

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕКТОРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РСО-АЛАНИЯ

Габараева В.М.1, Березов Т.Т.2, Дзодзикова М.Э.3, Туриев А.В.3, Аликова Д.К.3, Лебедева Т.И.2, Солтанова Э.Э.3

Хирургическое отделение республиканского онкологического диспансера¹ (гл. врач. И.П. Томаев), Центральная научно-исследовательская лаборатория³ (зав., д.м.н., проф., И.Г. Джиоев), Северо-Осетинской государственной медицинской академии. г. Владикавказ. Медицинский факультет Российского Университета Дружбы народов², г. Москва.

В мировой структуре заболеваемости злокачественными опухолями у женщин рак молочной железы (РМЖ) в последние годы занимает первое место и составляет 10% от всей заболеваемости. Отмечается рост заболеваемости РМЖ во всех развитых странах мира, в том числе и в России [Чисов В.И, 2005]. В РСО-Алания РМЖ также занимает первое место среди всех видов злокачественных новообразований в республике. [Дзодзикова М.Э. и соавт., 2005].

Основным методом лечения РМЖ, даже на ранних стадиях заболевания остается радикальная мастэктомия по Холстеру. Вместе с тем, такой объем оперативного вмешательства, сопровождается рядом осложнений в виде обезображивания женской фигуры, ограничения подвижности и отека руки, развития психологических расстройств, ранней инвалидизации, увеличения риска распада внутрисемейных отношений.

В этой связи в последние десятилетия стали разрабатываться органосохраняющие и функционально-щадящие операции при РМЖ. Эта идея исходит из новых представлений и меняющейся концепции РМЖ, в которых по-особому рассматривается роль, место и объем хирургического вмешательства при лечении РМЖ. В течение длительного времени при отказе больных от мастэктомии на начальных стадиях опухолевого процесса вынужденно проводили удаление части МЖ с опухолью. В последние годы такие операции стали производить не только при отказе больных от мастэктомии, но и в плановом порядке после строго отбора пациенток. Выполнение секторальной резекции МЖ выполняли при РМЖ I (T1 N0 M0) 2A (T2 N0 M0), 2B (T1 N1 M0), размере опухоли до 2,5 см, узловой форме РМЖ при моноцентричном характере и медленном темпе роста опухоли, верхне-наружной локализации, при благоприятном соотношении размеров МЖ и опухоли для получения хорошего косметического результата операции и желании больной сохранить МЖ.

Целью настоящего исследования явилось сопоставление результатов лечения больных РМЖ I-II стадии, которым была произведена секторальная резекция и радикальная мастэктомия. Наблюдение проводили в течение 5 лет после операции.

Материалы и методы. Нами проанализированы сведения и прослежена судьба 321 женщины, с 1994 по 1998гг, с момента операции и по настоящее время.

Секторальную резекцию (1 группа) применяли при небольших опухолях до 3 см латеральных локализаций. Операция выполнена 104 больным.

Радикальную резекцию (2 группа) выполняли в классическом варианте по-Холстеду, с сохранением большой грудной мышцы по-Пейтти и сохранением обеих грудных мышц по-Маддену. Мастэктомия выполнена 217 больным.

Лучевая терапия в 1 группе 66 больным (63,4%) проведена после операции. Проведение ТГТ в п/о периоде объясняется тем, что операции проводились с еще неподтвержденным диагнозом сег или у больных с верифицированным сег, но с неопределяемыми региональными лимфатическими узлами (л/у).

32 пациенткам (30,7%) ТГТ проведена до операции и 6-ти не проведена из-за возраста, в 1 случае у больной стоял кардиостимулятор.

Больным перенесшим мастэктомию предоперационная лучевая терапия проведена 146 больным (67%). В этих случаях опухоль была расположено медиально, либо клинически определялись единично увеличенные аксиллярные л/у. В 23 случаях (10,5%) вторичные изменения в л/у выявлены после получения послеоперационной гистологии, соответственно этим больным проведено послеоперационное ТГТ. В 48 случаях (22,1%) облучение не проводилось, так как при гистологическом исследовании метастазы в л/у не обнаружены, а объем произведенной операции считался радикальным. Химиотерапию в 1 и 2 группах назначали пациенткам с морфологически доказанными метастазами в аксиллярных л/у, а также в молодом возрасте и низкой дифференцировке опухоли.

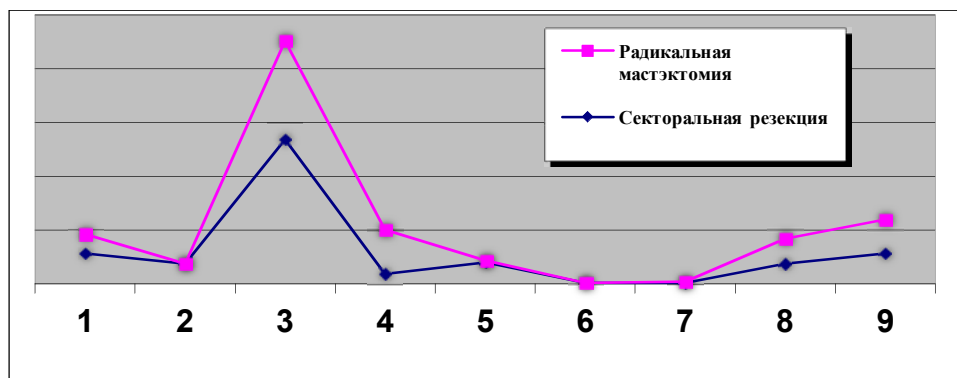
Результаты проведенного исследования показали, что в первой группе 77 пациенток живы по настоящее время (74%), 27 умерли (26%). Во второй группе 162 пациентки живы по настоящее время (75%), 55 умерли (25%). В первой группе зафиксированы 2 случая (1,9%) рецидива опухоли в оставшейся части МЖ. Этим больным произведена повторная операция - удаление оставшейся части МЖ и лечение дополнено повторным курсом химио-гормонотерапии.

В первые три года, после органосохраняющей операции, зарегистрированы местные метастазы и рецидивы у двух пациенток (1,9%), отдаленные метастазы у девяти (4,1%). В последующие два года в этой группе рецидивы наблюдались у одной женщины (0,9%), отдаленные метастазы у четырех (3,8%). Еще две пожилые женщины умерли от сопутствующих заболеваний.

Всего в I группе рецидивы отмечены у пяти женщин (4,8%). Органосохраняющие операции вначале выполняли по вынужденным обстоятельствам, а не осознано и планомерно, как в последующие годы.

Из умерших 27 больных смертность распределилась по годам наблюдения приблизительно поровну, но выделяется 3-й год наблюдения.

Смертность при раке молочной железы после проведенного лечения у женщин РСО-Алания



По оси ординат – смертность (%).

По оси абсцисс - годы наблюдения после лечения.

У всех больных I группы после радикальной резекции послеоперационные осложнения выражены значительно меньше, чем во II группе. Всего у двух пациенток определялся лимфостаз в/к I степени (не превышавший двух см.) И у трех пациенток наблюдался лимфостаз оставшейся части МЖ, преимущественно у лиц преклонного возраста. По литературным данным развитие лимфостаза связано с развитием постлучевого фиброза.

Во II группе пациенток за первые три года диспансеризации зарегистрировано шесть женщин (2,7%) с местными рецидивами и у всех позже диагностированы отдаленные метастазы. Диссеминация опухоли в этом периоде обнаружена еще у трех больных (1,38%), у девяти – отделенные метастазы (4,1%).

Умерло пять пациенток (2,3%) от раковой интоксикации и одна от сопутствующего соматического заболевания. С третьего по пятый год наблюдения выявлено четыре случая местного рецидива процесса и семь случаев отдаленного метастазирования с последующим летальным исходом.

У одной больной через два года выявлен рак желудка 4 степени, подтвержденный при лапаротомии. Одна больная умерла через четыре года от острого лейкоза.

Пациентки перенесшие хирургическое лечение нуждаются в медицинской, психологической и социально-трудовой реабилитации.

Заболевшая женщина испытывает двойную стрессовую ситуацию, связанную, во-первых с известием о раковом заболевании, что ассоциируется с понятием смерти и во-вторых, со страхом возможной потери МЖ. У женщин молодого и среднего возраста нередко боязнь потери МЖ превалирует даже над страхом смерти.

Таким образом, проведенное исследование показало, что нет особой разницы в показателях смертности у женщин при секторальной органосохраняющей резекции и радикальной мастэктомии. Выживаемость в обоих случаях оперативного вмешательства практически идентична.

Понятно, что конечная цель – эффективность лечения и высокое качество жизни пациента должны учитываться уже с момента планирования хирургического вмешательства. Лечение должно быть одновременно достаточно радикальным, абластичным и обеспечить косметический результат: сохранить форму МЖ при экономных операциях, обе грудные мышцы и сосудисто-нервный аппарат верхнего плечевого пояса при более объемных операциях.

Выводы:

- 1- Одинаковая пятилетняя выживаемость (74% в группе после секторальной резекции и 75% после радикальной мастэктомии), убедительно свидетельствует в пользу органосохраняющих операций.
- 2- Преимущество органосохраняющих операций состоит в лучшем качестве жизни женщин после проведенного лечения и диктует необходимость перехода от вынужденных к плановым секторальным операциям.
- 3- Выбор вынужденного органосохраняющего оперативного вмешательства должен сопровождаться проведением более интенсивного дополнительного лечения ТГТ и химиотерапией.