

Случай симультантного оперативного вмешательства в маммологической практике

ГУ РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н.Н.Александрова

В статье рассказывается об одномоментном выполнении нескольких оперативных вмешательств по поводу основного заболевания и сопутствующих хирургических заболеваний других органов, что стало возможно за счёт технического прогресса, с внедрением в хирургическую практику высоких технологий и разработки новых высоко эффективных медикаментозных препаратов. В отделе онкомамологии выполняются симультантные операции, которые заслуживают внимания и указывают на возможность использования указанных вмешательств в практической деятельности.

Ключевые слова: рак молочной железы, симультантная операция, онкология, хирургическое лечение, маммология.

Рак молочной железы, среди злокачественных опухолей, является самым распространенным новообразованием у женщин. На протяжении последних 40 лет отмечается устойчивая тенденция к его интенсивному росту [1], [2]. Так, если в 1996 г. в мире зарегистрировано 570 тыс. новых случаев этой патологии [3], то в 2001 г. уже 1,05 млн. [3]. Это является следствием как увеличения воздействия на организм женщины неблагоприятных факторов риска, так и внедрением скрининга рака молочной железы путем выполнения маммографии, клинического обследования и самообследования молочных желез [4], [5]. Часто наравне с указанным заболеванием у больных имеется сопутствующая патология, которая требует оперативного лечения. Поэтому за последние годы в мировой практике всё больше внимания уделяется симультантным (сочетанным) оперативным вмешательствам. Одномоментное выполнение нескольких оперативных вмешательств по поводу основного заболевания и сопутствующих хирургических заболеваний других органов стало возможно за счёт технического прогресса, с внедрением в хирургическую практику высоких технологий и разработки новых высоко эффективных медикаментозных препаратов. В отделе онкомамологии выполнена симультантная операция, которая заслуживает внимания и указывает на возможность использования указанных вмешательств в практической деятельности.

Результаты и обсуждения. Больная М., 1958 года рождения, поступила в отдел онкомамологии в декабре 2007 года с диагнозом: рак правой молочной железы, T2N1M0, IIb стадия. Диагноз подтвержден маммографическим исследованием и цитологическим заключением - найдены клетки аденокарциномы. При осмотре гинекологом выявлено увеличение матки до 12-13 недель беременности и выставлен диагноз: фибромиома матки. Рекомендовано оперативное лечение. Больной было предложено выполнение симультантного оперативного вмешательства в объеме: 1) мастэктомии по Маддену; 2) маммопластики TRAM-лоскутом; 3) пангистерэктомии; 4) абдоминопластики. Согласие получено, противопоказаний не выявлено. I этап - мастэктомия по Мадден. По заранее нанесенной разметке (рисунок 1) поперечным овальным разрезом, окаймляющим правую молочную железу, рассечена кожа с тонким слоем подкожно-жировой клетчатки. Выделены электроножом верхний и нижний кожные лоскуты: верхний до II межреберья, нижний до края реберной дуги. По краю выделенных лоскутов рассечена поверхностная грудная фасция. Молочная железа отделена от грудной стенки вместе с поверхностной фасцией. Рассечена

глубокая фасция, покрывающая малую грудную мышцу по наружному краю и вдоль сосудисто-нервного пучка. Малая грудная мышца отведена кнаружи и книзу. Выделена клетчатка III уровня, затем II и I уровня и удалена в едином блоке с молочной железой. Клетчатка удалена селективно с сохранением сосудисто-нервных структур подмышечной ямки. Гемостаз. Контроль на инородные тела. Смыть раневой поверхности раствором антисептика (3% раствором перекиси водорода, фурацилином). Через контрапертуру по средней подмышечной линии ниже конца разреза кожи в рану подведена дренажная полихлорвиниловая трубка. Последняя фиксирована к коже у наружного канала капроновым швом. Дренажная трубка соединена с устройством для вакуумного дренирования. Наложена асептическая повязка.



Рисунок 1. Предварительная разметка пациентки

II этап - маммопластика TRAM-лоскутом. По заранее нанесенной на коже передней брюшной стенки разметке (рисунок 1) рассечена кожа и подкожная клетчатка. Выкроен, мобилизован на контралатеральной прямой мышце живота кожно-мышечный TRAM-лоскут.



Рисунок 2. Подкожный тоннель для перемещения TRAM-лоскута

Лоскут перемещен через подкожный тоннель (рисунок 2), уложен и подшит к краям дефекта на правой половине грудной стенки с формированием «молочной железы». Рана послойно ушита.

III этап - пангистерэктомия. Вскрыта париетальная брюшина передней брюшной стенки из того же разреза. При ревизии со стороны органов брюшной полости (желудка, печени, селезенки, кишечника, большого и малого сальников), забрюшинного пространства (почек, поджелудочной железы, лимфоузлов) патологии не выявлено. Париетальная и висцеральная брюшина не изменены. В малом тазу матка увеличена до 16*12*10 см, имеет бугристый контур. Правый яичник 4*3*2 см, левый - 5*4*2 см с эндометриоидными кистами. Оба яичника припаяны к брюшине заднего дугласова пространства, на брюшине малого таза явления эндометриоза с вовлечением сигмовидной кишки, последняя приращена к матке.



Рисунок 3. Вид пациентки после операции

Наложены зажимы на воронко-тазовые связки с обеих сторон, пересечены с перевязкой и прошиванием, круглые маточные связки пересечены коагулятором. Рассечена брюшина пузырьно-маточного углубления, мочевого пузырь смещен книзу. Вскрыта брюшина дугласова кармана, прямая кишка отделена от шейки матки и верхней трети влагалища. Под контролем хода мочеточников с обеих сторон клеммированы, пересечены с перевязкой и прошиванием маточные сосуды и кардинальные связки. Пересечены с прошиванием с обеих сторон крестцово-маточные связки у стенки таза. Матка отсечена на границе средней и верхней трети влагалища, культя обработана, во влагалище введен марлевый тампон. Культя влагалища ушита гемостатическим швом. Частично восстановлена целостность тазовой брюшины. Гемостаз по ходу операции. Контроль на гемостаз и инородные тела. Ушита париетальная брюшина.

IV этап - абдоминопластика. Кожные лоскуты передней брюшной стенки отсепарованы до краев реберных дуг. Апоневроз ушит наглухо по белой линии живота с формированием дубликатуры. Пупок перемещен в новое место. Рана дренирована двумя ПХВ трубками через контрапертуры. Послойный шов раны. Асептическая повязка.

Общая продолжительность оперативного вмешательства составила 3 часа 40 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений и на 10-е сутки после операции больной начато проведение специального лечения в объеме курса полихимиотерапии.

Выводы: таким образом, в данном клиническом случае симультантная операция позволила излечить пациентку от двух заболеваний и добиться хорошего косметического эффекта, при этом не увеличив продолжительность оперативного вмешательства, поскольку III этап проводился параллельно с пластикой молочной железы.

Литература

1. Аркадьева, Т. В. Пути улучшения ранней выявляемости рака молочной железы (опыт Краснодарского городского онкологического диспансера) // Современная онкология. М., 1999. Т. 1. № 2. С. 44-46.
2. Довгалюк, А. З. Рак молочной железы (этиология, клиника, диагностика, лечение, вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации): пособие для врачей. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. СПб., 2001. 205 с.
3. Избранные лекции по онкомамологии / Шалимов С.А., Головки Т.С. [и др.] // Киев. Институт онкологии АМН Украины, 2004. 105 с.
4. Cancer statistics for Hispanics, 2003 / O'Brien K., Cokkinides V., Ahmedin J., Cardinez C.J., Murray T., Sammuels A., Ward E., Thun M.J. // A cancer journal for clinicians. 2003. Vol. 53. № 4. P. 208-226.
5. Incidence of Invasive Breast Cancer and Ductal Carcinoma In situ in a Screening Program by Age: Should Older Women Continue Screening? / Erbas B., Amos A., Fletcher A., Kavanagh A.M., Gertig D.M. // Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2004. Vol. 13. № 10. P. 1569-1573.
6. McPherson, K., Steel, C.M., Dixon, J.M. ABC of Breast diseases. Breast cancer - epidemiology, risk factors, and genetics // BMJ. 2004. Vol. 321. P. 624-628