

Таблица 3

Виды предоперационного лечения

Вид предоперационного лечения	Абсолютное число больных, количество человек	Число больных, %
Лучевая терапия	235	25,8
Химиотерапия по схеме Купера или многокомпонентная по схеме CMFAV	450	49,4
Лучевая терапия в сочетании с 2 курсами по схеме CMF* или VAM**	226	24,8
Итого...	911	100,0

* Схема CMF: 5-фторурацил 750 мг/м²
метотрексат 40 мг/м²
циклофосфан 200 мг/м² в/м } в 1-й и 4-й дни внутривенно

** Схема VAM: винкристин 1 мг/м² в 1-й день
адриамицин 40 мг/м² во 2-й день
метотрексат 40 мг/м² в 3-й день

Все больные в последующем получали тот или иной вид адъювантного химиогормонального лечения.

нута, что применение мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы (Пейти) не ухудшает отдаленных результатов по сравнению с операцией Холстеда: 5-летняя выживаемость после этой операции составила 67 % против 54,8 % после операции Холстеда.

При раке молочной железы IIIA стадии (T₃₋₄N₀M₀) наилучшие отдаленные результаты получены при использовании предоперационной лучевой терапии крупными фракциями, последующей радикальной мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы и последующей адъювантной химиогормонотерапии. 5-летняя выживаемость при этом составляет 92 %.

При раке IIIB и IIIB (T₃₋₄N₁₋₃M₀ и T₁₋₂N₂₋₃M₀) наиболее эффективным методом следует считать использование предоперационной лучевой терапии с одновременным применением химиотерапии по схеме CMF (8 дней) и VAM, затем операцию радикальной мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы и последующей адъювантной химиогормонотерапией. При этом показатель 5-летней выживаемости составил 74,2 %. На прогноз жизни у этой категории больных влияет тип адъювантной химиотерапии, число ее курсов. По нашим данным, практически не существует различий в выживаемости между группами с монохимиотерапией, схемой CMF и Купера. 5-летняя выживаемость при этом составила 52,9; 61,4 и 47,8 % соответственно. Включение адриамицина в схемы профилактической химиотерапии не улучшило этих результатов, 5-летняя выживаемость при этом 55,8 %, но это можно объяснить более тяжелым контингентом больных. При изучении эффективности в зависимости от количества курсов адъювантной химиотерапии оказалось, что худшие показатели были получены при применении менее 4 курсов, 5-летняя выживаемость — 50,4 %; в случае 6 курсов — 62,8 %. Увеличение количества курсов более чем на 6 не приводило к улучшению отдаленных результатов.

Таким образом, в лечении больных с I—IIA стадиями наиболее эффективным следует считать

применение сохранных операций — радикальной резекции с последующей послеоперационной лучевой терапией. Хорошие отдаленные результаты, при которых 5-летняя выживаемость составила 97 %, удалось получить при использовании хирургического метода с последующей иммунотерапией тремя курсами декарисом в течение 15 мес с перерывами между ними.

Лучшие отдаленные результаты (5-летняя выживаемость — 87,5 %) получены при использовании радикальной мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы с последующим 3-месячным лечением декарисом и затем, спустя 6 мес, — химиотерапией по схеме CMF (6 курсов).

Применение комплексного метода лечения у больных с III стадией заболевания позволяет получить 5- и 10-летнюю выживаемость 55,1 и 38,4 % соответственно. Наиболее эффективным методом предоперационного лечения этой категории больных является предоперационное облучение на фоне химиотерапии по схеме CMF или VAM с последующей адъювантной химиогормонотерапией, 5-летняя выживаемость при этом составляет 74,2 %. Следует рекомендовать 6 курсов адъювантной химиотерапии.

Поступила 18.11.89

MODERN TRENDS IN PRIMARY BREAST CANCER THERAPY

V. P. Letyagin

Among 1876 cases of primary breast cancer the patients with T₁—T₂N₀M₀ made 31,3 % (1st group), the patients with T₁—T₂N₁M₀ made 20,1 % (2d group), the patients with T₁—T₂N₂₋₃M₀ made 48,6 % (3d group). The 5-year survival rate in the 1st group was 88,8 %, after Holsted operation — 84,4 %, after Patey operation — 90,6 % and after quadrantectomy — 82,4 %. Using of Decaris for 3 months after surgery increased the 5-year survival to 97 %. Using of Decaris during 3 months after operation among the second group patients with chemotherapy followed six months after operation increased 5-year survival to 87,5 %. Using of complex method which consists of preoperation radiation therapy dose 60—65 Gy with chemotherapy CMF or VAM, Patey operation and postoperation adjuvant chemo-hormone therapy among the third group patients gave us the possibility to get 74,2 % of 5-year survival.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 618-19-006.6-089.844

В. Н. Герасименко, Е. Н. Малыгин, Ю. В. Артюшенко, А. Ш. Тхостов

РОЛЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ клинической онкологии

Заболеваемость раком молочной железы неуклонно возрастает, при этом в большинстве случаев лечение заканчивается радикальной мастэктомией (которых в СССР в год выполняется более 50 тыс.).

Потеря молочной железы — это не только физический недостаток, но и тяжелая психическая травма, оказывающая влияние на адаптацию женщин в быту и обществе. В европейской культуре грудь воспринимается как общепринятый символ женственности и сексуальной привлекательности. Поэтому, хотя сама операция

мастэктомии объективно не очень сложна и травматична, она, как никакая другая, оказывает крайне негативное воздействие на субъективное состояние больных. У оперированных женщин появляется чувство неполноценности, ущербности, ощущение потери женственности и сексуальности, привлекательности (90 %). Женщины, перенесшие мастэктомию, склонны преувеличивать косметические последствия операции, негативно оценивать свой внешний облик, акцентировать внимание на изменившемся, по их мнению, отношении к ним окружающих. Их жалобы носят скорее психологический характер и зависят не столько от объективной степени выраженности дефекта (иногда и не очень грубого), сколько от отношения к нему самой больной.

Эти субъективные переживания имеют вполне объективные негативные последствия. У 75 % больных отмечаются тревожные опасения, страх смерти, депрессия различной степени выраженности.

30 % больных отмечают снижение полового влечения. Сложности семейных отношений приводят в 22,4 % случаев к распаду семьи. Это состояние, как правило, оказывается очень стабильным, плохо поддается медикаментозной коррекции и психотерапевтическому воздействию. Не очень эффективным оказывается и экзопротезирование молочной железы, и, несмотря на проведение всего комплекса реабилитационных мероприятий, у 30 % больных после мастэктомии не удается получить стойкий терапевтический эффект и добиться приемлемого уровня социально-психологической адаптации.

Единственно реальный путь к устранению физического дефекта тела, а также к решению внутрисемейных отношений и трудовой деятельности эти больные видят в пластике молочной железы. А если представить, что таким образом в СССР в год требуется пластика у 15 тыс. пациенток только при раке молочной железы, то проблема реконструкции молочной железы становится чрезвычайно актуальной. Число женщин, желающих прибегнуть к реконструктивно-пластической операции молочной железы после мастэктомии, постоянно растет, при этом мотивы, заставляющие женщину обратиться с просьбой об эндопротезировании, значительно сложнее и многообразнее, чем простое стремление увеличить свою привлекательность.

В настоящее время при всей очевидной необходимости развития и разработки этого нового направления восстановительного лечения — хирургической реабилитации больных раком молочной железы — удивляет упорное нежелание Министерства нефтехимической и газовой промышленности начать серийный выпуск силиконовых эндопротезов молочных желез. Медицинский силикон не вызывает токсического влияния на организм, не отторгается последним, не мешает проведению лучевой терапии в случае обнаружения рецидивов опухоли, выдерживая лучевую нагрузку в 100 Гр, а также подвергается вторичной стерилизации. При проведении настоящей работы использовались экспериментальные силиконовые эндопротезы отечественного производства и различных зарубежных фирм. Лучшими в настоящее время следует считать эндопротезы фирм «Даукорнинг» (США) и «Ко-

кен» (Япония). Эндопротезы имеют различные размеры, форму и профиль, что позволяет корригировать объем реконструируемой железы в соответствии с объемом здоровой молочной железы.

При решении вопроса о выполнении пластической операции молочной железы оценивались следующие моменты: отсутствие рецидива и метастазов, психическое состояние пациентки, возраст, характер выполненной операции (подкожная мастэктомия, радикальная мастэктомия и т. д.), направление и ширина послеоперационного рубца, состояние кожи и подкожной клетчатки, форма и объем здоровой железы. Каждый из этих моментов играет роль в выборе методики реконструктивной операции, для выполнения которой необходима компенсация недостатка кожных покровов, восстановление объема молочной железы, пластика сосково-ареолярного комплекса, при необходимости коррекция второй молочной железы.

Реконструктивно-пластические операции можно разделить на 2 группы:

1. Отсроченная пластика молочной железы, при которой реконструкция выполняется спустя 6 мес и более после радикальной мастэктомии. Шестимесечный срок являлся первым сроком оценки результатов проведенного лечения рака молочной железы, в который выполнялось полное обследование пациентки. Кроме того, к этому времени формируется фиброзная ткань на передней грудной стенке, которая необходима для фиксации кожи передней брюшной стенки при образовании субмаммарной складки.

2. Первичная пластика молочной железы, при которой одновременно с радикальной операцией выполняется реконструкция молочной железы.

Виды отсроченных реконструктивно-пластических операций молочной железы — подкожное эндопротезирование, эндопротезирование с формированием пекторального кармана, эндопротезирование с использованием кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы спины, эндопротезирование с использованием кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки на сосудисто-мышечной ножке прямой мышцы живота, эндопротезирование с использованием подкожного эспандера.

Виды первичных реконструктивно-пластических операций молочной железы — подкожная мастэктомия с лимфаденэктомией и эндопротезированием; подкожная мастэктомия с лимфаденэктомией и эндопротезированием с использованием большой грудной мышцы, радикальная подкожная мастэктомия с лимфаденэктомией и эндопротезированием, радикальная мастэктомия и эндопротезирование с использованием кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы спины, радикальная мастэктомия с эндопротезированием подкожным эспандером.

Осложнения составили 11,76 %. Это прежде всего образование фиброзных капсул. Для борьбы с этим осложнением разрабатывались методы внедрения имплантата под мышцу, а также использовалась методика закрытой компрессионной капсулотомии. Техника компрессионной капсулотомии состоит в следующем: рукой, а при необходимости двумя руками сжимается протезированная молочная железа. Сжатие продолжается до разрыва фиброзной капсулы вокруг протеза, который сопровождается характерным хру-

стом. Если капсулу необходимо разорвать в горизонтальном направлении, то давление осуществляется в вертикальном направлении; если необходим вертикальный разрыв, то давление должно быть горизонтальным. После разрыва капсулы протезированная железа становится мягкой, эластичной. При необходимости эту процедуру можно повторить. Возникающие иногда незначительные гематомы быстро рассасываются при использовании гепариновой мази.

Возникающий кожный некроз не всегда приводит к необходимости удаления эндопротеза, так как мышечное прикрытие препятствует его обнажению. Вероятность инфицирования и возникновения гематом невелика при подобных операциях, если учесть, что они проводятся при соблюдении полной стерильности и достижении полного гемостаза. Кроме того, выполняется дренирование полостей с использованием силиконовых дренажей. В послеоперационном периоде иногда возникает необходимость в удалении серозной жидкости в случае ее образования в месте ранее расположенной широчайшей мышцы спины. При возникновении свищей применяется следующая тактика: протез удаляется, полость стерилизуется и дренируется. Вводится новый эндопротез, слабое место, где возник свищ, прикрывается мышечной тканью. Накладываются швы на кожу.

Правильный выбор метода восстановительной операции и обнадеживающая информация о результатах реконструктивной операции являются основными требованиями к проведению успешной пластики молочной железы.

Настоящая работа основана на анализе выживаемости 170 больных раком молочной железы после реконструктивно-пластических операций в возрасте от 17 до 58 лет.

Рак второй молочной железы из переживших 5 лет после пластики выявлен у 8 больных. Всем выполнены радикальные мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы, двум из них — первичные пластики, трем — отсроченные. Все живы.

В наблюдаемой группе больных у 14 женщин был двусторонний рак молочной железы, что составило 8,2 %. Из них лишь 1 больная умерла. Поэтому мы не видим причин в отказе от пластики больным с двусторонним раком молочной железы. С метастазами было 13 человек, или 7,6 %. Рецидив опухоли отмечен у 4 пациенток. Всем выполнено иссечение рецидива и проведено химиолучевое лечение.

Следует подчеркнуть, что больные раком молочной железы после пластики подлежат также тщательной диспансеризации и наблюдению онколога и своевременно начатое лечение выявленных рецидивов, метастазов или рака второй молочной железы, как показывает наш опыт, дает хорошие результаты.

Таким образом, основная часть больных пережила период от 3 до 5 лет и более без прогрессирования основного заболевания.

При стадиях $T_1N_0M_0$ и $T_3N_0M_0$ все наблюдаемые больные живы, хотя объективно судить о стадии $T_3N_0M_0$ из-за небольшого количества больных невозможно. Ближайшие результаты составили 92,5 %, отдаленные — 74 %.

Учитывая показатели выживаемости больных

после реконструктивно-пластических операций молочной железы при раке, в настоящее время противопоказаниями к пластике следует оставить лишь IV стадию заболевания и отечно-инфильтративную форму рака молочной железы.

Онкологические проблемы в каждом случае рассматриваются как первостепенные по сравнению с косметическими. Оценивая опыт выполненных пластических операций, следует отметить, что кожная пластика и введение силиконовых эндопротезов не стимулируют проявления рецидивов и возникновения метастазов.

Характерно, что эмоциональные страдания по поводу удаления молочной железы переносятся больными значительно тяжелее, чем физическая боль. У больных появляется выраженное чувство увечья, неосознанные страхи. Многие живут в постоянном ожидании рецидива заболевания, что значительно снижает адаптивные возможности больных. Учитывая это, следует рассматривать пластическую реконструкцию молочной железы как метод, способствующий успешному преодолению больными критической жизненной ситуации.

После пластической операции состояние больных значительно улучшается как при первичной, так и при отсроченной пластике. Практически у всех исчезает ощущение неполноценности, ущербности. Если раньше больные ежедневно постоянно контролировали каждое движение, так чтобы окружающие не увидели наружного протеза, то пластические операции позволяют им не следить постоянно за своим телом, расширить сферу активности. Отмечено значительное снижение уровня тревоги и депрессии, а низкие показатели невротизма свидетельствуют о хорошей адаптации больных. Все обследованные больные утверждали, что довольны результатами пластических операций. Они отмечали у себя исчезновение недовольства своим телом и страха сексуального общения, улучшение взаимоотношений в семье и удовлетворение интимной жизнью.

Широкая пропаганда и проведение реконструктивно-пластических операций молочной железы при раке позволяют изменить психологический стереотип восприятия онкологических заболеваний молочной железы у населения. Операция и ее косметические последствия перестают восприниматься больными как фатальная, неправильная ситуация, полностью разрушающая все жизненные стереотипы, лишаящая женщину ее привлекательности и превращающая ее в ущербного и никому не нужного инвалида.

У женщин изменяется отношение к заболеванию, появляется осознанное восприятие себя как человека, способного преодолеть возможное ощущение собственной неполноценности, ущербности, утраченной женственности. Так, из 63 незамужних женщин 15 вышли замуж после пластики (23,8 %), а две из них даже родили.

Таким образом, проведение пластических операций на молочной железе является фактором, позволяющим снять у больных страх перед операцией, ее косметическими и функциональными последствиями, и лучшим методом реабилитации этого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко В. Н., Летягин В. П., Иванов В. М. и др. // Вopr. онкол.— 1983.— № 10,— С. 12—15.

2. Тхостов А. Ш., Гладылина И. А., Малыгин Е. Н. // Сов. мед.— 1987.— № 3.— С. 19—22.
3. Малыгин Е. Н., Гладылина И. А. // Там же.— 1985.— № 9.— С. 79—83.
4. Малыгин Е. Н. // Тульская обл. онкол. конф., 4-я: — Тула.— 1986.— С. 52—53.
5. Малыгин Е. Н., Гладылина И. А. // Всесоюзн. съезд онкологов, 4-й: Л., 1986, С. 308—309.

Поступила 18.12.89

ROLE OF RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON BREAST CANCER PATIENTS

V. N. Gerasimenko, E. N. Malygin, Yu. V. Artyushenko, A. Sh. Tkhostov

170 breast cancer patients with $T_1N_0M_0$ — $T_3N_1M_0$ stages have undergone primary and remote reconstructive operations. Complications amounted to 11,76 %, 3-year survival amounted to 92,5 %. 5-year survival amounted to 74 %. Four patients developed recurrences; 7,6 % developed remote metastases. 6 deaths occurred due to the progress of the disease.

23,8 % of the patients could marry after reconstructive operation.

Nowdays reconstructive operations on breast cancer patients aimed at the patients psychical and psycho-social rehabilitation proved to be correct.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 616-006-036.2

Д. Г. Заридзе, Е. Э. Лифанова, А. А. Левчук,
Д. М. Максимович, В. В. Филипченко, В. Е. Шевченко

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ЭТИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ канцерогенеза

Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения страны и представляет серьезную проблему для здравоохранения [1]. Причины и механизмы развития рака молочной железы неизвестны, эффективные пути первичной профилактики отсутствуют, и, следовательно, рост заболеваемости находится вне реального контроля. К факторам внешней и внутренней среды организма, которые могут оказывать влияние на риск рака молочной железы, относятся особенности репродуктивного анамнеза и менструальной функции, эндогенные и экзогенные гормоны, генетические особенности, употребление алкоголя, ионизирующее облучение и питание [1].

Впервые данные о положительной связи рака молочной железы и питания, богатого жиром, были получены из экспериментальных работ, выполненных в начале 40-х годов [9]. В дальнейшем эти данные получили подтверждение в эпидемиологических корреляционных исследованиях [4]. Они показали выраженную связь между потреблением жира или продуктов, богатых жиром, на душу населения и заболеваемостью раком молочной железы. Однако в большинстве аналитических эпидемиологических исследований связь между потреблением жира и относительным риском рака молочной железы или вообще отсутствовала, или же была очень слабой [1, 9].

В некоторых эпидемиологических исследованиях показано, что пища, богатая пищевыми волокнами, уменьшает риск рака молочной железы даже при высоких уровнях потребления жира и белка [8]. Такое же влияние оказывает

и присутствие в рационе большого количества продуктов, богатых ретинолом, β -каротином, витаминами Е и С [5, 9].

Известно, что содержание жирных кислот в мембранах эритроцитов, а особенно в жировой ткани,— хороший индикатор индивидуального потребления жира. Наилучшими маркерами потребления жира являются уровни полиненасыщенных жирных кислот, так как они не могут синтезироваться в организме [6]. Следовательно, информация о характере питания, полученная анкетным методом, может быть дополнена метаболическими исследованиями.

Материалы и методы. Целью работы было определение влияния некоторых показателей, характеризующих питание, на риск рака молочной железы. В группу больных вошли 139 женщин, проживающих в Москве более 20 лет, с впервые установленным диагнозом рака молочной железы, госпитализированных в ВОНЦ АМН СССР в 1987—1988 гг. Контрольная группа, состоящая из 139 женщин, подбиралась в городских поликлиниках среди лиц, обращавшихся для освидетельствования или по поводу заболеваний, которые скорее всего не влияют на исследуемые показатели. К каждой больной раком молочной железы подбирался контроль по возрасту (± 2 года) и месту жительства. Лица обеих групп были опрошены по анкете, разработанной в отделении эпидемиологии, причем беседа с больными раком проходила в первые дни после госпитализации в стационар. Анкетирование женщин контрольной группы проводилось в день обращения в поликлинику. У включенных в исследование женщин забиралась кровь из вены для последующего определения в мембранах эритроцитов 5 жирных кислот: 2 насыщенных — пальмитиновой (C16:0), стеариновой (C18:0) — и трех ненасыщенных — олеиновой (C18:1), линолевой (C18:2), арахидоновой (C20:4). Уровень этих кислот исследовался методом газовой хроматографии на масс-спектрометре.

Ответы на вопросы, касающиеся среднегодовой частоты потребления 145 наиболее распространенных блюд и продуктов, были закодированы в соответствии со специально разработанным кодификатором и введены в память персонального компьютера. На основе пищевых таблиц [2, 3] была создана компьютерная база данных о содержании 15 компонентов во включенных в анкету блюдах и продуктах, на основании которой для каждой участницы исследования была рассчитана энергетическая ценность рациона и количество его составляющих. Дальнейшая обработка проводилась методом многофакторного статистического анализа с использованием стандартных пакетов программ SPSS/PC и EGRET на персональном компьютере. Для расчета показателей относительного риска была применена логистическая регрессия, преимуществом которой является возможность стратификации показателей относительного риска одновременно по группе факторов для исключения их влияния [10]. В нашем исследовании уровни потребления нутриентов были статифицированы по энергетической ценности рациона.

Результаты исследования. При анализе показателей относительного риска, рассчитанных без учета менструального статуса, было установлено, что увеличение потребления жира не вызывает достоверного повышения риска рака молочной железы. Однако следует отметить, что с переходом на более высокие уровни потребления насыщенных жирных кислот существует тенденция к увеличению показателей относительного риска, в то время как рост потребления полиненасыщенных жирных кислот снижает риск. Повышенный риск рака молочной железы был также отмечен в связи с высоким содержанием в рационе белка, причем зависимость «доза — эффект» статистически достоверна. На всех трех уровнях потребления моно- и дисахаридов по сравнению с самым низким величина относительного риска достоверно уменьшалась. Обнаружена также обратная зависимость относительного риска от содержания в рационе пищевых волокон, хотя и