

**Р. А. Хвастунов, С. Е. Толстопятов**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ

## **ДВУСТОРОННЯЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

УДК 618.19-006.6-089

Представлен первый опыт успешного выполнения одноэтапной подкожной радикальной мастэктомии с одномоментной пластикой силиконовым имплантом с аугментирующей пластикой «здоровой» молочной железы.

*Ключевые слова:* рак молочной железы, радикальная мастэктомия, силиконовый имплант, аугментирующая пластика.

**R. A. Khvastunov, S. E. Tolstopyatov**

## **BILATERAL MASTECTOMY IN BREAST CANCER**

The first single-stage subcutaneous radical mastectomy coupled with one-step silicone gel reconstruction and augmentation of the healthy breast was performed.

*Key words:* breast cancer, radical mastectomy, silicone implant, augmented reconstruction.

Рак молочной железы (РМЖ) относится к самым распространенным злокачественным новообразованиям (ЗНО) у женщин. Заболеваемость им в РФ составляет 49,2 на 100 тыс. населения. Хирургический метод лечения считается основным и применяется в самостоятельном либо в комбинированном режиме. Парадигма лечения больных РМЖ на европейском и североамериканском континенте подразумевает активную реабилитацию женщин, включая хирургическое восстановление формы утраченной молочной железы посредством одномоментной или отсроченной ее пластики с применением аллопротезов. Развитию реконструктивно-пластической онкохирургии на западе способствует полное страховое обеспечение подобных усилий, отвечающих выраженному социальному спросу. В общении с зарубежными коллегами мы не раз убеждались в том, что при отсутствии материальных ограничений, пациентки, включая женщин 60 лет и старше, являются настойчивыми сторонницами пластики молочной железы. К сожалению, в РФ реконструктивная хирургия молочной железы при раке еще находится на этапе становления. Наш первый опыт односторонней пластики молочной железы после подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса «nipple-sparing» был описан ранее [2] и позволил нам сделать некоторые заключения.

Параареолярный доступ создает затруднения на этапе подмышечной лимфаденэктомии и не отличается косметическими преимуществами от радиарного разреза кожи. В ряде случаев в отдаленном периоде после пластики мы наблюдали грубую рубцовую деформацию ареолы, ухудшающую эстетический результат.

Главная трудность создания симметричной молочной железы при удачном выборе имплантата и установке его в межмышечный карман заключается в частом несоответствии субмаммарных складок искусственной и здоровой молочной железы. Жесткое прикрепление волокон большой грудной мышцы под острым углом к реберной дуге в зоне субмаммарной складки оказывает выталкивающее действие на протез со смещением его вверх в направлении ключицы. Разрушение же этих волокон приводит к потере нижней границы мышечного кармана и миграции имплантата под кожу живота. В отечественной литературе есть сообщения об установке имплантата в подкожный карман после мастэктомии (г. Ростов-на-Дону, Пржедецкий Ю. В. [3]), что обеспечивает симметрию, но угрожает пролежнем имплантата настолько, что мы не решились применить эту методику.

Возрастной птоз здоровой молочной железы существенно ограничивает эстетический результат, поскольку протез даже самой низкой плотности воссоздает форму «девичьей» молочной железы. Проблема решается отсроченной редуцированной маммопластикой на здоровой стороне через несколько месяцев. Однако мы столкнулись с эффектом привыкания и благоклонного отношения наших пациенток к прогнозируемой ассиметрии желез при выраженном птозе. Отчасти этому способствовало подробное обсуждение хирургических возможностей в каждом конкретном случае с демонстрацией результатов операций у предыдущих пациентов. Это обстоятельство пока не позволило нам накопить опыт многоэтапных пластических операций.

Косметический результат односторонних пластик после мастэктомии лучше у молодых женщин при полном отсутствии возрастного птоза. Меньшие трудности с размещением в межмышечном кармане возникают при умеренных размерах молочных желез. При установке имплантата большого размера возникает необходимость разрушать субмаммарную складку и увеличивать емкость мышечного кармана. Вставка бесклеточного дермального матрикса (аллодерм) в этих случаях значительно упрощает работу хирурга по формированию нижнего контура крупной молочной железы, но увеличивает финансовую нагрузку до неприемлемой в отечественных условиях. Российские хирурги находятся в жестких рамках и при подборе имплантата в каждом конкретном случае, поскольку его выбор и приобретение происходит один раз на основании дооперационной разметки. Зарубежные реалии более комфортны наличием в операционном зале специальных «пробников-сайзеров» и возможностью замены протеза на более подходящий в ходе хирургического вмешательства.

И, конечно же, косметический результат лучше при многомоментных операциях, когда методом липофилинга устраняются возможные неровности контура воссозданной молочной железы, а контрлатеральная железа восстанавливается по объему и форме оперированной. Общеизвестно, что эффект двусторонней коррекции молочных желез всегда более очевиден.

В этой связи мы приводим результаты нашей первой операции с билатеральной пластикой молочных желез.

Больная А., 38 лет, поступила в торакоабдоминальное отделение Волгоградского областного клинического онкологического диспан-

сера № 1 с подозрением на злокачественное заболевание правой молочной железы. Опухоль была обнаружена при профилактическом осмотре в поликлинике по месту жительства. На маммографии в верхних квадрантах правой молочной железы зафиксирована тень в виде звезды 2,0 см в диаметре с просветлением в центре. На УЗИ молочных желез справа определяется гипоехогенное образование с нечетким контуром 1,9 x 0,7 см. Зоны лимфооттока без особенностей. Выполнена пункционная биопсия опухоли. При цитологическом исследовании получены клетки рака.

При осмотре и пальпации – опухоль 2 см в диаметре, расположена на границе верхних квадрантов правой молочной железы в удалении 5 см от сосково-ареолярного комплекса, спаянная с окружающими тканями, без четких границ. Подмышечные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Возрастной мастоптоз 3-й степени (опущение ареолы ниже субмаммарной складки более 3 см). Выявлена врожденная ассиметрия молочных желез (рис. 1. Маркировка «5 см» и «3 см»).

По стандарту предложено хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии либо радикальной резекции правой молочной железы. Однако пациентка выразила настойчивое желание максимального косметического эффекта и предпочла пластическую операцию. Одностороннее вмешательство на фоне мастоптоза изначально не обещало достойного результата, о чем больная и была информирована. Принято решение выполнить подкожную мастэктомию справа с одномоментной имплантацией силиконового протеза и аугментацию (увеличение) левой молочной железы.

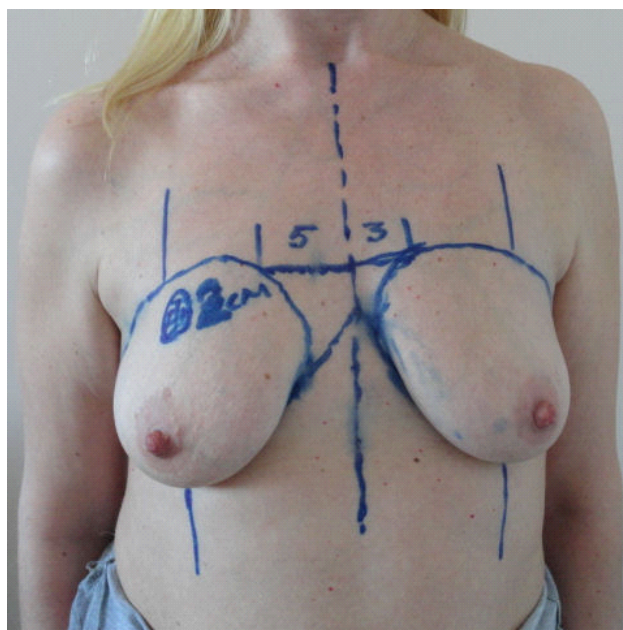


Рис. 1. Предоперационная разметка. Справа указана локализация и размер опухоли

Нацеленность больной на максимальный результат и согласие на двусторонний подход поставило перед нами новые задачи. Предстояло впервые в нашей практике установить два разных по объему имплантата – больший справа и меньший слева. При этом форма правой искусственной железы должна быть максимально приближена к форме левой, распластанной на имплантате меньшего размера. Кроме того, мы прогнозировали сложности при попытке полного мышечного укрытия имплантата увеличенного объема в межпекторальном мышечном кармане после мастэктомии справа и трудности низведения его нижнего контура строго до субмаммарной складки. Мы опасались его более высокого расположения относительно левой молочной железы, что было бы абсолютно неприемлемым нарушением симметрии. Решение вопроса посредством вставки дорогостоящего аллодерма было для нас недоступным. Нам оставалось при необходимости разрушения субмаммарной складки формировать ее заново местными тканями, что в итоге и было произведено.

В результате измерений мы выбрали для пластики правой молочной железы анатомический высокий имплантат объемом 350 см<sup>3</sup> со «средней плюс» проекцией (CPG 332), а для аугментации левой молочной железы – круглый

имплантат средней величины со средней проекцией (CPG 221) объемом 175 см<sup>3</sup>. Вся продукция представлена фирмой Mentor (США).

Операция состоялась. Через радиарный разрез выполнена подкожная мастэктомия справа с сохранением ареолярного комплекса и полной регионарной лимфаденэктомией. От грудной стенки отсепарована большая грудная мышца, в межпекторальное пространство установлен имплантат объемом 350 см<sup>3</sup>. Возможно полное мышечное укрытие протеза, однако низведение его до уровня левой субмаммарной складки проблематично. Волокна большой грудной мышцы отсечены у места прикрепления к ребрам и сформирована правая субмаммарная складка на должном уровне с помощью внутренних и внешних фиксирующих швов на марлевых амортизаторах, исключая прорезывание швов и их несостоятельность.

Аугментацию «здоровой» молочной железы мы выполняли согласно общепринятым канонам пластической хирургии, используя субмаммарный мини-доступ, считая его наиболее эстетичным и скрытым. Имплантат без трудностей был установлен ретромаммарно. Ткань молочной железы ушита узловыми швами, сформирован внутрикожный шов (рис. 2). Продолжительность операции – 2 часа.



Рис. 2. Интраоперационное фото после завершения операции

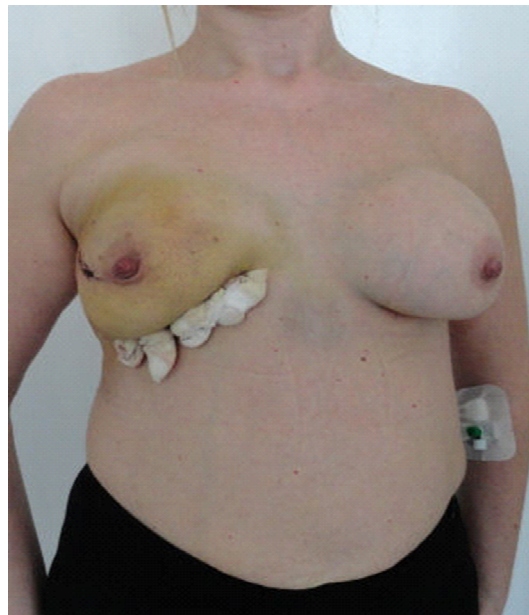


Рис. 3. 14-е сутки послеоперационного периода. Фиксирующие швы не сняты

Гистологическое заключение: высокодифференцированный инфильтрирующий протоковый рак, в лимфоузлах метастазов не обнаружено. При иммуногистохимическом исследовании прогестеронэстрогеновый рецепторный статус положительный. Заключительный диагноз: рак молочной железы T2N0M0G1.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Лимфорея в среднем объеме 60 мл сохранялась в течение 7 суток. Косметические внутрикожные швы удалены на 14-е сутки, а швы, фиксирующие правую субмаммарную складку, мы удержали в течение 3 недель (рис. 3). В послеоперационном периоде использован эластичный

утягивающий корсет с градацией степени компрессии на контуры молочных желез. Учитывая положительный гормональный статус опухоли, первую стадию злокачественного процесса в качестве гормонотерапии первой линии, рекомендован пятилетний прием препарата

антиэстрогенов. Назначен тамоксифен в стандартной дозировке 10 мг 2 раза в сутки в течение 5 лет. Наблюдение в течение года не выявило признаков прогрессирования заболевания и осложнений, связанных с установкой имплантатов (рис. 4).



Рис. 4. Отдаленный послеоперационный результат. Молочные железы симметричны, птоз молочных желез редуцирован до 1-й степени (ареолы на уровне субмаммарных складок)

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Не нарушая онкологических принципов лечения рака молочной железы, мы избежали послеоперационных осложнений и своевременно приступили к лекарственному лечению нашей пациентки, добившись лучших эстетических результатов. Сохранена форма молочных желез, увеличен их объем и редуцирован птоз.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Галич С. П., Пинчук В. Д. Реконструктивная хирургия груди. – Киев, 2011. – 264 с.
2. Хвастунов Р. А., Толстопятов С. Е. // ВМЖ. – 2014. – № 2 (42). – С. 58–61.
3. Школа реконструктивной и эстетической хирургии молочной железы. Продвинутый курс по реконструктивной и эстетической хирургии молочной железы. – Москва, 11–12 марта 2014 г.