

**О.Б. ДРУЖКОВ, Б.К. ДРУЖКОВ**Республиканский онкологический диспансер МЗ РТ
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Принципы хирургического органосохраняющего лечения больных раком молочной железы

Дружков Олег Борисович

кандидат медицинских наук,

заведующий отделением Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ

420029, Казань, Сибирский тракт, 29, тел.: (843) 519 26 12

На основании данных литературы и собственных наблюдений представлены принципы хирургического органосохраняющего лечения больных раком молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, хирургическое лечение.

O.B. DRUZHNIKOV, B.K. DRUZHNIKOV

Principles of surgical treatment of patients with cancer of mammary gland

On the basis data of the literature and own supervision principles surgical organpreserving treatments of patients with cancer of mammary gland are presented.

Keywords: cancer of mammary gland, surgical treatment.

В проблеме лечения рака молочной железы в последние десятилетия наметились новые подходы, связанные, в основном, с пересмотром хирургической тактики в сторону сокращения объема удаляемых тканей без нарушения радикализма хирургического лечения. Следует выделить несколько причин отхода от устоявшейся многими десятилетиями агрессивной хирургической тактики, заключающейся в обязательном выполнении радикальной мастэктомии по Холстеду при всех стадиях рака, а в некоторых случаях (локализациях) — расширенной мастэктомии по Урбану-Холдину, Даль-Иверсену, Вангенстину, Маренгейму и др. Среди этих причин следует назвать улучшение ранней диагностики и увеличение числа больных с ранними стадиями рака, совершенствование методик лекарственного и лучевого противоопухолевого воздействия, дополняющих хирургическую операцию и позволяющих получить более надежные результаты лечения. Важное значение имела новая концепция клинко-биологического течения опухолевого процесса в молочной железе.

Mc'Donald (1966) [6] сформулировал теорию биологического предтерминизма об устойчивой и замкнутой системе взаимоотношений между опухолью и организмом больного, формирующейся уже в начале развития рака молочной железы и определяющей темпы его развития и распространения. В. Fisher (1991) [5] на основании изучения большого клини-

ческого материала, представленного ведущими клиниками мира, приходит к выводу, что рак молочной железы по своему течению подобен системному заболеванию.

Задача выбора критериев отбора больных раком молочной железы для радикальной резекции неоднозначна и на разных этапах внедрения радикальной резекции в клиническую практику разными хирургами решалась по-разному. В 1993 г. В.П. Демидов, Л.Д. Островцев и Д.Д. Пак [4], основываясь на результатах органосохраняющих операций в ведущих онкологических центрах и собственном материале, составили методические рекомендации по применению этих операций при раке молочной железы. Уделяя особое внимание размеру опухоли, по которому косвенно можно было судить об агрессивности опухоли, приходят к заключению, что для органосохраняющих операций следует отбирать больных с опухолью не более 3 см в диаметре. При опухолях большего размера, при мультицентричном росте опухоли и при диффузных формах рака молочной железы, органосохраняющие операции они считают противопоказанными. Оказалось, что кроме отмеченных факторов для определения объема резекции молочной железы и дополнительного лечения имеют значения гистологическое строение опухоли, ее тип и темп роста, выраженность пролиферативной активности клеток, степень васкуляризации, уровень гормональных

рецепторов и наличие или отсутствие гиперэкспрессии HER-2 пепи и т.д.

Все эти данные позволяют более точно прогнозировать последующие события не только в пределах радикально резецированной молочной железы, сколько за ее пределами и избрать дополнительное терапевтическое воздействие на опухолевый процесс с целью улучшения отдаленных исходов заболевания. Отбор же больных для выполнения органосохраняющей операции в значительной степени должен зависеть от желания больной, а врач, прежде всего, должен быть ответственным за выбор дополнительного лечения в максимальном объеме для получения оптимальных терапевтических результатов в каждом конкретном случае рака.

При выборе объема операции и комплекса лекарственного и лучевого воздействия на опухоль следует учитывать и соматический статус больной. Среди факторов, характеризующих состояние организма, учитывают возраст, сопутствующие заболевания, состояние функциональных, эндокрино-метаболических и иммунной систем.

Ввиду вышеизложенного появилась необходимость в выработке новой стратегии лечения этой патологии. Вполне очевидно, что новая стратегия лечения больных раком молочной железы должна предусматривать усиление и усовершенствование методов общего противоопухолевого воздействия, и, вместе с тем, она предопределила возможность сокращения объема хирургического вмешательства.

U. Veronesi с соавторами (1995) [7], анализируя результаты лечения 1973 больных со средней продолжительностью наблюдения 82 месяца, пришли к выводу, что при размере опухоли до 2,0-2,5 см вполне возможно проведение органосохраняющего лечения. В группе больных, оперированных в объеме радикальной мастэктомии по Холстеду, квадрантэктомии с лучевой терапией, лампэктомии с лучевой терапией и квадрантэктомии без облучения показатели общей выживаемости не разнятся между собой, однако частота развития местных рецидивов после лампэктомии с облучением и квадрантэктомии без облучения значительно выше, чем после квадрантэктомии с облучением и радикальной мастэктомией.

Оказалось, что частота местных рецидивов зависит от гистологического строения опухоли. Так, P. Holland с соавторами (2002) приходят к заключению, что при протоковом инвазивном раке с преобладанием внутрипротокового компонента отмечаются более частые местные рецидивы. Вместе с тем, Veronesi U. et al. (1988) [7] после анализа результатов органосохраняющих операций приходят к заключению, что развитие местного рецидива не приводит к повышению риска диссеминации заболевания и ухудшению выживаемости.

В нашей клинике мы широко используем органосохраняющие операции при раке молочной железы с начала 90-х годов и приобрели в этом значительный опыт. К сожалению, не всегда радикальная резекция молочной железы выполнима без реконструктивного компонента операции. Речь идет о соотношении объемов удаляемой и сохраняемой частей молочной железы. При относительно больших размерах опухоли и небольшом объеме молочной железы реконструктивный этап тем или иным способом становится необходимым. В клинической практике мы широко используем как давно известные всем методы, так и свои оригинальные методики органосохраняющих операций и методов реконструкции молочной железы.

Вышеизложенное в большей степени отражает историю внедрения в клиническую практику органосохраняющего хирургического лечения рака молочной железы, чем современное состояние этой проблемы. Многие упомянутые положения

утратили свое былое значение ввиду разработки методов их коррекции. Примером могут служить противопоказания к выполнению органосохраняющих операций, связанные с размерами опухоли (не более 3 см) при раке молочной железы. Рациональная неoadъювантная лекарственная и лучевая терапия, основанная на результатах иммуногистохимического исследования опухоли, проведенного на диагностическом этапе, позволяет получить стадиопонижающий эффект и выполнить операцию меньшего объема, чем предполагалось при первичном осмотре больной.

Однако, до сих пор у хирургов, выполняющих органосохраняющие операции, сохраняются опасения развития рецидива опухоли и сомнения в том, что развитие рецидива не приводит к повышению риска диссеминации злокачественного процесса и ухудшения отдаленных результатов. Известно, что многочисленные исследования, основанные на огромном количестве клинического материала [2, 7, 5] при условии своевременного выполнения «спасительной мастэктомии» или адекватного иссечения очага с повторным облучением и проведением лекарственной терапии, убедительно подтвердили несостоятельность этих сомнений. Важным, окончательно нерешенным вопросом остается неудовлетворительность эстетического результата после экцизии большого объема молочной железы вместе с опухолью.

Одномоментные реконструктивно-пластические операции, возмещающие утраченную часть молочной железы торакодорзальным лоскутом или кожно-жировым лоскутом [1, 4], позволяют в большинстве случаев получить неплохой косметический результат, хотя феномен «заплатки» в обществе никогда не отражал эстетических качеств.

На смену приходят методики возмещения объема молочной железы с использованием имплантов, но при этом ключевым моментом становится сохранение кожных покровов и сосково-ареолярного комплекса молочной железы.

Несмотря на приведенные выше данные, в России до сих пор наиболее частой хирургической операцией при раке молочной железы остаются модифицированные радикальные мастэктомии по Пейти и Мадену (около 80%). В Европе столь высокий процент мастэктомии считается показателем плохой организации онкологической помощи.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о большой востребованности клинической практикой органосохраняющих операций.

ЛИТЕРАТУРА

- Адамян А.Т., Слонимская Е.М., Пущкарев С.В., Опыт использования органосохраняющих операций у больных раком молочной железы. Органосохраняющие и реконструктивные операции в онкологии. Томск, 1991. с.4-7.
- Вишнякова В.В., Ермилова В.Д. Значение некоторых клинкоморфологических признаков для показаний к применению экономных операций при раке молочной железы. Хирургия 1980; 4: 12-17.
- Демидов В.П., Островцев Л.Д., Пак Д.Д. Разработка и внедрение органосохраняющих и функционально-щадящих операций при раке молочной железы. Маммология 1992; 1: 57-62.
- Пак Д.Д. Органосохраняющие, функционально-щадящие и реконструктивно-пластические операции при комбинированном лечении больных раком молочной железы: автореферат...дис. док.мед. наук. М. 1998
- Fisher B., Anderson S., Fisher E. et al. Lancet 1991; 8763: 327-331.
- Mac Donald J. Am. J. Surg. 1966; Vol. 111: 435-442.
- Veronesi U., Salvadori B., Luini A. et al. Eur. J. Cancer 1995; Vol.31: 10: 1574-1579.