе тактики лечения уже на этапе постановки диагноза. Благодаря сотрудничеству специалистов разного профиля можно составить план лечения пациентов уже перед его началом, особенно это касается плана хирургического лечения, при разработке которого должны учитываться не только онкологические, но и эстетические моменты. Это требует участия в работе мультидисциплинарной команды не только хирурга-онколога, но и пластического хирурга или хирурга, прошедшего специальную подготовку по онкопластической и реконструктивной хирургии груди.

В докладе рассматриваются варианты планирования сохраняющих грудь операций при различных стадиях и локализациях рака молочной железы. Основываясь на литературных данных и собственном клиническом опыте сформулированы показания и противопоказания к онкопластическим квадрантэктомиям в зависимости от клинической ситуации.

Личный опыт (более 200 онкопластических операций) проиллюстрирован оригинальными фотографиями и схемами, выполненными автором. Рассмотрены как методы односторонних онкопластических квадрантэктомий, так и одномоментных двусторонних операций, дающих особо широкие возможности для сохранения молочной железы. После начала внедрения онкопластических операций в 2000 году процент органосохраняющих операций увеличился более, чем в два раза (результаты автора):

За 5 лет	Операции по поводу рака молочной железы	Из них мастэктомии	Из них квадрантэктомии
1995-1999	225	181	42 (19,5%)
2003-2007	338	201	137 (40,5%)

Сделан вывод о том, что продуманное применение принципов онкопластической хирургии позволяет значительно увеличить количество органосохраняющих операций, что значительно уменьшает процент мастэктомий, при этом не ухудшая прогноза болезни и не мешая дальнейшему специфическому лечению и обследованию груди.

Литература

1. Comparative Study of the Accuracy of Breast Resection in Oncoplastic Surgery and Quadrantectomy in Breast Cancer *Pierre-Ludovic Giacalone, Pascal Roger, Olivier Dubon, Nouredine El Gareh, Samia Rihaoui, Patrice Taourel, and Jean Pierre Daurés Montpellier, France Annals of Surgical Oncology 14:605-614 (2007)*

2. Comparative Study of Surgical Margins in Oncoplastic Surgery and Quadrantectomy in Breast Cancer *Navneet Kaur, Jean-Yves Petit, Mario Rietjens, Fausto Maffini, Alberto Luini, Giovanna Gatti, Pier Carlo Rey, Cicero Urban and Francesca De Lorenzi Milan, Italy. Annals of Surgical Oncology 12(7):1-7 12.046. (2005)*

ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ СОСКОВОАРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПО МАТЕРИАЛАМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

***Тюкавин О.А., Куклин И.А., Дворниченко В.В., Панферова Е.В.,
Манькова Т.Л., Курьянова М.Э.***

Иркутский областной онкологический диспансер, Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН, г Иркутск

Злокачественные опухоли молочной железы являются ведущей онкологической патологией у женщин. В России ежегодно регистри-

руется более 46 тысяч новых случаев РМЖ, что в структуре онкологической заболеваемости женского населения составляет 19%.

Современный подход в лечении рака молочной железы заключается в сохранении железы как органа. Это выражается, при хирургическом лечении этой патологии, или в удалении только пораженной ее части или в полном восстановлении внешнего вида железы тем или иным методом. При этом замечено, что восстановление сосковоареолярного комплекса (САК) представляет достаточно серьезную проблему. Проведен морфологический анализ 258 препаратов молочных желез, удаленных по поводу рака, на предмет выявления инвазии опухоли в сосок. Отмечались размеры опухоли, её локализация, гистологический тип, степень злокачественности, расстояние от края опухоли до соска, число пораженных метастазами лимфатических узлов. Гистологически определялся факт вовлечения или невовлечения соска в опухоль. Для этого через сосок проводились параллельные сагиттальные разрезы через 0,3 мм, обеспечивая исследование большинства протоков соска. Окраска препаратов выполнялась по стандартной методике с гематоксилин-эозином.

Возраст больных от 32 до 81 года. По стадиям больные распределились следующим образом: T1N0M0 – 28 (10,8%) , T1N1M0 - 8 (3,1%), T1N2M0 - 1 (0,4%), T2N0M0 - 106 (41%), T2N1M0 - 61 (23,6%), T2N2M0 - 3 (1,2%) , T3N2M0 - 10 (3,9%), T3N1M0 - 15 (5,8%), T3N2M0 – 4 (1,6%), T4N0M0 - 5 (2%), T4N1M0 - 12 (4,6%), T4N2M0 - 5 (2%). ИТОГО 258 (100%) . Из них 142 (55%) пациентки получали дооперационную химио- и/или лучевую терапию.

В 34 наблюдениях опухоль располагалась в центральном квадранте.

В 172 (66,6%) отмечалась инфильтративно-протоковая форма опухоли, у 49 (19%) больных найден метастаз в 1 лимфатический узел, у 23 (8,9%) в 2 , у 29 (11,2%) в 3 и более.

При гистологическом исследовании в 10 (3,9%) наблюдениях был обнаружен рост опухоли в соске.

Инфильтративно-протоковая форма опухоли встретилась в 7 наблюдениях, по одному – дольковый, слизистый и в одном случае - сочетание протокового и долькового рака.

У 6 пациенток была предоперационная лучевая и химиотерапия. Все опухоли располагались под соском или в непосредственной

близости от него, максимальное расстояние от края опухоли до соска -1,5 см.

Мы попытались выяснить, от чего зависит вовлечение соска в опухоль. В качестве математического аппарата анализа исходных данных был применен однофакторный корреляционный анализ.

Анализировались следующие признаки: локализация опухоли по квадрантам; гистологический тип; степень злокачественности; расстояние от края ареолы до края опухоли; количество лимфатических узлов, вовлеченных в опухолевый процесс; вовлечение в опухолевый процесс САК; предоперационная лучевая и химиотерапия; возраст больных на период оперативного вмешательства.

Анализ показал, что существует прямая корреляционная связь между вовлечением САК в опухолевый процесс и величиной расстояния от края опухоли до ареолы и условной площади опухоли. При увеличении этого расстояния или уменьшении площади опухоли уменьшается вероятность вовлечения САК в опухолевый процесс.

Математическая модель безопасности сохранения сосково-ареолярного комплекса (САК) при подкожной мастэктомии выражается

формулой
$$p(CAK) = f\left(\frac{R_c}{\sqrt{S_{on}}}\right)$$
, где $p(CAK)$ - вероятность вовлечения САК в опухолевый процесс; R_c – расстояние от ареолы до края опухоли; S_{on} – площадь опухоли. При отношении расстояния от края ареолы до края опухоли к квадратному корню из площади опухоли, большим или равным 0,333, вероятность вовлечения САК в опухоль равна 0. Поскольку уровень значимости в наших расчетах равен 95%, то для увеличения гарантии отсутствия вовлечения САК в опухолевый процесс полагаем, что безопасное расстояние от края опухоли до края ареолы должно быть увеличено до размеров диаметра опухоли.

Выводы:

1. Существует прямая корреляционная связь вовлечения САК в опухолевый процесс в зависимости от величины расстояния от опухоли до ареолы и от условной площади размеров опухоли.

2. Математическая модель безопасности сохранения САК комплекса при подкожной мастэктомии выражается формулой

$$p(CAK) = f\left(\frac{R_c}{\sqrt{S_{on}}}\right)$$
, где $p(CAK)$ - вероятность вовлечения САК в опухолевый процесс; R_c – расстояние от края ареолы до края опухоли; S_{on} – площадь опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕННЫМ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНЫМ КОМПЛЕКСОМ ПРИ ДЕРМАТОСБЕРЕГАЮЩИХ МАСТЭКТОМИЯХ

Тюкавин О.А., Куклин И.А., Дворниченко В.В., Панферова Е.В.

Иркутский областной онкологический диспансер; Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН, г.Иркутск

В мире наиболее распространенной операцией при раке молочной железы (РМЖ) остается радикальная мастэктомия. Одним из важнейших и эффективных реабилитационных мероприятий в такой ситуации является реконструкция молочной железы. Потребность в восстановлении молочной железы испытывают 7% пожилых женщин и 38% пациенток молодого возраста.

При первоначальных этапах внедрения подкожной мастэктомии, удаление сосковоареолярного комплекса (САК) считалось необходимым. Более поздними исследованиями показана возможность сохранения САК при периферическом расположении небольших опухолей, либо откладывается решение вопроса до результата экспресс-гистологического интраоперационного исследования.

В планировании реконструктивного этапа хирургического лечения важную роль играет вероятность сохранения или удаления САК. Это обусловлено величиной кожного дефекта после мастэктомии с учетом его удаления, вследствие чего реконструкция планируется различными лоскутами или имплант-экспандерами. Мы провели морфологические исследования САК молочных желез, удаленных по поводу рака. Выяснилось, что поражения САК зависят только от величины опухоли и расстояния от края опухоли до соска. На основании проведенных исследований выработаны показания для сохранения САК (САК+) - это узловая форма РМЖ, расположение опухоли на расстоянии больше ее диаметра от края ареолы, отрицательный результат морфологического интраоперационного контроля.

Противопоказаниями для сохранения САК (САК-) мы считали местно-распространенные формы РМЖ, мультицентричность опухолевого процесса, визуальное изменение соска (отек кожи, изъязв-

ление), наличие атипических клеток под САК при цитологическом или гистологическом исследовании ткани удаленной молочной железы. Нами проанализированы отдаленные результаты лечения 64 больных раком молочной железы. Возраст - от 19 до 55 лет (в среднем $39,4 \pm 4$ года)

Этим пациенткам выполнены 65 дерматосберегающих мастэктомий в сочетании с одномоментной реконструкцией молочной железы. У одной больной выполнены последовательные операции по поводу метастатического рака молочных желез.

У больных группы САК (+) в 33 случаях (97 %) была применена методика реконструкции молочной железы рТДЛ. Планируя оперативное вмешательство и учитывая высокую вероятность сохранения САК в большинстве случаев мы выполнили реконструкцию молочной железы менее травматичным способом.

В группе больных САК (-) более часто выполнялась реконструкция молочной железы с применением TRAM лоскута (10 %), и в 5 случаях (16 %) был использован протез-эспандер. Поскольку, после удаления САК для реконструкции требуется большее количество кожи и мягких тканей, поэтому востребованной более объемный TRAM лоскут. В группе САК (+) TRAM лоскут применялся один раз (3%).

В группах САК (-) и САК (+) послеоперационные осложнения встретились в 24% и 23,5% соответственно. Наиболее значимыми и требующими дополнительного лечения были: некроз кожи молочной железы в 2 случаях, послеоперационные кровотечения - 2, частичный некроз лоскута - 2, серомы донорского места - 4, у одной пациентки развилась почечно-печеночная недостаточность. Специфическое осложнение - частичный некроз САК встретили 1 раз. Он произошел у пациентки ранее перенесшей редукционную маммопластику.

Результаты.

Под наблюдением пациентки находятся от 1 года до 10 лет. В среднем. 3,5 года.

Локальные рецидивы были отмечены в 1 случае у больных САК (+) (3%) и в группе САК (-) в 2 случаях (6%). Отдаленное метастазирование в группе САК (-) наблюдалось у 3 (10%) больных, в группе САК (+) в 4 (12%). Значимой статистической разницы в группах с сохранением и удалением САК отмечено не было. Рецидивов опухоли в сохраненном сосковоареолярном комплексе мы не наблюдали. Таким

образом, проведенное исследование показало, что сохранение сосково-воареолярного комплекса по разработанным показаниям не ухудшает отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АМАСТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛАНДА

Ушаков Н.Г.

Клиника Самарского государственного медицинского университета
Отделение реконструктивной, пластической хирургии, г. Самара

Синдром Поланда характеризуется амастией или гипотрофией молочной железы, грудных мышц и полным отсутствием или атрофией костно-хрящевых отделов ребер, ключицы, обуславливающих западение соответствующей половины грудной клетки. Чаще в клинической практике встречаются деформации, имеющие лишь отдельные внешние проявления синдрома разной степени выраженности. Частота заболевания составляет 1 случай на 30000. Причина развития синдрома не выяснена. Торакопластика для коррекции реберного каркаса груди обычно проводится в детском возрасте.

Основные методы эстетической коррекции синдрома Поланда у женщин сводятся к формированию молочной железы кожно-мышечным лоскутом из области широчайшей мышцы спины в комбинации с силиконовым эндопротезом, однако использование широчайшей мышцы спины для пластики существенно затруднено в связи с ее возможной аномалией при синдроме Поланда. Также пациент не всегда согласен на дополнительные послеоперационные рубцы. Использование экспандерной дерматензии и последующей установки силиконового протеза дает хороший косметический результат, но несколько ограничено толщиной покровных тканей – а это иногда только кожа и подкожная клетчатка.

Суть предлагаемого метода – это использование липофиллинга для увеличения толщины покровных тканей над протезом, что позволяет уменьшить визуализацию имплантата. Липофиллинг обычно дополняет второй этап операции (замена экспандера на постоянный протез). При необходимости может быть повторен.

Наблюдение. Пациентка Г. 18 лет, Амастия слева, асимметрия левой половины грудной клетки. Большая и малая грудные мышцы слева отсутствуют. Под кожей контурируют подлежащие ребра. Толщина складки покровных тканей – до 1 см. Имеется недоразвитый сосково-ареолярный комплекс, диаметр ареолы – 2 см. У данной пациентки первым этапом установлен экспандер анатомический тканевый расширитель молочной железы со встроенным портом и с текстурированной оболочкой фирмы Mentor стиль 6200. Послеоперационный период протекал благоприятно. В течение полугода осуществлялась подкачка экспандера физиологическим раствором. Объем экспандера составил 500 мл. Верхний полюс экспандера четко контурировал под кожей. Спустя полгода выполнен второй этап операции – замена экспандера на силиконовый протез Маг Ган 410 стиль и выполнена уравновешивающая вертикальная мастопексия справа. В области верхнего полюса протеза выполнен липофиллинг объемом до 110 мл. Получен удовлетворительный эстетический результат. От коррекции сосково-ареолярного комплекса слева пациентка отказалась.

Таким образом, применение липофиллинга позволяет с успехом проводить эндопротезирование в условиях дефицита покровных тканей при эстетической коррекции амастии при синдроме Поланда у женщин.



Пациентка Г., 18 лет. До операции



Пациентка Г., 18 лет После установки экспандера Mentor и дерматензии объемом до 500 мл



Пациентка Г., 19 лет после второго этапа операции. Мастопексия справа. Экспандер заменен на силиконовый имплантат Мак Ган 410 стиль 330 сс. В области верхнего полюса протеза выполнен липофиллинг объемом до 110 см³.

ВЫБОР МЕТОДА ОТСРОЧЕННОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ

Федянина Н.Р., Соболевский В.А., Егоров Ю.С., Крохина О.В.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Цель: анализ преимуществ и недостатков различных методов отсроченной реконструкции молочной железы.

Материалы: проведен анализ 46 отсроченных реконструкций молочной железы выполненных в РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН в отделении реконструктивной и сосудистой хирургии за 3 года. Все больные получили комбинированное или комплексное лечение рака молочной железы за 6 мес. - 4 года до реконструктивной операции. Средний возраст больных составил 40,4 года. При выборе оптимального метода реконструкции учитывали: размер здоровой молочной железы, наличие или отсутствие ее птоза, соматическое состояние больной, послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке, проведение лучевой терапии на область послеоперационного рубца в плане лечения рака молочной железы.

Результаты: в перемещенном варианте TRAM – лоскут использовали в 26 случаях. Данный вид реконструкции выполнялся пациенткам с достаточным объемом тканей на передней брюшной стенке и в случае проведения лучевой терапии на послеоперационный рубец в анамнезе. Из недостатков следует отметить более длительный период реабилитации, формирование рубца в донорской зоне, длительную лимфорею. Отсроченная реконструкция свободным TRAM – лоскутом выполнена 2 пациентам. В обоих случаях внутренние грудные сосуды использовались как реципиентные. При использовании свободного TRAM – лоскута травма передней брюшной стенки минимальна. Не отмечено ни одного случая слабости передней брюшной стенки, формирования грыжи. Экспандер-эндопротез Беккера использовался в 10 случаях. Вследствие ранее проведенной лучевой терапии, отмечен 1 случай капсулярной контрактуры и в 4 наблюдениях столкнулись с проблемой неравномерного растяжения кожи из-за ее фиброза. В связи с чем, понадобились повторные оперативные вмешательства для коррекции реконструированной молочной железы (смещение книзу субмаммарной

складки, перепозиционирование экспандр-эндопротеза Беккера). Выполнено 2 двухэтапных реконструкции экспандером с последующей заменой на имплант. Шести пациенткам выполнена комбинированная реконструкция имплантом и ТД-лоскутом с хорошим эстетическим результатом. 1 случай протрузии эндопротеза потребовал дополнительной хирургической коррекции.

Выводы: Проведенная лучевая терапия на область передней грудной стенки увеличивает риск развития осложнений, как при использовании собственных тканей, так и в случае эндопротезирования. Однако, использование собственных тканей у данной категории больных предпочтительней. Наиболее оптимальным методом реконструкции молочной железы является свободный TRAM – лоскут. Надежным методом аллопластики считаем использование экспандр – эндопротеза Беккера, преимущественно у больных с небольшим размером молочной железы и при отсутствии лучевой терапии в анамнезе.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходырев С.А., Егоров Ю.С., Самойленко В.М., Федун А.А.
ФГУ ГКВГ ФСБ России, Голицыно, Россия

Введение. В литературе имеется много публикаций, сообщающих об эффективности профилактической мастэктомии (ПМ) у женщин с высоким риском развития рака молочной железы (РМЖ) (Хартманн Л.С., Сперр С.Р. и др.). Актуальность этого направления возрастает с каждым годом в связи с постоянно увеличивающимся уровнем заболеваемости РМЖ среди женщин. В настоящее время четко описаны клинко-генеалогические критерии наследственных форм РМЖ: два и более случая РМЖ в семье; вертикальный вид родословной; повышенная частота первично-множественных злокачественных новообразований, включая билатеральное поражение парных органов, в семьях; более ранний (40 – 42 года) относительно

общей группы больных, возраст членов семьи к моменту возникновения опухолей; лучшая, чем при несемейных формах опухолей тех же локализаций, выживаемость больных (Акуленко Л.В., 1996, 2000, Lynch Н.Т., 1998). Одним из критериев для отбора женщин по данным авторов являются рецидивирующие пролиферативные доброкачественные заболевания молочных желез (МЖ) с разной степенью выраженности атипии, не поддающиеся консервативной терапии. Развитие реконструктивно-восстановительной хирургии МЖ в различных вариантах способствует позиционированию ПМ как операции выбора у женщин с высоким риском развития РМЖ.

Материалы и методы. Для предотвращения РМЖ нами за период с декабря 2007 по февраль 2009 года выполнено 10 ПМ, из них 6-ти пациенткам с рецидивирующими доброкачественными пролиферативными заболеваниями МЖ, 4-м пациенткам с ранее установленным диагнозом РМЖ и семейным анамнезом РМЖ. Возраст пациенток 41 – 52 года, менструальная функция сохранена. Сроки наблюдения до билатеральной ПМ составили 5 – 18 лет. Генетическое тестирование на носительство мутаций генов опухолевой супрессии BRCA1/2 по показаниям проводилось у 4-х пациенток, из них у 2-х результат был умеренно положительным, у 2-х – отрицательным. Шести женщинам была выполнена билатеральная ПМ, из них одной женщине со свищевой формой фиброзно-кистозной мастопатии – ПМ с редукцией САК и кожи, четырем женщинам с ранее установленным диагнозом РМЖ – контралатеральная ПМ. ПМ выполнялась по стандартной методике в соответствии с требованиями онкологического радикализма. Восстановление МЖ производили с использованием перемещенного TRAM-лоскута. После контралатеральной ПМ сначала восстанавливали МЖ на стороне радикальной мастэктомии, а затем на стороне ПМ. Среди осложнений со стороны раны передней брюшной стенки в двух случаях были краевые некрозы в средней трети, завершившиеся наложением вторичных швов, в одном случае – серома, ликвидированная пункционным способом. Со стороны перемещенных лоскутов осложнений не было. В ходе проведенного анализа установлено, что эстетический результат был отличным у шести женщин, у трех – хорошим, у одной – удовлетворительным. Женщины полностью удовлетворены результатами проведенного лечения.

Заключение. Полученные нами положительные эстетические результаты с минимальным количеством послеоперационных осложнений позволяют рассматривать ПМ с одномоментной реконструкцией перемещенным TRAM-лоскутом, как метод выбора для предупреждения РМЖ у женщин с высоким риском его развития.

ОСЛОЖНЕНИЯ МАММОПЛАСТИКИ

*Храпач В.В., Назаренко И.А., Балабан О.В., Унукович Д.В.,
Слюсарев И.Ю., Рябинкина И.Ю.*

Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца,
г. Киев, Украина

Маммопластика, особенно эндопротезирование молочных желез, благодаря кажущейся простоте выполнения, является одной из наиболее популярных в эстетической хирургии. Однако частота повторных операций достигает 40% и вызвана, в основном, техническими ошибками вмешательства и развившимися осложнениями.

Цель исследования. Провести анализ неудовлетворительных результатов и осложнений при маммопластике, а также возможность их предупреждения.

Материал и методы. Рассмотрены 3 группы по 50 пациенток, которым была выполнена маммопластика (первичная или повторная) в отделении пластической и реконструктивной хирургии Александровской клинической больницы г.Киева. Первая группа (период до 2002 года) включала использование тактики поджелезистой имплантации наполненных физиологическим раствором протезов через периареолярный доступ, вторая - (период 2002-2005 гг.) с использованием субмускулярной установки цельносиликоновых имплантантов посредством инфрамаммарного разреза, особенностью третьей группы (2006-2009 гг.) являлось расширенное применение комбинации мастопексии и эндопротезирования. Анализировалась динамика изменения специфических осложнений: выраженный послеоперационный птоз молочных желез, атипичное расположение сосково-ареолярного комплекса (САК), его деформация, патологические послеоперационные рубцы, неравномерное распределение объема молочных желез, серомы, гематомы, миграция и ротация эндопротеза, капсулярный фиброз 2-3 степени, отторжение импланта, разрыв эндопротеза,

визуализация краев протеза, волнистость протеза в верхнем полюсе, расхождение швов операционной раны в раннем послеоперационном периоде, местные гнойно-воспалительные осложнения, ошибочная техника выполнения операции.

Результаты наблюдений. В первой группе наблюдений преобладали осложнения, связанные с ошибочным выбором тактики операции и её выполнения, послеоперационный птоз железы, проблемы САК, капсулярный фиброз, визуализация и деформация импланта, патологические послеоперационные рубцы. Осложнения были, в основном, связаны с периодом освоения методик операции хирургами, поджелезистой установкой импланта. Во второй группе наблюдения преобладали осложнения, связанные с неравномерным распределением объема молочной железы, деформацией САК, краνιαльной миграцией импланта и его ротацией, разрывом, птозированием молочной железы (в том числе и над протезом). Осложнения связаны, главным образом, с применением более сложных методик операций, расширению показаний к эндопротезированию (например, при мастоптозе), особенностями субмаскулярной установки импланта. В третьей группе отмечается увеличение числа местных гнойно-воспалительных осложнений, асимметрий и деформаций САК и инфрамаммарной складки, сером, гематом, расхождение краев операционной раны. Осложнения могут быть объяснены увеличением объема и травматичности операции и идиопатическими факторами.

Таким образом, отмечается позитивная тенденция к снижению неудовлетворительных результатов маммопластики, связанных с техническими ошибками, однако повысилась частота местных осложнений, в том числе и гнойно-воспалительных.

РОЛЬ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цой Л.К., Богатырев В.Н., Летягин В.П., Вишневская Я.В.
РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женщин в нашей стране и странах СНГ имеет тенденцию к неуклон-

ному росту [Давыдов М.И., Аксель Е.М. 2008]. В структуре онкологической заболеваемости России раку этой локализации принадлежит 1-е место у женщин с 1985г. Во всем мире в 2000 году впервые выявлено более 796 000 случаев рака молочной железы, в т.ч.: в США – более 183 000, в Великобритании – около 26 000 случаев. В 2006 году в России выявлено 50 292 пациенток со злокачественными новообразованиями молочных желез. Годовой прирост заболеваемости составил в 2006 году 8,9%, что на 0,3% ниже по сравнению с 2004 годом. В 19,7% случаев выявляемость связана с профилактическими осмотрами. В России у 61,6% больных рак молочной железы выявлен в I- II стадии, у 25,4% – в III стадии, и у 11,9% – в IV стадии болезни. Наиболее высокий уровень заболеваемости и темпы прироста отмечены в возрастных группах 60-64 года (136,5 на 100 тыс. населения) и 65- 69 лет (133,2 на 100 тыс. населения).

Наиболее высокие стандартизированные показатели заболеваемости зарегистрированы в Хабаровском крае (49,7), Санкт-Петербурге (48,3) и Москве (46,4). Злокачественные новообразования молочных желез имеют наибольший удельный вес в структуре смертности – 16,5%. В России от рака молочной железы в 2006 году умерли 22 670 пациентки. Наибольший возрастной показатель смертности приходится на 75 лет и более – 86,2 случаев на 100 тыс. населения и 70-74 года – 75,8 случаев на 100 тыс. населения. Самые высокие показатели и смертности характерны для Санкт-Петербурга (23,0), Москвы (22,6) и Камчатской области (22,8). В России из 480 399 находившихся под наблюдением в 2006 году больных раком молочной железы 225 048 женщин наблюдались 5 лет и более. Средний показатель выживаемости при данной патологии составил 55%.

Статистические данные последних лет свидетельствуют о том, что, несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, в настоящее время нельзя констатировать наличие значительного прогресса в снижении смертности от данного заболевания, как в России, так и в большинстве развитых стран мира.

Задача исследования. Определение зависимости между морфологическими критериями и экспрессией молекулярно – биологического маркера p53 у больных раком молочной железы I-IIa ст.

Материал и методы. В исследование вошли 65 больных раком молочной железы T1-2N0-1M0 стадии, получавших послеоперационное комбинированное и комплексное лечение в различных комбинациях. Для ДНК-проточной цитофлуориметрии использовался гистологический материал, срезы с парафиновых блоков опухоли размерами 50 мкм. Исследование ДНК в клеточной популяции производили на лазерном проточном цитофлуориметре EPICS-XL (Coulter, США). Оценку экспрессии мутантного p53 осуществляли также на гистологическом материале, на срезах с парафиновых блоков опухоли по стандартной иммуногистохимической методике антителами к p53.

Одним из основных генов, контролирующей клеточный цикл у человека, является ген белка p53, он содержится в ядре клетки белка p53 и является фосфопротеидом. Нами применена проточнотометрическая методика и иммуногистохимическая методика для одновременного анализа ploидности, числа клеток в G0/1, S, G2+M фазах клеточного цикла и экспрессии p53 в клетках рака молочной железы. С помощью данной методики можно проследить основную роль белка p53 в контроле пролиферации клеток и ее регуляции в ответ на повреждение ДНК.

Предварительные результаты свидетельствуют, что мутации гена p53 выявляются у 28% больных раком молочной железы. У больных с диплоидными опухолями пролиферативная активность ниже, чем при анеуплоидном раке молочной железы. Наличие анеуплоидного рака молочной железы коррелирует с наличием метастазов в аксиллярных лимфатических узлах. Отмечена корреляция индекса ДНК с pT и pN, а также количеством метастазов в лимфоузлах. Выявлено, что для анеуплоидных опухолей характерна большая частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. У больных, имевших анеуплоидные опухоли, частота поражения лимфатических узлов в 1,5 раза выше ($p < 0,05$) по сравнению с больными, имевшими диплоидные опухоли.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГРУДИ КАК НАИБОЛЕЕ КОНСТРУКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Шаповалов С.Г.¹, Сухопарова Е.П.²

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Россия

Рак молочной железы является самой распространенной злокачественной опухолью встречающийся у женщин. Частота этого заболевания неуклонно увеличивается, достигая максимума в возрастной группе 40-60 лет, причем около 60% больных составляют лица трудоспособного возраста, поэтому потребность в социальной, трудовой и психологической реабилитации таких пациентов велика.

На базе медицинского центра ФГУП «Адмиралтейский верфи», Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и института протезирования и протезостроения г. С-Петербурга обследовано 28 женщин в возрасте 34-60 лет в сроки от 4 месяцев и более после комбинированного лечения рака молочной железы. В зависимости от проведенных хирургических операций все больные были разделены на 2 группы: после радикальной мастэктомии и пациенты, которым после радикальной мастэктомии проведена отсроченная реконструкция груди.

Психические расстройства не выявлены у 1 (3,5%) женщины в связи, с чем она была исключена из основной группы (женщины с нормальными реакциями утраты). Основную группу больных составили 27 (96,4%) женщин, перенесшие радикальную мастэктомию и обнаружившие психические расстройства в сроки от 4 месяцев и лечения онкологического заболевания (пациентки с осложненными реакциями утраты). Для контроля были обследованы 10 условно здоровых женщин, находящиеся вне лечебных учреждений.

Работу проводили с использованием клинического, анамнестического и экспериментально-психологического методов исследования. Экспериментально-психологическое исследование включало

собеседование, методику Спилбергера-Ханина (1972), шкалу самооценки депрессии Цунга (W. Zung, 1981), модифицированную шкалу оценки реактивности.

Анализ синдромологической структуры пограничных психических расстройств, выявленных у 27 (96,4%) женщин основной группы, позволил выделить 7 облигатных психопатологических синдромов: тревожный, тревожно-депрессивный, депрессивный, ипохондрический, дисморфофобический, нозофобический, невротической деперсонализации. У женщин, перенесших радикальную мастэктомию, были выявлены все 7 синдромов. Тревожный синдром после мастэктомии наблюдался у 10 (37%) женщин, тревожно-депрессивный — у 6 (22,2%), депрессивный — у 5 (18,5%), ипохондрический — у 2 (7,4%), дисморфофобический — у 2 (7,4%), нозофобический — у 2 (7,4%). При реконструктивных операциях обнаружено 3 синдрома: тревожный, ипохондрический и нозофобический.

Выявлено, что на оси мастэктомия — реконструктивная операция происходит уменьшение количества и изменение качественного состава синдромов: при мастэктомии выявлено 7 облигатных синдромов; при реконструктивных операциях — всего лишь 3 синдрома (тревожный, ипохондрический, нозофобический). Таким образом, изучение клинко-психопатологических соотношений показало, что мастэктомия является наиболее травмирующим фактором и причиной развития психологических нарушений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ СЛОЖНЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ С ОСЕВЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шаповалов С.Г.¹, Скворцов Ю.Р.², Кичемасов С.Х.²

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

К основным достижениям современной пластической хирургии при лечении местных лучевых поражений можно отнести использо-

вание комплексов тканей с осевым кровообращением. Тканевые лоскуты, количество которых непрерывно увеличивается, разнообразны по площади, форме, тканевому составу и могут обеспечить замещение практически любого дефекта. Пластическое закрытие дефектов с их помощью может быть выполнено при перемещении лоскута на сосудистой или мышечной ножке и методом свободной пересадки лоскута с его микрохирургической реваскуляризацией.

В клинике термических поражений Военно-медицинской академии с 1988 года использованы лоскуты с осевым кровообращением у 12 больных в возрасте 36 – 55 лет в сроки от 2-х месяцев до 2-х лет после комбинированного лечения рака молочной железы. Лучевую терапию получали все 12 пациенток. В отдалённом послеоперационном периоде развилось местное лучевое поражение у 4-х пациенток. Использованы лоскут на основе широчайшей мышцы спины - торакодорзальный лоскут (ТДЛ), поперечный подпупочный лоскут на основе прямой мышцы живота (TRAM-лоскут).

В 6 случаях осуществлено перемещение несвободного островкового ТДЛ на мышечно-сосудистой ножке. Из них в 2-х наблюдениях для замещения дефектов, образовавшихся непосредственно после мастэктомии, вследствие расхождения краёв раны. Размеры кожной порции лоскутов (от 8 на 10 см до 11 на 9 см) определялся размерами дефектов на грудной клетки. В одном случае у пациентки, получавшей перед мастэктомией лучевую терапию, большая часть ТДЛ погибла, хотя сосудистая ножка не повреждалась. В последствии ей была выполнена пластика расщеплённым кожным ауто трансплантатом.

При отсроченной реконструкции планирование кожного островка проводилось с учётом ушивания донорской раны в горизонтальную линию и расположением её под бюстгалтером. У всех женщин сформировалось умеренно выраженное нарушение контура спины, связанное с отсутствием мышцы.

У 5 пациенток после комбинированного лечения рака молочной железы выполнено закрытие дефекта подпупочным несвободным TRAM лоскутом. Во всех случаях использована одна мышечно-сосудистая ножка. В одном случае использовался VRAM-лоскут.

Одномоментный перенос лоскута осуществлен у 2 больных. У 1-й пациентки имелся рубец после нижней срединной лапаратомии. Ей

выполнена транспозиция половины TRAM-лоскута на ипсилатеральной ножке. У другой пациентки перемещён весь лоскут на контралатеральной ножке. В обоих случаях приживление лоскута полное.

Известно что, в результате недостаточной перфузии может наступить некроз тканей в IV зоне TRAM-лоскута. Для решения этой проблемы некоторые хирурги применяют профилактическое иссечение IV зоны. Однако при этом уменьшается объём лоскута, что может быть нежелательным. Для улучшения кровоснабжения IV зоны мы предлагаем предварительную хирургическую тренировку, предполагая, что это стимулирует коллатеральный кровоток от верхних надчревных сосудов, проходящих в мышечной ножке. Хирургическая тренировка заключалась в поднятии лоскута в проекции II и IV зон до апоневроза передней брюшной стенки. Далее комплекс тканей укладывали на прежнее место и послойно ушивали. Через 2 недели выполняли основной этап: транспозицию лоскута.

Такая тактика реализована у 4-х пациенток. Использован лоскут на контралатеральной ножке. У 3-х из них дополнительно осуществлена микрохирургическая реваскуляризация нижних надчревных сосудов этой же мышечной ножки с сосудами системы подлопаточных сосудов («подкачка»). Их идентификация и выделение из рубцов достаточны сложны. Состояние сосудистой ножки может усугубиться после лучевого воздействия.

В одном случае, когда удалось наложить только венозный анастомоз, имел место краевой некроз лоскута.

При перемещении вышеописанных комплексов тканей на мышечно-сосудистой ножке нет нужды использовать микрохирургическую технику, т.к. расположение дефекта покровных тканей находится в пределах дуги ротации лоскутов. Планируя перемещение островкового лоскута на основе широчайшей мышцы спины, надо всегда помнить о возможности повреждения питающей сосудистой ножки лоскута в ходе предшествующих манипуляций, как при операции, так и в результате облучения. В этом случае даже при наличии относительно четких границ лучевого фиброза, уровень возможного повреждения сосудистого пучка определить практически нельзя. Таким образом, проблема состояния сосудов важна при использовании несвободного ТДЛ на мышечно-сосудистой ножке. TRAM и VRAM лоскуты на мышечно-сосудистой ножке имеет определённые досто-

инства: несомпромитированная сосудистая ножка, всегда достаточный объём комплекса тканей, донорская рана ушивается в горизонтальную линию.

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ ГРУДИ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ TRAM-ЛОСКУТОМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА

Шаповалов С.Г.¹, Скворцов Ю.Р.², Кичемасов С.Х.²

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Восстановление груди после мастэктомии посредством TRAM-лоскута является признанным и наиболее предпочтительным методом в маммопластике.

В клинике термических поражений Военно-медицинской академии имели место особенности при отсроченной реконструкции формы и объема груди у двух пациенток после мастэктомии по Patey. В обоих наблюдениях использовали несвободный TRAM-лоскут на одной мышечно-сосудистой ножке.

Женщины были относительно молодого возраста (до 40 лет), не рожавшие, при этом у обеих имелась большая противоположная молочная железа и умеренная выраженность подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки.

Для формирования всего TRAM-лоскута потребовалось улучшить перфузию в IV зоне. Для улучшения кровоснабжения IV зоны использовали предварительную хирургическую тренировку, предполагая, что это стимулирует коллатеральный кровоток от верхних надчревных сосудов, проходящих в мышечной ножке. Хирургическая тренировка заключалась в поднятии лоскута в проекции II и IV зон до апоневроза передней брюшной стенки. Далее комплекс тканей укладывали на прежнее место и послойно ушивали. Через 2 недели выполняли основной этап: транспозицию лоскута.

После перемещения TRAM-лоскута, для формирования в нем антеградного кровотока, осуществлена реваскуляризация нижних

надчревных сосудов этой же мышечной ножки с сосудами системы подлопаточных сосудов («подкачка»). В одном случае, когда удалось наложить только венозный анастомоз, имел место краевой некроз IV зоны лоскута.

В данных наблюдениях объема лоскута оказалось недостаточным для адекватной объемной симметрией с противоположной молочной железой. От редуccionной маммопластики пациентки отказались. С целью достижения симметрии выполнена экспандерная дермотензия перемещенного TRAM-лоскута с последующим эндопротезированием.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПЕРЕСАДКИ СЛОЖНОГО КОМПЛЕКСА ТКАНЕЙ НА ПЕРФОРАНТНЫХ СОСУДАХ НИЖНЕГО НАДЧРЕВНОГО СОСУДИСТОГО ПУЧКА

Шаповалов С.Г.¹, Кочиш А.Ю.²

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Прямая мышца живота (ПМЖ) имеет множество источников артериального снабжения. Среди них можно выделить основные источники – верхнюю и нижнюю надчревные артерии (ВНА и ННА соответственно), обеспечивающие осевой характер кровоснабжения ПМЖ, и дополнительные источники – ветви VIII – XI межреберных артерий, а также подреберной артерии, снабжающие ПМЖ по сегментарному типу. Ввиду наличия множественных анастомозов между основными питающими артериями ПМЖ и дополнительными сегментарными артериальными сосудами не следует опасаться нарушений кровоснабжения ПМЖ при перевязке ННА, ВНА или обеих этих артерий.

Установлены закономерные связи между расположением наиболее крупных мышечно-кожных артерий от ВНА и ННА и сухожильных перемычек (СП). Артериальная ветвь диаметром более 1 мм всегда выходит к коже через третью СП, располагающуюся на уров-

не пупка. Во второй и первой СП крупные мышечно-кожные артерии встретились соответственно на 84% и 92% изученных препаратов ПМЖ. При отсутствии четвертой и пятой сухожильных перемычек на уровне *linea bispinae* и на 2 – 3 см ниже нее также всегда располагаются крупные мышечно-кожные артериальные ветви не менее 1 мм. Выявленный характер расположения нижних надчревных сосудов внутри футляра ПМЖ (между ПМЖ и задней стенкой футляра), а также относительно короткий (1,5 – 4 см) внутримышечный отдел перфорантных артерий определяют техническую возможность выделения на питающих сосудах ПМЖ кожно-фасциального лоскута без включения участков брюшка ПМЖ. Его расположение на передней брюшной стенке должно соответствовать таковому кожной порции TRAM-лоскута, но размеры кожно-фасциального трансплантата должны быть меньше (до 7 – 8 см вертикально и не более 12 – 15 см в горизонтальном направлении). Кожно-фасциальный лоскут тоньше кожно-мышечного и будет иметь более длинную (на 1,5 – 4 см) сосудистую ножку за счет выделения и включения в ее состав внутримышечных отделов перфорантных сосудистых пучков. Оставленная часть брюшка ПМЖ даже после изъятия в составе обсуждаемого лоскута нижних надчревных сосудов должна получать адекватное сосудистое снабжение за счет сегментарных ветвей межреберных артерий и вен, а также сохранять двигательную иннервацию.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПЕРЕСАДКИ СЛОЖНЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ НА ОСНОВЕ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ДЛЯ ПЛАСТИКИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шаповалов С.Г.¹, Кочиш А.Ю.²

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Среди сложных кожных лоскутов, применяющихся для пластики молочной железы, широко используются в клинике различные

тканевые комплексы на основе прямой мышцы живота (TRAM лоскуты). Однако недостаточная изученность особенностей их кровоснабжения при разных вариантах пересадки обуславливает развитие краевых или полных некрозов перемещенных тканей в 6 – 23% случаев.

С целью обоснования возможностей использования различных вариантов TRAM лоскута в реконструктивной хирургии молочной железы проведены топографо-анатомические исследования на 12 нефиксированных трупах. Производили инъекцию артериального русла прямой мышцы живота черным натуральным латексом, препарирование с использованием средств оптического увеличения, экспериментальное формирование различных тканевых комплексов, измерения, фотографирование препаратов, статистическую обработку полученных количественных данных.

Проведенные исследования показали, что прямая мышца живота (ПМЖ) кровоснабжается преимущественно верхними и нижними надчревными артериями и сопутствующими венами, образующими внутри мышцы множественные продольные анастомозы диаметром от 0,6 до 1,2 мм. Кожа и подкожная жировая клетчатка, обычно включаемые в состав TRAM лоскутов, получают питание за счет перфорантных сосудов, выходящих из ПМЖ и направляющихся латерально почти под прямым углом к краю указанной мышцы. Установлено, что наиболее постоянные и крупные перфорантные сосуды локализуются в местах сухожильных перемычек ПМЖ.

Анализ результатов препарирования показал, что кожные перфоранты, выходящие из прямой мышцы живота, организованы в два вертикальных ряда, имеющих постоянное местоположение. Медиальный ряд располагается на 1 – 1,5 см кнаружи от белой линии живота. Латеральный ряд локализуется на 0,5 – 1 см кнутри от наружного края мышцы. Установлено, что медиальный ряд перфорантных сосудов состоит из более крупных артериальных и венозных ветвей, чем латеральный. На изученных препаратах в его составе всегда присутствовали не менее трех артерий диаметром более 1 мм.

Моделирование на анатомическом материале тканевых комплексов на основе прямой мышцы живота позволило обосновать пять основных вариантов их выделения и пересадки с целью пластики молочной железы:

1. Перемещение кожно-мышечного TRAM лоскута на постоянной верхней мышечной питающей ножке.
2. Пересадка кожно-мышечного TRAM лоскута на верхней питающей ножке с дополнительным анастомозированием нижних надчревных сосудов с реципиентными артериями и венами.
3. Перемещение кожно-мышечного TRAM лоскута на верхней питающей ножке с дополнительной периферической его реваскуляризацией за счет анастомозирования с реципиентной артерией одного из крупных артериальных перфорантов, входящих в кожно-жировую порцию лоскута из соседней прямой мышцы живота.
4. Свободная пересадка TRAM лоскута, включающего нижний фрагмент прямой мышцы живота с кожей и подкожной жировой клетчаткой, на нижних надчревных сосудах.
5. Свободная пересадка кожно-жирового лоскута на нижних надчревных сосудах с выделением и сохранением одного из крупных перфорантных сосудистых пучков.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

***Шаповалов С.Г.¹, Сухопарова Е.П.², Скворцов Ю.Р.³,
Кичемасов С.Х.³***

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Россия

³ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Восстановление груди является важным аспектом в психологической реабилитации женщин после мастэктомии.

В медицинском центре ФГУП «Адмиралтейский верфи» и Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 1988 года выполнено отсроченное оперативное восстановление груди у 17 пациенток в возрасте 25 – 55 лет в сроки до 2-х лет после мастэктомии. Все

пользовались экзопротезами, но испытывали при этом существенные неудобства. Использованы экспандерная дермотензия с последующим эндопротезированием, торакодорзальный лоскут (ТДЛ) в сочетании с эндопротезированием, TRAM-лоскут. Выбор метода реконструкции определялся анатомическими и экономическими (высокая стоимость синтетических материалов) условиями.

Дермотензию с последующим эндопротезированием считаем выполнимой при сочетании следующих условий: отсутствие натяжения кожи, достаточная толщина клетчатки на грудной стенке, подвижность рубца, сохранность большой грудной мышцы. Метод применён у 5-х пациенток после мастэктомии по Patey. Использовали силиконовые экспандеры и текстурированные гелевые эндопротезы. У 2-х пациенток потребовалась мастопексия, а у 1-й - эндопротезирование противоположной груди в связи с ее небольшими размерами. У всех выполнено восстановление сосково-ареолярного комплекса.

В 3 случаях осуществлено перемещение островкового ТДЛ с эндопротезированием. Планирование кожного островка проводилось с учётом ушивания донорской раны в горизонтальную линию и расположением её под бюстгальтером. Одна пациентка была удовлетворена результатом без последующих корригирующих операций. У 2-х потребовались мастопексия противоположной груди и восстановление сосково-ареолярного комплекса.

После мастэктомии по Halsted перемещение даже всей широчайшей мышцы спины оказалось достаточным только для покрытия эндопротеза. В верхней части грудной клетки рёбра остались покрыты только кожей. У всех женщин сформировалось умеренно выраженное нарушение контура спины, связанное с отсутствием мышцы.

У 9 пациенток после мастэктомии по Patey выполнена реконструкция груди подпупочным несвободным TRAM лоскутом.

Одномоментный перенос лоскута осуществлен у 5 женщин. У 1-й пациентки имелся рубец после нижней срединной лапаротомии и небольшая по величине противоположная грудь. Ей выполнена транспозиция половины TRAM-лоскута на ипсилатеральной ножке. В одном случае у женщины с рубцом после нижней срединной лапаротомии для воссоздания симметричного контура передней грудной клетки выполнили перемещение TRAM-лоскута на двух мышечно-

сосудистых ножках. Донорскую область апоневроза передней брюшной стенки заместили проленовой сеткой. У 3-х пациенток перемещён весь лоскут на контралатеральной ножке. Во всех случаях приживление лоскута полное и достигнута адекватная объемная симметрия с противоположной грудью.

Известно что, в результате недостаточной перфузии может наступить некроз тканей в IV зоне TRAM-лоскута. Для решения этой проблемы некоторые хирурги применяют профилактическое иссечение IV зоны. Однако при этом уменьшается объём лоскута, что может быть нежелательным. Для улучшения кровоснабжения IV зоны мы предлагаем предварительную хирургическую тренировку, предполагая, что это стимулирует коллатеральный кровоток от верхних надчревных сосудов, проходящих в мышечной ножке. Хирургическая тренировка заключалась в поднятии лоскута в проекции II и IV зон до апоневроза передней брюшной стенки. Далее комплекс тканей укладывали на прежнее место и послойно ушивали. Через 2 недели выполняли основной этап: транспозицию лоскута.

Такая тактика реализована у 4-х пациенток. Использован лоскут на контралатеральной ножке. У 3-х из них дополнительно осуществлена реваскуляризация нижних надчревных сосудов этой же мышечной ножки с сосудами системы подлопаточных сосудов («подкачка»).

В одном случае, когда удалось наложить только венозный анастомоз, имел место краевой некроз лоскута.

У двух пациенток (обе - не рожавшие), объём лоскута оказался недостаточным, т.к. имелась большая противоположная грудь и умеренная выраженность подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки. От редуccionной маммопластики они отказались. С целью достижения симметрии выполнена экспандерная дермотензия перемещённого TRAM-лоскута с последующим эндопротезированием.

При применении TRAM-лоскута потребовались корригирующие операции: формирование субмаммарной складки - во всех случаях, у 7-ми - коррекция формы восстановленной груди. Реконструкция сосково-ареолярного комплекса выполнена 6 женщинам. Мастопексия осуществлена только четырьмя женщинами, так как приживший лоскут сам протезировался.

Для имитации ареолы использованы: пересадка кожи малой половой губы, периферической части противоположной ареолы, полнослойного трансплантата из паховой области или утильной кожи при мастопексии. Через год кожные трансплантаты имели недостаточную пигментацию для имитации ареолы.

Специальное экспериментально-психологическое исследование показало позитивную роль реконструктивных операций, как средства психологической реабилитации женщин после мастэктомии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕЕ ОЖОГА И ПРИЛЕГАЮЩИХ ОБЛАСТЕЙ

Шаповалов С.Г.¹, Бирюков О.М.²

¹ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр, сотрудничающий со Всемирной Организацией Здравоохранения, Санкт-Петербург, Россия

²ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Оперативное лечение ожоговых деформаций молочных желез проведено у 116 больных в возрасте от 4 до 62 лет. По поводу 153 деформированных молочных желез выполнено 170 оперативных вмешательств.

Деформации молочных желёз условно можно разделить на следующие виды: 1) смещение желёз вниз; 2) смещение желёз кнаружи и частично кверху и книзу; 3) смещение желёз кнутри и частично кверху; 4) рубцы на самих молочных железах.

1. Смещение молочных желез вниз, обусловленное ретракцией рубцов в нижних отделах передней грудной и передней брюшной стенок, обычно устраняется полулунным рассечением и иссечением рубцов у нижних полюсов молочных желез, отсепаровкой железистой ткани от грудной стенки, смещением её вверх, фиксацией нижнего полюса к грудной стенке с целью формирования субмаммарной складки и пластикой свободным кожным трансплантатом возникшего раневого дефекта.

2. Смещение молочных желез кнаружи и частично книзу или кверху вызывается ретракцией рубцовоизменённого кожного покрова

в области плечевого сустава и боковой поверхности передней грудной стенки. Оно ликвидируется рассечением и иссечением рубцов в подмышечной области, на внутренней поверхности плеча, боковой поверхности туловища и на боковой поверхности передней грудной стенки. Если железистая ткань распластана, задняя стенка её отделяется от передней грудной стенки и перемещается кнутри, а раневой дефект замещается свободным кожным трансплантатом. Рубцовые тяжи распускаются местной кожной пластикой, иногда на протяжении всей передней грудной стенки, плеча, а иногда и предплечья.

3. Деформирующие молочные железы рубцы, расположенные на передней грудной стенке выше молочных желез или между ними, перемещают их вверх или кнутри. Они рассекаются, иссекаются, а возникшие раны закрываются свободными трансплантатами или вдоль их производится местная кожная пластика.

4. Обширные рубцы на молочных железах замещаются свободными кожными трансплантатами. На месте ограниченных рубцов после их иссечения осуществляется местная кожная пластика.

При устранении деформаций молочных желез у женщин зрелого возраста нередко рациональны выделение сосково-ареолярного комплекса из рубцовых тканей и транспозиция в место его обычного расположения. Дефицит кожного покрова можно восполнить экспандерной дермотензией. Выраженную ретракцию пересаженного кожного покрова - уменьшить, используя полнослойные кожные трансплантаты. Кожную пластику осуществлять с учётом линий натяжения, обращая внимание на исключительную подвижность молочных желез. В редких случаях расположения рубцов по всей передне-боковой поверхности туловища возникают показания к применению сложных осевых лоскутов, например – транспозиции торако-дорзального лоскута.

Молочные железы можно использовать как дополнительную донорскую область. Выполняя мастопексию или редукционную маммопластику избыток кожных покровов рационально использовать для свободной кожной пластики и даже для формирования стебельчатого лоскута в целях устранения других деформаций»

Профилактика деформаций молочных желез, прежде всего, включает рациональное восстановление кожного покрова на обожжённой поверхности и раннее устранение развившихся деформаций. У детей-подростков следует проводить диспансерное наблюдение

ние и осуществлять оперативную коррекцию при первых признаках нарушения роста и развития молочных желёз. Профилактика рецидивов деформаций предусматривает новое расположение молочных желез и в особенности сосково-ареолярного комплекса с учётом предполагаемой ретракции тканей, а в послеоперационном лечении - физиотерапевтические процедуры и массаж.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ, РЕКОНСТРУКТИВНЫХ, ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У 607 ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Щепотин И.Б.^{1,2}, Мотузюк И.Н.², Сидорчук О.И.², Чешук В.Е.²,
Смоланка И.И.¹, Скляр С.Ю.¹, Лигирда О.Ф.¹, Топчий В.Б.¹,
Зайчук В.В.², Аникусько Н.Ф.³*

¹ - Национальный институт рака

² - кафедра онкологии Национального медицинского университета
имени А.А. Богомольца

³ - Киевская городская онкологическая больница, Украина

В последние годы в хирургическом лечении рака молочной железы все активнее внедряется пластический подход при выборе оперативного вмешательства. За 18 месяцев (2008 и I-е полугодие 2009 года) в Национальном институте рака и Киевской городской онкологической больнице были прооперированы 1435 больных с раком молочной железы. Из них у 828 (57%) была выполнена стандартная мастэктомия (МЭ), а в 607 (43%) случаях были выполнены органосохраняющие, реконструктивно-пластические (РП) операции. А именно - 539 (88,8%) квадрант-, лампэктомий с регионарной лимфатической диссекцией и репозицией сосково-ареолярного комплекса (САК), 36 (6,0%) подкожных МЭ или квадрантэктомии с эндопротезированием, 19 (3,1%) МЭ с первичной реконструкцией TRAM-лоскутом, 4 (0,7%) МЭ с первичной реконструкцией молочной железы широчайшей мышцей спины, 9 (1,5%) квадрантэктомий с редуцированной маммопластикой. Все пациентки получали специализированное лечение согласно национальным стандартам. Критериями выбора типа операции были: соотношение размера опухоли и железы, локализация опухоли, возраст и желание больной. При планировании реконструкции молочной железы TRAM-лоскутом обследования выполнялись

согласно разработанному нами алгоритму: определение ангиоархитектоники надчревных сосудов и калибр их перфорантных ветвей для оптимизации выбора источника кровоснабжения.

Результаты РП лечения сравнивались с результатами стандартных МЭ по проценту осложнений, длительности послеоперационного пребывания в стационаре и субъективной оценке качества жизни больными.

Результаты исследования приведены в следующей таблице:

	квадрант- или лампэктомии с регионарной лимфодиссекцией и репозицией САК (n=539)	подкожные мастэктомии или квадрантэктомии с эндопротезированием (n=36)	мастэктомии с первичной реконструкцией (n=23)	квадрантэктомии с редуccionной маммопластикой (n=9)	стандартные мастэктомии (n=828)
процент осложнений	19 (3,5%)	2 (5,5%)	1 (4,3%)	0 (0%)	(3,9%)
послеоперационный койко/день	12±0,3	11,5±0,4	13,4±0,4	10,7±0,2	11,9±0,7

Средний процент осложнений после РП операций составил 3,6%, а послеоперационный койко/день – 11,9±0,5. Поскольку послеоперационный койко/день после РП вмешательств соответствовал таковому после стандартных МЭ, все пациенты начинали адъювантную терапию в стандартные сроки. Выраженность болевого синдрома не превышала таковую, как при стандартной мастэктомии. 528 (87%) пациентов после пластических или реконструктивных операций отмечали эстетический эффект операции как хороший и удовлетворительный. По результатам анкетирования психо-эмоциональное состояние и качество жизни в целом после пластического или реконструктивного оперативного вмешательства было выше, чем при обычном хирургическом лечении.

Выводы - переход к реконструктивно-пластическому подходу в хирургическом лечении больных раком молочной железы не препятствует проведению стандартной адъювантной терапии, не увеличивает количество послеоперационных осложнений и в то же время улучшает качество жизни пациентов с данной патологией.

СОДЕРЖАНИЕ

Программа	3
Список докладов	12
Friedman N. Breast Asymmetry: Analyzing the problems and finding the right solutions using one stage operation	15
Friedman Nimrod One stage repair of tuberous breast	16
Mahdi Rezai, Maren Darsow, Stefan Krämer Breast reconstruction – overview about techniques and indications	17
Mahdi Rezai, Maren Darsow, Stefan Krämer Principles and standards in oncoplastic breast conserving surgery – the Düsseldorf experience	31
Mahdi Rezai, Maren Darsow, Stefan Krämer Reduction mammoplasty with modified inferior technique (Rezai technique)	42
Ali MOJALLAL Combined Breast Augmentation and Mastopexy	47
Ali MOJALLAL Breast Augmentation with Anatomical Implants	48
Ali MOJALLAL Innovative Techniques in Breast Reconstruction	48
Азимова Р.Б., Боровиков А.М. Альтернатива математике	49
Азимова Р.Б. Двойная складка при субпекторальной аугментации	52
Азимова Р.Б. Селективная аугментация верхнего склона молочной железы	55

Азимова Р.Б. Стабильность комплекса СМС как причина двойной складки аугментированной молочной железы	58
Алиев Т.Р. Выбор анатомического пространства для установки имплантатов при увеличении молочных желез	60
Безрук Н.Г., Макарчук А.И., Завизион В.Ф. Органосохраняющее лечение рака молочной железы: взгляд спустя 10 лет	62
Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Исмагилов А.Х. Алгоритм определения объема реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы III стадии	65
Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Исмагилов А.Х. Закрытие обширных дефектов реципиентной зоны у больных раком молочной железы III стадии методами пластической хирургии	66
Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Исмагилов А.Х. Реконструкция груди ректо-абдоминальным лоскутом в комплексном лечении больных раком молочной железы III стадии	67
Богов А.А., Богов А.А. Сравнительные аспекты вертикальной маммопластики по Лежо и Нахаи	69
Бурлаков А.С., Самратов Д.У. Методы реконструкции молочной железы. Проблема выбора	71
Воронцов А.Ю., Марусов А.А., Тарасов Ю.А. Стандартное применение кожесохранной радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией ТРАМ-лоскутом как метод выбора в определении тактики хирургического пособия при раке молочной железы в условиях онкологического стационара	73
Германович Н.Ю., Малыгин Е.Н., Малыгин С.Е., Государева А.В., Рускова Н.Г. Одномоментная реконструкция молочной железы с использованием силиконовых имплантатов	75

-
- Дружков О.Б., Гатауллин И.Г., Дружков Б.К., Дружков М.О.** 76
Оптимизация принципов хирургического органосохраняющего лечения больных раком молочной железы
- Дружков О.Б., Гатауллин И.Г., Дружков Б.К., Дружков М.О.** 79
Подкожная радикальная резекция
- Дубовик А.В., Глухих А.П., Наговицына О.В.** 80
Подкожная мастэктомия с одномоментной пластикой анатомическими эндопротезами и пластикой сосков при гиперпластических процессах молочных желёз
- Егоров Ю.С., Соболевский В.А., Ярыгин М.Л.** 82
Реконструкция молочной железы контурно-профильным экспандером Becker 35
- Зайнутдинов А.М., Мухаметов И.Р., Халирахманов А.Ф.** 83
Анатомические параметры собственной фасции большой грудной мышцы
- Залуцкий И.В., Курилович Н.Н., Шаповал Е.В., Радченко А.И.** 84
Осложнения после реконструктивных операций на молочной железе, их профилактика и лечение
- Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М., Овчинникова И.В., Ванесян А.С.** 86
Роль реконструктивно-пластических операций в хирургическом лечении больных раком молочной железы
- Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С.** 87
Современный взгляд на лечение рака молочной железы центральной и медиальной локализации
- Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Губайдуллин Х.М., Ванесян А.С.** 89
Эндоскопическая трансаксиллярная аугментационная маммопластика
- Ищенко А.Л., Фирсов А.В.** 92
Опыт использования имплантатов с пенополиуретановым покрытием при дефиците тканевого покрытия

-
- Карташева А.Ф., Колесников М.В., Садовников С.В.** 94
Способ восстановления передней брюшной стенки после реконструкции молочной железы TRAM-лоскутом
- Карташева А.Ф., Матвеев Н.Л.** 96
Эндовидеохирургически-ассистированные методики реконструкции молочной железы при раке
- Козлов С.В., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П.** 101
Начальный опыт реконструкции молочной железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) у больных раком молочной железы (РМЖ)
- Колядина И.В., Поддубная И.В., Комов Д.В., Керимов Р.А., Макаренко Н.П., Роцин Е.М.** 102
Возможность выполнения повторного органосохраняющего лечения у пациенток с локальными рецидивами рака молочной железы
- Кононец О.А., Виссарионов В.А., Червонная Л.В., Фёдорова В.Н.** 104
Клинико-морфологическая оценка отдалённых результатов увеличивающей маммопластики
- Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П., Кокорина М.С.** 107
Возможности использования приемов масторедукции у больных раком молочной железы
- Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П.** 108
Восстановление молочной железы: нужно ли это пациентке?
- Крайник И.В., Михайлов В.В., Крайник А.И.** 110
Аугментация молочных желез с использованием сайзеров
- Мавроди Т.В.** 112
К вопросу о реконструкции молочной железы при операциях по поводу злокачественных новообразований
- Обыденнов С.А.** 114
Осложнения и риск после увеличения груди

Обыденнов С.А. Редукционная маммопластика. Причины и особенности ее применения	117
Пак Д.Д., Рассказова Е.А. Первичные реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы	119
Пасов В.В., Нарусов Ю.Е., Цыганкова Н.А. Реконструктивно-пластические операции с использованием перемещенных васкуляризированных лоскутов на основе мышц при поздних лучевых повреждениях у больных раком молочной железы	121
Gennadiy I. Patlazhan M.D. Kirill P. Pshenisnov M.D. Алгоритм действий при Полиакриламидном маммарном синдроме The algorithm of surgery in Polyacrylamide mammary syndrome	122
Патлажан Г.И. Новая техника мастопексии с улучшенным наполнением верхнего полюса молочных желез	127
Печенкина О.В. К вопросу об осложнениях после маммопластик	128
Рагозина М.Р., Тимофеева О.Г. Оценка качества жизни пациенток, перенесших радикальную мастэктомию	133
Резников А.С. Реконструктивно-пластические подходы при органосохраняющем лечении рака молочной железы	134
Сергеев И.В., Шаров В.О., Серкин М.Ю. Маммопластика TRAM-лоскутом как вариант реконструкции при раке молочной железы	136
Сидоров С.В. Анализ реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы	137

-
- Синяков А.Г., Гольдман Ю.И., Царев О.Н.** 139
Наш опыт органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы
- Смирнова Е.А.** 141
Маммологические аспекты, определяющие результаты аугментационной маммопластики
- Соболевский В.А., Егоров Ю.С., Крохина О.В., Никитина Э.М.** 143
Выбор метода одномоментной реконструкции при злокачественных опухолях молочных желез
- Сребный А.Ю.** 145
Онкопластическая квадрантэктомия при раке молочной железы – альтернатива мастэктомии с последующей реконструкцией
- Тюкавин О.А., Куклин И.А., Дворниченко В.В., Панферова Е.В., Манькова Т.Л., Курьянова М.Э.** 147
Обоснование возможности сохранения сосковоареолярного комплекса при реконструктивных операциях на молочной железе по материалам морфологического исследования
- Тюкавин О.А., Куклин И.А., Дворниченко В.В., Панферова Е.В.** 150
Результаты лечения больных раком молочной железы с сохраненным сосково-ареолярным комплексом при дерматосберегающих мастэктомиях
- Ушаков Н.Г.** 152
Эстетическая коррекция амастии при синдроме Поланда
- Федянина Н.Р., Соболевский В.А., Егоров Ю.С., Крохина О.В.** 155
Выбор метода отсроченной реконструкции молочной железы при раке
- Ходырев С.А., Егоров Ю.С., Самойленко В.М., Федун А.А.** 156
Первый опыт выполнения профилактической мастэктомии с одномоментной реконструкцией у женщин с высоким риском развития рака молочной железы
- Храпач В.В., Назаренко И.А., Балабан О.В., Унукович Д.В., Слюсарев И.Ю., Рябинкина И.Ю.** 158
Осложнения маммопластики

-
- Цой Л.К., Богатырев В.Н., Летягин В.П., Вишневская Я.В.** 159
Роль количественных биологических факторов прогноза при комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы
- Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П.** 162
Восстановление груди как наиболее конструктивный механизм психологической реабилитации женщин после мастэктомии
- Шаповалов С.Г., Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х.** 163
Использование некоторых видов сложных комплексов тканей с осевым кровообращением в лечении местных лучевых поражений после комбинированного лечения рака молочной железы
- Шаповалов С.Г., Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х.** 166
Особенности реконструкции груди после мастэктомии TRAM-лоскутом при дефиците донорского материала
- Шаповалов С.Г., Кочиш А.Ю.** 167
Топографо-анатомические обоснования пересадки сложного комплекса тканей на перфорантных сосудах нижнего надчревного сосудистого пучка
- Шаповалов С.Г., Кочиш А.Ю.** 168
Топографо-анатомические обоснования пересадки сложных комплексов тканей на основе прямой мышцы живота для пластики молочной железы
- Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П., Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х.** 170
Хирургическая реабилитация женщин после мастэктомии
- Шаповалов С.Г., Бирюков О.М.** 173
Хирургическое лечение рубцовых деформаций молочных желез в результате ее ожога и прилегающих областей
- Щепотин И.Б., Мотузюк И.Н., Сидорчук О.И., Чешук В.Е., Смоленка И.И., Скляр С.Ю., Лигирда О.Ф., Топчий В.Б., Зайчук В.В., Аникусько Н.Ф.** 175
Опыт выполнения органосохраняющих, реконструктивных, пластических операций у 607 первичных больных раком молочной железы

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ, ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Материалы IX Международного конгресса

г.Казань 3-5 сентября 2009 года

Ответственный редактор – проф. И.А. Гилязутдинов

Корректурa авторов

*Верстка **Маликовой И.Г.***

Подписано в печать 24.08.2009. Бумага ксероксная.
Гарнитура «Shruti». Формат 60×84_{1/16}. Усл. печ. л. 11,5.
Печать ризографическая. Тираж 250 экз. Заказ 08/22.

Отпечатано с готового оригинал-макета
на полиграфическом участке издательства «ИГМА-пресс»
ИП Маликова И.Г.

г. Казань, ул. Московская, 31 офис 009. Тел. 526-02-96