

# Новый подход в оценке эстетических результатов реконструктивных операций с использованием силиконовых эндопротезов у больных раком молочной железы

М.Л. Ярыгин<sup>1</sup>, В.А. Соболевский<sup>2</sup>, Ю.С. Егоров<sup>2</sup>, Л.М. Ярыгин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ,

<sup>2</sup>ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Проведен анализ психоэмоционального состояния больных раком молочной железы после хирургического лечения. Отмечено, что как радикальная мастэктомия, так и органосохранная операции при раке молочной железы часто негативно влияют на психологическое состояние женщины. Альтернативой таким операциям является выполнение одномоментных реконструктивных операций на молочной железе. Всего проведено 120 реконструктивных операций у больных раком молочной железы: 81 (75,8%) одномоментная операция и 39 (24,2%) отсроченных реконструктивных операций с использованием эндопротезов.

Оценка эстетических результатов реконструктивной операции хирургом не всегда совпадала с оценкой самой пациентки. Необходима разработка общей шкалы оценки результатов реконструктивной операции, которая бы учитывала мнение как хирургов, так и пациентки.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, реконструктивные операции, эндопротезы, психологическое состояние.

The analysis of the psycho-emotional condition was performed for the patients, who had got surgical treatment of the breast cancer. It was showed, that either radical mastectomy, or radical resection often have a negative influence on the psychological condition of the patient. An alternative solution is breast reconstruction with silicone implants. There were performed 120 reconstruction with the silicone implants for the patients with breast cancer: 81 (75,8%) were made simultaneously with mastectomy and 39 (24,2%) were delayed reconstructions.

The evaluation of the surgeon wasn't always similar with the evaluation of the patient. A single evaluation system of the breast reconstruction is needed. It should take into account the opinion of the surgeon and the opinion of the patient also.

**Key words:** breast cancer, reconstructive operations, implants, psychological condition.

Любое хирургическое вмешательство на молочной железе, органе, эстетически значимом для пациенток, является серьезной психологической травмой для женщины. Полное удаление молочной железы является серьезной проблемой для женщин, и при этом современная статистика указывает, что 15% женщин, которым показано выполнение радикальной мастэктомии, моложе 40 лет. После таких операций у пациенток развивались тревожные состояния различной степени: страх потери семьи и работы, ощущение утраты женственности и чувства ущербности, проблемы в сексуальных отношениях, что приводило к тяжелым депрессивным состояниям [1, 5, 6]. В то же время сохранение молочной железы позволяло избежать множества психологических и социальных проблем.

Необходимо отметить, что после выполнения органосохранных операций не отмечается грубых эстетических дефектов молочной железы с одной стороны, но и не исключает появление рецидива заболевания в оставшейся части молочной железы [5].

Учитывая неоднозначное отношение к результатам и перспективам хирургического лечения у женщин, было проведено тест-исследование (2006–2009 гг.) у группы пациенток (131), больных раком молочной железы (РМЖ), в возрасте от 26 до 80 лет (средний возраст  $49 \pm 8,2$  года) с I–IIБ стадиями, T1–2N0–1M0, которым планировали проведение радикальной мастэктомии. Для контроля опросили 32 женщины того же возраста с I–IIБ стадиями, которым провели органосохранные операции на молочной железе.

В беседах, в предоперационном периоде, 118 (90,1%) женщин желали сохранить молочную железу или при первой же возможности провести реконструктивную

операцию. Через 1 год после окончания лечения реконструктивная операция была выполнена лишь у 3 (2,5%) пациенток молодого возраста – до 30 лет.

Причиной отказа от дальнейшего лечения были:

- адаптация к данному состоянию – в 76 случаях,
- экономические факторы – в 15 случаях,
- страх повторной операции – в 30 случаях,
- неверие в полное выздоровление, определенное фатальное отношение к болезни – в 18 случаях.

Контрольную группу составили 32 больных РМЖ I–IIБ стадии, T1–2N0–1M0, которым произведена органосохранная операция с последующей лучевой и лекарственной терапией. Возраст больных от 28 до 60 лет (средний возраст  $42 \pm 7,4$  года).

Тест-контроль через 1 год выявил следующее отношение к своему состоянию:

- хотели бы удалить оставшуюся часть молочной железы полностью из-за эстетического дефекта – в 12 случаях,
- присутствовал страх рецидива заболевания – в 24 случаях,
- адаптировались к своему состоянию – в 19 случаях,
- боязнь и нежелание частого посещения врача-онколога – в 16 случаях.

Таким образом, в случае полного удаления молочной железы (мастэктомии) или выполнения органосохранной операции имеются как положительные, так и отрицательные психологические моменты.

Одним из решений данной проблемы является развитие реконструктивной хирургии молочной железы в плане комплексного лечения РМЖ [7–9]. Это позволит, с одной стороны, удалять всю ткань молоч-

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и характера операции

	I стадия	IIa стадия	IIb стадия	IIIa стадия	IIIb+IIIc стадия	Неизвестная	Всего
Отсроченная операция	11 (28,2%)	8 (20,5%)	7 (17,9%)	2 (5,1%)	4 (10,2%)	7 (17,9%)	39 (100%)
Одномоментная операция	16 (19,8%)	22 (27,2%)	13 (16,0%)	5 (6,2%)	13 (16,0%)	12 (14,8%)	81 (100%)
Всего	27	30	20	7	17	19	120
%	22,5	25,0	16,7	5,8	14,2	15,8	100%
Средний возраст, годы	39,1±1,56	41,5±1,56	40,9±1,63	32,9±2,58	42,6±3,1	35,9±2,09	38,9±0,78

ной железы с учетом онкологических принципов, как источник возможного рецидива болезни, с другой – формировать молочную железу нужной формы и размеров.

В исследование было включено 120 больных РМЖ, которым проведены различные реконструктивные операции на молочной железе с использованием силиконовых эндопротезов в отделениях ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1990 г. по июнь 2010 г.

При реконструктивных операциях использовали силиконовые эндопротезы: импланты – в 19 (15,8%) случаях, экспандеры – у 59 (49,2%) женщин, экспандеры-эндопротезы Беккера – у 42 (35%) пациенток. Основной целью реконструктивной операции на первом этапе были формирование ложа экспандером с последующим замещением его на имплант или попытка одномоментной операции с установкой экспандеро-эндопротеза [8].

Все реконструктивные операции с использованием силиконовых эндопротезов были разделены на 2 группы: отсроченные – у 39 (24,2%) больных, одномоментные – у 81 (75,8%) больных.

Возраст больных колебался в пределах от 18 до 67 лет и средний возраст составил 38,9±0,78 года.

Таким образом, основную группу больных (64,3%) составили женщины до 40 лет, когда для женщины внешний вид имеет наибольшее психологическое значение. У 75 (65%) женщин возраст был моложе 40 лет, а у больных с IIIa стадией составил 32,9±2,58 года.

Большинство в группе составили пациентки с начальными стадиями РМЖ, а именно с I–IIa стадией – 54 (42,5%) женщины. У 19 (15,8%) установить стадию РМЖ не представлялось возможным, так как первичное лечение было проведено в другом стационаре, а медицинская документация отсутствовала.

Все реконструктивные операции были разделены на две группы: одномоментные и отсроченные (табл. 1).

Как следует из полученных данных (см. табл. 1), одномоментным реконструктивным операциям чаще подвергались больные с начальными стадиями заболевания, а отношение одномоментных операций к отсроченным составило 2 : 1.

Оценка эстетических результатов реконструктивной операции на молочной железе со стороны оперирующего хирурга и пациентки субъективна. Что может вызывать удовлетворение работой у хирурга, негативно воспринимается женщиной и наоборот. Необходимо

понимать, что окончательную оценку результатов реконструктивной операции молочной железы дает сама больная, а не хирург. И как бы ее ни убеждали хирурги и другие специалисты в качестве работы – последняя оценка остается за ней.

Был проведен сравнительный анализ оценок хирурга и пациентки, полученных после реконструктивной операции с использованием силиконовых эндопротезов (табл. 2).

За основу взята четырехбалльная система оценки: 5 – отлично, 4 – хорошо, 3 – удовлетворительно, 2 – плохо. Оценку проводили хирурги по фотографиям больных и по их антропометрическим и физическим данным, а также пациентки через 3–4 мес после операции. Необходимо отметить, что оценка женщины после одномоментной операции была несколько ниже, чем при отсроченных реконструкциях молочной железы.

В 5 (11,9%) случаях женщины крайне негативно отнеслись к результатам реконструктивной операции (что выше рассматривалось как осложнение) и оценили результат как неудовлетворительный [2]. То же касается и удовлетворительной оценки полученных результатов. Практически нет разногласий в оценке хороших и отличных результатов в реконструктивной операции (26,2 против 33,3% и 57,1 против 54,8% соответственно).

Поэтому важной представляется разработка системы оценки эстетических результатов реконструктивных операций с использованием силиконовых эндопротезов у больных РМЖ, которая бы учитывала мнение как хирурга, так и пациентки.

Таблица 2

Сравнительная оценка эстетических результатов реконструктивных операций хирургом и пациенткой (число пациенток)

Оценка пациентки	Оценка хирурга				Всего	
	2	3	4	5	абс.	%
2		3	2		5	11,9
3		1	1		2	4,8
4			3	8	11	26,2
5		1	8	15	24	57,1
Итого: абс.		5	14	33	42	
%		11,9	33,3	54,8		100

Была разработана и предложена следующая формула оценки результатов лечения:

$$\text{Результат} = \frac{(\text{физическая характеристика} + \text{антропометрическая оценка} + \text{оценка по фото}) \times \text{оценка пациентки}}{10 \text{ (или 20)}}$$

**Физическая оценка:** контур железы, размер, консистенция, состояние сосково-ареолярного комплекса.

**Антропометрическая оценка:** симметрия молочных желез.

**Оценка по фотографии:** дефицит объема, недостаточность наполнения верхнего полюса.

Каждый признак оценивается: 0 – плохо или 1 – хорошо.

Оценка пациентки: 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо, 5 – отлично.

10 – отсроченная операция, 20 – одномоментная.

**Итоговая оценка:** 0,25–1,5 – удовлетворительно (1), 1,6–3,0 – хорошо (2), 3,1–4,0 – отлично (3).

Практическое применение данной формулы показано на следующем клиническом примере.

Б о л ь н о й Г. 05.06.07 выполнена радикальная мастэктомия по Маддену по поводу рака левой молочной железы T1N0M0, I стадия.

Гистологическое исследование – внутрипротоковый рак без метастазов в регионарных лимфатических узлах. В связи с гормональной чувствительностью опухоли по РЭ и РП и отрицательной экспрессией Her-2/неу назначен тамоксифен. Через 2 года больная приняла решение выполнить реконструктивную операцию. 24.02.09 выполнена отсроченная реконструкция левой молочной железы экспандером-эндопротезом Беккера и перемещенным торакодорсальным лоскутом.

Полученный косметический эффект ретроспективно был оценен по предлагаемой формуле оценки эстетических результатов.

**Оценка хирурга:** физическая характеристика: контур железы – 1 балл, размер – 1 балл, консистенция – 0 баллов, симметрия – 1 балл, сосок+ареола – 0 баллов.

**Оценка по фото:** дефицит объема – 1 балл, недостаточность наполнения верхнего полюса – 0 баллов.

**Антропометрическая оценка:** небольшая асимметрия – 1 балл.

Итого 5 баллов.

Оценка пациентки = 3,  
операция отсроченная – индекс 10.

Итого  $(5 \cdot 3) : 10 = 1,5$ .

Общая оценка по предлагаемой шкале удовлетворительная.

В связи с неудачным результатом реконструктивной операции, по мнению больной, 16.09.09 была выполнена замена экспандера-эндопротеза Беккера на имплант, аугментационная маммопластика контралатеральной молочной железы.



Фото 1. Внешний вид больной Г. через 2 года после радикальной мастэктомии по Маддену.

После проведенной операции произведена повторная оценка результатов по предлагаемой формуле.

**Оценка хирурга:** физическая характеристика: контур железы – 1 балл, размер – 1 балл, консистенция – 1 балл, симметрия желез – 1 балл, сосок+ареола – 1 балл. **Оценка по фото:** дефицит объема – 1 балл, недостаточность наполнения верхнего полюса – 1 балл.



Фото 2. Больная Г. после реконструкции молочной железы экспандером-эндопротезом Беккера с перемещенным торакодорсальным лоскутом. Вид спереди.



Фото 3. Больная Г. после реконструкции молочной железы экспандером-эндопротезом Беккера с перемещенным торакодорсальным лоскутом. Вид сбоку.



**Фото 4.** Больная Г. после замены экспандера-эндопротеза Беккера на имплант и аугментационной маммопластики противоположной молочной железы. Вид спереди.



**Фото 5.** Больная Г. после замены экспандера-эндопротеза Беккера на имплант и аугментационной маммопластики противоположной молочной железы. Вид сбоку.

Антропометрическая оценка: железы симметричные – 2 балла.

Итого 9 баллов.

Оценка пациентки = 4 (не до конца сформированы сосок+ареола), операция отсроченная – индекс 10.

Итого  $(9 \cdot 4):10 = 3,6$ .

Общая оценка по предлагаемой шкале – отлично.

Поэтому предлагаемую формулу подсчета оценки эстетических результатов реконструктивных операций считаем более объективной, так как учитывает мнение и хирурга, и пациентки.

Таким образом, лечение РМЖ является сложной проблемой, включающей в себя не только терапию злокачественной опухоли, но и социальную реабилитацию женщин. Лечебный процесс должен учитывать психоэмоциональное состояние женщины, не всегда адекватно реагирующей на предлагаемое лечение, вплоть до изменения тактики ведения больной.

Необходимо рассматривать реконструктивные операции как неотъемлемый этап комплексного лечения больных РМЖ.

**Литература**

1. Блохин С.Н. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы. / С.Н. Блохин, К.П. Лактионов, И.Ю. и др. // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 1997, №3 – С. 59–63.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М. – 2000. – С. 92.
3. Летагин В.П. с соавт. Рак молочной железы. М. – 1996.

4. *Первичные опухоли молочной железы.* Под редакц. В.П.Летягина. М. – 2004.
5. Лактионов.
6. Марилова Т.Ю. с соавтр. Психопатологические реакции онкологических больных. «Вестник ОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН» – 2003, № 2. – С. 28–30.
7. Малыгин Е.Н. Реконструктивно–пластические операции молочной железы при раке. Дисс... д-ра мед. Наук. М. – 2001. – 152 с.
8. Федянина Н.Р. Выбор метода реконструкции при раке молочной железы. Дисс .... канд. мед. наук. М. – 2010.
9. Фролова М.А. с соавт. Одномоментная реконструкция молочной железы в условиях комбинированного и комплексного лечения рака. «Вестник ОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН» – 2003, № 2. – С. 21–27.
10. Wellisch D., Schain W., Noone R., Little J. Psychological correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast. // *Plast and Recon Surg.* – 1985. – Vol. 76. – P. 713–718.
11. Wilkins E.G. Prospective analysis of psychological outcomes in breast re–construction: one-year postoperative results from the Michigan Breast recon–struction outcome study / E.G. Wilkins, P.S. Gederna, J.C. Lowery et al. // *Plast Reconstr Surg.* – 2000. – 106(5). – P. 1014–1025; discussion 1026–7.
12. Morris T. Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow up study / T. Morris, H.S. Greer, P. White // *Cancer.* – 1977. – Vol. 77. – P. 2381.