

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	9
Предисловия	15
Рецензии	17
Список сокращений и условных обозначений	19
РАЗДЕЛ I. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	23
Глава 1. Первичные осложнения рака молочной железы (Титов К.С., Лебединский И.Н., Сухарев В.Ю., Лебедев С.С., Лунина А.В.)	25
1.1. Синдром распада опухоли. Кровотечение	25
1.2. Виды неотложных хирургических операций при осложненном раке молочной железы	26
1.3. Предоперационная подготовка при экстренных и срочных операциях при раке молочной железы	31
1.4. Противопоказания к экстренной операции	31
1.5. Профилактика осложнений	32
1.6. Международный опыт реконструкции молочной железы после паллиативной мастэктомии	32
1.7. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	32
Глава 2. Осложнения плановых хирургических вмешательств при раке молочной железы (Зикиряходжаев А.Д., Онофрийчук И.М.)	34
2.1. Кровотечение (ранний послеоперационный период), гематома	35
2.2. Послеоперационная серома	37
2.3. Инфекционно-воспалительные осложнения	39
2.4. Другие хирургические осложнения	42
2.5. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	48
Глава 3. Осложнения в ходе лекарственной и лучевой терапии рака молочной железы (Зикиряходжаев А.Д., Онофрийчук И.М.)	50
РАЗДЕЛ II. РАК ЛЕГКОГО	53
Глава 4. Первичные осложнения рака легкого (Коржева И.Ю., Чекини А.К., Якомаскин В.Н.)	55
4.1. Легочное кровотечение	55
4.2. Стеноз дыхательных путей	61
4.3. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	68
Глава 5. Осложнения плановых хирургических вмешательств при раке легкого (Рябов А.Б., Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушко В.А., Бармин В.В., Шуманская Д.В.)	69
5.1. Кровотечение	70
5.2. Бронхоплевральный свищ	70
5.3. Продленный сброс воздуха и остаточная полость	76
5.4. Хилоторакс	81
5.5. Вывих сердца	86
5.6. Тампонада сердца	87
5.7. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	88
Глава 6. Осложнения в ходе лекарственной и лучевой терапии рака легкого (Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушко В.А.)	90
РАЗДЕЛ III. ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ	93
Глава 7. Синдром верхней полой вены (Рябов А.Б., Пикин О.В., Бармин В.В., Шуманская Д.В.)	95
7.1. Злокачественные опухоли, вызывающие синдром верхней полой вены	96
7.2. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	109

РАЗДЕЛ IV. РАК ПИЩЕВОДА	113
Глава 8. Первичные осложнения рака пищевода (Готов Е.М., Якомаскин В.Н., Коржева И.Ю., Климашевич А.В.)	115
8.1. Дисфагия и опухолевый стеноз просвета пищевода	115
8.2. Перфорация пищевода	118
8.3. Пищеводно-трахеальные и бронхиальные фистулы	120
8.4. Кровотечение	123
8.5. Инфекционные осложнения при раке пищевода	126
8.6. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	127
Глава 9. Осложнения плановых хирургических вмешательств при раке пищевода (Рябов А.Б., Хомяков В.М., Пикин О.В., Колобаев И.В., Абдулхакимов Н.М., Чайка А.В., Соболев Д.Д., Салимзянов К.И.)	130
9.1. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза и некроз трансплантата	131
9.2. Пищеводно-респираторные фистулы	140
9.3. Хилоторакс	149
9.4. Послеоперационные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	152
9.5. Опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	159
Глава 10. Осложнения в ходе лекарственной и лучевой терапии рака пищевода (Рябов А.Б., Хомяков В.М., Абдулхакимов Н.М., Аксенов С.А.)	162
РАЗДЕЛ V. РАК ЖЕЛУДКА	167
Глава 11. Первичные осложнения рака желудка (Шабунин А.В., Багателья З.А., Греков Д.Н., Лебедев С.С., Коржева И.Ю., Андрейцев И.Л., Якомаскин В.Н., Сон А.И., Щанькин Е.Г.)	169
11.1. Кровотечение из опухоли желудка	169
11.2. Злокачественная обструкция выходного отдела желудка	178
11.3. Перфорация опухоли желудка	183
11.4. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	188
Глава 12. Осложнения плановых хирургических вмешательств при раке желудка (Рябов А.Б., Хомяков В.М., Колобаев И.В., Абдулхакимов Н.М., Кострыгин А.К., Уткина А.Б., Погосян Г.С., Мартыросян Д.В., Макурина М.П.)	189
12.1. Несостоятельность швов анастомозов	190
12.2. Послеоперационные кровотечения	196
12.3. Послеоперационная панкреатическая фистула	199
12.4. Послеоперационная кишечная непроходимость	205
12.5. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки	209
12.6. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	215
Глава 13. Осложнения в ходе лекарственной и лучевой терапии рака желудка (Рябов А.Б., Хомяков В.М., Абдулхакимов Н.М., Аксенов С.А.)	217
РАЗДЕЛ VI. РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	223
Глава 14. Первичные осложнения рака поджелудочной железы (Шабунин А.В., Карпов А.А., Лебедев С.С., Егоров Е.А., Тавобилов М.М.)	225
14.1. Механическая желтуха	226
14.2. Дуоденальная кишечная непроходимость. Тонкокишечная непроходимость в области связки Трейтца	233
14.3. Портальная гипертензия	236
14.4. Болевой абдоминальный синдром	238
14.5. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	240
Глава 15. Осложнения плановых хирургических вмешательств при раке поджелудочной железы (Карпов А.А., Лебедев С.С., Егоров Е.А., Тавобилов М.М.)	242
15.1. Панкреатическая фистула	242
15.2. Билиарная фистула	248

15.3. Аррозивное послеоперационное кровотечение.....	250
15.4. Гастростаз	252
15.5. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	254
РАЗДЕЛ VII. ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА	257
Глава 16. Первичные осложнения гепатоцеллюлярной карциномы <i>(Шабунин А.В., Лебедев С.С., Дроздов П.А.)</i>	259
16.1. Печеночная недостаточность.....	260
16.2. Портальная гипертензия	261
16.3. Геморрагические осложнения.....	262
16.4. Инфекционные осложнения	265
16.5. Разрывы опухолей.....	266
16.6. Заключение.....	269
Глава 17. Осложнения плановых хирургических вмешательств при гепатоцеллюлярной карциноме <i>(Шабунин А.В., Лебедев С.С., Дроздов П.А.)</i>	270
17.1. Пострезекционная печеночная недостаточность	271
17.2. Послеоперационное желчеистечение.....	272
17.3. Внутриверхнее кровотечение	273
17.4. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина (2020–2024 гг.).....	275
17.5. Заключение.....	277
Глава 18. Хирургические осложнения после трансплантации печени <i>(Шабунин А.В., Лебедев С.С., Дроздов П.А.)</i>	278
18.1. Тромбоз печеночной артерии	278
18.2. Тромбоз воротной вены.....	279
18.3. Внутриверхнее кровотечение	279
18.4. Билиарные осложнения	280
18.5. Ранняя дисфункция трансплантата печени.....	281
РАЗДЕЛ VIII. РАК ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ	287
Глава 19. Первичные осложнения колоректального рака <i>(Багательян З.А., Греков Д.Н., Кулушев В.М., Максимкин А.И.)</i>	289
19.1. Опухолевая кишечная непроходимость	290
19.2. Кровотечение из опухоли ободочной и прямой кишки	297
19.3. Перфорация опухоли ободочной и прямой кишки.....	302
19.4. Клинический опыт Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С.П. Боткина	310
Глава 20. Осложнения плановых хирургических вмешательств при колоректальном раке <i>(Трифанов В.С., Гришин Н.А.,</i> <i>Полуэктов С.И., Троицкий А.А., Мошуров Р.И., Черниченко М.А.,</i> <i>Мещерякова М.Ю., Косоголов М.В.).....</i>	315
20.1. Несостоятельность межкишечного анастомоза.....	315
20.2. Внутриверхнее и внутритазовое кровотечение.....	320
20.3. Кровотечение из области анастомоза	324
20.4. Послеоперационная кишечная непроходимость.....	327
20.5. Несостоятельность колоректального анастомоза	331
20.6. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	335
Глава 21. Осложнения в ходе лекарственной и лучевой терапии колоректального рака <i>(Гришин Н.А., Трифанов В.С.)</i>	336
РАЗДЕЛ IX. РАК ПРОСТАТЫ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	339
Глава 22. Первичные осложнения рака простаты и мочевыводящих путей <i>(Пушкарь Д.Ю., Колонтарев К.Б., Говоров А.В.,</i> <i>Велиев Е.И., Малхасян В.А., Васильев А.О., Шустецкий Н.А., Богданов А.Б.,</i> <i>Тулинов М.А., Филимонов Е.В., Медведев Ф.А., Сердюкова М.А.).....</i>	341
22.1. Острая задержка мочи	341
22.2. Гематурия при раке мочевого пузыря	344

22.3. Спонтанная перфорация мочевого пузыря.....	347
22.4. Гематурия при раке почки.....	350
Глава 23. Первичные осложнения при раке предстательной железы (Пушкарёв Д.Ю., Колонтарев К.Б., Говоров А.В., Велиев Е.И., Малхасян В.А., Васильев А.О., Шустикский Н.А., Богданов А.Б., Тулинов М.А., Филимонов Е.В., Медведев Ф.А., Сердюкова М.А.)	354
23.1. Гематурия при раке предстательной железы.....	354
23.2. Острая и хроническая задержка мочи при раке предстательной железы ...	356
23.3. Уретерогидронефроз при раке предстательной железы: причины, диагностика, лечение	356
Глава 24. Осложнения плановых хирургических вмешательств при почечно-клеточном раке (Каприн А.Д., Крашенинников А.А., Пильчук П.С., Воробьев Н.В.).....	358
24.1. Послеоперационные кровотечения.....	359
24.2. Мочевой затек.....	365
24.3. Инфаркт почки.....	368
24.4. Снижение почечной функции.....	369
24.5. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	369
Глава 25. Послеоперационные осложнения радикальной цистэктомии (Каприн А.Д., Крашенинников А.А., Мурадян А.Г., Воробьев Н.В., Дугарова Р.С.).....	371
25.1. Динамическая тонкокишечная непроходимость (паралитический илеус).....	371
25.2. Несостоятельность межкишечного анастомоза.....	376
25.3. Несостоятельность и стриктура уретероилеального анастомоза.....	380
25.4. Лимфатические осложнения после радикальной цистэктомии [лимфоррея/лимфоцеле/хилоррея/лимфатический (хилезный) асцит/инфицированное лимфоцеле].....	384
25.5. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	386
Глава 26. Осложнения при трансуретральной резекции мочевого пузыря (Каприн А.Д., Воробьев Н.В., Крашенинников А.А., Мурадян А.Г.)	389
Глава 27. Осложнения плановых вмешательств при раке предстательной железы (Каприн А.Д., Алексеев Б.Я., Перепахов В.М., Ньюшко К.М.).....	392
27.1. Лимфоцеле.....	392
27.2. Несостоятельность везико-уретрального анастомоза	394
27.3. Травма прямой кишки (ректоуретральный свищ/коагуляционное повреждение).....	396
27.4. Травма obturatorного нерва.....	398
27.5. Послеоперационные кровотечения.....	398
27.6. Клинический опыт Научно-исследовательского института урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина	399
РАЗДЕЛ X. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	401
Глава 28. Неотложная нейроонкология (Горожанин А.В., Вакатов Д.В., Клишин Д.Н., Сошин Ю.В.).....	403
28.1. Внутричерепная гипертензия и дислокация головного мозга.....	404
28.2. Диагностика неотложных состояний в нейроонкологии	412
28.3. Патология спинного мозга	419
28.4. Интрамедуллярные опухоли	422
28.5. Интрадуральные экстрамедуллярные опухоли	426
28.6. Опухоли позвоночника с компрессией спинного мозга	428
28.7. Экстрадуральные опухоли без инвазии костных структур	431
Глава 29. Послеоперационные осложнения злокачественных опухолей основания черепа (Зайцев А.М., Михайлов Н.И., Кирсанова О.Н., Кисарьев С.А.)	436
29.1. Назальная ликворея	437

29.2. Носовые кровотечения	440
29.3. Менингит	443
29.4. Гидроцефалия	444
29.5. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	447
Глава 30. Послеоперационные осложнения злокачественных опухолей задней черепной ямки (Зайцев А.М., Михайлов Н.И., Кирсанова О.Н., Кисарьев С.А.)	448
30.1. Послеоперационные кровоизлияния и гематомы.....	449
30.2. Острая окклюзионная (обструктивная) гидроцефалия	451
30.3. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	454
РАЗДЕЛ XI. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ.....	455
Глава 31. Первичные осложнения злокачественных опухолей головы и шеи (Поляков А.П., Мордовский А.В., Новикова И.В., Ниматов Э.Е., Ратушный М.В.)	457
31.1. Обструкция верхних дыхательных путей.....	457
31.2. Кровотечение	458
31.3. Орофарингеальная дисфагия и риск аспирации	460
31.4. Общие принципы ведения пациентов с первичными осложнениями	464
Глава 32. Осложнения плановых хирургических вмешательств при злокачественных опухолях головы и шеи (Поляков А.П., Мордовский А.В., Новикова И.В., Ниматов Э.Е., Ратушный М.В.).....	465
32.1. Глоточно-кожный свищ.....	466
32.2. Диастаз краев раны в орофарингеальной области.....	470
32.3. Послеоперационная гематома	471
32.4. Парез гортани.....	473
32.5. Нарушение кровоснабжения аутотрансплантата	475
32.6. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	479
Глава 33. Осложнения в ходе лекарственной и лучевой терапии злокачественных опухолей головы и шеи (Поляков А.П., Мордовский А.В., Новикова И.В., Ниматов Э.Е., Ратушный М.В.).....	481
РАЗДЕЛ XII. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ	485
Глава 34. Первичные осложнения злокачественных опухолей женской репродуктивной системы (Алимов В.А., Новикова Е.Г., Данилов А.М., Полякова Н.Ю.)	487
34.1. Осложненное течение рака шейки матки	488
34.2. Осложненное течение рака яичников.....	494
34.3. Перекрут ножки опухоли, перфорация, разрыв капсулы новообразования.....	494
34.4. Осложненное течение рака эндометрия	496
Глава 35. Осложнения плановых хирургических вмешательств при злокачественных опухолях женской репродуктивной системы (Грицай А.Н., Алдушкина Ю.В., Сидакова З.А., Баранова А.А.)	499
35.1. Лимфокисты и лимфорея	499
35.2. Послеоперационные кровотечения.....	503
35.3. Урогенитальные свищи в онкогинекологии	505
35.4. Несостоятельность швов культи влагалища	509
35.5. Перфорация полого органа	512
35.6. Раневая инфекция	514
35.7. Перитонит.....	516
35.8. Эвентрация кишечника.....	518
35.9. Травмы мочеточников и мочевого пузыря	519

РАЗДЕЛ XIII. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	523
Глава 36. Первичные осложнения злокачественных опухолей костей и мягких тканей (Алиев М.Д., Бухаров А.В., Державин В.А.)	525
36.1. Опухолевое поражение позвоночника.....	527
36.2. Опухолевое поражение костей таза	530
36.3. Опухолевое поражение грудной стенки	532
36.4. Опухолевое поражение длинных костей	532
36.5. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	535
Глава 37. Осложнения плановых хирургических вмешательств при злокачественных опухолях костей и мягких тканей (Алиев М.Д., Бухаров А.В., Державин В.А.)	537
37.1. Мякотканые осложнения.....	538
37.2. Асептическая нестабильность.....	539
37.3. Структурные осложнения.....	541
37.4. Инфицирование эндопротеза.....	543
37.5. Рецидив опухоли.....	545
37.6. Клинический опыт Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена	546
РАЗДЕЛ XIV. ОСЛОЖНЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	547
Глава 38. Первичные осложнения злокачественных опухолей органов малого таза (Каприн А.Д., Иванов С.А., Коротков В.А., Шитарева В.Н., Касымов М.Р., Пасов В.В., Березовская Т.П., Силантьева Н.К., Ямищикова А.С., Горбачев Н.А., Тивкова Л.В.)	549
38.1. Осложнения, связанные с местнораспространенным опухолевым процессом	549
38.2. Осложнения лучевой терапии.....	550
38.3. Внутритазовые свищи	555
38.4. Виды оперативных вмешательств	557
Глава 39. Осложнения после плановых хирургических вмешательств при злокачественных опухолях органов малого таза (Каприн А.Д., Иванов С.А., Коротков В.А., Шитарева В.Н., Касымов М.Р., Пасов В.В., Березовская Т.П., Силантьева Н.К., Ямищикова А.С., Горбачев Н.А., Тивкова Л.В.)	559
39.1. Несостоятельность швов анастомозов.....	559
39.2. Послеоперационное кровотечение.....	561
39.3. Синдром пустого малого таза	562
39.4. Тромбоз подвздошных артерий.....	563
39.5. Клинический опыт Медицинского радиологического научного центра имени А.Ф. Цыба.....	566
Заключение	567
Предметный указатель	569

РАЗДЕЛ I

Рак молочной железы

Глава 1

Первичные осложнения рака молочной железы

*К.С. Титов, И.Н. Лебединский, В.Ю. Сухарев,
С.С. Лебедев, А.В. Лунина*

Рак молочной железы (РМЖ) остается одной из самых распространенных форм онкологических заболеваний среди женщин в мире и в Российской Федерации. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2024 г. было зарегистрировано более 2,3 млн новых случаев рака молочной железы, что составляет 11,6% всех случаев злокачественных опухолей. Ситуация осложняется тем, что в трети случаев (24,4% на 2023 г.) диагноз РМЖ устанавливается уже на запущенных стадиях (III–IV), что увеличивает количество пациентов, нуждающихся в экстренных операциях из-за осложнений, вызванных прогрессией опухоли. В структуре осложнений РМЖ на III–IV стадиях доминируют кровотечения из опухоли, составляя примерно 5% от всех случаев данного заболевания.

Осложненное течение РМЖ связано с прогрессированием заболевания, а также и эффектом лекарственного или, реже, лучевого лечения. Клинические ситуации, такие как распадающиеся опухоли и кровотечения, требуют неотложного хирургического вмешательства по витальным показаниям для спасения жизни пациентки.

Причины, вызывающие ситуации при РМЖ, требующие неотложного хирургического вмешательства:

- 1) прогрессирование РМЖ. Может проявляться различными клиническими признаками, которые требуют неотложного хирургического вмешательства;
- 2) локальные и локорегионарные рецидивы РМЖ после лечения. Рецидивная опухоль РМЖ, особенно при его агрессивных молекулярных подтипах, может потребовать срочной или экстренной операции для санации опухоли молочной железы;
- 3) синдром распада опухоли (с кровотечением или без него) на фоне ее быстрого роста или эффективной лекарственной и (или) лучевой терапии (ЛТ). В редких случаях опухоль может привести к перфорации кожи или некрозу тканей, что также потребует немедленного хирургического вмешательства.

1.1. СИНДРОМ РАСПАДА ОПУХОЛИ. КРОВОТЕЧЕНИЕ

Синдром распада опухоли — патологическое состояние, обусловленное быстрым разрушением большого количества опухолевых клеток в результате прогрессии злокачественной опухоли или в результате эффективного (распад) и неэффективного (рост опухоли) консервативного лечения. Данный синдром развивается на поздних стадиях РМЖ, когда опухоль достигает больших размеров, что приводит к образованию очагов некроза. Выделение распадающимися клетками ферментов и снижение показателей клеточного иммунитета способствуют развитию воспаления с присоединением инфекции, последующему нагноению пораженного органа в зоне распада опухоли и прилегающих к нему тканей (**рис. 1.1**).

Распад опухоли нередко сопровождается кровотечениями за счет расплавления сосудов (**рис. 1.2**), метаболическими расстройствами, инфекционными осложнениями, например абсцессом и (или) сепсисом.



Рис. 1.1. Распадающаяся опухоль молочной железы

Для дальнейшего купирования названных симптомов применяется антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия и гемостатическая терапия.

Клиническая картина и симптомы

Общие: слабость и гипертермия, тошнота, рвота и диарея, брадикардия, аритмия и артериальная гипотензия.

К локальным проявлениям распада РМЖ относят образование крупных язв с кровотечением и локальную боль.

Неотложная хирургия при РМЖ играет важную роль. Понимание показаний к таким вмешательствам и их своевременное выполнение могут спасти жизнь пациентки и значительно улучшить ее качество жизни. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации подходов к экстренным операциям и улучшения исходов.

1.2. ВИДЫ НЕОТЛОЖНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Выполняется простая санационная мастэктомия по Пейти или Маддену.

Санационная мастэктомия — это полное удаление молочной железы, выполняющееся в ситуациях распа-



Рис. 1.2. Распадающаяся опухоль молочной железы с кровотечением

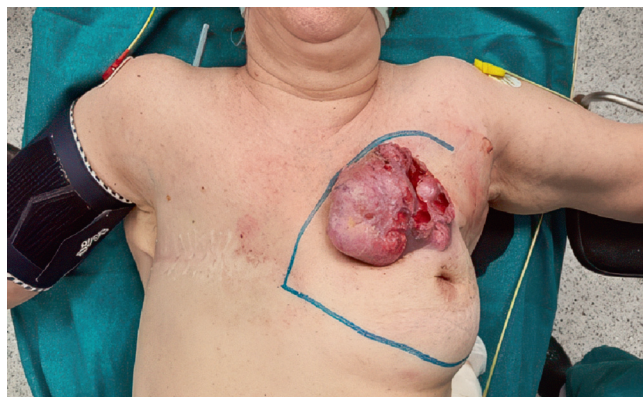
да первичной опухоли, угрозы кровотечения, текущего или состоявшегося кровотечения из опухоли.

В настоящее время подобные операции выполняются и при диссеминированном РМЖ с отдаленными метастазами после проведения современной лекарственной и лучевой терапии. При мастэктомии с «чистыми» краями риск смерти уменьшался на 40% по сравнению с пациентками, которые получали только консервативное паллиативное лечение. При этом подмышечная лимфодиссекция не выполняется, так как не влияет на прогноз болезни. Чтобы успешно выполнять оперативные пособия и значительно уменьшить послеоперационные гнойно-септические осложнения у инкурабельных пациентов, необходимо сразу при выполнении им паллиативных операций по неотложным показаниям одновременно проводить оптимальную сопроводительную терапию с использованием иммуномодуляторов и адаптогенов.

Неотложные операции при РМЖ являются важным аспектом хирургического лечения, особенно в случаях прогрессирования заболевания или возникновения острых состояний.

Для закрытия дефекта после мастэктомии используют собственные ткани пациентки — «лоскуты». Лоскутная пластическая хирургия сопряжена с риском: возможно отмирание пересаженных тканей (**рис. 1.3**).

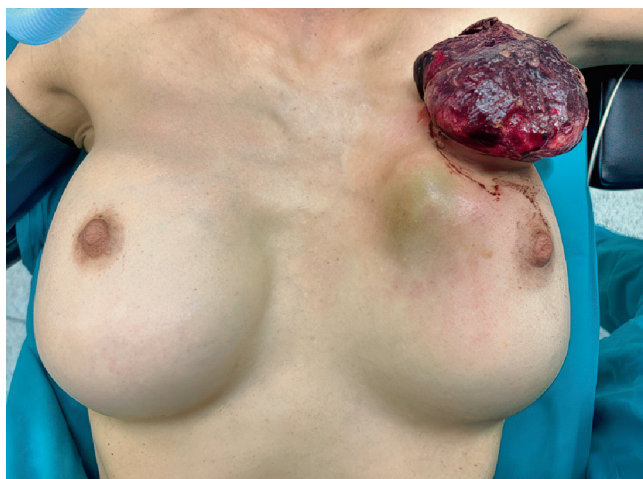
Торакодорсальный лоскут (от англ. Thoracodorsal Latissimus Flap — TDL-лоскут). TDL-лоскут из широчайшей мышцы спины состоит из кожи, жировой и мышечной тканей. Его перемещают на сосудистой ножке в ту зону, где формируется молочная железа. Тканевого покрытия хватает для установки имплантата. Затем проводят дальнейшее увеличение объема молочной железы.



а



б



в



г

Рис. 1.3. Классическая ситуация распадающейся опухоли с кровотечением с закрытием дефекта местными тканями (а-г)

Поперечный лоскут прямой мышцы живота (от англ. Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap — TRAM-лоскут). Этот метод реконструкции молочной железы считается «золотым стандартом». Технология

позволяет перенести лоскут в зону грудной стенки с восстановлением до полного объема груди без имплантов. Минус операции заключается в уменьшении кар-касной функции передней брюшной стенки (**рис. 1.4**).

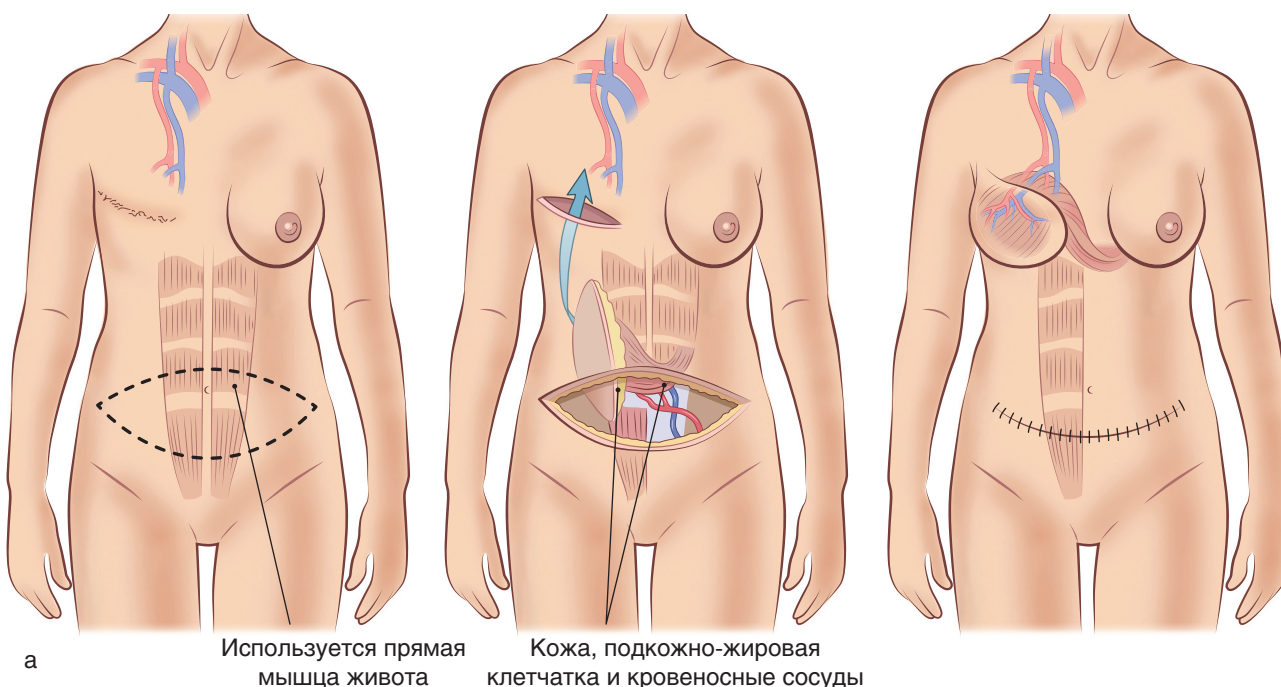


Рис. 1.4. Примеры лоскутов, используемых при онкопластических операциях: а — поперечный лоскут прямой мышцы живота

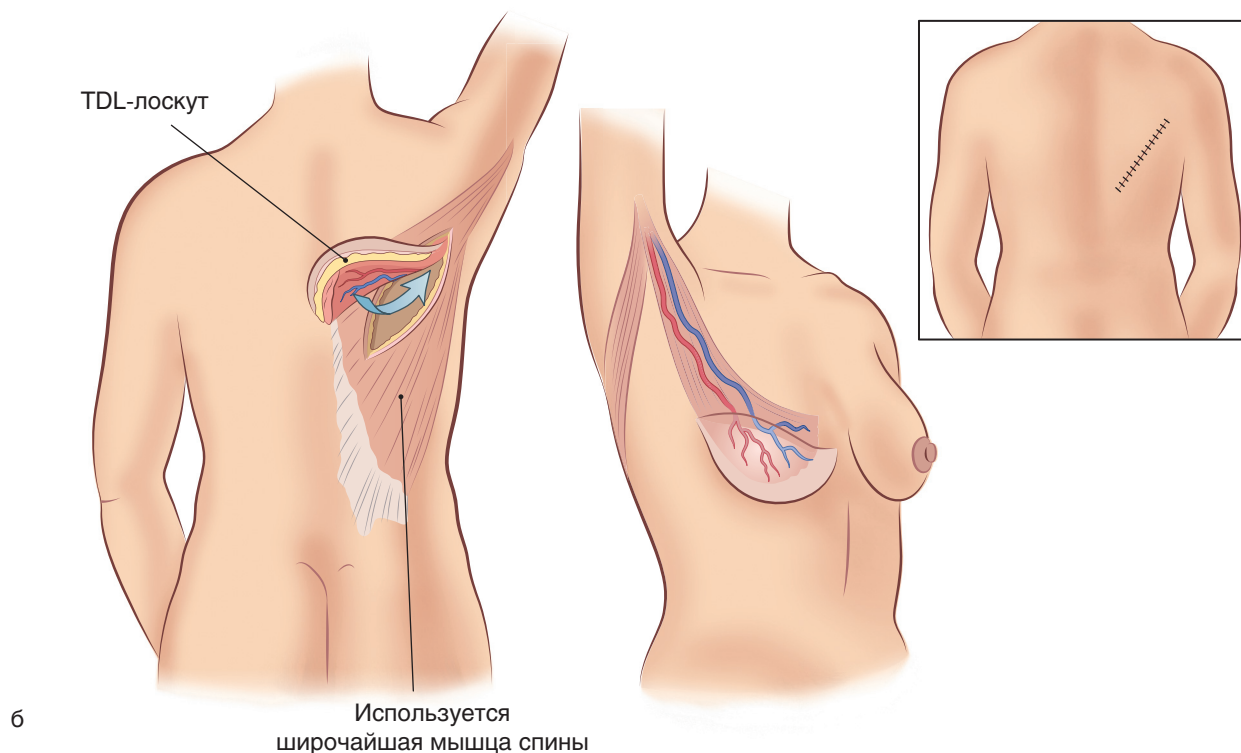


Рис. 1.4. Окончание: б — торакодорсальный лоскут (TDL-лоскут)

Пластика по Лимбергу, или Z-пластика, — это техника, при которой происходит перестановка кожных лоскутов относительно друг друга. Классическая Z-пластика состоит из трех отрезков одинаковой длины (**рис. 1.5**). Углы между центральным отрезком и каждым боковым отрезком также равны и составляют 60° . Транспозиция

кожных лоскутов приводит к созданию нового центрального отрезка, перпендикулярного исходному. Чем больше угол выкраиваемого лоскута, тем более он жизнеспособен, но менее подвижен. Чем острее угол, тем лоскут более мобилен, но менее жизнеспособен, в связи с чем возникают некрозы верхушки лоскутов.



а



б

Рис. 1.5. Перемещение кожного лоскута по Лимбергу (а, б)

При поступлении пациенток в экстренный хирургический стационар течение РМЖ зачастую осложнено:

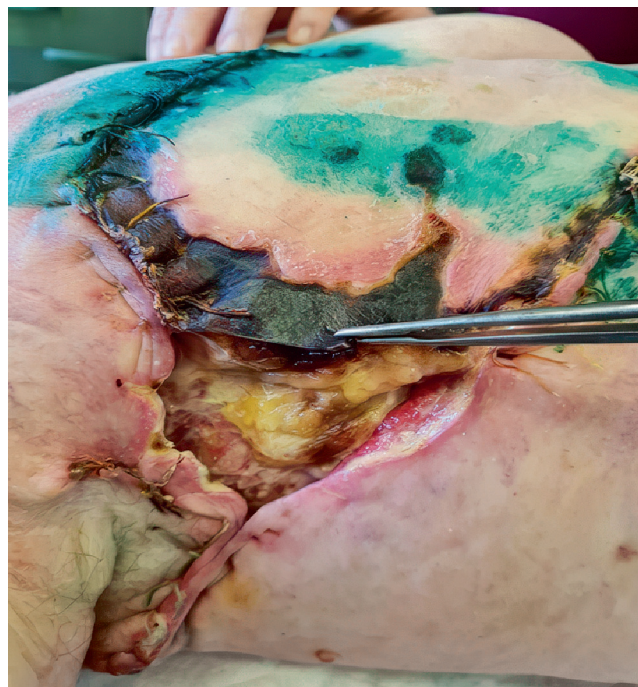
- интоксикацией;
- кровотечением;
- гнойно-некротическими изменениями тканей.

Поэтому при использовании перемещенных кожно-жировых лоскутов высок риск послеоперационных осложнений (**рис. 1.6**):

- ишемия и некроз лоскута;
- инфицирование, нагноение послеоперационной раны.



а



б

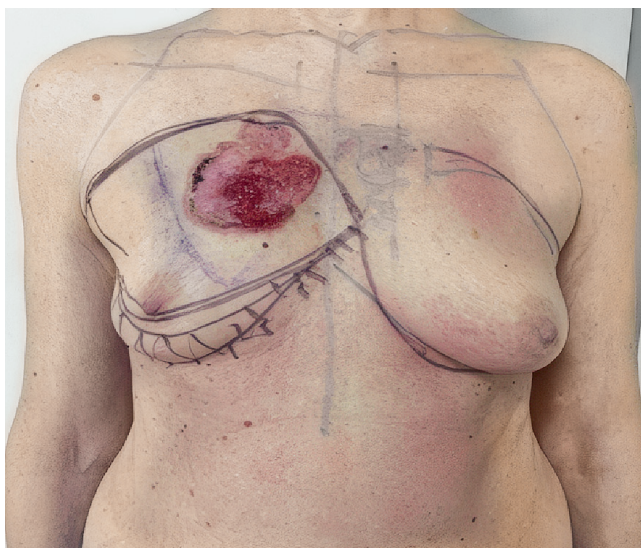
Рис. 1.6. Осложнения после мастэктомии с использованием Z-пластики. Ишемия и некроз лоскута (см. рис. 1.5) (а, б)

В связи с дополнительной травматизацией и техническими сложностями данных методов при санационных операциях отдельного внимания достойна методика, предложенная в 1887 г. французским хирургом Аристидом Вернеем. Она заключается в перемещении лоскутов контралатеральной молочной железы для закрытия обширных раневых дефектов при неотложных санационных мастэктомиях, когда дефект нельзя закрыть простой мобилизацией свободных лоскутов (рис. 1.7, 1.8).

Преимущество операции Вернея заключается в близком расположении контралатеральной молочной железы и небольшом смещении тканей, в связи с чем методика лишена многих осложнений, которые присущи

общепринятым замещающим способам, а благодаря хорошей васкуляризации формирование лоскута вариативно и риск ишемии, как самого частого осложнения, минимален.

Типы экстренных и срочных паллиативных операций при РМЖ разнообразны и зависят от клинической ситуации, состояния пациентки и характера заболевания. Понимание показаний и типов таких операций позволяет хирургам принимать обоснованные решения, направленные на улучшение качества жизни пациенток и снижение риска серьезных осложнений. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации подходов к экстренным операциям и улучшения их исходов.

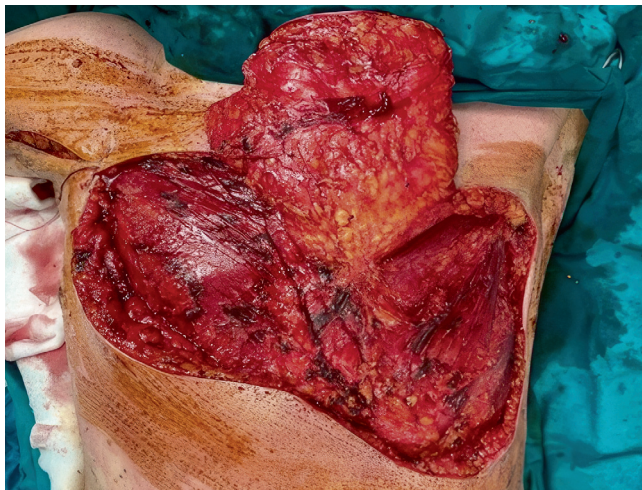


а



б

Рис. 1.7. Метод Вернея. Поэтапная методика операции: а — предоперационная разметка; б — выкраивание лоскута из здоровой молочной железы



В



Г

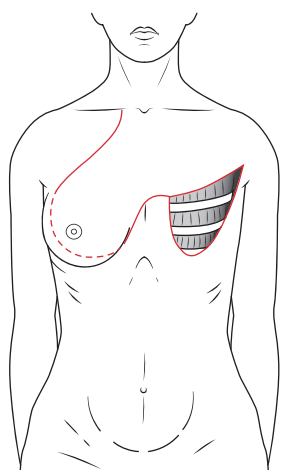


Д

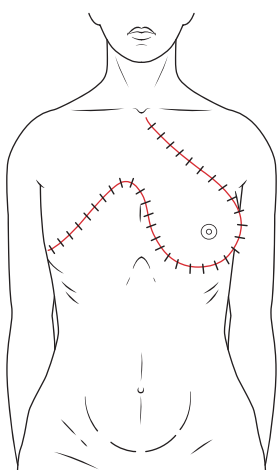


Е

Рис. 1.7. Окончание: в — отсепаровывание по фасции большой грудной мышцы с сохранением ветвей внутренней грудной артерии; г — разворот молочной железы на сосудистой ножке (на 90–180°); д — ушивание раны послойно с наложением внутрикожного шва при тщательном сопоставлении краев; е — вид операционной раны через 3 мес



а



б

Рис. 1.8. Различные модификации операции А. Вернея: а — Reinhard (1953); б — Sanvenero-Rossetti (1956)