

А.В. Кчеусо¹, В.О. Шаров¹, С.В. Мулендеев¹,
В.А. Скворцов², Т.Е. Кошелев¹, О.В. Власьева¹,
С.Г. Шаповалов³, И.А. Соловьев¹

Возможности использования торакодорсального лоскута при реконструкции молочной железы

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

³Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова
Министерства по чрезвычайным ситуациям России, Санкт-Петербург

Резюме. Описан случай успешного лечения пациентки, страдающей раком молочной железы. Выполнена операция, в ходе которой успешно закрыт послеоперационный дефект молочной железы с помощью перемещения широчайшей мышцы спины. Первым этапом выполнено удаление верхнего внутреннего квадранта правой молочной железы, в проекции которого была расположена злокачественная опухоль. Резекция выполнена в пределах здоровых тканей. Из отдельного разреза в правой подмышечной области выполнено удаление лимфатических узлов 1–3 группы. Вторым этапом мобилизована широчайшая мышца спины с кожным островком, через сформированный подкожный туннель лоскут перемещен в реципиентную зону в соответствии с оптимальной дугой ротации. Операция закончена дренированием правой подмышечной области, реципиентной зоны. Косметический эффект достигнут полностью. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены на 4 сутки. Проведена адъювантная лучевая терапия на область правой молочной железы с последующей гормонотерапией тамоксифеном 20 мг в сутки. В настоящее время пациентка чувствует себя хорошо, двигательная активность в правой верхней конечности сохранена в полном объеме.

Ключевые слова: рак молочной железы, онкопластические операции, квадрантэктомия, лимфодиссекция, дренирование, послеоперационный дефект, кожно-мышечный лоскут широчайшей мышцы спины.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологической заболеваемости среди женщин сохраняет лидирующую позицию. Основным методом лечения РМЖ по-прежнему остается хирургический в объеме радикальной мастэктомии.

Во многих онкологических центрах мастэктомия выполняется в 70–80% случаев среди всех вмешательств на молочной железе. Отсутствие молочной железы приводит не только к эстетическим недостаткам, но и нарушает психоэмоциональный статус женщины, мешает ее социальной адаптации [1]. Успехи комплексного лечения РМЖ и улучшение результатов отдаленной выживаемости позволили выполнять намного больше органосохраняющих операций (ОСО), но иногда они не отвечают принципам радикализма и удовлетворительному эстетическому результату. Это связано в большинстве случаев с дефицитом собственных тканей при закрытии полученного дефекта после секторальной резекции [1, 3].

Применение онкопластических методик при ОСО позволяет достичь большей радикальности за счет резекции больших объемов паренхимы железы, без угрозы получить дефицит собственных тканей, что в конечном итоге уменьшает риск развития рецидива заболевания и приводит к удовлетворительному эстетическому результату.

Реконструкция груди с помощью лоскута широчайшей мышцы спины приобрела популярность в 70-х

годах XX в., благодаря N. Olivari [2], предложившему метод закрытия язвы, образовавшейся после лучевой терапии. По мнению J. Disa [4], идеальными кандидатами на реконструкцию собственными тканями являются:

- 1) пациентки со средним индексом массы тела;
- 2) больные с начальными формами рака (T1), которым показана ОСО, но ее выполнение невозможно в связи с дефицитом собственных тканей;
- 3) пациентки, психологически толерантные к возможным осложнениям.

Цель исследования. Показать возможность успешного использования кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы для реконструкции молочной железы.

Результаты и их обсуждение. В клинику военно-морской хирургии обратилась женщина 60 лет с жалобой на уплотнение в области верхневнутреннего квадранта правой молочной железы, которое обнаружила самостоятельно в феврале 2016 года. С целью уточнения локализации и местного распространения опухоли, исключения отдаленных метастазов пациентке была выполнена билатеральная маммография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, компьютерная томография

грудной и брюшной полости, а также выполнена трепан-биопсия пальпируемого новообразования. Полученный материал отправлен на гистологическое исследование, также выполнена иммуногистохимия. Заключение: инвазивный протоковый рак, G2. Иммуногистохимический статус: ER – 8 баллов, PgR – 8 баллов, HER2 – негативный, KI67 – 16%. По результатам дообследования, данных за отдаленные метастазы не получено. Таким образом, выставлен предварительный диагноз: карцинома правой молочной железы (с) T1CNXM0. Люминальный В тип. 16.03.2016 г. в клинике военно-морской хирургии выполнена операция: квадрантэктомия, лимфодиссекция, маммопластика широчайшей мышцей спины.

Первым этапом выполнено удаление верхнего внутреннего квадранта, в проекции которого располагалась опухоль. Из отдельного разреза в правой аксиллярной области выполнено удаление лимфатических узлов 1–3 уровней (рис. 1).

Вторым этапом выполнена мобилизация широчайшей мышцы спины с кожным островком (рис. 2) через сформированный подкожный туннель, лоскут перемещен в реципиентную зону в соответствии с оптимальной дугой ротации (рис. 3).

Перемещенный кожно-мышечный лоскут фиксирован отдельными узловыми швами в зоне после-

операционного дефекта. В заключение выполнено дренирование аксиллярной области и реципиентной зоны. Косметический эффект достигнут полностью (рис. 4, 5).

Послеоперационный период протекал без особенностей, больная была выписана на 7 сутки после хирургического вмешательства.

Гистологическое заключение: инвазивный протоковый рак, G2, 1,5 мм максимального измерения, исследованные лимфатические узлы без метастатического поражения.



Рис. 3. Ротированный лоскут широчайшей мышцы спины



Рис. 1. Правая молочная железа после удаления опухоли и аксиллярной лимфодиссекции



Рис. 4. Окончательный вид реконструированной молочной железы через четыре недели после операции



Рис. 2. Мобилизованный лоскут широчайшей мышцы спины



Рис. 5. Окончательный вид донорской зоны спины

Окончательный диагноз: рак правой молочной железы pT1bN0M0 (IA стадия). Люминальный В тип.

Заключение.

В адьювантном режиме больная получает курс дистанционной лучевой терапии 45 Грей на область правой молочной железы на фоне гормонотерапии тамоксифеном 20 мг в сутки, находится под динамическим наблюдением. В настоящее время пациентка чувствует себя хорошо, двигательная активность правой верхней конечности сохранена в полном объеме.

Литература

1. Галич, С.П. Реконструктивная хирургия груди: руководство для врачей / С.П. Галич, В.Д. Пинчук. – Киев: Книга-плюс, 2011. – 264 с.
2. Нечушкин, М.Д. Рак молочной железы: факторы прогноза / М.Д. Нечушкин, А.Б. Петровский // Врач. – 2003. – № 10. – С. 9–11.
3. Сарибекян, Э.К. Атлас операций при злокачественных опухолях молочной железы: научно-практическое издание / Э.К. Сарибекян [и др.]. – М.: Практическая медицина, 2015. – 120 с.
4. Disa, J.R. Mastectomy with immediate breast reconstruction: issues and answers / J.R. Disa, R.V. Dowden, R.J. Yetman // Cleve Clin. J. Med. – 1992. – Vol. 59. – P. 499–503.

A.V. Kcheuso, V.O. Sharov, S.V. Mulendeev, V.A. Skvortsov, T.E. Koshelev, O.V. Vlas'eva, S.G. Shapovalov, I.A. Soloviev

The possibility of using thoracodorsal flap in mammary gland reconstruction

Abstract. This example describes a clinical case of successful treatment of patients with mammary cancer: surgery carried out in which the defect was successfully closed postoperative mammary defect by moving the latissimus dorsi muscle. Namely, the first stage performed removing the upper inner quadrant of the right mammary gland, in which the malignant tumor of the projection was located. From a single incision in the right axillary region performed the removal of lymph nodes. The second stage mobilized latissimus dorsi with cutaneous island, formed through a subcutaneous tunnel flap is moved into a recipient zone in accordance with the optimal rotation arc. Operation is finished by draining of right axillary area and recipient area. Cosmetic effect is fully achieved. Postoperative period proceeded without complications. Drains have been removed on day 4. Adjuvant radiotherapy on the right mammary gland, with subsequent hormone therapy with tamoxifen 20 mg per day was implemented. Currently, the patient feels well, physical activity in the right upper limb retained in full.

Key words: breast cancer, oncoplastic surgery, quadrantectomy, lymphodissection, drainage, postoperative defect, latissimus dorsi.

Контактный телефон: 89046016158; e-mail: Kcheuso@mail.ru