ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. каф: дмн.,проф.Зуков Р.А.

Реферат
Тема: Реконструктивные операции при раке молочной железы

Выполнил:
врач-ординатор 1-го года обучения
кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Коновалов М.О.

г. Красноярск, 2019 г.

Оглавление

Введение. 3

Основная информация. 4

Заключение. 10

Источники. 12

Введение.

Удаление молочной железы по поводу злокачественной опухоли является тяжелой психической травмой, особенно для молодых женщин. Боязнь «утраты женственности» может быть настолько велика, что многие женщины после постановки диагноза и сообщения им о необходимости операции оттягивают решение, нередко вовсе отказываясь от операции, тем самым обрекая себя на смерть. Отсюда следует, насколько важна осведомленность женщин, больных раком молочной железы о возможностях реконструкции молочной железы.

Операции по реконструкции женской молочной железы стали широко применяться на практике в 70-е годы XXI века, к этому времени пластическими хирургами уже были разработаны надежные методы, дающие стойкий удовлетворительный результат. Эволюция оперативных вмешательств при раке молочной железы всегда зависела не только от успехов дополнительных методов лечения, но и от активности пластических хирургов, которые постоянно предлагали изменения в хирургический план "классических" операций с целью улучшения качества жизни после радикального лечения при этой патологии.

Важность данного вопроса усугубляется и частотой встречаемости злокачественных опухолей молочной железы у женщин.

Актуальность.

Рак молочной железы (РМЖ) является ведущим онкологическим заболеванием женского населения, составляя в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России 21,2%.

В настоящее время реконструктивно-пластические операции занимают главное место в реабилитации больных РМЖ и рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой целостности собственного органа. Около 50% пациенток после мастэктомии хотят восстановить молочную железу, в связи с чем в последние годы возросла потребность в одномоментной реконструкции органа, так как это позволяет избежать психологического стресса и депрессии, связанных с потерей железы.

К сожалению, модифицированная радикальная мастэктомия в модификации Пейти и Маддена в России по-прежнему является самым наиболее часто выполняемым оперативным вмешательством при РМЖ. Это, в основном, связано с тем, что большое количество больных с впервые выявленным РМЖ имеют стадию заболевания, при которой выполнение органосохраняющего лечения невозможно.
Модифицированная радикальная мастэктомия чревата большим количеством последствий и осложнений, важнейшим из которых является утрата молочной железы, которая ассоциируется с женственностью, сексуальностью и физической привлекательностью. Потеря этих качеств приводит к серьезным психологическим травмам, которые приводят зачастую к необратимым изменениям в социальной жизни пациентки.

Одним из важнейших и эффективных реабилитационных мероприятий в ситуации, когда мастэктомия – единственное возможное хирургическое решение, является реконструкция молочной железы, которая может выполняться как одномоментно с мастэктомией, так и отсроченно.

Основная информация.

Анатомия молочных желез.

Молочные железы располагаются на передней грудной стенке между вторым и шестым ребрами от края грудины до передней подмышечной линии. Иногда ткань молочной железы распространяется за пределы указанной зоны в виде тяжа к подмышечной впадине (подмышечный вырост Спенса) либо в виде редуцированных участков молочной железы по молочным линиям. Молочные железы покрыты легко смещаемой кожей, наиболее тонкой и нежной в области ареолы, где она лишена волос и богата мышечной тканью.
Под кожей молочной железы лежит жировая клетчатка, толщина которой весьма вариабельна (от нее во многом зависит объем железы). Этот слой клетчатки окружает паренхиму и строму железы и внедряется в них, располагаясь наподобие виноградных гроздей. Под жировой капсулой находится тело молочной железы, которое состоит из жировой и соединительной ткани, кровеносных и лимфатических сосудов, нервов и высокодифференцированной железистой ткани, состоящей из множества трубчатых протоков, разветвляющихся на большое количество альвеол. При этом до 90 % всего объема ткани молочной железы представлено интерстициальным компонентом.
Доли молочной железы (от 15 до 24) расположены радиально к соску. Каждая из них состоит из 20–40 долек, которые в свою очередь содержат 10–100 ацинусов. Доли заканчиваются 6–15 выводными протоками.
От долек железы отходят отростки, состоящие из железистой ткани, покрытой соединительной тканью, и распространяющиеся через жировую капсулу кпереди до сосочкового слоя кожи, а кзади до фасции большой грудной мышцы (связки Купера). Большая подвижность молочной железы возможна благодаря тому, что она отделена от фасции большой грудной мышцы слоем рыхлой и эластичной соединительной ткани.
Кровоснабжение молочной железы осуществляется за счет III–VI межреберных артерий, III–V ветвей внутренней грудной артерии, ветвей наружной грудной артерии. Все группы артерий образуют много анастомозов, разветвляясь на более мелкие сосуды вплоть до обильной капиллярной сети, охватывающей дольки молочной железы. Венозный отток происходит по сосудам, которые идут параллельно артериям и сливаются в подмышечную, подключичную и внутреннюю грудную вены.
Лимфатические сосуды образуют густую сеть в коже, покрывающей молочную железу. Лимфоотток происходит по поверхностной и глубокой лимфатическим системам. Поверхностная лимфатическая сеть связана с кожной лимфатической сетью и сливается вместе с ней в субареолярное сплетение Саппея. Глубокая лимфатическая сеть начинается с внутри- и междольковых капилляров и анастомозирует с поверхностной сетью.
Основная часть лимфы по крупным лимфатическим сосудам оттекает в подмышечную область и попадает в лимфатические узлы этой зоны (подмышечный путь). Часть лимфы, преимущественно из медиальных отделов молочной железы, оттекает через межреберья в лимфатические узлы, расположенные парастернально в межреберьях (стернальный путь). Кроме двух основных путей лимфооттока, есть дополнительные: интерпекторальный (между большой и малой грудными мышцами в подключичные лимфатические узлы), транспекторальный (через грудные мышцы в подключичные лимфатические узлы), перекрестный (в контрлатеральные подмышечные лимфатические узлы), эпигастральный (в печень).
Иннервация молочной железы осуществляется ветвями II–V межреберных и надключичных нервов. В иннервации молочной железы принимает участие также симпатическая нервная система, влияющая на кровоснабжение железы и сосудистый ответ при стрессах.

Методы реконструкции молочной железы.
Методы реконструкции молочной железы можно разделить на три группы: реконструкция с использованием синтетических материалов (экспандеров и имплантатов), собственных тканей и их комбинации. К первой группе относят двухэтапные операции с первичной дермотензией экспандером и последующей заменой на эндопротез. Ко второй группе относят операции с использованием аутотрансплантатов в виде торакодорсального лоскута, TRAM-лоскута, DIEP-, SIEP-лоскутов, ягодичного лоскута, лоскута боковой поверхности бедра, лоскута Рубенса. К третьей группе относят сочетание этих методик, когда в дополнение к собственным тканям применяют имплантаты, а также операции с формированием субмускулярного кармана для эндопротеза с использованием сетчатых или биологических имплантатов.

Реконструкция молочной железы с использованием силиконовых имплантов.
Использование имплантатов в реконструкции молочной железы является наиболее популярным методом. Основные преимущества этого метода заключаются в короткой по протяженности и более простой по хирургической технике оперативной процедуре, незначительной кровопотере, небольшом количестве койко-дней и отсутствии использования дополнительных донорских тканей. Такая реконструкция производится с использованием трех вариантов имплантатов: • эндопротез, заполненный силиконовым гелем или изотоническим раствором NaCl, • тканевой экспандер, который используется для растяжения тканей с последующей заменой на эндопротез, • перманентный экспандер, сочетающий в себе возможности растяжения, однако не подлежащий замене. Применение этих имплантатов позволяет выполнять одноэтапные и двухэтапные реконструктивные вмешательства одномоментно или отсроченно с мастэктомией. Одноэтапная реконструкция подразумевает введение сразу силиконового имплантата в пространство под грудной мышцей. Это позволяет увеличить степень проекции реконструируемой молочной железы, однако не способно воссоздать оригинальную форму молочной железы. В связи с этим этот метод может быть использован для реконструкции молочной железы небольшого размера с минимальным птозом. Несколько увеличивает возможности использования одноэтапной реконструкции применение перманентного экспандера, который содержит две камеры. Одна заполнена силиконовым гелем, количество которого является константой, вторая камера заполняется изотоническим раствором NaCl с возможностью растяжения окружающих тканей. После оптимального растяжения часть изотонического раствора NaCl удаляется, напряжение тканей вокруг имплантата уменьшается, и молочная железа приобретает более естественную форму. Необходимо еще раз отметить, что в большинстве случаев для достижения симметричности молочных желез часто требуются вмешательства на контралатеральной молочной железе, так что одноэтапность такой реконструкции является формальной. Наиболее часто используется метод двухэтапной реконструкции, когда на первом этапе имплантируется тканевой экспандер, в послеоперационном периоде в течение 4–6 мес производится растяжение его и окружающих тканей путем введения через порт стерильного изотонического раствора NaCl. После достижения необходимого объема, который обычно превышает объем планируемой железы примерно на одну треть, выполняется второй этап реконструкции, заключающийся в замене экспандера на постоянный эндопротез, формировании, если это необходимо, новой субмаммарной складки, сосково-ареолярного комплекса, а также коррекции противоположной молочной железы.

Практически реконструкция заключается в формировании пространства под большой грудной мышцей, которая отделяется от места прикрепления в нижних и латеральных

отделах, после чего в это пространство помещается имплантат. Латеральные и нижние области имплантата покрываются мобилизованной передней зубчатой мышцей в комплексе с подкожным лоскутом верхней эпигастральной области или частью фасции прямой мышцы живота. Несмотря на большое количество методик формирования мышечного кармана, обязательным условием является полное отграничение имплантата от подкожного пространства, что в значительной степени снижает риск развития инфекции и капсулярной контрактуры. Для предупреждения формирования серомы, которую в дальнейшем достаточно сложно удалить, не повредив протез, разные полости раздельно дренируются. После послойного ушивания операционной раны используются давящие повязки со степенью компрессии, не позволяющей накапливаться тканевой жидкости и крови в недренируемых участках, предупреждающие смещение имплантата, однако не нарушающие питание кожных лоскутов. Недостатками этого метода являются большее общее число осложнений, какими являются капсулярная контрактура (20%) – фиброзная капсула, образующаяся вокруг имплантата, с последующей тенденцией к констрикции, образование складок на поверхности железы (12%), формирование серомы (5%) и инфекционные осложнения (5%), нередко приводящие к необходимости удаления имплантата, а также проблемы, связанные с самими имплантатами (10%), такие как разрывы, диффузия геля через внешнюю оболочку, проблемы порта экспандера и некоторые другие. Безусловно, проблемы, связанные с самими имплантатами, решаются в результате совершенствования их конструкции. Так, например, современные протезы имеют многослойные барьерные оболочки для предупреждения разрыва имплантата и диффузии геля. Гель, использующийся в качестве наполнителя, обладает высокой степенью связанности, что не позволяет ему вытекать из внешней оболочки. Текстурированная поверхность, а также микрополиуретановое покрытие имплантатов в значительной степени решают проблему капсулярной контрактуры, не позволяя миофибробластам, которые отвечают за развитие констрикции капсулы, образовывать линейные структуры. Необходимо также сообщить о существовании самых разнообразных форм эндопротезов и экспандеров, которые позволяют выполнить реконструкцию в зависимости от индивидуальных особенностей строения молочной железы пациентки. Вопросы влияния силиконовых имплантатов на общее состояние здоровья пациенток в настоящее время решены в результате проведенных обширных демографических исследований, которые не выявили связи имплантатов с развитием рака молочной железы, системными заболеваниями соединительной ткани и специфическими состояниями, такими как силиконовая аллергия, токсичность и т.д.

В настоящее время широкое распространение получили сетчатые полимерные титанированные и полиэстеровые имплантаты для восстановительной хирургии, в том числе для реконструкции молочной железы. Титанированные сетчатые имплантаты изготовлены из уникального запатентованного композитного материала с ковалентно связанным титанированным покрытием. Основной методической целью применения сетчатых имплантатов в реконструкции молочной железы является увеличение субпекторального пространства для установки силиконового эндопротеза, снижение его давления на кожные покровы, обеспечение хорошего покрытия эндопротеза. Благодаря отложению тонкого волокнистого слоя ткани, клетки которого прорастают через поры сетки, имплантат оказывается полностью окружен аутогенной тканью. Частота послеоперационных осложнений при выполнении одномоментной реконструкции молочной железы после подкожной мастэктомии сетчатым имплантатом и силиконовым эндопротезом не выше, чем при других видах реконструкции, что позволяет внедрять в практику данную методику.

Пластическая и реконструктивная хирургия непрерывно развиваются и перспективным направлением является использование биологического имплантата — ацеллюлярного дермального матрикса (АДМ), который был создан изначально для коррекции формы молочной железы после аугментации.

Преимущества АДМ — снижение интенсивности послеоперационного болевого синдрома, отсутствие повреждений в донорской зоне, улучшение эстетических результатов. В настоящее время большинство дермальных матриксов, используемых для реконструкции молочной железы, включают: человеческий матрикс, свиной матрикс или матрикс от крупного рогатого скота. АДМ может быть использован как при одномоментной, так и при отсроченной реконструкции молочной железы. Одномоментная реконструкция имеет преимущества в сохранении кожного чехла и благоприятных условиях формирования кармана для помещения эндопротеза.

Осложнения при применении АДМ аналогичны осложнениям при реконструкции молочной железы эндопротезом и должны быть разделены на ранние (гематома, серома, инфекционные осложнения, некрозы кожных лоскутов, отторжение эндопротеза) и поздние (асимметрия, сморщивание имплантата, неправильное положение, капсулярная контрактура, поздние инфекционные осложнения).

Противопоказания для применения АДМ аналогичны эндопротезированию. Факторы отбора больных включают оценку необходимости односторонней или двусторонней реконструкции, телосложения, индекса массы тела, ширины грудной клетки, сопутствующих заболеваний, психологического профиля пациентки. Идеальные кандидаты для реконструкции эндопротезом и АДМ — худые пациентки, подвергающиеся билатеральной реконструкции с адекватными после мастэктомии кожными лоскутами и худые пациентки с нептозированной грудью, подвергающиеся унилатеральной реконструкции. С увеличением размера и птоза молочной железы достичь симметрии становится труднее, поэтому необходима контралатеральная мастопексия или редукционная маммопластика.

В настоящее время не выявлено абсолютных противопоказаний для применения АДМ, однако ожирение, курение и размер молочной железы более 600 г связаны с повышенным риском послеоперационных осложнений. Сочетание абластичности и реконструктивных приемов необходимо для достижения лучших результатов.

Методика использования биологического имплантата в реконструкции молочной железы.

После этапа мастэктомии и тщательного гемостаза сформированны кожные карманы. Нижнелатеральную часть большой грудной мышцы отсепаровывают от передней грудной стенки. Путем электродиссекции формируют субпекторальный карман до маркированных уровней по периметру формируемой железы. После успешного создания субпекторального кармана осуществляют подготовку листа АДМ, согласно рекомендациям производителя. Далее АДМ подшивают к грудной стенке с воссозданием латеральной и нижней субмаммарных складок. Большинство хирургов предпочитают использовать рассасывающиеся шовные материалы, в частности 2—0 Polydioxanone (PDS) или 2—0 Vicryl. После надежного прикрепления АДМ к субмаммарной складке измеряют ширину кармана для выбора эндопротеза. После тщательного гемостаза в кармане и помещения протеза обработанный край АДМ подшивают к нижним и боковым краям большой грудной мышцы. Для надежного укрытия силиконового эндопротеза выделяют

переднюю зубчатую мышцу и фиксируют АДМ к ней в латеральном отделе. Во всех случаях формируется закрытое пространство с плотным облеганием протеза, но без давления на кожные лоскуты. Далее послойно ушивание раны с оставлением двух вакуумных дренажей.

Методика радикальной подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией сетчатым имплантатом и силиконовым эндопротезом.

Соответственно предоперационной разметке по парааареолярной линии в случае подкожной мастэктомии или двумя радиальными разрезами при кожесохранной мастэктомии рассекают кожу и подкожную клетчатку. Кожные лоскуты широко отсепаруют. Молочную железу с опухолью мобилизируют, подкожно удаляют. Полулунным разрезом длиной 6 см в подмышечной области рассекают кожу и подкожную клетчатку, осуществляли доступ к краям большой и малой грудных мышц, клетчатке подмышечной и подлопаточной областей. Подмышечно-подлопаточную клетчатку удаляют, при наличии метастатического лимфатического узла в подмышечной области выполняется подмышечно-подключично-подлопаточную лимфаденэктомию. Большую грудную мышцу отделяют от малой грудной мышцы, отсепаровывают до уровня 3 и 9 часов по циферблату. К краю большой грудной мышцы фиксируют сетчатый имплантат непрерывным швом нерассасывающейся атравматичной нитью. Под большую грудную мышцу с укрытием сверху сетчатым имплантатом помещают силиконовый эндопротез. Формируют дупликатуру из сетчатого имплантата. Латерально фиксируют сетчатый имплантат к передней зубчатой мышце для профилактики его миграции. Послойно ушивают послеоперационные раны с оставлением вакуумных дренажей в подмышечной области и в ложе эндопротеза, выведенных через контрапертуры по передней подмышечной линии, и наложением внутрикожных швов. После наложения асептических повязок применяется компрессионное эластическое белье.

Реконструкция с использованием собственных тканей.

Реконструкция с использованием собственных тканей несмотря на то, что является более сложной технически и травматичной для пациентки процедурой, позволяет добиться хороших эстетических результатов у большинства пациенток. Наиболее применяемыми методиками, использующими собственные ткани, являются лоскут на широчайшей мышце спины (ЛДМ-лоскут) и лоскут на прямых мышцах живота (ТРАМ-лоскут). ЛДМ-лоскут является надежным и не слишком травматичным методом реконструкции, приносящим хорошие эстетические результаты только в сочетании с силиконовым имплантатом, так как максимальный объем ЛДМ-лоскута, который может быть мобилизован без серьезного ущерба донорской зоны, обычно не превышает 200–300 см3 . Таким образом, практически всеми недостатками, присущими использованию силиконовых имплантатов, обладает и этот метод, хотя при отборе пациенток с молочными железами небольших размеров и умеренным птозом, он может быть весьма практичным, внося дополнительный объем ткани в область реконструкции. Использование этого лоскута также позволяет смоделировать естественный птоз нижних квадрантов, что является сложной технической задачей при реконструкции только имплантатами, а также увеличить проекцию центральной зоны или закрыть дефект после удаления ареолы, что бывает необходимо после мастэктомии с сохранением кожи. Без сочетания с имплантатом этот лоскут является достаточно часто используемым для реконструкции дефектов после органосохраняющих операций. Недостатками ЛДМ-лоскута являются наличие нередко очень заметного рубца в донорской зоне с

деформацией контура спины при заборе большого объема широчайшей мышцы спины, большая поверхность рубцов в области реконструированной железы в совокупности с контрастом кожи грудной стенки и лоскута. Длительно персистирующие серомы в донорской зоне наблюдаются примерно в 80% наблюдений, что иногда приводит к ухудшению заживления раны этой области. ТРАМ-лоскут, без сомнения, является наиболее популярным методом реконструкции молочной железы во всем мире, что позволило назвать его в 90-х годах «золотым стандартом» реконструкции. Действительно, результаты, получаемые с использованием этого лоскута, безусловно, являются приоритетными по сравнению со всеми другими методиками. Основные преимущества ТРАМ-лоскута: практически у любой пациентки, имеющей достаточное количество жировой ткани на передней брюшной стенке, существует возможность ее перемещения в область грудной стенки с целью реконструкции с восстановлением полного объема без использования имплантатов. Перемещенная ткань не подвергается атрофии в условиях адекватного кровоснабжения, а при изменении массы тела пациентки динамично изменяет объем, как любая другая область жировой клетчатки. Рубец в области забора лоскута легко маскируется бельем. Объем перемещаемой ткани практически всегда достаточен для реконструкции молочной железы даже большого размера и с птозом IV степени по Regnault. В сочетании с мастэктомией с сохранением кожи деэпителизированный ТРАМ-лоскут приносит наилучшие эстетические результаты, позволяя достичь адекватной симметрии сразу после первого оперативного вмешательства, минимизируя необходимость в контралатеральных вмешательствах и делая рациональным выполнение одномоментной реконструкции сосково-ареолярного комплекса. При оперативных вмешательствах при раке молочной железы III стадии после эффективной индукционной терапии использование ТРАМ-лоскута позволяет удалить более обширный блок тканей, пораженных опухолью. В связи с тем, что данный тип вмешательства является достаточно травматичным, длительным по времени и примерно в половине случаев связан с кровопотерей, требующей гемотрансфузии, необходим тщательный отбор пациентов на этот метод реконструкции. Кроме общих противопоказаний, факторами риска, увеличивающими вероятность осложнений, являются ожирение, сахарный диабет, хронические заболевания сердечнососудистой системы и легких, а также курение. Кроме риска осложнений, связанных с продолжительным и травматичным оперативным вмешательством, необходимо учитывать риск возникновения локальных осложнений, влияющих на результаты реконструкции. Самым драматичным локальным осложнением является частичный некроз лоскута. При ошибках разметки и выборе одной неадекватно кровоснабжающей мышечнососудистой ножки можно потерять до 50% лоскута, что приведет к серии этапных реконструктивных операций для разрешения этой ситуации. Для того, чтобы избежать риска развития некроза, можно использовать две мышечные ножки, что существенно ухудшает стабильность передней брюшной стенки и увеличивает риск возникновения пролабации, или свободный вариант ТРАМ-лоскута, в часть которого входит лишь небольшая часть прямой мышцы живота. Питающими сосудами этого лоскута являются глубокие нижние эпигастральные артерия и вены, которые выделяются до уровня входа в мышцу и пересекается в области соединения с подвздошными сосудами. Использование свободного лоскута значительно уменьшает риск развития осложнений со стороны передней брюшной стенки, облегчает моделирование молочной железы после перемещения, а также создает условия улучшения кровоснабжения, так как объемный кровоток в нижней эпигастральной артерии значительно превышает показатели кровотока верхней эпигастральной артерии, являющейся питающим сосудом ТРАМ-лоскута на ножке. Реципиентными сосудами для микрохирургического анастомоза

наиболее часто служат торакодорсальные сосуды, сосуды, огибающие лопатку, а также внутренние маммарные сосуды. Использование микрохирургической техники требует наличия в клинике хирургов, владеющих этой техникой, а также необходимого оборудования. Одной из причин популярности этой методики является ее адаптированность к различным видам комплексного лечения РМЖ и особенно к лучевой терапии. В то же время N. Tran и совт. отметили в своем исследовании значительное увеличение числа осложнений и ухудшение эстетических результатов при реконструкции у больных, получавших лучевую терапию. Таким образом, лучевая терапия является одним из факторов риска, ограничивающим широкое использование силиконовых имплантатов в реконструкции молочной железы, и ухудшающим общие результаты реконструкции, независимо от метода реконструктивного вмешательства. В связи с этим отбор пациентов на реконструктивные вмешательства должен проводиться с учетом фактора влияния планируемой или проведенной лучевой терапии. Опыт зарубежных коллег и наш собственный опыт показывают, что неоадъювантная и адъювантная химиотерапия не оказывают влияния на результаты и частоту осложнений одномоментных реконструктивных вмешательств. Менее часто используемыми свободными лоскутами для реконструкции молочной железы являются модификации ягодичного лоскута (верхний или нижний), а также так называемый лоскут Рубенса, который представляет собой кожножировой лоскут подвздошной области с частью надкостницы крыла подвздошной кости с питанием из глубоких нижних подвздошных сосудов. Эти лоскуты применяются в случае невозможности использования других методик и в тактически сложных ситуациях, например, при раке контралатеральной молочной железы после выполненной реконструкции TPAM-лоскутом. В нашей стране эти лоскуты не приобрели популярность в связи с отсутствием сложной хирургической техники и отсутствием выработанных показаний. Надо признать, что общим недостатком кожномышечных лоскутов является функциональное повреждение донорской зоны при удалении части или всей мышцы, содержащей питающие сосуды. Эта проблема была решена путем разработки так называемых перфорантных кожно-жировых лоскутов, при мобилизации которых не используется мышца донорской зоны. Это лоскуты на перфоранте торакодорсальной артерии (TAP), перфоранте глубокой нижней эпигастральной артерии (DIEP), перфоранте верхней ягодичной артерии (S-GAP). Аккуратное выделение питающих сосудов из донорской мышцы позволяет не только сохранить ее каркасную функцию, но и васкуляризацию, и моторную иннервацию. Необходимо учитывать, что использование перфорантных лоскутов значительно увеличивает протяженность оперативного вмешательства, требуя технически сложного выделения сосудов. По-видимому, прогресс использования микрохирургической техники в большинстве клиник позволит в перспективе перейти на использование этого типа лоскутов, однако в России публикации, касающиеся их использования, практически отсутствуют.

Заключение.

Успехи ранней диагностики рака молочной железы и повсеместное внедрение органосохранных операций существенно сократило частоту выполнения радикальных мастэктомий. Вместе с тем еще в течение долгого времени эта операция останется в арсенале хирургического лечения. А это означает актуальность выполнения реконструктивно-пластических операций у больных с удаленной молочной железой. Учитывая онкологическую безопасность реконструкции молочной железы, включая отсутствие влияния на безрецидивную и общую выживаемость, и возможность ее

интеграции в план лечения, необходимо признать, что современная философия лечения операбельного РМЖ не может не предлагать все возможности лечения, включая и реконструктивные процедуры. Широкий спектр методик, позволяющий выполнить реконструкцию молочной железы, способен обеспечить адекватные результаты практически у любой пациентки при желании ее восстановить молочную железу. Тесное сотрудничество с пластическими хирургами или самостоятельное выполнение реконструктивных операций позволят в значительной степени увеличить долю больных, для которых потеря молочной железы не будет сопровождаться тяжелым эмоциональным стрессом, создавая условия для максимальной адаптации.

Источники.

— Журнал «Парктическая онкология» Т. 3, № 1, 2010г. С.Е. Малыгин
— Интернет-портал российского общества клинической онкологии RosOncoWeb Материалы конгрессов и конференций V РОССИЙСКАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ И РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЩАДЯЩЕМ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Е.Н. Малыгин, С.Е. Малыгин, С.А. Сидоров, В.В. Кондрашов ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва