

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Качанов Игорь Васильевич¹⁾, врач
Оганесян Юрий Вирабович¹⁾, кандидат медицинских наук, главный врач
Кутуков Владимир Владимирович²⁾, доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой онкологии
Лещев Василий Васильевич¹⁾, кандидат медицинских наук,
заместитель главного врача

¹⁾ГУЗ «Астраханский областной онкологический диспансер»
Россия, 414041, г. Астрахань, ул. Бориса Алексеева, 56,
тел. (8512) 36-42-08, E-mail: aood@astranet.ru

²⁾ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»
Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121,
тел (8512) 44-74-96, E-mail: agma@astranet.ru

Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости. Основным методом лечения рака молочной железы является хирургический. Лечение направлено на увеличение общей и безрецидивной выживаемости, а также направлено на улучшение качества жизни пациента после операции. В статье описаны существующие методики хирургического лечения рака молочной железы. В отдельную группу выделены органосохраняющие операции.

Проведен анализ работы профильного маммологического отделения Астраханского областного онкологического диспансера за последние 10 лет по выполнению органосохраняющих операций. Рассчитана 3-х и 5-ти летняя выживаемость, а также частота местных рецидивов при данном виде хирургического лечения.

Ключевые слова: молочная железа, рак, хирургическое лечение, органосохраняющие операции.

I.V. Kachanov, Yu. V. Oganesyanyan, V.V. Kutukov, V.V. Leschev

ORGAN-KEEPING METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF MAMMARY GLAND CANCER

Mammary gland cancer takes the leading place in the structure of oncological morbidity. The main method of its treatment is surgical. The article deals with significant ways of surgical treatment of mammary gland cancer taking into consideration the organ-keeping operations. The analysis of 10 year practice in the oncological dispensary was made paying attention to survival periods and relapses after operations.

Key words: mammary gland, cancer, surgical treatment, organ-keeping operations.

Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости среди женского населения. Высокая заболеваемость определяет стратегию борьбы, которая ориентирована на сокращение смертности, увеличение безрецидивной и общей выживаемости, а также улучшение качества жизни после проведенного лечения. Исход лечения рака молочной железы зависит от многочисленных факторов и условий, среди которых главную роль играют биологические свойства опухоли и степень ее распространенности к моменту начала лечения. Радикальным лечение рака молочной железы может быть только в том случае, если произведено адекватное хирургическое вмешательство, до настоящего времени остающееся ведущим методом лечения.

Хирургическое лечение рака молочной железы имеет более чем вековую историю. До 1860 года рак молочной железы лечили местным иссечением опухоли. В 1867 году Moore

предложил методику удаления всей молочной железы и подмышечных лимфоузлов. В 1875 году Volkmann предложил удаление молочной железы с фасцией большой грудной мышцы и подмышечными лимфоузлами.

В 1889 году W. Halsted дал описание методики стандартной радикальной мастэктомии – удаление всей молочной железы с большой и малой грудными мышцами, клетчатки с лимфатическими узлами подключичной, подмышечной, подлопаточной зон. Операция давала достаточно надежные результаты в плане выживаемости больных и в течение нескольких десятилетий использовалась в качестве стандарта хирургического лечения.

В 1956 году Urban и Wangenstein предложили сверхрадикальную мастэктомию - удаление молочной железы с надключичными, подключичными, подмышечными, подлопаточными и медиастинальными лимфоузлами. В настоящее время данную операцию не применяют ввиду высокой травматичности, а также усовершенствования методов лучевого лечения.

В настоящее время показаниями к выполнению радикальной мастэктомии по Halsted являются прорастание первичной опухолью большой грудной мышцы, поражение лимфоузлов Роттера, а также случаи неэффективности предоперационного лечения больных с III стадией рака молочной железы.

Высокий процент инвалидизации после таких операций и грубая деформация грудной стенки, отек верхней конечности стали поводом для разработки функционально-щадящих операций. Под излечением в онкологии стали понимать не только клиническое выздоровление, но и возвращение больного в трудоспособный коллектив, семью, к прежнему социальному статусу.

К функционально-щадящим операциям относятся модифицированная радикальная мастэктомия по Patey-Dyson – с сохранением большой грудной мышцы, операция Madden – радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц и органосохраняющие операции, которые, как правило, дополняются лучевой и/или химиотерапией. В основе выбора органосохраняющих операций лежит много факторов, прежде всего степень распространенности или стадия опухолевого процесса, а также стремление избежать функциональных и косметических нарушений.

В 1976 году в литературе опубликовано описание радикальной резекции – органосохраняющей операции, применявшейся при латеральных локализациях небольших (до 3,0 см) опухолей. Операция состояла в клиновидном иссечении 1/3 объема молочной железы, включающего опухоль, единым блоком с кожей, фасцией большой грудной мышцы и клетчатки 3-х уровней лимфооттока (по Berg). В 1985 году в РФ были подведены итоги рандомизированного кооперированного исследования по оценке лечения больных с I-II стадиями рака молочной железы. Оказалось, что органосохраняющие операции в сочетании с последующей лучевой терапией позволили получить при хорошем косметическом эффекте 5-летнюю выживаемость у 84% пациентов, 10-летнюю – у 72% больных, 15 летнюю – у 56 % больных. Показатели общей и безрецидивной выживаемости оказались не хуже, чем после выполнения радикальной мастэктомии. Местные рецидивы отмечались примерно одинаково в данных группах.

В 1973 году в Милане, в Национальном институте по исследованию рака, впервые была выполнена квадрантэктомия - иссечение опухоли молочной железы с захватом 2-3 см здоровой ткани молочной железы с подлежащей фасцией и кожей, а также лимфоаденэктомия всех 3 уровней лимфооттока.

Наконец, самая маленькая по объему удаляемой ткани операция, выполняемая при раке молочной железы – лампэктомия, предложенная в США в ходе исследований Национального проекта дополнения операций на молочной железе (NSABBP). Операция состоит из 2-х компонентов: удаления опухоли молочной железы и лимфаденэктомии. Удаление опухоли производится через кожный разрез, ориентированный по кожным складкам, удаление фас-

ции грудной мышцы и кожи было необязательным. Через дополнительный кожный разрез в подмышечной ямке выполнялась лимфоаденэктомия.

В 1990 году Veronesi привел данные, согласно которым в группах больных раком молочной железы, прооперированных в объеме операции Halsted (стадии заболевания T1N0M0-T2N0M0) или подвергшихся радикальной резекции молочной железы в сочетании с лучевой терапией, или лампэктомии с лучевой терапией, показатели выживаемости практически не разнятся между собой. Частота местных рецидивов после лампэктомии с последующей лучевой терапией значительно выше, чем после радикальной мастэктомии. Исследованиями В.П. Демидова, Д.Д. Пака также доказано, что при органосохранных операциях, дополненных лучевой терапией, 5-летняя выживаемость достоверно увеличивается.

Таким образом, к концу XX века в онкомаммологии обозначилась тенденция к увеличению выполнения органосохранных методик хирургического лечения больных раком молочной железы I-II стадий (T1N0M0 и T2N0M0). Отказ от установившейся в течение нескольких десятилетий агрессивной хирургической тактики можно объяснить следующими причинами:

- увеличение числа больных с ранними стадиями рака молочной железы;
- созданием эффективной комбинации оперативного вмешательства с лучевым и химиотерапевтическим воздействием;
- пересмотром клинико-биологической концепции течения опухолевого процесса;
- совершенствованием методов инструментальной диагностики.

Если ограничение объема операции было достаточно редким явлением и чаще всего вынужденным (из-за отказа больных от калечащей мастэктомии или из-за тяжелых сопутствующих заболеваний), то к концу XX века подобные хирургические вмешательства стали производиться чаще, в основном, из-за косметических соображений и психологической и социальной реабилитации больных. Уже в начале 90-х годов XX века в США экономные операции при раке молочной железы I-II стадии выполнялись в 74%, в Великобритании – в 64%, в Италии в 76% случаев. На территории РФ внедрение функционально щадящих операций и экономных операций происходило менее интенсивно.

Анализ работы профильного маммологического отделения Астраханского областного онкологического диспансера показывает, что в 80-90 годы XX века органосохранные хирургические вмешательства при раке молочной железы не находили широкого применения, а наиболее частым видом хирургического лечения была радикальная мастэктомия по Halsted и модифицированная радикальная мастэктомия по Patey. В период с 1995 по 2000 годы количество радикальных резекций не превышало в среднем 1-2 случая в год (0,6-1,0% от всего количества радикальных операций).

Однако научный прогресс в онкомаммологии, направленный на улучшение качества жизни, улучшение косметических и функциональных результатов после операций по поводу рака молочной железы, определил трансформацию в тактике хирургического лечения и в работе отделения. Так, с 2000 года значительно увеличился процент выполнения функционально-щадящих операций, причем модифицированная радикальная мастэктомия по Madden стала доминирующим методом хирургического лечения. В 2000 году выполнено 84 операции по Madden (67%), по Patey - 36 операций (28,8%), в 2001 году процент выполнения РМЭ по Madden составил 89,7% (114 операций), а РМЭ по Patey - 8% (18 операций), в 2002 году удельный вес РМЭ по Madden составил 92% (122 операции), а РМЭ по Patey - 0,8% (3 операции).

С 2000 года существенно возрастает процент выполнения органосохранных операций. Проведенный ретроспективный анализ работы отделения показывает, что радикальные резекции молочной железы являются наиболее часто выполняемой методикой. Отбор больных для радикальных резекций производится с учетом современных критериев. Все операции проводились при локализации опухолевого очага в латеральных квадрантах (верхне-

наружный и ниже-наружный). В послеоперационном периоде после заживления раны все больные получали курс дистанционной лучевой терапии (комбинированное лечение).

Так, в 2000 году в маммологическом отделении областного онкологического диспансера выполнено 2 радикальные резекции (0,9% от общего количества радикальных). В 2001 году - 6 операций (3,2%), в 2002 году - 6 операций (3,7%), в 2003 году выполнено 8 операций (4,7%), в 2004 году - 10 операций (5,4%), в 2005 году - 11 операций (5,8%), в 2006 году - 14 операций (7,6%), в 2007 году было выполнено уже 24 радикальные резекции (13,3%) и в 2008 году - 26 операций (14,1%). Достаточно низкий процент выполнения радикальных операций в 2000-2003 гг. объяснялся скептицизмом по отношению к данному виду операции. Однако в последующем, анализируя результаты лечения пациентов I-II стадий рака молочной железы, органосохраняющие операции с послеоперационной лучевой терапией позволили получить при хорошем косметическом эффекте 100% 3-летнюю выживаемость и 94% 5-летнюю выживаемость.

Частота местных рецидивов у пациентов, получающих комбинированное лечение при I-II стадиях рака молочной железы (радикальная резекция+дистанционная лучевая терапия) наблюдалась в 5,7%. В то время как у пациентов, которым по поводу рака молочной железы I-II стадий была выполнена только радикальная мастэктомия, процент местного рецидива составил 4,9%.

В 2005 году случай ранней диагностики рака молочной железы (размер первичного опухолевого очага 4 мм) позволил выполнить методику лампэктоми.

Заключение: Анализ работы профильного маммологического отделения и показатели эффективности лечения больных с ранними формами рака молочной железы позволяют развивать хирургию органосохранного типа, что представляет благоприятные условия для получения хороших косметических результатов. Определение объема удаляемых тканей при хирургическом лечении рака молочной железы – принципиально важный фактор, влияющий на частоту возникновения местных рецидивов, а также определяющий функциональный и косметический результат операции. Перспективными направлениями в работе маммологического отделения Астраханского областного онкологического диспансера по данной тематике считаем выполнение органосохраняющих операций при раке молочной железы T1-2N0M0, локализуемого в медиальных квадрантах, внедрение и выполнение органосохраняющих операций при мультимодальной форме роста начальных стадий рака молочной железы, а также выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств при T1-2N1M0 после проведения полноценной неоадьювантной химиогормонотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова А.П., Мадич К.К., Хаханашвили Г.Н. Опыт применения операции Пэйти-Дисона при раке молочной железы // Хирургия. – 1987. – № 4. – С. 37–42.
2. Вишнякова В.В. О возможности уменьшения объема оперативного вмешательства в радикальном лечении рака молочной железы // Вестник АМН СССР. – 1976. – № 2. – С. 57–61.
3. Герасименко В.Н., Летагин В.П. [и др.]. Роль пластических реконструктивных операций в восстановительном лечении женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 1983. – № 10. – С. 12–15.
4. Лактионов К.П., Портной С.М., Барканов А.И. Органосохраняющие операции при раке молочной железы 1-2 стадии // Материалы 1-го съезда онкологов стран СНГ 3-6 декабря 1996 года. – М., 1996. – Часть 2. – С. 500.
5. Портной С.М., Барканов А.И., Коптяева И.В., Лактионова К.П., Чхивадзе Н.В. Органосохраняющее лечение рака молочной железы: проблемы первых лет // Тезисы Всесоюзного симпозиума «Скрининг в раннем выявлении опухолей репродуктивной системы и проведение органосохраняющего лечения». – Ленинград, 1991. – С.78–79.
6. Портной С.М., Лактионов К.П., Барканов А.И. Косметический эффект органосохраняющих операций при раке молочной железы: больные удовлетворены чаще, чем врачи // The First international symposium plastic and reconstructive surgery in oncology Moscow, March 19-21, 1997. – М., 1997. – С. 132.
7. Пак Д.Д. От сверхрадикальных мастэктомий до органосохраняющих операций // Материалы 5 Российской онкологической конференции. – М., 2001. – С. 48–52.

8. Arriagada R., Rutqvist L., Mattson A. Adequate locoregional treatment for early breast may prevent secondary dissemination // *J. Clin. Oncol.* – 1995. – № 13. – С. 69–78.
9. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer. An overview of the randomized trials. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – Vol. 333, № 22. – P. 1444–1455.
10. Fisher B., Anderson S., Redmond C. Analysis and results after 12 years of follow up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy or without irradiation in the treatment of breast cancer // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – Vol. 333, № 22. – P. 1456–1461.
11. Fisher B., Wolmark N. Limited surgical management for primary breast cancer: a commentary on the NSABP reports // *World J. Surg.* – 1985. – Vol. 9, № 5. – P. 682–691.
12. Fowble B.L., Schultz D.J. The influence of young age on outcome in early stage breast cancer // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 1994. – № 1. – P. 23–33.
13. Guenter J.M., Kirgan D.M., Giuliano A.E. Feasibility of breast-conserving therapy for younger women with breast cancer // *Arch. Surg.* – 1996. – Vol. 131, № 6. – P. 623–636.
14. Haagensen C.D. A technique for radical mastectomy // *Surgery.* – 1946. – Vol. 19. – P. 100–131.
15. Halsted W.S. The results of operations for the cure of cancer of breast performed at Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894 // *Jons Hopkins Hosp. Rep.* – 1894. – P. 297–350.
16. Holland P.A., Shah A., Howell A. [et al.]. Lobular carcinoma of the breast can be managed by breast-conserving therapy // *Br. J. Surg.* – 1995. – Vol. 82, № 10. – P. 1364–1366.
17. Kurtz J.M., Spitalier J.M., Amalric R. [et al.]. Mammary recurrences in women younger than forty // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 1988. – Vol. 15, № 2. – P. 271–276.
18. Levitt S.H., Aeppli D.M., Nierengarten M.E. The importance of local control in the conservative treatment of breast cancer // *Acta Oncol.* – 1995. – Vol. 34, № 6. – P. 839–844.
19. Madden J.M. Modified radical mastectomy // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1965. – Vol. 121, № 6. – P. 1221–1230.
20. Osborne M.P., Borgen P.I. Role of mastectomy in breast cancer // *Surg. Clin. North. Am.* – 1990. – Vol. 70, № 5. – P. 1023–1046.
21. Patey D.H., Dyson W.H. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed // *Br. J. Cancer.* – 1948. – Vol. 2, № 1. – P. 7–13.
22. Turner L., Swindell R., Bell W.G. [et al.]. Radical versus modified radical mastectomy for breast cancer // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* – 1981. – Vol. 63, № 4. – P. 239–243.
23. Veronesi U., Volterrani F., Luini A. [et al.]. Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer // *Eur. J. Cancer.* – 1990. – Vol. 26, № 6. – P. 671–673.
24. Veronesi U., Banfi A., Salvadori B. [et al.]. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial // *Eur. J. Cancer.* – 1990. – Vol. 26, № 6. – P. 668–670.