

УДК 616.381-002-006.04-036-07

**Р.В. Сенютович, О.І. Іващук, В.Ю. Бодяка, І.В. Ташук, Ю.Я. Чупровська***Кафедра онкології та радіології (зав. – д.мед.н. В.Ю. Бодяка) ВДНЗ України**“Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці*

## ПЕРШИЙ ДОСВІД РЕКОНСТРУКТИВНИХ ТА ОНКОПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ

**Резюме.** У Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері органозберігаючі операції становлять майже 50% усіх хірургічних втручань при раку молочної залози. Онкопластичні та реконструктивні операції за останні 5 років проведені у 92 хворих, що становить менше 10% усіх проведених операцій. Більшість втручань підшкірні мастектомії та пластики клаптом із широкого м'яза спини. Операції пройшли без ускладнень.

**Ключові слова:** рак, молочна залоза, реконструктивні, онкопластичні операції.

Питання онкопластичних операцій на молочній залозі розглядається в численних оглядових статтях останніх років [1-4]. В інтернеті доступні численні монографії з техніки цих операцій [5].

Онкопластична хірургія почала розвиватися в середині 90-х рр. минулого століття. За пропозицією Clough, онкопластичні операції розподіляють на два рівні.

Рівень I – широке видалення паренхіми з пухлиною із закриттям утвореної порожнини мобілізованими гландулярними або шкірногландулярними клаптями. Гландулярні клапті мобілізуються з боку фасції та шкіри і зшиваються. При необхідності проводиться широка мобілізація шкірних клаптів і рецентралізація сосок – ареолярного комплексу.

При рівні II – видаляють від 20 до 50% тканини молочної залози. Для досягнення добрих естетичних результатів необхідно висічення шкірних клаптів, ротаційних паренхіматозних клаптів, редукційної мамопластики контрлатеральної молочної залози для досягнення симетрії (displacement technique). Використовуються переміщені клапті, торакодorzальний або торакоепігастральний клапті (replacement technique).

Онкопластичні операції за А. Х. Исмаїлов et al., (2014) [6] розподіляють на:

Перший рівень:

1. Центральна сегментектомія з дерматогландулярною ротацією за Грізотті.
2. Дерматогландулярна ротація (в т. ч. з трикутниками Вінчі).
3. Гландулярні ротації.
4. Горизонтальна редукційна мамопластика.

5. Масторедукція за типом інвертовентовації “Т” – пластики.

Онкопластичні операції другого рівня:

1. Горизонтальний (торако-епігастральний, шкірно-жировий) клапті.
2. Вертикальний шкірно-жировий клапоть.
3. Дерматогландулярний клапоть з контрлатеральної молочної залози.
4. Торакодorzальний клапоть.

Переваги онкопластичних операцій загальновідомі:

1. Крайні близькі і віддалені результати втручання [1, 7].
2. Крайній контроль хірургічних країв [8].
3. Вищий рівень естетичного задоволення пацієнтів [9, 10].
4. Більша частота застосування органозберігаючих операцій [1, 11].

Одномоментна реконструкція молочної залози після мастектомії є рутинним заходом в багатьох провідних онкологічних установах. Естетичні переваги такої операції очевидні, оскільки реконструктивні втручання виконуються на незмінних тканинах, без рубцевих деформацій. Під час мастектомії зберігається більша площа шкіри і субмамарної складки.

Losken et al. (2014) [12] в метаналізі порівняв групу хворих із 3165 осіб з органозберігаючими операціями (ВСТ) і 5494 хворих з онкопластичними операціями. Розмір видаленої пухлини був більшим в онкопластичній групі (2,7 см<sup>2</sup>, група порівняння 1,2 см<sup>2</sup>). Вага видаленого препарату в онкопластичній групі – в 4 рази більшою.

Позитивні краї рідше трапляються в онкопла-

стичній групі (12% і 21%). Реекцизії становили 14,6% і 4%. Місцеві рецидиви – 4% в онкопластичній групі і 7% в групі ВСТ.

В Україні реконструктивні та онкопластичні операції почали виконувати 7-8 років назад. Навіть найбільші клінічні центри мають невеликий клінічний досвід.

У клініці ЛІСОД (“центр сучасної мамології”) [1] з 2007 по 2015 роки проведено 703 оперативних втручань на молочній залозі.

Одноетапні реконструкції з імплантом виконані 63 хворим. Реконструкція торакодорсальним клаптом (ТДК) – 7, ТДК+ імплант – 6. Дерматозберігаючі мастектомії – у 35, сосокзберігаючі мастектомії – 24. Місцеві рецидиви виникли у 1 пацієнта (1,5%).

**Мета дослідження:** аналіз проведених онкопластичних операцій у Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

За останні 20 років у діагностиці та лікуванні раку молочної залози в Чернівецькій області відбулись певні позитивні зрушення (табл. 1).

Структура оперативних втручань при РМЗ в II хірургічному відділенні ЧОКОД за 2014-2015 рр. була такою (табл. 2).

У своїй практиці застосуємо крупнофракційне опромінення до органозберігаючої операції і додаткове – після операції. Пухлину видаляємо разом зі шкірою та фасцією великого грудного м'яза. Препарат захоплюється пальцями хірурга, пересікаємо тканини зовні утримуючих пальців. Це гарантує хірургічні краї в межах 1 см. Незважаючи на те, що ми практично не проводимо експрес-цитологічного та експрес-гістологічного дослідження, місцеві рецидиви пухлин спостерігаємо рідко. Повторні реекцизії – ( під час операції) проводили у 26% хворих.

Наш досвід онкопластичних операцій невеликий. Ми почали застосовувати онкопластичні та реконструктивні операції з 2008 року, коли

Таблиця 1

Рак молочної залози на Буковині

Роки	1996	1997	2014	2015
Показники				
Захворюваність	35,5%	31,4%	46,6%	36%
Летальність до року	16,7%	16%	14%	7,5%
I–II стадії	41,4%	40%	71,3%	64,6%
III стадія	43,2%	39%	28,7%	25,3%
IV стадія	15,4%	21%	10%	10,1%
Смертність	19,9%	13%	12%	9%

Операції при раку молочної залози

№ п/п	Операції	2014 р.	2015 р.
1.	Мастектомія за Мадденом	74	91
2.	Мастектомія за Пейті-Дайсоном	40	33
3.	Мастектомія за Холстеду-Майером	2	7
4.	Санітарні мастектомії	7	4
5.	Квадрантектomia	53	63
6.	Лампектомія	22	48
7.	Підшкірна мастектомія	2	1
8.	Підшкірна мастектомія з імплантом	4	5
9.	Лампектомія із пластикою клаптом з m. latissimus dorsi	5	5

нашу клініку відвідали двоє австрійських хірургів і виконали три оперативних втручання (дві реконструкції клаптом найширшого м'яза спини і одну реконструкцію клаптом на прямому м'язі живота) (рис. 1, 2).

З того часу в клініці виконано ще одну реконструкцію клаптом з прямого м'яза живота, біля 40 онкопластичних реконструкцій з використанням широкого м'яза спини, 40 підшкірних мастектомії із силіконовими протезами, з переміщенням місцевих тканин – 12 операцій. Пластичні операції сьогодні виконуються одномоментно з видаленням пухлин. Щорічно в клініці проводиться біля 80-100 квадрантектomій та лампектомій. Онкопластичні операції з мобілізацією і пересуванням клаптів паренхіми та шкіри проводять рідко. Ускладнення реконструктивних операцій спостерігали рідко – на 100 втручань – 4 нагноєння рани, один частковий некроз країв переміщеного клаптя. Наводимо кілька знімків оперованих нами жінок.

Показаннями до онкопластичних операцій в наших хворих: молодий вік пацієнтів, невеликі молочні залози. При невеликих молочних залозах з'являються після видалення пухлин і з'єднання швами тканин молочної залози (гландулярних мас) грубі косметичні дефекти.

У даному аспекті операції на великих грудних залозах більш вигідні і навіть при видаленні сектора (1/4 залози) і простому зашиванні країв рани – косметичні результати непогані, хоч виникають проблеми із здоровою молочною залозою – для збереження симетрії необхідна редуційна мамо- пластика здорової залози.



Рис. 1. Результат реконструкції після мастектомії (пластика клаптем з прямого м'яза живота та редукційна мамопластика). Власне спостереження

Ми, як правило, використовуємо пластику торакодorzальним клаптем. Звертає на себе увагу мала кількість (12) онкопластичних втручань першої групи – з переміщенням glandулярної тканини (12). Зважаючи на рухомість молочної залози, звести краї рани в молочної залозі вдається завжди.

Не маючи можливості визначати гормональні рецептори і гени ризику в матеріалах тонкогolkової біопсії – операції, ми враховували тільки об'ємні показники доонкопластичних втручань, без біологічних властивостей пухлини.

Одномоментні підшкірні мастектомії з використанням протезів виконували у пацієнтів, яким не планували післяопераційну променевою терапію.

Останнім часом виконується приблизно 10 онкопластичних операцій щороку.



Рис. 2. Пластика клаптем із найширшого м'яза ступи. Ранні строки після операції. Власне спостереження

Особисті прохання молодих пацієнок в реконструкції задовільнені в усіх випадках.

Реконструктивні та онкопластичні операції тривають приблизно 3-4 години, але враховуючи, що вони проводяться на м'яких тканинах і шкірі, тому не ускладнюють перебіг післяопераційного періоду.

Важливий аспект реконструкції – вплив на її результати хіміо – променевої терапії. Наш досвід показує, що адьювантна хіміотерапія не впливає на результати і частоту ускладнень одномоментних реконструктивних втручань. Після операції призначали променевою терапію в дозі 20 Гр. Реконструкція власними тканинами повинна бути адаптована до комплексного лікування РМЗ і особливо до променевої терапії. Ранніх і пізніх місцевих рецидивів після онкопластичних операцій не спостерігалось.

**Висновок.** Найчастішим єдиним видом онкопластичних операцій у Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері є використання торакодorzальних клаптів. Онкопластичні операції та підшкірна мастектомія із заміщенням залози силіконовим протезом протікають без ускладнень. Ранніх і пізніх локальних рецидивів (на 98 операціях) не спостерігалось.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші наукові розробки спрямовані на накопичення клінічного матеріалу щодо онкопластичних втручань на молочної залозі з впровадженням операцій щодо переміщення шкірно-залозистих клаптів. Дослідження віддалених результатів і причин рецидивів раку молочної залози.

## Список використаної літератури

1. Clough K.B. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas / K.B. Clough, J.S. Lewis, B. Couturaud // *Ann. Surg.* – 2003. – № 237. – P. 26-34.
2. Fisher B. Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation / B. Fisher, J.H. Jeong, S. Anderson // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – № 347. – P. 567-575.
3. Mansfield L. Oncoplastic breast conserving surgery / L. Mansfield, A. Agrawal, R.I. Cutress // *Gland. Surg.* – 2013. – V. 2(3). – P. 158-162.
4. Piper M. Oncoplastic breast surgery: current strategies / M. Piper, A. W. Peled, H. Sbitan // *Gland. Surg.* – 2015. – V. 4(2). – P. 154-163.
5. Clough K.B. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas / K.B. Clough, T. Ibrai, S. Oden // *Br. J. Surg.* – 2012. – V. 99. – P. 1389-1395.
6. Исмаилов А.Х. Онкопластична хірургія молочної залози: основи, класифікація, алгоритм виконання / А.Х. Исмаилов, А.С. Ванесен, А.Р. Хашитов // *Опухоли женской репродуктивной системы.* – 2014. – № 4. – С. 37-44.
7. Veiga D.F. Evaluations of aesthetic outcomes of oncoplastic surgery by surgeons of different gender and specialty: a prospective controlled study / D.F. Veiga, J. Veiga-Filho, L.M. Ribeiro // *Breast.* – 2011. – V. 20. – P. 407-412.
8. Losken A. The oncoplastic reduction approach to breast conservation therapy: benefits for margin control / A. Losken, X. Pinell-White, A.M. Hart // *Aesthet. Surg. J.* – 2014. – № 34. – P. 1185-1191.
9. Barnea Y. Oncoplastic reduction using the vertical scar superior-medial pedicle pattern technique for immediate partial breast reconstruction / Y. Barnea, A. Inbal, D. Barsuk // *Can. J. Surg.* – 2014. – № 57. – P. 134-140.
10. Chan S.W. Cosmetic outcome and percentage of breast volume excision in oncoplastic breast conserving surgery / S.W. Chan, P.S. Cheung, S.H. Lam // *World J. Surg.* – 2010. – № 34. – P. 1447-1452.
11. Chang E.I. Evaluating the feasibility of extended partial mastectomy and immediate reduction mammoplasty reconstruction as an alternative to mastectomy / E.I. Chang, A.W. Peled, R.D. Foster // *Ann. Surg.* – 2012. – № 255. – P. 1151-1157.
12. Losken A. A meta-analysis comparing breast conservation therapy alone to the oncoplastic technique / A. Losken, C.S. Dugal, T.M. Styblo // *Ann. Plast. Surg.* – 2014. – № 72. – P. 145-149.

#### ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ОНКОПЛАСТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

**Резюме.** В Черновицком областном клиническом онкологическом диспансере органосберегающие операции составляют почти 50% всех оперативных вмешательств при раке молочной железы. Органосберегающие и реконструктивные операции за последние 5 годы проведены 92 больным, что составляет менее 10% всех проведенных операций. Подавляющее большинство вмешательств – подкожные мастэктомии и пластики лоскутом из широкой мышцей спины. Операции прошли без осложнений.

**Ключевые слова:** рак, молочная железа, реконструктивные, онкопластические операции.

#### FIRST EXPERIENCE OF RECONSTRUCTIVE AND ONCOLOGY PLASTIC OPERATIONS ON THE MAMMARY GLAND

**Abstract.** In Chernivtsi Regional Clinical Oncologic Dispensary organ-preserving operations constitute up to 50% all surgery performed in case of breast cancer. Organ-preserving and reconstructive operations for the last 5 years have been performed on 92 patients which are less than 10% of all operations. The majority of operations are subcutaneous mastectomies, and implantation grafting with musculus latissimus dorsi. The outcome of surgery was without complications.

**Key words:** cancer, breast gland, reconstructive, oncologic-plastic surgery.

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 06.10.2016 р.

Рецензент – проф. Шкварковський І.В. (Чернівці)