

УДК 618 Л 9-006-089.8
ББК 55.691.3-59
0-58

01-АМ Л-2544

**-58 Онкопластическая хирургия молочной железы / под ред. А. Д. Капри на,
А. Д. Зикиряходжаева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 312 с.: ил.
ISBN 978-5-9704-4079-7**

В издании, подготовленном специалистами Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, изложены актуальные вопросы онкопластической хирургии молочной железы: исторические аспекты, анатомия, морфологические особенности, онкологические и эстетические принципы. Представлены варианты органосохраняющих операций с одномоментной реконструкцией местными тканями, с замещением дефектов при сложных локализациях опухолевого процесса, разработанные на основе авторских методик редукционной маммопластики, подробно описана техника операций с поэтапными иллюстрациями. Указаны особенности хирургических осложнений, рецидивирования, комплексного и комбинированного лечения, реабилитации. Представлены эстетические результаты онкопластических резекций, рассмотрены психологические аспекты.

Предназначено для онкологов, хирургов, пластических хирургов, радиологов, патологоанатомов, реабилитологов, психологов, преподавателей медицинских вузов, клинических ординаторов и аспирантов кафедр онкологии и хирургии последипломного образования.

УДК 618.19-006-089.8
ББК 55.691.3-59

На лицевой стороне обложки и разворотах книги размещена фотография скульптуры Expansion («Расширение») скульптора Пэйдж Бредли, США, Нью-Йорк.

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

ISBN 978-5-9704-4079-7

© Коллектив авторов, 2017
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2017



ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые друзья, коллеги!

По нашим данным, опухоли женской репродуктивной системы занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности в Российской Федерации, а рак молочной железы является самой распространенной злокачественной патологией не только в нашей стране, но и во многих экономически развитых странах мира. Абсолютное число впервые установленного диагноза рака молочной железы в России, по данным за 2015 г., 66 621 случай, что составляет 11,4% всех злокачественных образований и 20,9% среди женского населения. В структуре смертности рак молочной железы по-прежнему находится на первом месте и составляет 16,7%, хотя следует отметить, что ежегодные показатели снизились на 1%.

Как вам хорошо известно, рак молочной железы — это системное заболевание, требующее комплексного подхода к лечению. Современные познания в этиологии, патогенезе, диагностике и лечении позволяют нам говорить о значительных успехах, произошедших за последние десятилетия в борьбе с этим грозным заболеванием. Новые открытия в молекулярно-генетической панели, деление на биологические подтипы согласно иммуногистохимическим параметрам, расширение возможностей лекарственного, гормонального, таргетного воздействия на опухоль привели к

улучшению показателей общей и безрецидивной выживаемости. Обращаю ваше внимание на то, что хирургия остается неотъемлемой и одной из главных частей комплексного лечения рака молочной железы. Как хирург-онколог, не могу не отметить тот факт, что, несмотря на рост числа больных с первично-операбельными формами, радикальная мастэктомия продолжает оставаться основным видом операций в большинстве клиник России. При наличии противопоказаний к органосохранным операциям мастэктомия является серьезной психоэмоциональной травмой для женщины. Результаты последних исследований показали, что свыше 50% женщин переживают расстройства в социальной и эмоциональной сферах после калечащих операций. Одной из актуальных проблем современной клинической онкологии является реабилитация данной категории больных, включающая разработку и внедрение реконструктивно-пластических операций при злокачественных новообразованиях молочной железы.

Попытки реконструкции молочной железы стали предприниматься еще в XIX в., а историческое развитие хирургии претерпело значительные изменения в середине и конце прошлого столетия. Поданным Американского общества пластических и реконструктивных хирургов, в настоящее время

на долю одномоментных реконструкций приходится свыше 70%. Собственные ткани являются оптимальным материалом для реконструкции, так как по консистенции наиболее близки к ткани молочной железы. Имея явные преимущества, реконструкция собственными тканями не лишена недостатков: дополнительный рубец в донорской зоне, длительное по сравнению с эндопротезированием время оперативного вмешательства и послеоперационной реабилитации. Нельзя не упомянуть, что более 60% реконструкций молочной железы выполняется с применением эндопротезов, в связи с тем что методика эндопротезирования проще в техническом плане, менее травматична, кроме того, короче срок послеоперационного восстановления больных. В отечественной практике недостаточно полно разработан индивидуальный подход к выбору методики реконструкции молочной железы с учетом всех показаний и противопоказаний. Вопрос технической разработки и анализа преимуществ и недостатков новых методов реконструкции, сравнение их со стандартными вариантами требуют дальнейшего изучения.

Огромный скачок в хирургии молочной железы произошел в 80-е годы прошлого столетия, когда один из основоположников консервативной хирургии Европейского института онкологии в Милане U. Veronezi предложил концепцию определения сторожевого лимфатического узла и сохранения молочной железы. Тогда в наш обиход вошли термины «лампэктомия», «квadrантэктомия» и «туморэктомия», широко известные в отечественной литературе как радикальные резекции. С тех пор консервативная хирургия переживала этапы взлета и падений. На сегодняшний день было бы неправильно говорить о сохранении молочной железы без ее эстетической составляющей. В связи с этим в нашем институте мы стали развивать направление эстетической хирургии при раке. Таким образом, в нашу повседнев-

ную практику вошел термин «онкопластическая резекция». За последние три с небольшим года мы выполнили более 500 операций данного вида. Зачастую эти операции сопровождаются симметризирующими вмешательствами на противоположной стороне, и мы можем говорить о полной первичной хирургической реабилитации наших пациенток. Имея такой опыт, с уверенностью утверждаем, что данные вмешательства должны внедряться повсеместно в онкологических клиниках нашей страны.

Дорогие друзья, в ваших руках уникальное для отечественной литературы издание, подготовленное специалистами Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена. В нем описаны актуальные вопросы онкопластической хирургии молочной железы: исторические аспекты, анатомия, морфологические особенности, онкологические и эстетические принципы данного варианта хирургического лечения рака молочной железы. Представлены органосохраняющие операции с одномоментной реконструкцией местными тканями, новые разработанные методики онкопластических резекций молочной железы на основе авторских методов редукционной маммопластики, с замещением дефектов при сложных локализациях опухолевого процесса, подробно описана техника операций с поэтапными иллюстрациями. Указаны особенности хирургических осложнений, рецидивирования, комплексного и комбинированного лечения, реабилитации. Приведены эстетические результаты онкопластических резекций, рассмотрены психологические аспекты у больных раком молочной железы.

Очень надеюсь, что эта монография станет настольным изданием и займет достойное место в вашей библиотеке, а методики и методология, описанные в ней, помогут вам в повседневной практике.

А.Д. Каприн

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие А.Д. Каприна.....	3
Предисловие А.Д. Зикирходжаева.....	5
Рецензия В.М. Иванова.....	7
Рецензия А.Х. Исмагилова.....	8
Рецензия В.А. Соболевского.....	9
Участники издания.....	11
Список сокращений и условных обозначений.....	13
Раздел 1. Общие вопросы.....	15
Глава 1. История эстетической хирургии молочной железы.....	17
Глава 2. Анатомия молочной железы.....	23
Глава 3. Стандартные подходы к органосохраняющему лечению больных раком молочной железы.....	45
Глава 4. Лучевые методы исследования молочных желез.....	60
Глава 5. Морфологические факторы риска рецидива заболевания при органосохраняющем лечении рака молочной железы.....	82
Глава 6. Онкологические принципы лечения рака молочной железы, неудовлетворительные результаты органосохраняющих операций.....	103
Глава 7. Лучевая терапия в сочетании с органосохраняющими операциями при раке молочной железы.....	120
Раздел 2. Органосохраняющие операции с одномоментной реконструкцией.....	129
Техники с замещением объема местными тканями.....	131
Глава 8. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием верхней ножки (операции по типу M. Lejour, T-инверс).....	131
Глава 9. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием нижней ножки (методика T-инверс и по типу SPAIR D. Hammond).....	145
Глава 10. Онкопластические резекции в модификации Elizabeth J. Hall-Findlay (использование верхнемедиальной и верхнелатеральной глангулярных ножек).....	162
Глава 11. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием техники мастопексии «ground block».....	188
Глава 12. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием комбинированной ножки (методика по типу John K. McKissok).....	198
Глава 13. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием техники «batwing».....	207
Глава 14. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием техники A. Grisotti.....	217
Глава 15. Онкопластическая резекция молочной железы с использованием В-пластики.....	224
Глава 16. Онкопластическая резекция скользящим дермоглангулярным лоскутом молочной железы с Z-образным разрезом.....	230
Техники с перемещением объема тканей.....	236
Глава 17. Резекция молочной железы с одномоментной реконструкцией торакоэпигастральным лоскутом.....	236
Глава 18. Резекция молочной железы с одномоментной реконструкцией торакодорзальным кожно-мышечным лоскутом.....	243

Раздел 3. Заключение.....	253
Глава 19. Косметические результаты онкопластических резекций.....	255
Глава 20. Психологические аспекты онкопластических операций при раке молочной железы.....	273
Глава 21. Реконструкция сосково-ареолярного комплекса.....	277
Глава 22. Физическая реабилитация больных, перенесших радикальную резекцию молочной железы по поводу злокачественного новообразования. ...	290
Глава 23. Рецидивирование и осложнения после онкопластических резекций.....	293

ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ

Положение пациентки на спине с отведенными руками.

1. Разрез кожи производят в области внутреннего и внешнего кольца вокруг ареолы в соответствии с линиями разметки (рис. 11.1, а). В связи с тем, что кровоснабжение САК осуществляется за счет сосудов дермы, чтобы не повредить их на данном этапе, важно проконтролировать глубину разрезов кожи (рис. 11.10).

2. Дезэпителизируют площадь между внешней и внутренней линиями разрезов кожи (рис. 11.11).

3. Рассекают дерму в области проекции опухоли. Выделяют необходимый участок ткани молочной железы с опухолью, отступя от предполагаемых краев опухоли, и иссекают его вместе с участком фасции большой грудной мышцы (рис. 11.1,6, 11.12).

4. Выполняют гистологическое исследование удаленного фрагмента молочной железы с определением размера опухолевого узла. При необходимости можно дополнить контроль чистоты краев резекции и выполнить соскобы с краев операционной раны.

5. При чистых краях резекции приступают к закрытию дефекта. Возможно замещение дефекта путем вращения латерального участка ткани молочной железы после ее мобилизации или с помощью наложения швов.

6. Маркируют 4 титановыми скрепками локализацию ложа удаленной опухоли (рис. 11.14) для последующей лучевой терапии [11—14].

7. Следующий шаг — наложение швов (рис. 11.1, в, 11.15), используя нерассасывающийся материал (пролен 3-0).

Интересна методика наложения периареолярных швов D. Hammond («Interlocking» technique). Эта методика предполагает наложение швов не только через периферический край резекции, но и через границы ареолы, для того чтобы растянуть края кожи и ареолу и закрыть рану, используя один непрерывный шов. Преимуществом этой техники является возможность ограниченного количества стежков и, следовательно, узлов вдоль периареолярного края резекции. Более того, швы самоблокируются, и нет необходимости сильно стягивать края резекции.

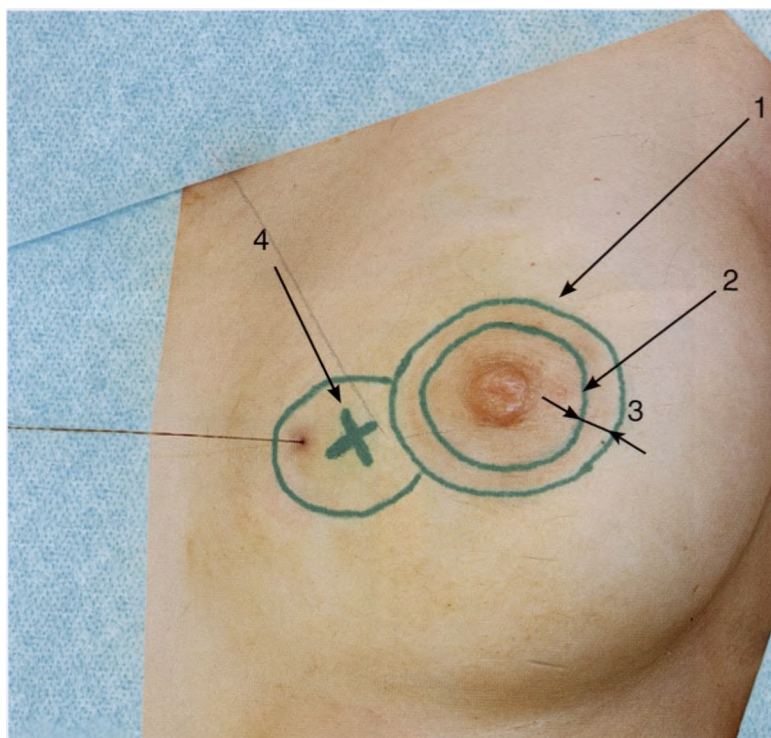


Рис. 11.9. Предоперационная разметка при выполнении радикальной резекции с использованием техники мастопексии «round block» на операционном столе: 1 — внешний круг, 2 — внутренний круг, 3 — площадь дезэпидермизации, 4 — локализация опухоли

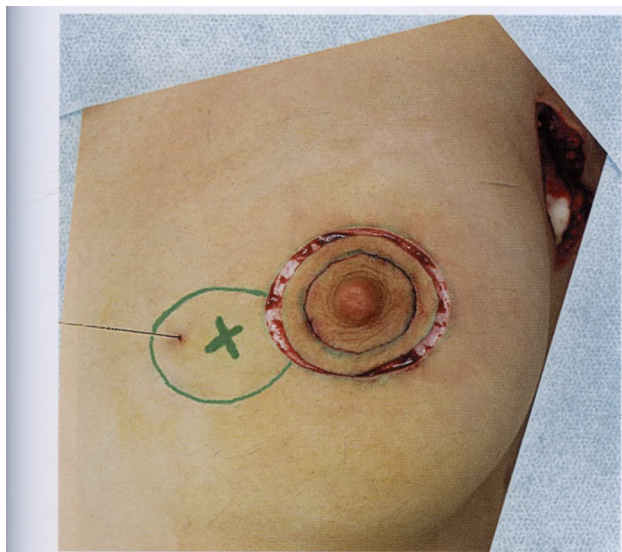


Рис. 11.10. Разрез кожи согласно разметке

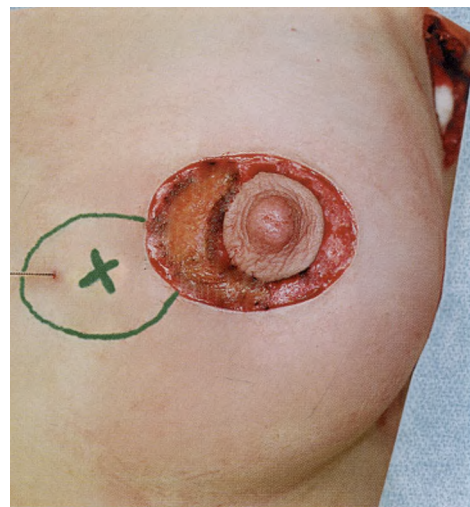


Рис. 11.11. Площадь деэпидермизированного участка кожи молочной железы



Рис. 11.12. Удаление сектора молочной железы с опухолью вместе с участком грудной фасции

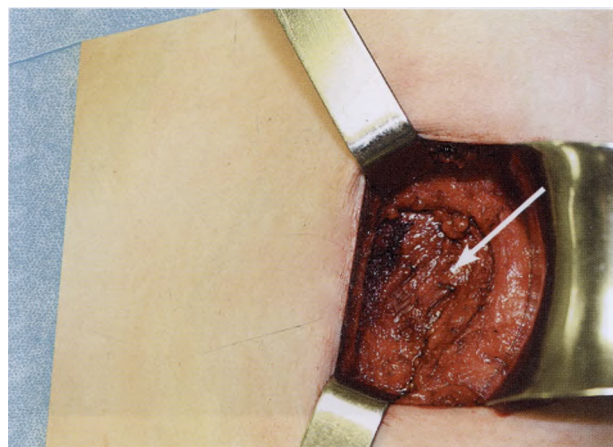


Рис. 11.13. Маркировка ложа удаленной опухоли титановыми скрепками



Рис. 11.14. Ушивание операционной раны, наложение подкожных швов



Рис. 11.15. Конечный вид