

МЕТОД ХРОНИЧЕСКОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Гладышев А.О., *Курсакова Л.А., *Былинский Г.И.,
*Киселев О.Г., **Колобухов А.Э.*

**УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»,
**УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь*

Публикация посвящена методу хронической дермотензии у пациентов с раком молочной железы. Авторами статьи изучены достоинства и недостатки реконструктивных операций с использованием тканевого экспандера у пациентов с данной патологией, обобщен опыт выполнения реконструктивных операции методом хронической дермотензии с анализом послеоперационных осложнений. Метод хронической дермотензии позволяет решить вопрос реконструкции молочной железы после мастэктомии, но должен рассматриваться индивидуально.

Ключевые слова: экспандер, хроническая дермотензия, рак молочной железы.

METHOD OF CHRONIC DERMOTENSION IN RECONSTRUCTIVE BREAST CANCER SURGERY

**Gladyshev A.O., *Kursakova L.A., *Bylinskij G.I.,
*Kiselev O.G., *Kolobuchov A.E.*

**Minsk City Clinical Oncologic Centre,
**Belorussian State Medical University
Minsk, Belarus*

The article deals with the method of chronic dermotension in patients with breast cancer. The authors of the article studied the advantages and disadvantages of reconstructive operations using a tissue expander in patients with this pathology, summarized the experience of performing reconstructive operations by the method of chronic dermotension with the analysis of postoperative complications. The method of chronic dermotension is used for breast reconstruction after mastectomy, but should be considered individually.

Key words: expander, chronic dermotension, breast cancer.

Рак молочной железы повсеместно занимает одно из первых мест в онкологической заболеваемости у женщин. Ежегодно в мире регистрируются более миллиона вновь выявленных случаев заболевания раком молочной железы, в том числе в Республике Беларусь 4581 случай за 2019 год. Неуклонно растет число пациенток с первично операбельным раком молочной железы, выявленным на ранних стадиях. Кроме того, отмечается явная тенденция к «омоложению» пациенток с раком молочной железы. В связи с этим все более актуальным становится вопрос об органосохраняющих и реконструктивно-пластических операциях при данной патологии.

Показаниями к выполнению реконструктивно-восстановительных операций являются желание пациентки, возможность достижения

благоприятного в эстетическом плане результата после выполнения реконструктивной пластики и соблюдение онкологических принципов радикализма хирургического вмешательства.

Абсолютными противопоказаниями для реконструкции являются наличие отдаленных метастазов и невозможность радикального хирургического лечения по местному статусу.

Относительными противопоказаниями к реконструкции являются возраст пациентки (старше 70 лет), наличие выраженной сопутствующей патологии (системный атеросклероз, сахарный диабет, нарушения жирового обмена, системные заболевания соединительной ткани, психические расстройства и др.), отягощенный аллергоанамнез, наличие вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания).

К особенностям реконструкции молочной железы в онкологии относятся восстановление значительного дефицита кожи, мягких тканей в отсутствии их резервов, создание объема и формы молочной железы, восстановление сосково-ареолярного комплекса, восстановление субмаммарной складки, обеспечение симметрии молочных желез. Реконструктивно-восстановительные операции на молочной железе выполняются с использованием собственных тканей, с использованием экспандеров и силиконовых эндопротезов и их различные комбинации.

Метод хронической дермотензии при раке молочной железы представляет собой длительное, сроком до 6 месяцев, растяжение тканей передней грудной стенки с помощью установленного хирургическим путем тканевого экспандера – силиконового баллона, который постепенно наполняется физиологическим раствором через специальный порт, с целью формирования тканевого кармана для последующего установления постоянного эндопротеза молочной железы.

Впервые метод хронической дермотензии был применен в 1957 году американским врачом Newman [1]. Он использовал резиновый баллон для растяжения кожи височно-затылочной области у пациента, с целью создания избытка кожной ткани для последующей реконструкции ушной раковины. В 1970 году Radowan и Austad независимо друг от друга представили свой первый опыт в использовании метода хронической дермотензии в реконструктивной хирургии молочной железы с последующей заменой экспандера на постоянный имплант. С начала 2000-х лет и по настоящее время оптимальным вариантом выбора является тканевой экспандер с текстурированной поверхностью и встроенным портом для чрескожного наполнения [2].

В исследование, проведенное на базе Минского городского клинического онкологического центра, включены 86 пациенток с раком молочной железы I-III стадии, которым за период с 2014 по 2020 годы была выполнена реконструкция молочной железы с помощью метода хронической дермотензии. Выполнялась как первичная реконструкция молочной железы методом хронической дермотензии (во время мастэктомии), так и отсроченная реконструкция молочной железы (выполняется после ранее выполненной мастэктомии). При обоих видах реконструкции пластика может быть

выполнена как в один этап (при использовании экспандер-имплантата), так и в 2 этапа (при использовании тканевого экспандера с последующей заменой его на эндопротез).

На первом этапе в сформированный карман под большой грудной и передней зубчатой мышцей устанавливается и закрепляется тканевой экспандер. При достаточной растяжимости тканей, экспандер интраоперационно заполняется на 60-80 мл физиологическим раствором. В дальнейшем, каждые 2 недели через порт экспандер наполняется на 30-100 мл физиологическим раствором, тем самым растягивая ткани и формируя карман необходимого размера для будущего эндопротеза молочной железы. Вторым этапом предусматривается извлечение тканевого экспандера и его замена на постоянный эндопротез подходящего объема. Третьим этапом является пластика – татуаж ареолы и/или реконструкция сосково-ареолярного комплекса из собственных тканей.

Мастэктомия с одномоментной установкой экспандера была выполнена у 56 (65,1%) пациентов, трем из них был поставлен экспандер Бекера. Отсроченная реконструкция после мастэктомии методом хронической дермотензии была выполнена 30 (34,9%) пациенткам, экспандер Бекера установлен у 4. Вторым этапом – замена тканевого экспандера на эндопротез - был выполнен у 61 пациентки в срок от 6 до 14 месяцев. У 10 (11,6%) пациентов в связи с развитием осложнений тканевой экспандер был удален. Экструзия тканевого экспандера ввиду появления лимфокист с последующим их воспалением развилась в 3 случаях. Удаление экспандера в результате резкой атрофии покровных тканей в процессе растяжения имела место у 4х пациентов. Имело место удаление экспандера по желанию пациентки из-за сильного болевого синдрома. Неэффективность дермотензии ввиду грубого постлучевого фиброза тканей грудной стенки была диагностирована в 2 случаях.

Трудноразрешимым и исключительно важным вопросом реконструктивного хирургического лечения пациенток, является сочетание различных способов первичной пластики молочной железы с другими методами специального лечения, которое может потребоваться пациентке с раком молочной железы в адьювантном режиме, в частности, химиотерапией и лучевым лечением.

Решение этого вопроса было предложено Kronowitz в MD Anderson Cancer Center [1]. Поскольку необходимость проведения адьювантной лучевой терапии зачастую неизвестна до выполнения радикальной мастэктомии, Kronowitz предложил установление тканевого экспандера одномоментно с выполнением радикальной мастэктомии. Наполнение экспандера производится в установленные сроки и, в случае отсутствия показаний для проведения адьювантной лучевой терапии, через 6-8 недель производится его замена на постоянный имплант. Во время адьювантной химиотерапии, если таковая требуется, тканевой экспандер наполняется в установленные сроки. При необходимости проведения адьювантной лучевой терапии экспандер не должен наполняться и может быть полностью спущен, поскольку форма груди не должна меняться, иначе план лучевой терапии на молочную железу и зоны регионарного лимфооттока может быть скомпрометирован. После окончания

лучевой терапии продолжается инфляция тканевого экспандера до необходимого объема с последующей его заменой на постоянный имплант.

В связи с появлением у двух пациенток грубого постлучевого фиброза тканей грудной стенки мы в нашем исследовании отошли от алгоритма Kronowitz и при необходимости лучевой терапии наполняли экспандер физраствором до начала планирования лучевой терапии, не проводили десуфляцию экспандера, а после окончания лучевой терапии продолжали наполнение экспандера физиологическим раствором. У данной группы пациентов осложнений не отмечено.

Реконструктивно-восстановительные операции прочно заняли свою «нишу» в хирургическом лечении рака молочной железы. Наиболее важным аспектом в пользу их выполнения является несомненное улучшение качества жизни пациенток, перенесших операцию. Метод хронической дермотензии позволяет решить вопрос реконструкции молочной железы после мастэктомии, но должен рассматриваться индивидуально, с учетом состояния мягких тканей грудной стенки в особенности при проведенной ранее либо планируемой лучевой терапии.

Список литературы.

1. Kronowitz SJ, Feledy JA, Hunt KK, et al. Determining the optimal approach to breast reconstruction after partial mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117:1–11.
2. Ю.В. Пржедецкий. Выбор тканевого экспандера для восстановления утраченной молочной железы. // Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий, 2009г.