

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*В работе отражены современные аспекты восстановительного лечения больных раком молочной железы. Подробно описаны методы реконструктивно-восстановительных операций после экстирпации молочной железы, их преимущества и недостатки. Освящены вопросы комплексной реабилитации этих больных, позволяющие улучшить их качество жизни и процессы социально-трудовой адаптации.*

**Ключевые слова:** рак молочной железы, реконструктивно-восстановительные операции, реабилитация.

**Введение.** Инвалидизация больных раком молочной железы (РМЖ) продолжает оставаться в центре внимания современной клинической онкологии [1,2]. При этом, основным видом оперативного вмешательства остаётся такая калечащая операция, как радикальная мастэктомия, которая влечет за собой физические и эмоциональные последствия, важнейшими из которых являются утрата органа, потеря женственности, сексуальности, привлекательности, что приводит к необратимым изменениям в социальной жизни [1,3,4].

Эта проблема особо остро стоит у пациенток молодого возраста, для которых психологическая травма после такого вида операции становится непреодолимым барьером. В данной ситуации реконструкция молочной железы является единственным и эффективным решением этой проблемы. Она выполняется непосредственно (первичная) или спустя некоторое время (отсроченная) после удаления молочной железы [5,6].

На сегодняшний день существуют три основных метода реконструктивно-восстановительных операций после экстирпации молочной железы [7,8,9,10]:

- 1) использование собственных тканей;
- 2) применение искусственных имплантатов;
- 3) их комбинация.

Обязательным условием хорошего результата оперативного вмешательства является достижение симметрии с контралатеральной стороной. При этом, на выбор метода реконструкции влияет ряд параметров (возраста пациентки, её соматического состояния и т.п.) [11,12,13].

Одним из наиболее распространённых, малотравматичных и надёжных методов является метод перемещения торако-дорсального лоскута. Однако необходимо учитывать, что лишь в сочетании с силиконовыми имплантатами можно получить хороший эстетический результат, восполняя полный объем утраченного органа. Перемещенный лоскут состоит из широчайшей мышцы спины и торако-дорсальных сосудов. Данный способ пластики широко используется при органосохраняющих операциях. Недостатками применения торако-дорсального лоскута являются: большая поверхность рубцов, деформация контура спины при заборе большого объема мышцы, а также - контраст кожи спины грудной и стенки.

Реконструкция молочной железы с использованием лоскута на основе прямых мышц живота (TRAM-лоскут) гораздо более сложна и сопряжена с довольно частой необходимостью в трансфузии крови и ее компонентов. Преимуществами данной методики являются адекватное кровоснабжение перемещенного лоскута при условии правильного технического обеспечения, возможность восстановления полного объема без использования имплантанта, эстетичность рубца в зоне забора лоскута, минимизация вмешательства на контралатеральной железе, изменение объема при изменении массы тела. Питающими сосудами являются глубокие нижние эпигастральные артерия и вены, выделенные до уровня входа в мышцу и пересеченные в области соединения с подвздошными сосудами. Однако учитывая, что данный тип вмешательства является травматичным, существуют противопоказания для реконструкции TRAM-лоскутом: ожирение, сахарный диабет, хронические заболевания сердечно-сосудистой системы и легких и др..

В настоящее время в пластическую хирургию широко внедряются методы с использованием микрососудистых анастомозов. Преимуществами данной методики являются большая надежность традиционных методов перемещения лоскутов на питающей ножке, возможность в один этап перенести на место утраченного органа большие объемы тканей, по консистенции сходные с тканями молочной железы.

Таким образом, метод перемещения лоскута на одной питающей ножке с наложением дополнительных анастомозов между сосудами лоскута и подмышечными сосудами (TRAM-лоскут с дополнительным анастомозом - «с подкачкой») получает широкое распространение. Использование свободного TRAM-лоскута (на микрососудистых анастомозах) не зависит от реципиентной зоны, позволяет моделировать и располагать его в различных вариантах, требуемых в конкретной операционной ситуации, а также менее травматично со стороны передней брюшной стенки (образование грыжи).

Питающими сосудами этого лоскута являются нижние эпигастральные артерия и вена, которые далее анастомозируются с торако-дорсальными сосудами, огибающими лопатку, или внутренними маммарными сосудами. Более совершенным методом реконструкции является DIEP - лоскут, при котором выделяются нижние эпигастральная артерия и вена без мышцы.

Реконструктивно-восстановительные операции на молочной железе с применением силиконовых протезов значительно проще в техническом аспекте, менее травматичны, и, поэтому, наиболее часто применяются в онкомамологической практике.

Имеются два варианта имплантов: эндопротез, заполненный силиконовым гелем или физиологическим раствором, и тканевой экспандер, используемый для растяжения тканей с дальнейшей заменой на эндопротез. Существует комбинированный экспандер и эндопротез (Беккера), при установке которого возможно выполнение эндопротезирования за один этап.

К недостаткам данного метода следует отнести длительную лимфорею, капсулярную контрактуру, миграцию протеза или экспандера, инфекционные осложнения, приводящие иногда к необходимости удаления имплантата, разрывы и диффузия геля, проблемы порта. Однако с развитием новейших технологий современные протезы имеют многослойные оболочки, гель, обладающий высокой степенью связанности, текстурированную поверхность.

Реконструкцию сосково-ареолярного комплекса, также как и корригирующие операции на контралатеральной молочной железе, проводят отсрочено, обычно через 6 месяцев после первой операции. Наиболее часто для воссоздания соска используются местные кожные лоскуты, ареола восстанавливается при помощи пересадки кожи из паховой складки или внутрικοжной татуировки.

Необходимо отметить, что реабилитационные мероприятия (это особенно важно для пациенток молодого возраста) начинаются с момента постановки диагноза РМЖ. В них участвуют группа специалистов: районный онколог, хирург, радиолог, химиотерапевт, психолог, физиотерапевт.

Возникновение ранних или поздних послеоперационных осложнений существенно влияет на психологическое состояние пациентки [3,6,7,11].

После выписки из стационара больным, перенесшим операцию на молочной железе, рекомендуется: не прекращать выполнять упражнения, принимать теплые ванны, ограничивать нагрузки на «большую» конечность, проводить периодическую элевацию руки, стараться избегать повреждений и микротравм [14].

Реабилитация больных РМЖ должна начинаться на догоспитальном этапе, продолжаться в условиях стационара и после выписки из него в течение динамического наблюдения, особенно первый год от момента постановки диагноза. Реконструкция молочной железы является хирургическим этапом комплексной реабилитации больных РМЖ. При полноценной реабилитации возвращение пациенток к активной жизни происходит достаточно эффективно [15,16].

**Заключение.** Применение имеющегося на сегодняшний день арсенала восстановительного лечения больных РМЖ позволяет улучшить качество жизни и процессы социально-трудовой адаптации данных пациенток.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кабилдина Н.А., Шериева Т.М., Кабилдин К.С. и др. Клиническая и экспертная характеристика впервые освидетельствованных больных раком молочной железы // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 5. – С. 32-35.
- 2 Братусь Г.А. Инвалидность и профессиональная реабилитация женщин после радикального лечения рака молочной железы // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, № 3. – С. 51-52.
- 3 Ioanna Tsimopoulou, Sandro Pasquali, Ruth Howard et al. Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review // Annals of surgical oncology. – 2015. – Vol. 22, Issue 13. – P. 4117-4123.
- 4 Paulo Afonso Monteiro Pacheco Guimarães, Vanessa Contato Lopes Resende, Miguel Sabino Neto et al. Sexuality in aesthetic breast surgery // Aesthetic Plastic Surgery. – 2015. – Vol. 39, Issue 6. – P. 993-999
- 5 Блохин С.Н., Суздальцев И.В., Надеин К.В. Хирургическая реабилитация больных после радикального лечения рака молочной железы // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 88-89.
- 6 Ткаченко Г.А., Арсланов Х.С., Яковлев В.А. и др. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы в отдаленном периоде // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54, № 6. – С. 724-728.
- 7 Дмитриев А.А., Каретникова Е.С. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни пациенток с раком молочной железы // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. – № 4. – С. 573-576.
- 8 Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы. – М.: Медицина, 2011. – 144 с.
- 9 Зирияходжаев А.Д., Соболевский В.А., Чистяков С.С. и др. Реконструктивная хирургия и реабилитация больных раком молочной железы // РМЖ. Приложение. Онкология. – 2011. – Т. 2, № 2. – С. 42-43.
- 10 Цветкова Л.К. Реабилитация больных раком молочной железы в хирургическом отделении опухолей молочных желез. Роль медсестры // Медицинская сестра. – 2013. – № 2. – С. 9-12.
- 11 Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С. Использование опросника MAS SF-36 для изучения влияния реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы // Хирургия Украины. – 2011. – № 4 (40). – С. 99-103.
- 12 Рагозина М.Р., Самойленко В.М., Федун А.А. и др. Одномоментная реконструкция молочной железы при раке (обзор литературы) // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2009. – № 4. – С. 97-105.
- 13 Рыбачков В.В., Петровский Д.А., Васильев А.А. и др. Эстетические результаты реконструктивно-пластических операций при злокачественных опухолях молочных желез // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 3. – С. 78-80.
- 14 Хасанов Р.Ш., Шаймуратов И.М., Камалетдинов Р.Ш. и др. Ранняя выписка и курация больных раком молочной железы по способу «стационар на дому» как перспективное направление для ранней реабилитации онкологических больных // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 20-23.
- 15 Луд Н.Г., Луд Л.Н. Реабилитация больных раком молочной железы // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 39-51.
- 16 Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. – № 1. – С. 8-13.

**А.А. ХОЖАЕВ, Е.С. ТАНЖАРЫКОВ**  
СҮТ БЕЗІ ІСІГІМЕН АУЫРҒАН ЖАҒДАЙ БАРЫСЫНДА РЕКОНСТРУКТИВТІ-ҚАЙТА ҚАЛПЫНА  
КЕЛТІРУ ОПАЛАРЫ

**Түйін:** Бұл жұмыстан сүт безі ісігімен ауыратын науқастарды қайта қалпына келтіру бойынша емдеудің заманауи аспектілері. Сүт безі ісігін сылыптастағаннан кейін, олардың артықшылығы мен кемшілігінен кейін реконструктивті-қайта қалпына келтіру опаларын жасаудың әдістері жан-жақты айтылған. Осы науқастардың өмір сүру сапасын және әлеуметтік-еңбекке бейімделу процесін жақсартуға мүмкіндік беретін кешенді сауықтырудың мәселелері қамтылған.

**Түйінді сөздер:** сүт безі ісігі, реконструктивті-қайта қалпына келтіру опалары, сауықтыру.

**A.A. KHOZHAEV, E.S. TANZHARYKOV**  
RECONSTRUCTIVE AND RESTORATIVE OPERATIONS BREAST CANCER

**Resume:** The paper reflects the modern aspects of rehabilitation of patients with breast cancer. Describes in detail the methods of reconstructive and restorative operations after the extirpation of the breast, their advantages and disadvantages. Issues sanctified comprehensive rehabilitation of these patients, allowing them to improve the quality of life and the processes of social and labor adaptation.

**Keywords:** breast cancer, reconstructive and restorative operations, rehabilitation.