

# Одномоментная реконструкция молочной железы при раке (обзор литературы)

М.Р. РАГОЗИНА<sup>1</sup>, проф., д-р мед. наук В.М. САМОЙЛЕНКО<sup>1</sup>,  
А.А. ФЕДУН<sup>1</sup>, С.А. ХОДЫРЕВ<sup>1</sup>, д-р мед. наук Ю.С. ЕГОРОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Главный клинический военный госпиталь ФСБ России,  
онкологическое отделение,

<sup>2</sup> РМАПО, кафедры пластической реконструктивной  
микрохирургии, Москва

Анализ литературных источников показал, что выполнение одномоментных реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы не препятствует и не значительно влияет на сроки проведения адъювантной химиотерапии, не влияет на результаты общей и безрецидивной выживаемости, не затрудняет диагностику местных рецидивов, решает проблему косметических последствий радикальных операций, значительно повышает качество жизни пациенток, позволяет снизить психологический стресс, вызванный операцией и восстановить имидж, предотвращает психосоциальные последствия радикальной мастэктомии. Ключевые слова: рак молочной железы, хирургическое лечение, одномоментная реконструкция молочной железы.

## Введение

Рак молочной железы (РМЖ) является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных заболеваний у женщин. В странах СНГ в 2005 г. его доля составила от 17–20 % в России, Беларуси, Казахстане, Узбекистане, до 30–35 % в Азербайджане, Грузии,

<sup>1</sup>М.Р. РАГОЗИНА  
143040, Московская обл., г. Одинцово, ул. Маршала Крылова, 27- 84.  
Тел.: 8-915-115-2759, факс: 8-495-248-52-92  
e-mail: mariaragozina\_ne@mail.ru

# Immediate breast reconstruction for cancer (review of the literature)

M.R. RAGOZINA<sup>1</sup>, professor D. Med. Sci. V.M. SAMOJLENKO<sup>1</sup>,  
A.A. FEDUN<sup>1</sup>, S.A. KHODYREV<sup>1</sup>, D. Med. Sci. J.S. EGOROV<sup>2</sup>

<sup>1</sup> The main clinical military hospital of FSB of Russia, oncological branch,

<sup>2</sup> Department of Plastic and Reconstructive Microsurgery,  
RMAPE, Moscow

The present review of surgical strategies for the treatment of breast cancer is focused on the problem of one-step breast reconstruction. Analysis of relevant literature sources demonstrated that one-step plastic/reconstructive surgery on the cancerous breast neither interferes with adjuvant chemotherapy nor substantially changes its time course. Moreover, it has no effect on the result of general and relapse-free survival, does not hamper diagnosis of local relapses, and helps to resolve the problem of cosmetic outcome of radical surgical interventions. In addition, one-step plastic/reconstructive surgery improves the patients' quality of life, reduces psychological stress of surgical intervention, restores the patients' image, and prevents psycho-social consequences of the disease.

Key words: breast cancer, surgical treatment, one-step breast reconstruction.

Армении. В 2005 г. заболеваемость РМЖ в России составила 41,2 на 100 тыс. женщин. С 2000 по 2005 гг. прирост стандартизованных показателей заболеваемости составил 7 %. В России РМЖ занимает первое место по заболеваемости у женщин 40–69 лет и второе – у женщин 15–39 и старше 70 лет. Среди вновь выявленных больных РМЖ в 2005 г. I–II стадия была в

<sup>1</sup>М.Р. РАГОЗИНА,  
143000, the Moscow region, Odintsovo, Krilova street, 27 - 84.  
Tel.: 8-915-115-27-59, fax: 8-495-248-52-92  
e-mail: mariaragozina\_ne@mail.ru

61,8 % случаев, III стадия в 25,9 %, IV – в 11,5 %. Если сравнить эти показатели с данными 1995 г., отмечается увеличение числа больных, у которых заболевание диагностировано на I–II стадии и отмечается уменьшение количества больных с III–IV стадией. Летальность составляет 5,5 % [1].

Если раньше эта патология считалась болезнью женщин старше 50 лет, то сегодня «помолодела»: повысилась заболеваемость среди женщин 30–50 лет. Встречаются пациентки в возрасте 20–30 лет. Большая часть больных поступает в специализированные лечебные учреждения с местно-распространенным раком (Т3–4 и/или N 2–3), что не позволяет выполнить больным органосохраняющие операции. Доминирующим в лечении больных РМЖ остается хирургическое вмешательство – радикальная мастэктомия (РМЭ) в разных модификациях. Эта операция приносит женщинам большое количество физических и эмоциональных последствий, связанных с утратой МЖ. Отсутствие МЖ ассоциируется у женщины с потерей физической целостности организма, привлекательности, женственности. У женщины после перенесенной операции встречаются те или иные формы психических расстройств. Е.В. Никитиной (1999 г.) описан психосоциальный дефект после радикального лечения рака молочной железы (РЛРМЖ), проявляющийся в виде онкологического страха, разрушения образа тела, распада семьи, ухода из активной социальной жизни, ограничения или полного прекращения общения [2].

В настоящее время РМЖ рассматривается как системное, хроническое заболевание (теория Fisher, 1968 г.) [3], в возникновении и характере течения которого играют роль большое количество генетических, молекулярно-биологических, гормональных факторов. Доказанность и обоснованность этого положения [4–7] привели к совершенствованию способов лечения РМЖ. Основными критериями для выбора методов терапии РМЖ являются распространенность опухоли (размеры образования и количество регионарных лимфоузлов), гистологическое строение, степень дифференцировки опухолевых клеток, ее рецепторный аппарат, возраст женщины, репродуктивный статус. В лечении РМЖ применяется комплексное лечение, которое включает хирургический, лучевой и лекарственный компоненты. Комплексное лечение является сложной проблемой, в которой все отчетливее выступает необходимость индивидуализации лечебной тактики в зависимости от клинических и биологических факторов, характеризующих развитие опухолевого процесса в каждом конкретном случае. Проблема медицинской, социальной, трудовой и психологической реабилитации пациенток перенесших РЛРМЖ, представляется тем более актуальной, что контингент больных в последние годы постоянно молодеет, а так же отмечается увеличение продолжи-

тельности жизни и показателей общей и безрецидивной выживаемости на фоне значительных успехов в комплексной терапии РМЖ.

В последнее время все большее внимание уделяется такому понятию как качество жизни (КЖ). Это приобретает особое значение у пациенток перенесших РМЭ. В 1978 г. ВОЗ разработала четкое определение состояния здоровья – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболевания или физической несостоятельности. Таким образом, удалив МЖ с опухолью, врач только начинает борьбу за здоровье пациентки. Необходимо улучшать все параметры КЖ – физическое функционирование, социальное функционирование и благополучие, психологический статус, а также и соматическое ощущение [8]. По данным психологического анализа Е.Н. Малыгина, у пациенток перенесших РМЭ отмечались: чувство неполноценности – 90 %, страх смерти, депрессия, отчаяние – 75 %. У 22 % пациенток после мастэктомии произошел распад семьи [9]. Хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапия, применяемые при лечении РМЖ, вызывая значительное число больных, приводят к серьезным соматическим и психическим нарушениям, которые объединяются в понятие постмастэктомический синдром, включающий постмастэктомический дефект, лимфостаз верхней конечности, ограничение амплитуды движения в плечевом суставе, поражения периферической нервной системы, депрессию [10].

По данным А.А. Савина и соавт., в раннем послеоперационном периоде, отмечалось снижение уровня реактивной тревожности с 79,55 до 36,84 %, а затем вновь его резким возрастанием до 59,09 %. Кратковременное снижение высокого уровня личностной тревожности в послеоперационном периоде сменяется значительным его нарастанием в поздние сроки наблюдения (от 38,64 до 81,82 %). При исследовании частоты депрессии четко выражена тенденция к ее первоначальному снижению в послеоперационном периоде (от 40,9 до 3,7 %) и резкому нарастанию в поздние сроки наблюдения (до 44,62 %), причем высокий уровень депрессии чаще встречается после годового послеоперационного срока. Анализ КЖ в зависимости от времени относительно операции позволяет проследить тенденцию к снижению качества жизни по большинству критериев с увеличением срока наблюдения. Суммарный показатель физического здоровья составил 68,7 % – до операции; 42,73 % – до 3 мес после операции; 53,73 % – от 3 мес до года после операции и 46,48 % – более года после операции. Суммарный показатель психического здоровья составил 62,13, 49,72, 60,02 и 53,16 % соответственно [11].

Увеличение продолжительности жизни и показателей общей и безрецидивной выживаемости, ставит вопрос о повышении КЖ пациенток, резко падающе-

го в результате проведенного радикального лечения. Парадокс состоит в том, что РМЖ оказывает не основное инвалидизирующее действие, а именно радикальное лечение ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своим масштабам и характеру превосходит и заметно отличается от других онкологических заболеваний. Шок хирургического вмешательства, онкологический страх, возможность разрушения семьи, проблема потери работы и дальнейшего трудоустройства, разрыв социальных связей – вот с чем приходится сталкиваться женщине после радикального лечения [12–14]. К факторам, улучшающим КЖ относится выполнение различных видов реконструктивных операций.

#### Историческая справка

Попытки хирургического восстановления МЖ после РМЖ были предприняты еще в XIX веке. Одним из первых заместить удаленную МЖ по поводу рака предложил Verneuil в 1858 г. частью противоположной [15]. Восстановлением отсутствующей МЖ, используя ткань здоровой МЖ в разных модификациях, занимались Franke, Graeve, Leguen (1898), Helferich, Gobell (1902), Payr (1906), Reinhard (1932), Harris (1949) [16], Dufourmentel (1950) [17], Sanvenero-Rosselli (1956) [18], Millard (1960) [19], Alexander и Bloch (1967) [20], Lewis (1971) [21], Guida (1975) [22], Marschal (1981) [23] и др.. И в настоящее время он находит сторонников [24]. Однако, учитывая современную концепцию РМЖ, определяющую его как системное заболевание, метод реконструкции ставится в разряд сомнительных [14]. В середине XX в. для восстановления МЖ использовались свободные кожно-жировые лоскуты. Но значительное количество осложнений, неудовлетворительные косметические результаты не привели к применению такого вида операций.

Широкое применение получил метод реконструкции МЖ кожно-жировым лоскутом на питающей ножке. Для замещения кожного дефекта и восполнения объема использовались лоскуты выкроенные из излишков кожи окружающих участков. Метод впервые предложили Haidenhain (1911) и Klanschmidt (1924). Различные варианты этого метода предлагали Jackson (1920), Dufourmentel (1950), Zolton (1956), Peet и Patterson (1963), Winkler (1965), Fossati (1967), Drever (1977), Varoudi и соавт. (1978), Robbins (1981) [16] и др.. Но в наше время этот метод также не нашел широкого применения из-за многоэтапности оперативных вмешательств и зачастую неудовлетворительных эстетических результатов.

Другим направлением в развитии реконструктивных операций на МЖ стало использование аллопластических материалов. Пациенткам вводили жидкий парафин, стеклянные шарики, слоновую кость, пересаживали хрящи крупного рогатого скота, применяли синтетические материалы: каучук, различные виды акрилов, полиэтиленовые и поливиниловые губки, ива-

лон, полиуретан, жидкий силикон, силиконовый гель. О применении этих материалов для протезирования сообщали Pangman и Wallace (1955), Conway и Dietz (1962), Regnault (1963), Lewis (1965). Но использование этих материалов не имело успеха, так как протезы были мало физиологичными и их применение вызывало реакции со стороны окружающей ткани: инфильтраты в коже и мышцах, образование гранулем, хронических, длительно незаживающих свищей [16].

Новым этапом явилось создание T. Cronin в 1963 г. эндопротезов на основе силикона, представляющего собой замкнутую бесшовную капсулу из силиконовой резины, заполненную диметилполисилоксаном гелевой консистенции. Протезы повторно стерилизуются, выдерживают лучевую нагрузку в 100 Гр, не оказывают отрицательного действия на окружающие ткани, не изменяют своих физико-химических свойств, лишены канцерогенности [26]. Реконструкции молочной железы с помощью силиконового эндопротеза посвящено большое количество отечественных и зарубежных работ [27–30], которые свидетельствуют об удовлетворительном и хорошем эстетическом эффекте подобных операций. Однако применение силиконовых эндопротезов не решило проблем пластики МЖ в онкологии. Так, по литературным данным, конструктивный фиброз капсулы эндопротеза возникает у 4–74 % больных [31, 32], инфекционные осложнения отмечены у 4–24 % пациентов [14, 33]. Так же возможно отторжение протеза из-за смещения его к поверхности кожи и ее перфорация, а также разрыв капсулы протеза, что ведет к транзитной болезненности, воспалению кожи и подкожной клетчатки [34]. Одним из существенных недостатков имплантации протезов после РМЖ является недостаток кожи в области удаленной железы для покрытия протеза. Имеются различные пути решения этой проблемы: перемещение полнослойного лоскута [35, 36], подкожная мастэктомия [37], помещение в ложе протеза тканевого эспандера [38]. Несмотря на широкое применение в восстановлении утраченной МЖ силиконовых эндопротезов и экспандеров, продолжается разработка методик с использованием кожно-жировых лоскутов на питающих мышечных ножках.

Кожно-мышечный лоскут из широчайшей мышцы спины, кровоснабжаемый а. и v. thoracodorsalis (торакодорсальный лоскут) впервые описал Tansini в 1906 г. [39]. Olivari детально разработал методику реконструкции торакодорсальным лоскутом контуров молочной железы, который применяется с 1974 г. [40]. Положительными качествами применения торакодорсального лоскута отмечается его стабильное кровоснабжение, высокая мобильность лоскута, несущественность функциональных потерь донорской области, небольшая травматичность операции. Отрицательным является недостаточный объем перемещенных тканей, что часто требует сочетать данную пластику с

имплантацией силиконового протеза под лоскут. Также к отрицательным моментам пластики торакодорсальным лоскутом можно отнести наличие выраженного рубца в донорской зоне на спине.

Значительно более широкое применение получил поперечный ректо-абдоминальный лоскут на основе прямой мышцы живота (ПРАЛ, в англоязычной литературе – TRAM-лоскут). Впервые для полного восстановления МЖ его применил J.M. Drever в 1977 г. [41]. В настоящее время в основном пользуются модификацией C.R. Hartrampf et al. [42]. Суть метода состоит в реконструкции утраченной железы за счет переноса массивного кожно-жирового лоскута с основанием на одной или двух прямых мышцах живота. Большой объем мягких тканей перемещенного лоскута позволяет расположить его как при поперечном рубце на грудной стенке, так и при косом направлении рубца, а также тканей хватает и для заполнения подключичной и подмышечной впадины. Преимуществом данного метода является также однородный и естественный вид сформированной железы, рубец донорской зоны может быть скрыт бельем [42–44]. Недостатком TRAM-лоскута является его частый некроз. Дефект переднего листка влагалища прямой мышцы живота устраняют стягиванием краев фасций, применяя различные методики [45, 46], либо с помощью разнообразных алломатериалов [47–49].

Наиболее частыми осложнениями TRAM-лоскута с основаниями на прямых мышцах живота являются краевые некрозы лоскута 17,6–44,0 % [50], которые не наносят существенного эстетического вреда, пролапс передней брюшной стенки 3,8 % и возникновение грыж от 1–5 % [51] до 0,2–16 % [52]. Одновременно с развитием реконструктивной хирургии лоскутов на питающих ножках, стало развиваться направление, связанное с использованием микрохирургической техники. Появившаяся возможность сшивания сосудов расширила диапазон лоскутов, сосудистая ножка которых полностью отделилась от донорского места и анастомозировалась с реципиентными сосудами области реконструкции.

Так для реконструкции МЖ применялись паховый лоскут, контрлатеральный лоскут широчайшей мышцы спины [53], кожно-мышечный лоскут на т. tensor fascia lata [54], а также ягодичный лоскут [55]. Все эти операции, несмотря на возможность технического выполнения, имели большое количество проблем, как с донорским местом, так и со сложностью моделирования МЖ и сосудистыми осложнениями.

Holmstrom [56] первым описал кожно-мышечный лоскут на нижних эпигастральных сосудах. Friedman et al. [57] показал практическую возможность использования свободного среднего абдоминального лоскута для реконструкции молочной железы. Grotting et al. [58] сделали вывод, что свободный нижний поперечный ректоабдоминальный лоскут является хоро-

шей альтернативой стандартной методике. Основным преимуществом свободного TRAM-лоскута считается лучшее кровоснабжение, так как объемный кровоток в нижней эпигастральной артерии в 3 раза выше, чем в верхней эпигастральной артерии, которая является питающей при перемещении лоскута на ножке. Также уменьшается площадь повреждения прямой мышцы живота и апоневроза передней брюшной стенки. Несмотря на эти преимущества, осложнения, связанные с тромбозом сосудистых анастомозов, являются фатальными, т.е. приводят к некрозу всего лоскута. И хотя частота таких осложнений не превышает в среднем 5–10 %, это обстоятельство не позволяет широко использовать эту методику в клиниках, не имеющих достаточного технического оснащения и опыта в области сосудистой микрохирургии. Избежать осложнений со стороны передней брюшной стенки, используя свободный TRAM-лоскут также не удается, хотя тенденция к снижению их количества наблюдается [59].

Для реконструкции МЖ в настоящее время так же применяется DIEA-лоскут. Этот свободный лоскут, кровоснабжаемый перфорантными ветвями глубокой нижней эпигастральной артерии (DIEP: deep inferior epigastric artery – лоскут) был впервые предложен Koshima и Soeda в 1989 г. Пионерами клинического применения DIEA-лоскута для реконструкции молочной железы были Allen и Trace [60], Blondeel и Voesckx [61] в 1994 г. Этот лоскут имеет те же размеры кожно-жировой части, как и традиционный TRAM-лоскут, однако, кровоснабжается одной или двумя перфоративными ветвями глубокой нижней эпигастральной артерии. DIEA-лоскут, обладая такими преимуществами TRAM-лоскута, как большой объем и площадь, а также легкостью моделирования, исключает необходимость иссечения прямой мышцы живота. При этом не образуется дефект апоневроза передней брюшной стенки и не нарушается сегментарная иннервация мышцы. Эта методика позволяет максимально сократить травму донорской зоны.

#### **Современные подходы к реконструкции молочной железы.**

В настоящее время реконструктивно-пластические операции подразделяют на две большие группы:

1. Одномоментная пластика РЖМ выполняется одновременно с оперативным вмешательством по поводу РМЖ;

2. Отсроченная пластика – проводится через некоторый срок после радикального лечения РМЖ.

В отечественной практике решающим фактором, который определяет сроки проведения пластической операции, является мнение онколога о необходимом объеме лечебных мероприятий в каждом конкретном случае. Желание пациентки учитывается лишь при условии соблюдения всех онкологических принципов [62, 63, 25]. Однако в зарубежной литературе встречаются высказывания о допустимости выполне-

ния пластики МЖ даже при неблагоприятном прогнозе течения РМЖ ([65]). Мотивацией служит желание больной и более высокое КЖ после восстановительных операций, а также исследования, свидетельствующие о том, что проведение пластики не влияет на сроки и результативность специфического лечения РМЖ [14, 66].

Первичный страх при обнаружении опухоли, связываемый с утратой женственности и нарушением сексуальных отношений, часто удерживает больных от своевременного обращения к врачу [67].

РМЭ, следствием которой является выраженный эстетический дефект, делает пациенток психологически более уязвимыми, способствует нарастанию глубины внутреннего конфликта, ощущению бесперспективности, переживанию своего «уродства», разрушает структуру личности, сопровождается полным отсутствием внутренних резервов выхода из сложившегося положения, психическими изменениями, которые мешают излеченным больным жить и работать [68, 69]. РМЖ у лиц моложе 40 лет отмечен у 7,5–15 % заболевших [70, 71], т.е. в возрасте полного расцвета физических и творческих сил.

По данным V. Urbanek et al., 1994, при обследовании сексологом 154 женщин после РМЭ отметили уменьшение чувства «женственности» 42,9 % опрошенных, испытывали неловкость при обнажении перед аналогичными больными 43,5 %, перед мужем – 57,8 %, ухудшилось качество сексуальной жизни или сексуальные взаимоотношения полностью прекратились у 31,8 % женщин [72].

Около 50 % пациенток после РМЖ желают восстановить МЖ; в последние годы возросла потребность в немедленной реконструкции органа [73], так как эта операция помогает уменьшить или полностью избежать психологического коллапса и депрессии, связанных с потерей женственности [74].

Одномоментная реконструкция МЖ после мастэктомии давно является рутинным мероприятием во многих ведущих онкологических учреждениях России и представляет собой эффективный метод реабилитации женщин. При этом одномоментная реконструкция имеет ряд преимуществ: психологических, эстетических и практических.

Психологические преимущества заключаются в снижении степени выраженности психологической травмы, когда отсутствует временной период жизни женщины без МЖ и не формируются адаптационные механизмы, мешающие восприятию пациенткой реконструированной железы при ее отсроченном восстановлении. Важным показателем успешной реконструкции может служить восприятие пациенткой реконструированной МЖ как части собственного тела. Эстетические преимущества очевидны, так как реконструктивные вмешательства выполняются на неизмененных тканях, без рубцовых деформаций. Прак-

тические преимущества включают в себя уменьшение количества оперативных вмешательств, снижение количества койко-дней и уменьшение себестоимости реконструкции в целом [75].

Мнения о сроках восстановительных операций различны. Сторонники отсроченной реконструкции объясняют свою точку зрения тем, что 70 % рецидивов заболевания выявляют в течение первых 2 лет, поэтому при непораженных метастазами аксиллярных лимфоузлах рекомендуют пластику через 6 мес, а у больных с метастазами – не ранее, чем через 2 года [76]. После РМЖ выполняют реконструкцию в течение года [77], через год – [78, 79], через 2 года [80], через 3 года [81], после завершения комбинированного или комплексного лечения Gargan Th.J. et al. [82]. В последние годы отмечена тенденция к укорочению сроков пластического этапа реконструкций – менее 1 года после мастэктомии, в отдельных случаях – сразу после нее [83].

Сторонники немедленной реконструкции считают, что период «психологического шока» нивелируется осознанием больной неизменности своего имиджа, физического состояния, а отсроченная пластика может служить источником дополнительных переживаний для них и их партнеров [84]. По данным В.П. Демидова и соавт. [85], R. Osteen [86], одномоментная реконструкция не оказывает влияния на частоту развития местных рецидивов, отдаленных метастазов и общую выживаемость.

В настоящее время модифицированная РМЭ с одновременной реконструкцией стали составной частью лечения РМЖ [46, 87–89]. Сроки общей и безрецидивной 5-летней выживаемости местнораспространенного РМЖ составляют 57,1 и 44,8 % [90], а 3- и 5-летней общей выживаемости «консервативно» леченного рака той же группы пациентов соответственно 94,7 % и 83,7 % [91]. Поэтому выполнение реконструктивных операций у больных Пб-Шб оправданно.

Несмотря на существовавшее мнение о том, что одномоментная реконструкция при РМЖ может повлиять на радикальность оперативной процедуры, выживаемость после лечения, а также на обнаружение местных рецидивов, ее безопасность была подтверждена большим количеством исследователей [92, 93]. Например, Slavin et al. в 1994 г. показал, что одномоментная реконструкция после мастэктомии с использованием ректо-абдоминального лоскута и лоскута на широчайшей мышце спины не ухудшает результаты лечения РМЖ вне зависимости от стадии [94]. Общий процент местных рецидивов среди больных составил 11,7 %, при этом 11 из 17 больных с рецидивами имели III стадию рака. Как отмечается многими исследователями, большинство из этих рецидивов располагаются в коже и подкожной клетчатке лоскутов после РМЭ, что не вызывает трудностей для их обнаружения [95].

Исследование психологических результатов отсроченной и одномоментной реконструкции выявило значительное преимущество последней.

Проводились сравнительные исследования по психологическому воздействию одномоментной реконструкции и отсроченной [96, 97]. Главный вывод, который был сделан, заключался в том, что возникающая в результате операции психологическая травма в значительной степени редуцировалась, если реконструкция выполнялась одномоментно. В общем среди женщин, выбравших одномоментную реконструкцию МЖ, наблюдалось отсутствие изменений женственности, самоуважения, принятия образа тела, ощущения собственной привлекательности и сексуального влечения по сравнению с теми, кому реконструкция была выполнена позже.

S. Asko-Seljavaara et al. [73] провели восстановление железы микрососудистой пересадкой свободного TRAM-лоскута у 200 больных РМЖ в отсроченном периоде и у 45 – одномоментно. Авторы отмечают хорошие косметические результаты пластики и отсутствие краевых некрозов у пациенток, а также отсутствие влияния реконструктивных операций на частоту рецидивов и общую выживаемость. По мнению многих авторов, реконструкция МЖ не мешает общему лечению, но значительно повышает КЖ [98, 99]. Реконструктивно-пластические операции у больных РМЖ можно рассматривать, как этиологическое лечение переживаний, связанных с утратой женственности [100]. Бесспорна их положительная роль в социально-психологической реабилитации женщин. Они решают проблему косметических последствий радикальных операций, значительно повышают КЖ, позволяют снизить психологический стресс, вызванный операцией и восстановить имидж. Цель реконструктивных вмешательств у онкологических больных – предотвращение психосоциальных последствий мастэктомии. Пластические операции при РМЖ приобретают все большее значение.

Основными показаниями к реконструкции МЖ являются желание больной и отсутствие прогрессирования заболевания. В то же время восстановление железы не препятствует проведению адъювантного лечения и динамическому наблюдению за больными с целью выявления рецидива [101–103].

Наибольший процент осложнений в раннем послеоперационном периоде при одномоментной реконструкции МЖ TRAM-лоскутом составляет 18,9 %, при отсроченных реконструкциях – 30,8 %, при реконструкции МЖ с помощью силиконовых эндопротезов и использовании широчайшей мышцы спины или применении эспандера осложнения наблюдались в 14,8 и 7,9 % соответственно. Наиболее часто встречающиеся осложнения – это отторжение трансплантата – 2,9 % случаев, гематомы в области перемещенного лоскута – в 2,3 %, краевой некроз перемещенного рек-

тоабдоминального лоскута – в 4,4 %, липосклероз – в 4,1 %, расхождение краев послеоперационной раны – в 3,3 % [12]. Наиболее редко встречающиеся осложнения – инфицирование раны – в 1,1 % случаев.

При выполнении первичных реконструкций МЖ отмечены следующие осложнения [93]: грыжа передней брюшной стенки – 2 %, краевой некроз лоскута – 5 %, краевой некроз в области донорской раны – 5 %, нагноение – 3 %.

Gouy et al. [104] проводили ретроспективный анализ 261 больных прооперированных по поводу РМЖ. Проведен сравнительный анализ 48 пациенток, которым была выполнена РМЭ с одномоментной реконструкцией, неоадьювантная химиотерапия, со 181 пациенткой, которым выполнена РМЭ без реконструкции и с 32 пациентками, которым выполнена РМЭ с отсроченной реконструкцией МЖ. Было выявлено незначительное различие в сроках между операцией и началом адьювантной химиотерапии: 26 против 23 дней для пациенток после одномоментной пластики МЖ и для пациенток после РМЭ. Сроки начала адьювантной химиотерапии были сравнены так же в зависимости от варианта реконструктивной операции. Средний интервал между операцией и началом химиотерапии был 25 дней для пациенток после восстановления МЖ простым или Беккеровским имплантатом и 28 дней для пациенток после восстановления МЖ TRAM-лоскутом и торакодорсальным лоскутом. Пятилетняя выживаемость была соответственно 89, 90 и 93 % для группы пациенток с одномоментной пластикой МЖ, без реконструкции и группы пациенток с отсроченной реконструкцией. Среди трех групп не было никакого существенного различия. В послеоперационном периоде трем пациенткам выполнены повторные операции из-за гематом, некроза лоскута. В этом исследовании демонстрируется что одномоментная пластика МЖ не задерживает начало адьювантной химиотерапии и не влияет на общую и безрецидивную выживаемость.

В настоящее время ряд авторов [43, 59, 73, 93, 105] рекомендуют более широкое применение первичной реконструкции, указывая на ее безопасность, благоприятные технические условия проведения, лучший эстетический результат, а также на значимое уменьшение психической и физической травм. При отсроченном выполнении восстановительной операции возникают трудности разметки новой железы, так как кожа в зоне рубца часто сильно натянута и после его удаления может значительно сократиться, невозможно ограничить мобилизацию лоскута точно известным объемом удаленной железы.

Первичные реконструктивно-пластические операции на МЖ при раке обеспечивают как психологическую, так и социальную реабилитацию, давая большинству женщин возможность вернуться к прежнему образу жизни.

## Заключение

На основании проведенного анализа литературы можно сделать следующие выводы: выполнение одномоментных реконструктивно-пластических операций при РМЖ не препятствует и не значительно влияет на сроки проведения адьювантной химиотерапии;

не влияет на результаты общей и безрецидивной выживаемости; не затрудняет диагностику местных рецидивов; решает проблему косметических последствий радикальных операций, значительно повышает КЖ пациенток, позволяет снизить психологический стресс, вызванный операцией и восстановить имидж; предотвращает психосоциальные последствия РМЭ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2007. – Т. 18. – № 2 (приложение 1). – С. 11, 54.
2. Никитина, Е.В. Комплекс реабилитационных мероприятий у женщин, инвалидизированных в результате радикального лечения рака молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Никитина. – Москва, 1999.
3. Fisher, B. Five-year results of randomizer clinical trial company with and without radiation in the treatment of breast cancer / B. Fisher [ et al. ] // New Engl. J. Med. – 1985. – Vol. 312. – P. 665–673.
4. Летагин, В.П. Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы / В.П. Летагин [ и др. ]. – М., 1997.
5. Малыгин, Е.Н. Реконструктивно-пластические операции молочной железы при раке: дис. ... д-ра мед. наук / Е.Н. Малыгин. – Москва, 1989.
6. Портной, С.М. Рак молочной железы (факторы прогноза и лечения): дис. ... д-ра мед. наук / С.М. Портной. – Москва, 1997.
7. Семиглазов, В.В. Минимальный рак молочной железы (Профилактика, выявление, лечение) / В.В. Семиглазов [ и др. ]. – СПб.: Гиппократ, 1992.
8. Егоров, Ю.С. Современные аспекты хирургического лечения постмастэктомического синдрома: дис. ... д-ра мед. наук / Ю.С. Егоров. – Москва, 2000.
9. Малыгин, Е.Н. Мастэктомия с сохранением кожи молочной железы с одномоментным использованием нижнего ректоабдоминального лоскута / Е.Н. Малыгин, С.Е. Малыгин // Анналы пласт., реконструктив. эстетич. хирургии. – 1997. – № 3. – С. 47–52.
10. Пронин, В.И. Мастэктомия и ее последствия / В.И. Пронин [ и др. ]. – М.: Медицина, 1985.
11. Стаханов, М.Л. Постамстэктомический синдром: патогенез, классификация / М.Л. Стаханов, Л.З. Вельшер, А.А. Савин // Российский онкологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 24–32.
12. Лактионов, К.П. Выбор метода реконструктивных операций при раке молочной железы / К.П. Лактионов, С.Н. Блохин, В.А. Котов. – М.: [ б. м. ], 2004.
13. Ахматуров, С.С. Нервно-психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями в отдаленном периоде после радикальной мастэктомии : дис. ... канд. мед. наук / С.С. Ахматуров. – Томск, 1992.
14. Сидоров, С.В. Одномоментная и отсроченная реконструкция молочной железы с использованием собственных тканей у онкологических больных : дис. ... д-ра мед. наук / С.В. Сидоров. – Новосибирск, 1997.
15. McGraw, J.B. Early and late capsular «deformation» as a cause of unsatisfactory results in the latissimus dorsi breast reconstruction / J.B. McGraw, G.P. Maxwell // Clin. plast. Surg. – 1988. – Vol. 15. – P. 15.
16. Золтан, Я. Реконструкция женской молочной железы / Я. Золтан. – Будапешт: изд-во академии наук Венгрии, 1989. – С. 95–96.
17. Gilles, H., The principles and the art of plastic surgery / H. Gilles, D.R. Millard. – Boston: Little Brown and company, 1957. – P. 175–179.
18. Sanvenero-Rosselli, G. Plastic surgery of radiodermatitis / G. Sanvenero-Rosselli // Min. Chir. – 1956. – Vol. 1. – P. 1231.
19. Millard, D.R. Breast reconstruction after radical mastectomy / D.R. Millard // Plast. reconstr. Surg. – 1976. – № 3. – Vol. 58. – P. 283–291.
20. Alexsander, J.E. Breast reconstruction following radical mastectomy / J.E. Alexsander, L.I. Bloch // Plast. reconstr. Surg. – 1967. – Vol. 40. – P. 175.
21. Lewis, J.R. Reconstruction of the breast / J.R. Lewis // Surg. Clin. North Am. – 1971. – Vol. 51. – P. 429.
22. Guida, C.A. Areola and nipple reconstruction / C.A. Guida, A. Picchi, S. Inzirillo // Plast. reconstr. Surg. – 1975. – Vol. 56. – P. 454.
23. Marshall, D.R. Postmastectomy breast reconstruction using a breast sharing technique / D.R. Marshall, E.J. Anstec, M.J. Stapleton // Br. J. plast. Surg. – 1981. – Vol. 34. – P. 426.
24. Татьянченко, В.К. Экспериментальное и клиническое обоснование метода реконструкции молочной железы путем деления противоположной / В.К. Татьянченко [ и др. ] // Всероссийская конф. «Реконструктивно-пластическая хирургия молочной железы». – М., 1996. – С. 59–61.
25. Малыгин, С.Е. Одномоментная реконструкция при раке молочной железы с использованием ректоабдоминального лоскута : дис. ... канд. мед. наук / С.Е. Малыгин. – Москва, 2000.
26. Deapen, D.M. Augmentation mammoplasty and breast cancer: A five year update of the Los Angelis study / D.M. Deapen, G.S. Brody // Reprinted from Plast. and Reconst. Surg. – 1992. – Vol. 89. – P. 660–665.
27. Вишневский, А.А. Выбор хирургической техники при восстановлении молочной железы. Всероссийская конф. «Реконструктивно-восстановительная хирургия молочной железы» / А.А. Вишневский [ и др. ]. – М., 1996.
28. Летагин, В.П. Первичные реконструктивно-восстановительные операции после мастэктомии по поводу рака / В.П. Летагин, Ю.В. Артюшенко, В.М. Иванов // I всесоюзный симпозиум «Реконструктивно-восстановительная хирургия молочной железы». – 1984. – С. 64–65.
29. Лукомский, Г.И. Пластика молочной железы силиконовыми протезами / Г.И. Лукомский, О.Ю. Миронова, Г.К. Меньшикова // Вестник хирургии. – 1988. – № 1. – С. 121–128.
30. Yshida, S.H. Minireview – Silicone breast implants / S.H. Yshida [ et al. ] // Immunotoxic and epilemiologic issues. Life Scinces. – 1995. – Vol. 56. – P. 1299–1310.
31. Лукомский, Г.И. Пластика молочной железы силиконовыми протезами / Г.И. Лукомский, О.Ю. Миронова, Г.К. Меньшикова // Вестник хирургии. – 1988. – № 1 – С. 121–128.

32. *McCraw, J.B.* The fleur-de-lis latissimus dorsi flap / J.B. McCraw // Presented at the Sixth Ann. Southeastern Breast reconstr. Symp. Atlanta GA. 1990. – Jan. 26–28.
33. *Gibney, J.* Use of a permanent tissue expander for breast reconstruction / J. Gibney // *Plast. reconstr. Surg.* – 1989. – Vol. 84. – № 4. – P. 607–620.
34. *Andersen, B.* The diagnosis of ruptured breast implants / B. Andersen [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1989. – Vol. 84. – P. 903–907.
35. *Боровиков, А.М.* Восстановление груди после мастэктомии / А.М. Боровиков. – Тверь: Губернская медицина, 2000.
36. *Elkowitz, A.* Various methods of breast reconstruction after mastectomy: an economic comparison / A. Elkowitz [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1993. – Vol. 1. – P. 77–83.
37. *Acland, T.H.* Subcutaneous mastectomy: indications and technique / T.H. Acland, J.T. Hueston, H. Robbins // *Aust. J. Surg.* – 1979. – Vol. 49. – P. 551–554.
38. *Eberlein, T.J.* Prospective evalucit: on of immediate reconstruction after mastectomy / T.J. Eberlein [ et al. ] // *Ann. Surg.* – 1993. – Vol. 21. – № 1. – P. 29–36.
39. *Tansini, I.* Sopra il mio nuovo processo di amputazione della mammela / I. Tansini // *Gaz. Med. Ital.* – 1906. – Vol. 57. – P. 141.
40. *Hammond, D.C.* Breast frcias M. Rectus abdominis muscle innervation: Implications for TRAM flap elevation / D.C. Hammond, D.L. Larson, R.N. Sewerinac // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 96 (1 – July). – P. 105–110.
41. *Drever, J.M.* The epigastric island flap / J.M. Drever // *Plast. reconstr. Surg.* – 1977. – Vol. 59. – P. 343.
42. *Hartrampf, C.R.* Brest reconstruction with a transverse abdominal island flap / C.R. Hartrampf // *Plast. reconstr. Surg.* – 1982. – Vol. 69. – P. 216.
43. *Боровиков, А.М.* Пластика груди после мастэктомии TRAM-лоскутом / А.М. Боровиков, И.А. Пацiora, Е.В. Коренькова // *Анналы пласт., реконструктив. и эстет. хирургии.* – 1997. – № 1. – С. 63–74.
44. *Williams, J.K.* TRAM-flap breast reconstruction after radiation treatment / J.K. Williams [ et al. ] // *Annals of Surgery.* – 1995. – June. – Vol. 221 (6). – P. 756–766.
45. *Hammond, D.C.* Rectus abdominis muscle innervation: Implication for TRAM flap elevation / D.C. Hammond [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 96. – July. – P. 105–110.
46. *Kroll, S.S.* Abdominal wall strength, bulging, and hernia after TRAM flap breast reconstruction / S.S. Kroll [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 96 (3). – September. – P. 616–619.
47. *Georgiade, G.S.* Long-term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy / G.S. Georgiade [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1985. – P. 415.
48. *Zienowicz, R.J.* Hernia prevention and aesthetic contouring of the abdomen following TRAM flap breast reconstruction by the use of polypropylene mesh / R.J. Zienowicz, Jr.J.W. Maj // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 96 (6). – Novem. – P. 1346–1350.
49. *Fisher B.* Effect of preoperative chemotherapy on locoregional disease in women with operable breast cancer / B. Fisher [ et al. ] // *J. Clin. Oncol.* – 1997. – Vol. 15. – P. 2483–2493.
50. *Gherardini G.* Pedicled compared with free transverse rectus abdominis myocutaneous flaps in breast reconstruction / G. Gherardini [ et al. ] // *Scand. J. Plast. Reconstr.* – 1994. – Vol. 28 (1). – P. 69–73.
51. *Feller A.M.* Free TREM, results and abdominal wall function / A.M. Feller // *Clin. plast. Surg.* – 1994. – Vol. 1. – P. 223–230.
52. *Schusterman M.A.* The free transverse rectus abdominus musculocutaneous flap for breast reconstruction: one center's experience with 211 consecutive cases / M.A. Schusterman [ et al. ] // *Ann. plast. Surg.* – 1994. – Vol. 32. – P. 234–242.
53. *Serafin, D.* Microsurgical composite tissue transplantation: Indications and technical consideration following mastectomy / D. Serafin, V.E. Voci, N.G. Georgiade // *Plast. reconstr. Surg.* – 1982. – Vol. 70. – P. 24.
54. *Elliot, L.F.* The lateral transverse thigh free flap: An alternative for autogenous – tissue breast reconstruction / L.F. Elliot, P.H. Beegle, C.R. Hartrampf // *Plast. reconstr. Surg.* – 1990. – Vol. 85. – P. 169.
55. *Paletta, C.E.* The inferior gluteal free flap in breast reconstruction / C.E. Paletta, J. Bostwick, F. Nahai // *Plast. reconstr. Surg.* – 1989. – Vol. 84. – P. 875.
56. *Holmstrom, H.* The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction / H. Holmstrom // *Scand. J. Plast. reconstr. Surg.* – 1979. – Vol. 13. – P. 423.
57. *Friedmann, R.J.* Leep inferior epigastric free flap for breast reconstruction after radical mastectomy / R.J. Friedmann, L.C. Argenta, R. Anderson // *Plast. reconstr. Surg.* – 1985. – Vol. 76. – P. 455.
58. *Grotting, J.G.* Conventional TRAM flap versus free microvascular TRAM flap for immediate breast reconstruction / J.G. Grotting [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1989. – Vol. 83. – P. 828.
59. *Абалмасов, К.Г.* Осложнения после реконструкции груди TRAM-лоскутом / К.Г. Абалмасов, Ю.С. Егоров, П.М. Гайнуллин // *Межд. симпозиум «Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии».* – Москва. – М., 1997. – С. 125.
60. *Allen, R.J.* Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction / R.J. Allen, P. Treece // *Ann. plast. Surg.* – 1994. – Vol. 32 (1). – P. 32.
61. *Blondeel, P.N.* Refinement in free flap breast reconstruction; the free bilateral deep inferior epigastric perforator flap anastomosed to the internal mammary artery / P.N. Blondeel, W.D. Voeckx // *Br. J. Plast. Surg.* – 1994. – Vol. 47. – P. 495.
62. *Вишневецкий, А.А.* Пластические операции на молочных железах после онкологических вмешательств / А.А. Вишневецкий, В.П. Оленин // *Вопросы онкологии.* – Т. XXIX. – № 1. – 1983. – С. 84–93.
63. *Демидов, В.П.* Сравнительный анализ методов комбинированного и комплексного лечения рака молочной железы IIIb стадии / В.П. Демидов, В.И. Борисов, О.А. Иванов // *Вопросы онкологии.* – Т. XXXVI. – 1990. – № 12. – С. 1473–1479.
64. *Cooper, C.L.* Psychosocial stress and cancer / C.L. Cooper. – New-York: Wiley, 1984. – 25. p.
65. *Webster J.D.J.F.* Immediate reconstruction of the breast after mastectomy: is it safe? / J.D.J.F. Webster [ et al. ] // *Cancer.* – 1984. – Vol. 53. – P. 1416–1421.
66. *Suominen, S.* Sequelae in the abdominal wall after pedicled or free TRAM flap surgery / S. Suominen [ et al. ] // *Ann. Plast. Surg.* – 1996. – Vol. 36. – P. 629–636.
67. *Асеев, А.В.* Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы / А.В. Асеев, В.Я. Васютков, З.М. Мурашова // *Маммология.* – 1994. – № 3. – С. 14–16.
68. *Марилова, Т.Ю.* Психологический аспект пластических операций на молочной железе при раке / Т.Ю. Марилова, Е.Н. Малыгин // *I съезд онкологов стран СНГ.* Москва. – 1996. – Ч 2. – С. 667.
69. *Пухов, И.А.* Мотивационно-личностные структуры у больных раком молочной железы / И.А. Пухов, С.В. Сидоров, К.В. Вардосанидзе // *Всероссийская конференция «Реконструктивно-восстановительная хирургия молочной железы»* Москва. – М., 1996. – С. 17–19.
70. *Малыгин, Е.Н.* Реконструктивно-пластические операции молочной железы при раке : дис. ... д-ра мед. наук / Е.Н. Малыгин. – М., 1990.
71. *Winchester, D.P.* Breast cancer in jounge women / D.P. Winchester // *Surgdical Clinics of North America.* – 1996. – Vol. 76 (2). – April. – P. 279.
72. *Urbanek, V.* Die Wirkung des behandelten Brustkrebses auf die sexuellen funktionen der Frau / V. Urbanek, J. Kofranek, M. Albl // *Zbl. Gynakol.* – 1994. – Vol. 116. – № 7. – P. 390–397.



73. *Asko-Seljavaara, S.* Patients, who with to have breast reconstruction. Reconstructive methods. The First International Sympos / Asko- S. Seljavaara, K. von Smitten // *Plast. reconstr. Surg. in Onc. Moscou.* – 1997. – P. 118.
74. *Демидов, В.П.* Комбинированное и комплексное лечение больных раком молочной железы с первичной аутомомпластикой после радикальных операций / В.П. Демидов [ и др. ] // I Международный симпозиум «Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии». Москва. – М., 1997. – С. 130.
75. *Малыгин, С.Е.* Реконструктивно-пластическая хирургия при раке молочной железы / С.Е. Малыгин // *Практическая онкология.* – 2002. – Т. 3. – № 1 – С. 69–76.
76. *Bohmert, H.* Begriff der Mastectomie: Indication und Zeitpunkt der Rekonstruktion / H. Bohmert // *Chirurg.* – 1989. – Bd. 60. – № 9. – P. 608–610.
77. *Ward, C.M.* Delayed reconstruction of the breast after mastectomy / C.M. Ward // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* – 1989. – Vol. 71. – № 3. – P. 182–186.
78. *Lejour, M.* Analyse de einguantesix reconstructions mammaires par lambeau de grand dorsal / M. Lejour [ et al. ] // *Ann. Chir. Plast.* – 1985. – Vol. 30 (7).
79. *Vasmitten, K.* Breast reconstruction / K. Vasmitten // *Acta oncolgica.* – 1995. – 34 (5). – P. 685–688.
80. *Демидов, В.П.* Первичная реконструкция при операциях по поводу местно-распространенного рака молочной железы / В.П. Демидов [ и др. ] // *Маммология.* – 1994. – № 4. – С. 40–46.
81. *Smoot, E.C.* Local and regional recurrence of breast cancer. A perspective of defection and treatment in relation to reconstruction / E.C. Smoot, J.O. Kucan // *South. Med. J.* – 1987. – Vol. 80. – № 9. – P. 1160–1163.
82. *Gargan, Th.J.* Breast cancer chemotherapy: Perioperative considerations in breast reconstruction / Th.J. Gargan, S.E. Come, P.R. Satwic // *Plast. reconstr. Surg.* – 1985. – Vol. 75. – P. 430.
83. *Deraemaecker, R.* La reconstruction mammaire apres ablation du sein / R. Deraemaecker // *Rev. Med. Bruxelles.* – 1995. – Vol. 16. – № 4. – P. 235–236.
84. *Wellisch, D.K.* Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast / D.K. Wellisch [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1985. – Vol. 76. – P. 713.
85. *Демидов, В.П.* Первичные реконструктивно-пластические операции при локализованных и местно-распространенных формах рака молочной железы / В.П. Демидов, Д.Д. Пак // I съезд онкологов стран СНГ. Москва. – 1996. – Ч. 2. – С. 527.
86. *Osteen, R.* Reconstruction after mastectomy / R. Osteen // *Cancer.* – 1995. – Vol. 75. – № 10. – P. 2641.
87. *Horton, C.E.* Immediate reconstruction following mastectomy for cancer / C.E. Horton [ et al. ] // *Clin. Plast. Surg.* – 1979. – Vol. 6. – P. 37.
88. *Van Heerden, J.A.* Surgical technique and pitfalls of breast reconstruction immediately after mastectomy for carcinoma initial experience / J.A. Van Heerden [ et al. ] // *Mayo clin. Proc.* – 1987. – Vol. 62. – P. 185.
89. *Hofletmer, H.* Lie Sofortrekonstruktion der weiblichen Brust: Indikation und Technik / H. Hofletmer [ et al. ] // *Acta Chir. Austr.* – 1994. – Vol. 26. – № 4. – P. 194–198.
90. *Огнерубов, Н.А.* Неoadьювантная терапия местно-распространенного рака молочной железы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Огнерубов. – М., 1992.
91. *Огнерубов, Н.А.* Выживаемость больных местно-распространенным раком молочной железы в зависимости от объема хирургического вмешательства / Н.А. Огнерубов [ и др. ] // I съезд онкологов стран СНГ. Москва. – М., 1996. – Ч. 2. – С. 506.
92. *Holley, D.T.* The ramifications of immediate reconstruction in the management of breast cancer / D.T. Holley [ et al. ] // *Am. Surg.* – 1995. – Vol. 61 (1). – P. 60–65.
93. *Блохин С.Н.* Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы / С.Н. Блохин [ и др. ] // *Анналы пласт., реконструктив. эстет. хирургии.* – 1997. – № 3. – С. 59–63.
94. *Slavin, S.A.* Recurrent breast cancer following immediate reconstruction with myocutaneous flap / S.A. Slavin, S.M. Ljve, R.M. Goldwyn // *Plast. reconstr. Surg.* – 1994. – Vol. 93. – P. 1191–1204.
95. *Donegan, W.L.* A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma / W.L. Donegan, C.M. Perez-Mesa, F.R. Watson // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1966. – Vol. 122. – P. 529.
96. *Stevens, L.* The psychological impact of immediate breast reconstruction / L. Stevens [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1984. – 73. – P. 619–626.
97. *Wellisch, D.* Psuchological correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast / D. Wellisch [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1985. – Vol. 76. – P. 713–718.
98. *Franchelli, S.* Psychological evaluation of patients under going breast reconstruction using two different methods: Autologous tissaes versus prostheses / S. Franchelli [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 95 (7). – June. – P. 1213–1218.
99. *Rowland, J.H.* Breast reconstruction after mastectomy: who seeks it, who refuses? / J.H. Rowland [ et al. ] // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – April. – P. 812–822.
100. *Асеев, А.В.* Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы / А.В. Асеев // *Клиническая медицина.* – 1993. – № 3. – С. 30–34.
101. *Блохин, С.Н.* Злокачественные опухоли молочных желез: варианты выполнения первичной пластики в условиях химиолучевой терапии / С.Н. Блохин [ и др. ] // I Международный симпозиум «Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии». Москва. – М., 1997. – С. 135.
102. *Бурлаков, А.С.* Одномоментная реконструкция молочной железы после радикальной мастэктомии с помощью поперечного лоскута из передней брюшной стенки живота на микроанастомозах / А.С. Бурлаков, И.А. Грошев // I Международный симпозиум «Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии». Москва. – М., 1997. – С. 153.
103. *Elberg, J.J.* Primar brystreconstruction efter mastektomi for cancer mammae / J.J. Elberg, T.M. Blichert, K.T. Drzewiecki // *Ugeskr. Laeger.* – 1995. – № 8. – P. 1013–1016.
104. *Gouy, S.* Immediate reconstruction after neoadjuvant chemotherapy: effect on adjuvant treatment starting and surviva / S. Gouy [ et al. ] // *Ann. of Surg. Oncology.* – 2005. – Vol. 12 (2). – P. 161–166.
105. *Ромашов, Ю.В.* Осложнения реконструкции молочной железы после радикальной мастэктомии / Ю.В. Ромашов, А.А. Адамян // *Анналы пласт., реконструктив. эстет. хирургии.* – 1998. – № 2. – С. 57–64.