

Онкопластическая хирургия в реабилитации больных раком молочной железы

 Галкин Всеволод Николаевич, главный врач

 Москва, ул. Бауманская, д. 17/1  +7 (499) 261-30-42  www.gkobl.ru

Городская клиническая онкологическая больница № 1

КОМАНДА



Всеволод Галкин

д. м. н., профессор, главный врач



Мария Ермоценкова

к. м. н., заведующий I онкологическим отделением (онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы), доцент кафедры онкологии, радиотерапии и пластической хирургии ПМГМУ им. И. М. Сеченова



Обоснование актуальности

В настоящее время существует возможность выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств (ОСО) как на начальных стадиях РМЖ, так и после неоадьювантного лечения благодаря совершенствованию методов лекарственной и лучевой терапии, контролю краев резекции молочной железы. Однако радикальная резекция в классическом варианте приводит к неизбежной деформации молочной железы в большинстве случаев.

При наличии противопоказаний к радикальной резекции выполняют радикальную мастэктомию с последующими физическими и эмоциональными



последствиями: утратой органа, потерей женственности, сексуальности, привлекательности и необратимыми изменениями в социальной жизни.

В связи с этим наряду с решением онкологических задач на первый план выходят вопросы хирургической реабилитации, главная составляющая которой — реконструкция молочной железы — становится единственным и эффективным решением данной проблемы. Широкое внедрение в практику получили онкопластические радикальные резекции (OPS-BCS = oncoplastic surgery — breast conserving surgery). Данный термин подразумевает резекцию молочной железы по поводу рака с использованием методов пластической хирургии для восстановления формы молочной железы, в большинстве случаев с одномоментной коррекцией контралатеральной молочной железы. Имеется много вариантов онкопластических резекций. Техника и ход операции диктуются онкологической ситуацией, формой молочных желез, особенностями состояния тканей, основными приемами хирурга.

По нашему мнению, преимущество онкопластических резекций заключается в возможности удаления больших объемов железистой ткани при наличии больших размеров молочных желез и воссоздании формы железы с использованием различных методик редукционной маммопластики, что может быть применимо также у больных после неoadьювантного лекарственного лечения с эффектами частичной или полной регрессии при желании больной выполнить органосохраняющее лечение. Кроме соблюдения абластических принципов операции, важным аспектом является безопасность вмешательства, так как происходит не только уменьшение размеров железы, но и перенос сосково-ареолярного комплекса (САК). При невозможности выполнения ОСО с онкопластическим компонентом, небольших размерах молочных желез, наличии неблагоприятных факторов прогноза на первый план выступают реконструктивные вмешательства с использованием аутологичных лоскутов (TRAM, TDL) или искусственных материалов при необходимости выполнения подкожной/кожесохранной радикальной мастэктомии.

Цель и задачи

Разработка системного подхода к одномоментной хирургической реабилитации больных раком молочной железы за счет расширения спектра операций и хирургических методик, способствующих достижению стойких эстетических результатов.

В Российской Федерации предложены методики ОСО при раке молочной железы, позволяющие не только исключить формирование послеоперационных дефектов, но и улучшить эстетический вид молочной железы.

Описание проекта

С 2013 по 2020 год в Городской клинической онкологической больнице № 1 ДЗМ и МНИОИ им. П. А. Герцена органосохраняющие операции были выполнены 755 больным РМЖ средним возрастом 57,7 лет. 0 стадия диагностирована в 41 случае (5,4 %), I T1N0M0 — 400 (53 %), IIA T0N1M0 — 1 (0,1 %),

КОМАНДА



Олеся Старцева

д. м. н., врач-онколог I онкологического отделения (онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы), профессор кафедры онкологии, радиотерапии и пластической хирургии ПМГМУ им. И. М. Сеченова



Татьяна Бересток

врач-онколог I онкологического отделения



Иван Воленко

врач-онколог I онкологического отделения



Гаджи Рохоев

к. м. н., врач-онколог I онкологического отделения



▲ В случае невозможности сохранить орган хирурги проводят онкопластическую резекцию молочной железы

T1N1M0 — 96 (12,7 %), T2N0M0 — 115 (15,2 %), IIB T2N1M0 — 42 (5,6 %), IIB T3N0M0 — 2 (0,3 %), IIIA T1N2M0 — 22 (3 %), T2N2M0 — 10 (1,3 %), T3N1M0 — 1 (0,1 %), T3N2M0 — 2 (0,3 %), IIIC T1N3M0 — 6 (0,8 %), T2N3M0 — 15 (2 %), TON3M0 — 1 (0,1 %), IIIB T4N0M0 — 1 (0,1 %). Большинство пациенток находились в менопаузе — 538 (71,2 %).

Неoadьювантное лекарственное лечение было проведено в 60 случаях, из которых в 4 — противоопухолевая гормональная терапия. Частичная регрессия (PR) была установлена в 50 (83,3 %) случаев, полная регрессия (CR) — 10 (16,7 %).

Локализация опухоли в верхне-наружном квадранте была отмечена у 325 больных (43 %), ниже-наружном — 60 (8 %),

нижне-внутреннем — 35 (4,6 %), верхне-внутреннем — 87 (11,5 %), центральном — 41 (5,4 %), на границе верхних квадрантов — 94 (12,5 %), границе нижних — 33 (4,4 %), границе наружных — 62 (8,2 %), границе внутренних — 18 (2,4 %).

Радикальная резекция в классическом варианте была выполнена 325 больным РМЖ, онкопластические резекции в различных модификациях — 430. Распределение больных по виду ОПР представлено в таблице 1.

Инвазивный рак без признаков специфичности был диагностирован у 606 (80,3 %) пациенток, инвазивный дольковый — 52 (6,9 %), комбинированный — 24 (3,1 %), муцинозный — 21 (2,8 %), другие формы, включая *in situ*, — 52 (6,9 %).

НАРЯДУ С РЕШЕНИЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫХОДЯТ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ОДНА ИЗ ГЛАВНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ КОТОРОЙ – РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Таблица 1. | Виды онкопластических резекций.

Вид операции — онкопластической резекции молочной железы в зависимости от методики	Число больных	%
Модифицированная методика E. Hall-Findlay >	114	26,5
верхне-медиальная glandулярная ножка	56	
верхне-латеральная glandулярная ножка	12	
комбинированная glandулярная ножка (верхне-медиальная и нижняя)	22	
комбинированный кожно-glandулярный лоскут	14	
комбинация двух отдельных glandулярных ножек — верхне-медиальной и нижней	10	
Методика T-invers >	157	36,5
на верхней glandулярной ножке	29	
на нижней glandулярной ножке	128	
Методика D. Hammond >	2	0,5
Методика Round-block >	48	11,2
Методика Batwing >	23	5,3
SBW-методика >	42	9,8
Z-методика треугольника >	7	1,6
Торакодорзальный лоскут >	7	1,6
Торакоепигастральный лоскут >	5	1,2
Методика M. Lejour >	11	2,6
Методика Grisotti >	5	1,2
TDAP-лоскут (перфорантный лоскут a. thoracodorsalis) >	1	0,2
Методика подкожного скользящего glandулярного лоскута >	8	1,8
Итого: >	430	100

МЕТОДИКИ ОНКОПЛАСТИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ

Выбор конкретной методики органосохраняющей операции зависел от локализации, размеров, иммуногистохимического и гистологического типа опухоли, размеров молочной железы, соотношения размеров опухоли и молочной железы, желаний пациентки. Виды онкопластических резекций, используемые в 430 случаях, представлены в таблице 1.

Ротационные лоскуты при ОПР (N = 430) применены в 175 (40,7 % от числа ОПР) случаях и были представлены glandулярными лоскутами модифицированной методики E.-Hall Findlay, торакодорзальным лоскутом,

торакоепигастральным лоскутом, перфорантным лоскутом торакодорзальной артерии, комбинированными glandулярными и кожно-glandулярными лоскутами (табл. 1).

На основании разработанных методик онкопластических резекций получены патенты на изобретение (табл. 2).

118 больным из 430 (27,4 %) при онкопластических резекциях одномоментно была выполнена редукционная маммопластика с контралатеральной стороны для получения лучших эстетических результатов.

Таблица 2. | Патенты на изобретение методик онкопластических резекций.

Авторы	Название изобретения	Номер патента, дата
Зикиряходжаев А. Д., Ермошеникова М. В., Каприн А. Д.	Способ одномоментной пластики молочной железы при органосохраняющем хирургическом лечении рака I и II стадий при локализации опухоли внутренних квадрантов	№ 2585427, зарегистрирован 17.04.2015
Зикиряходжаев А. Д., Ермошеникова М. В., Каприн А. Д.	Способ одномоментной реконструкции молочной железы при органосохраняющем хирургическом лечении рака при локализации опухоли в наружных квадрантах	№ 2597143, зарегистрирован 16.08.2016
Зикиряходжаев А. Д., Ермошеникова М. В., Каприн А. Д.	Способ одномоментной реконструкции молочной железы при органосохраняющем хирургическом лечении рака при локализации опухоли в наружных квадрантах	№ 2623453, зарегистрирован 26.06.2017
Зикиряходжаев А. Д., Ермошеникова М. В., Каприн А. Д.	Способ одномоментной пластики молочной железы при органосохраняющем хирургическом лечении рака при локализации опухоли во внутренних квадрантах	№ 2649530, зарегистрирован 03.04.2018

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

У десяти пациенток при срочном и плановом морфологическом исследовании были выявлены позитивные края резекции, что потребовало ререзекции краев до негативного состояния последних в случае получения срочного интраоперационного ответа и мастэктомии — в случае получения планового ответа.

В группе органосохраняющих операций лимфорея, как основное раннее осложнение после операций на молочной железе и зонах регионарного лимфоттока, присутствовала у 100 % больных. Расхождение швов было отмечено у 8 (2,6 %) больных, преимущественно в зоне Т-образного шва после онкопластических резекций. Некроз кожного лоскута имел место в 2 (0,6 %) случаях при применении кожно-глангулярного ротационного лоскута.

На основании разработанных методик онкопластических резекций специалисты ГКОБ № 1 получили патенты на изобретение



При анализе эстетических результатов и психологических критериев мы использовали собственный зарегистрированный авторский опросник «Оценка косметических результатов после органосохраняющих операций, онкопластических резекций, реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы».

Согласно данному опроснику результат считали отличным при получении среднего балла от 5 до 4, хорошим — от 4 до 3, удовлетворительным — от 3 до 2, неудовлетворительным — от 2 до 0.

Косметические хирургические результаты представлены в таблице 3.

При сравнении с реконструктивно-пластическими операциями с использованием



Таблица 3. | Эстетические результаты органосохраняющих операций, онкопластических резекций у больных раком молочной железы.

Критерий оценки	Средний балл	Результат
Симметричность молочных желез >	4,5 ± 0,08	отличный
Соответствие желаемой форме молочных желез / молочной железы >	4,7 ± 0,06	отличный
Соответствие необходимому размеру молочных желез / молочной железы >	4,7 ± 0,05	отличный
Наполненность верхнего склона реконструированной молочной железы >	4,7 ± 0,06	отличный
Наполненность нижнего склона реконструированной молочной железы >	4,8 ± 0,04	отличный
Контур субмаммарной складки реконструированной молочной железы >	4,9 ± 0,04	отличный
Симметричность субмаммарных складок >	4,8 ± 0,04	отличный
Расположение субмаммарных складок на одном уровне >	4,8 ± 0,05	отличный
Соответствие диаметра сосковоареолярных комплексов размеру реконструированной молочной железы >	4,7 ± 0,07	отличный
Видимость послеоперационного рубца >	4,5 ± 0,1	отличный
Объемный дефект в области послеоперационного рубца >	4,6 ± 0,08	отличный
Контурная деформация реконструированной молочной железы >	4,8 ± 0,05	отличный
Определение узлов шовного материала под кожей >	4,8 ± 0,05	отличный
Естественная чувствительность кожных покровов реконструированной молочной железы >	4,5 ± 0,08	отличный
Чувствительность сосков >	4,5 ± 0,08	отличный
Средний балл >	4,8 ± 0,05	отличный

Таблица 4. | Анализ психологических критериев после органосохраняющих операций, онкопластических резекций у больных раком молочной железы.

Критерий оценки	Средний балл	Результат
Совпадение желаемого эстетического результата с полученным >	4,8 ± 0,04	отличный
Уменьшение депрессивных явлений, связанных со страхом физического послеоперационного дефекта >	4,9 ± 0,03	отличный
Восприятие себя сексуально привлекательной без одежды >	4,3 ± 0,11	отличный
Наличие комплекса физического дефекта без одежды >	4,4 ± 0,09	отличный
Взаимопонимание с мужем, партнером >	4,8 ± 0,07	отличный
Средний балл >	4,6 ± 0,06	отличный



▲ Вариантов онкопластических резекций много. Техника и ход операции диктуются онкологической ситуацией, формой молочных желез, основными приемами хирурга

различных имплантатов в группе органосохраняющих операций / онкопластических резекций отмечены лучшие эстетические и психологические результаты.

Пятилетние онкологические результаты проанализированы у 620 больных. Локорегионарные рецидивы выявлены у 7 (1,13 %)

больных (6 — местные, 1 — регионарный). Прогрессирование основного заболевания диагностировано у 9 (1,45 %) пациенток (метастатическое поражение костей — 4, печени — 2, легких — 2, мозга — 1, летальный исход — 2).

Перспективы развития

Онкопластические резекции — новое направление хирургического лечения рака молочной железы, варианты которого разработаны авторами и внедрены в практическое здравоохранение в Российской Федерации в городской клинической онкологической больнице № 1 и МНИОИ им. П. А. Герцена.

Данный вариант хирургического лечения внесен в клинические рекомендации общероссийской общественной организации «Российское общество онкомамологов» по диагностике и лечению рака молочной железы в раздел «Лечение рака молочной железы».

Преимущества операции:

- 1) абластичная операция с хорошим косметическим результатом;
- 2) сопровождается наименьшими травматичностью, кровопотерей, временем операции

- и послеоперационным периодом реабилитации в отличие от радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией;
- 3) является адекватной альтернативой радикальной мастэктомии с реконструкцией при правильном отборе больных РМЖ;
- 4) приводит к более быстрому психологическому восстановлению больных в связи с сохранением ощущения целостности органа.

Рекомендации: при наличии показаний к органосохраняющему лечению РМЖ и желании больной. На хирургическом этапе лечения пациентке должны быть предложены методики онкопластической хирургии с целью эффективной реабилитации, профилактики психоэмоциональных стрессов и быстрого возвращения к активной социальной жизни. ММ

ОНКОПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ — АДЕКВАТНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ, СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИМЕНЬШЕЙ ТРАВМАТИЧНОСТЬЮ И КРОВОПОТЕРЕЙ