

Александр Владимирович Кузнецов¹, Константин Павлович Лактионов²,
Сергей Михайлович Портной³, Олеся Сергеевна Веригина⁴

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹К. м. н., врач, хирургическое отделение опухолей женской репродуктивной системы НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

²Д. м. н., профессор, заведующий, хирургическое отделение опухолей женской репродуктивной системы НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³Д. м. н., ведущий научный сотрудник, хирургическое отделение опухолей женской репродуктивной системы НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴Ординатор, кафедра онкологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава (117869, РФ, г. Москва, ул. Островитянова, г. 1)

Адрес для переписки: 115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, хирургическое отделение опухолей женской репродуктивной системы, Кузнецов Александр Владимирович; e-mail: hibini73@mail.ru

Как и в предыдущие годы, в настоящее время большинство авторов не рассматривают хирургическое лечение в качестве варианта выбора в комплексной терапии при первично диссеминированном раке молочной железы. Однако все чаще в литературе стала появляться информация о положительном влиянии удаления первичного очага при данной патологии. В ближайшем будущем ситуация может измениться в связи с развитием иммунной и таргетной терапии, для повышения эффективности которых будет важным уменьшение биологической массы опухоли.

Ключевые слова: молочная железа, диссеминированный рак, хирургия.

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы (РМЖ) у женщин за последнее десятилетие продолжают возрастать во всех странах мира. В экономически развитых странах с начала 80-х гг. XX века РМЖ стал наиболее частой формой онкологической патологии у женщин, в связи с чем диагностика и лечение данного заболевания превратились в важнейшую социальную и медицинскую задачу [1].

В России в 2006 г. зарегистрированы 50 292 первичных больных РМЖ, при этом доля больных с IV стадией процесса составила 11,5% [2].

РМЖ метастазирует чаще всего в печень (35—40%), легкие и плевру (6,3—31,8%), кости (5,2—27,6%), реже в головной мозг, яичники, брюшину, надпочечники. Лечение больных метастатическим РМЖ представляет сложную задачу. Пожалуй, нет другого заболевания, при котором существовало бы такое множество мнений и суждений об эффективности того или иного метода лечения [3].

Данные литературы, освещающие вопросы выбора лечебной тактики при первично диссеминированном РМЖ (ПД РМЖ), свидетельствуют о крайнем разнообразии взглядов и об отсутствии единого подхода к вопросу о необходимости удаления первичного очага при данной стадии развития заболевания.

В середине прошлого века считалось, что «оперативное лечение РМЖ противопоказано, когда имеются метастазы в костях, легких, печени» [4]. Часть современных публикаций до последнего времени поддерживала это мнение: «Общепринято, что с момента появления метастазов местное лечение не улучшает выживаемость и что удаление первичной опухоли может стимулировать рост метастазов» [5; 6]. Эти аргументы, однако, никогда не подкреплялись результатами рандомизированных клинических исследований [7].

Некоторые иностранные авторы справочной литературы по онкологии не скрывают своего пессимизма по поводу эффективности лечения ПД РМЖ и пишут, что «даже высокодозная химиотерапия не улучшает результатов лечения» [8]. В подобных статьях встречается мнение, что «метастатический рак молочной железы счита-

ется неизлечимым заболеванием» [9]. Данные авторы не делают никаких собственных предположений о пути, по которому нужно двигаться в решении этой проблемы.

В других методических рекомендациях и монографиях, посвященных вопросам лечения РМЖ, авторы ничего не сообщают о своем мнении по поводу хирургического лечения первичного очага при ПД РМЖ, очевидно, подразумевая, что лечение ПД РМЖ должно быть полностью идентичным лечению диссеминированного РМЖ в результате прогрессирования [10—12].

При обзоре литературы встретились современные справочники по онкологии, дающие весьма размытые общие рекомендации: «системное, местное и симптоматическое лечение носит паллиативный характер, задача — продление и сохранение качества жизни» [13], без какой бы то ни было конкретизации лечебных мероприятий и их последовательности.

Многие специалисты, отмечая, что «в момент установления диагноза у 10% больных РМЖ уже существуют отдаленные метастазы» [14], однозначно рекомендуют при любом метастатическом РМЖ в качестве единственного метода химио- и гормонотерапию, не выделяя ПД РМЖ в отдельную категорию. Таково было мнение большинства специалистов середины прошлого века: «Лечение раков, давших отдаленные метастазы, сводится лишь к паллиативным мероприятиям с целью некоторого продления и улучшения жизни больных, доступным является только комплекс мероприятий лучевого воздействия в сочетании с введением гормональных или химиотерапевтических препаратов» [15—17]. Таково мнение многих отечественных и иностранных авторов и в настоящее время: «Лечение диссеминированной стадии болезни является паллиативным и направлено на улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности. Лечение метастатической болезни обычно включает гормонотерапию и/или химиотерапию в сочетании или без трастузумаба. Лучевая терапия используется как составная часть паллиативного лечения» [18—25].

Авторы публикаций в рекомендациях по лечению ПД РМЖ часто отмечают, что «оно должно быть строго индивидуализировано» [26], однако на практике это в большинстве случаев означает произвольное назначение лечения в зависимости от знаний и опыта конкретного врача, методик и возможностей учреждения. Практикующим онкологам необходимо иметь четкий алгоритм действий, приводящий к максимально возможному на современном уровне положительным результатам.

В других изученных нами источниках [27; 28], где при диссеминированном РМЖ также рекомендовано химио- и гормональное лечение и нет сведений об удалении первичного очага, имеются отчетливые рекомендации по иссечению местных рецидивов и отдаленных метастазов: «Не следует забывать о современных хирургических возможностях удаления отдаленных метастазов в печени, легких, головном мозге, костях» [29], «у отдельных больных возможно удаление метастатических очагов» [30]. Данные мероприятия, как правило, ставят целью не только купирование местных симптомов роста метастатических очагов, но и уменьшение общей биологической массы опухоли для повышения эффективности

дальнейшей системной терапии. Удаление первичного очага при диссеминированном раке также преследует эту цель, а кроме того, и профилактику распада растущей первичной опухоли, однако в указанных источниках этот вопрос не рассматривается.

При этом почти все авторы современных публикаций согласны с необходимостью проведения санационной мастэктомии при начавшемся распаде первичной опухоли [27] и оценивают роль «хирургического лечения при метастатическом РМЖ как паллиативную» [31]. Как писали онкологи в конце прошлого века: «Терапия больных раком IV стадии может быть комплексной и паллиативно-консервативной. При инфильтративных формах рака проводят регионарные инфузии и паллиативные операции. Прогноз у подобных больных мало благоприятный» [32]. В опубликованных в последние годы материалах также содержится мнение о возможности применения хирургического метода при ПД РМЖ с санационной целью: «У больных с метастатическим процессом по витальным показаниям (кровотечение или абсцедирование распадающейся опухоли) могут выполняться паллиативные оперативные вмешательства» [33], но уже с оговоркой, что «паллиативность этого вмешательства относительна и паллиативная операция, выполняемая больной при остающихся перспективах подавления диссеминированной болезни, по возможности должна носить все признаки радикальной операции» [33]. Многие авторы отмечают, что «выполнение паллиативных операций у больных с распадающейся опухолью молочной железы часто оправдано, так как, обеспечивая гигиенический эффект, снижает риск кровотечения, анемии, интоксикации, улучшая качество жизни пациентов и давая возможность проведения им соответствующего противоопухолевого системного лечения» [34], другие просто указывают на возможность выполнения санационной мастэктомии [35]. Общее мнение отечественных и иностранных онкологов этой категории можно выразить цитатой: «Хирургические вмешательства при раке молочной железы с отдаленными метастазами показаны только для борьбы с местными осложнениями. Как только появились отдаленные метастазы, удаление первичной опухоли обычно считается нецелесообразным, потому что выживаемость определяется ростом отдаленных метастазов, а не первичной опухолью» [36].

Однако небольшое исследование, проведенное в 2004 г. по результатам санационного хирургического лечения больных с распадающейся опухолью РМЖ, косвенно подтверждает пользу включения хирургии в стандарт лечения ПД РМЖ. В этой работе была оценена 5-летняя выживаемость у 21 больной с распадающимися первичными опухолями РМЖ. В результате 5-летний рубеж перешли при проведении операции перед системным лечением 12 (57%) женщин, при операции после системной терапии — 5 (24%) и без оперативного лечения — 4 (19%) [37].

Во многих изученных работах имеются сведения о возможностях повышения эффективности лечения диссеминированного РМЖ путем включения хирургии в комплекс терапевтических мероприятий, однако эти сведения весьма разноречивы.

В конце XX века ведущие отечественные онкологи в своих работах не отказывались полностью от возможности удаления первичного очага при ПД РМЖ, указывая на положительное влияние операции: «При первично распространенном РМЖ III В, IV стадии на фоне гормонотерапии и химиотерапии в подавляющем числе случаев возможна радикальная мастэктомия по Холстеду или простая мастэктомия. После мастэктомии при распространенном первичном РМЖ, в случае возникновения местных рецидивов или региональных метастазов проведение дополнительных курсов химиотерапии, лучевого, хирургического и непрерывного гормонального лечения дает возможность длительное время поддерживать больных в более удовлетворительном состоянии по сравнению с больными, которым отказано в мастэктомии» [38].

Пятилетняя выживаемость при РМЖ достигает 11% у больных РМЖ IV стадии, но этот рубеж переживают от 17—19% больных, подвергавшихся только хирургическому лечению или его комбинации с лучевым воздействием. При отдаленных метастазах паллиативное местно-регионарное лечение оказывается оправданным у определенной категории больных [39].

При генерализованном метастазировании операцию можно выполнять лишь в тех случаях, когда под влиянием химио- и лучевой терапии размер опухоли и метастазов значительно уменьшился [26].

Были и попытки обоснования положительного влияния удаления первичного очага. «Основная масса больных первичным РМЖ с метастазами в кости, которым мастэктомия не произведена, погибли в течение первых 2 лет, и только одна больная прожила 3 года. В том случае, когда в план комплексного лечения была включена мастэктомия, одна треть больных прожила более 4 лет, единичные больные прожили 5 и 6 лет» [40].

Более серьезная работа на основании 96 случаев ПД РМЖ T1—4N0—2M1 (IV стадии) проведена М. С. Ратиани в 1996 г. В его исследовании у группы из 47 (48,9%) больных наряду с консервативными методами противоопухолевой терапии использованы различные виды мастэктомий, а в контрольной группе из 49 (51,1%) больных хирургическое вмешательство не производилось. Трехлетняя выживаемость составила 33,3% в случае выполнения хирургической операции, а в группе без хирургического лечения — ни одна больная не пережила 3-летний срок. Автор делает вывод, что, если оставить опухоль, повышается риск дальнейшего метастазирования и что хирургическое удаление первичной опухоли достоверно улучшает прогноз у больных с IV стадией заболевания.

Одиночное метастатическое поражение костного скелета, не выходящего за рамки одного поля облучения, создает благоприятное условие для хирургического метода лечения [41].

В последние годы в печати все чаще стала появляться информация о положительном влиянии удаления первичного очага при ПД РМЖ. Так, В. Ф. Семиглазов в статье «Стандарты лечения рака молочной железы» по результатам ежегодной конференции в Сан-Галлене пишет: «Были представлены обоснования хирургического вмешательства на молочной железе при наличии отдаленных метастазов» [42].

Другие авторы отмечают, что хирургическое лечение при метастатическом раке несколько улучшает выживаемость и качество жизни [43].

В иностранной литературе также находятся доказательства того, что удаление первичной опухоли может улучшить выживаемость при диссеминированном РМЖ. Крупное ретроспективное исследование было проведено на основании материалов базы данных National Cancer Data Base of the American College of Surgeons Commission on Cancer, которая включала 16 000 женщин с IV стадией РМЖ на момент постановки диагноза. Авторы обнаружили, что у женщин после резекции первичной опухоли скорректированный риск летального исхода от РМЖ ниже, чем у неоперированных женщин. Полагают, что общая опухолевая масса оказывает ключевое влияние на продолжительность жизни и что первичную опухоль можно рассматривать как еще один участок метастазирования [44].

Другое исследование, проведенное в Швейцарии, включало 300 пациенток, обратившихся в медицинские учреждения с 1977 по 1996 г. по поводу ПД РМЖ. В нем 5-летняя выживаемость у женщин, которым была проведена операция и у которых опухолевые клетки в краях резекции отсутствовали, составила 27%, у женщин, у которых опухолевые клетки в краях резекции имелись, — 16%, у женщин, у которых наличие опухолевых клеток в краях резекции осталось неизвестным, — 12% и у неоперированных женщин — 12% ($p = 0,0002$). Кроме того, в этом исследовании не было выявлено связи между выживаемостью и наличием метастазов в костях или мягких тканях, а также проведенной химиотерапией. Авторы оценили результаты операции в 2 подгруппах женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся подмышечной лимфаденэктомии. Если опухолевые клетки в краях резекции отсутствовали, риск смерти от РМЖ снижался в обеих группах, однако результат был более явным в группе, которая также подверглась подмышечной лимфаденэктомии, хотя это различие не было статистически значимым. Данное популяционное исследование показало, что у оперированных женщин по сравнению с неоперированными летальность от РМЖ снизилась на 50%. У больных с различной локализацией метастазов результаты операции статистически значимо не различались. Тем не менее результаты стратифицированного анализа свидетельствовали о более выраженном эффекте у женщин с метастазами только в костях на момент постановки диагноза [7]. Таким образом, авторы делают вывод, что удаление первичной опухоли может рассматриваться как часть мультимодальной стратегии, направленной на то, чтобы предотвратить дальнейшее метастазирование раковых клеток. В недавно проведенных исследованиях, подтверждающих эту гипотезу, обнаружена выраженная корреляция между уровнем циркулирующих клеток и прогнозом РМЖ с метастазами [45; 46].

Усовершенствование методов лучевой диагностики позволяет выявлять все более мелкие метастазы. В связи с этим возросла клиническая значимость удаления первичной опухоли у больных, поступающих на лечение с IV стадией заболевания. Поэтому требуются хорошо спланированные проспективные исследования, чтобы пересмотреть установку «руки прочь от первичной опу-

холи» при метастатическом РМЖ на момент постановки диагноза и оценить влияние хирургического вмешательства на прогноз [7].

Как и в предыдущие годы [15—17], в настоящее время большинство авторов [18—25] не рассматривают хирургическое лечение в качестве варианта выбора в комплексной терапии при ПД РМЖ. Однако в ближайшем будущем ситуация может измениться в связи с развитием иммунной и таргетной терапии, для повышения эффективности которых будет важным уменьшение биологической массы опухоли.

Таким образом, на основании приведенных сведений из различных источников литературы можно сделать вывод, что для улучшения результатов лечения больных ПД РМЖ необходимо проведение современного проспективного исследования по оценке влияния хирургического удаления первичного очага на результаты лечения ПД РМЖ с учетом появления в арсенале онкологов новых иммунных и таргетных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пак Д. Д. Рак молочной железы // Онкология. Клинические рекомендации / Под ред. Чиссова В. И., Дарьяловой С. А. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 269—310.
2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2008. — Т. 19, № 2. — С. 11, 55.
3. Путырский Л. А., Путырский Ю. Л. Доброкачественные и злокачественные заболевания молочной железы. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008.
4. Петров Ю. В. Рак молочной железы (диагностика, клиника, лечение). — М.: Медицина, 1964. — С. 62.
5. Baum M., Demicheli R., Hrushesky W., Retsky M. Does surgery unfavourably perturb the "natural history" of early breast cancer by accelerating the appearance of distant metastases? // Eur. J. Cancer. — 2005. — Vol. 41. — P. 508—515.
6. Coffey J. C., Wang J. H., Smith M. J. Excisional surgery for cancer cure: Therapy at a cost // Lancet Oncol. — 2003. — Vol. 4. — P. 760—768.
7. Rapiti E., Verkooyen H. M., Vlastos G. Полное удаление первичной опухоли улучшает выживаемость при метастатическом раке молочной железы // J. Clin. Oncol. — 2007. — Vol. 1, N 1. — С. 26—32.
8. Смоланка И. И., Скляр С. Ю. Рак грудной железы // Справочник по онкологии / Под ред. Шалимова С. А., Гриневиц Ю. А., Мясоедова Д. В. — Киев: Здоров'я, 2009. — С. 324.
9. Wood W. C., Muss N. B., Solin L. J. Cancer of the Breast. In: DeVita V. T. Jr, Hellman S., Rosenberg S. A. (eds): Cancer Principles and Practice of Oncology. — Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005. — P. 1453—1462.
10. Семиглазов В. Ф., Бавли Я. Л., Дымарский Л. Ю. Лечение рака молочной железы: Метод, рекоменд. — Л.: МЗ СССР, 1986. — 27 с.
11. Семиглазов В. Ф., Семиглазов В. В., Клецель А. Е. Неинвазивные и инвазивные опухоли молочной железы. — СПб.: Объединенная редакция «Боргес», 2006. — 352 с.
12. Семиглазов В. В., Топузов Э. Э. Рак молочной железы / Под ред. Семиглазова В. Ф. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 176 с.
13. Криворотко П. В. Рак молочной железы // Справочник по онкологии / Под ред. Моисеенко В. М. — СПб.: Центр-ТОММ, 2008. — С. 96.
14. Тюляндин С. А. Рак молочной железы // Лечение диссеминированного рака молочной железы / Под ред. Кушлинского Н. Е., Портного С. М., Лактионова К. П. — М.: Изд-во РАМН, 2005. — С. 333.
15. Дымарский Л. Ю. Рак молочной железы — М.: Медицина, 1980. — 173 с.
16. Петерсон Б. Е. Опухоли органов грудной полости и молочной железы // Онкология. — М.: Медицина, 1980. — 210 с.
17. Холдин С. А. Злокачественные опухоли молочной железы // Злокачественные опухоли. Клиническое руководство / Под ред. Пе-

трова Н. Н., Холдина С. А. — Л.: Медицинская литература, 1962. — Т. 3. — С. 107.

18. Лебоуиц П. Ф., Зуевски А. Рак молочной железы // Краткое руководство по лечению опухолевых заболеваний / Под ред. Боядзис М. М., Лебоуиц П. Ф., Фрейм Д. Н., Фоджо Т. — М.: Практическая медицина, 2009. — С. 329.

19. Летагин В. П., Непесов А. К. Современные подходы к лечению рака молочной железы. — Ашхабад: Ылым, 1992. — С. 121.

20. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) / Под ред. Тюляндина С. А., Переводчиковой Н. И., Носова Д. А. — М.: Изд. группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2007. — С. 30.

21. Пак Д. Д. Рак молочной железы // Онкология. Клинические рекомендации / Под ред. Чиссова В. И., Дарьяловой С. А. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 308—309.

22. Соухам Р., Тобайас Дж. Рак и его лечение. — М.: БИНОМ, 2009. — С. 201.

23. Чистяков С. С., Манзюк Л. В., Юрьева Т. В. Рак молочной железы // Онкология для практикующих врачей / Под ред. Чистякова С. С. — М.: Авторская академия, 2009. — С. 526.

24. Щепотин И. Б. Алгоритмы современной онкологии. — Киев: Книга плюс, 2006. — С. 132.

25. Bernard-Marty C., Cardoso F., Piccart M. J. Fact and controversies in systemic treatment of metastatic breast cancer // Oncologist. — 2004. — Vol. 9. — P. 617—632.

26. Святухина О. В., Нивинская М. Н. Опухоли молочной железы, средостения и органов грудной полости // Справочник по онкологии / Под ред. Петерсон Б. Е. — М.: Медицина, 1974. — С. 350—368.

27. Опухоли женской репродуктивной системы. / Под ред. Давыдова М. И., Летагина В. П., Кузнецова В. В. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — С. 126—148.

28. Святухина О. В. Опухоли молочной железы // Клиническая онкология / Под ред. Блохина Н. Н., Петерсона Б. Е. — Т. 1. — М.: Медицина, 1979. — С. 647, 680—682.

29. Макаренко Н. П. Предопухолевые заболевания и опухоли молочной железы // Онкология // Справочник практического врача / Под ред. Поддубной И. В. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 222.

30. Singletary S. E., Walsh G., Vauthey J. N. A role for curative surgery in the treatment of selected patients with metastatic breast cancer // Oncologist. — 2003. — Vol. 8. — P. 241—251.

31. Чен У. И. Лечение рака молочной железы // Рак молочной железы / Под ред. Чен У. И., Уорди Э. — М.: РидЭлсвер, 2009. — С. 131.

32. Баженова А. П., Островцев Л. Д., Хаханашвили Г. Н. Рак молочной железы. — М.: Медицина, 1985. — С. 199.

33. Летагин В. П. Злокачественные образования молочной железы у женщин и мужчин // Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практикующих врачей / Под ред. Давыдова М. И., Вышковского Г. А. — М.: РАС, 2005. — С. 384.

34. Орлова Р. В., Моисеенко В. М., Гафтон Г. И. Роль санитарных операций в комплексном лечении диссеминированного рака молочной железы // Вопр. онкол. — 2007. — Т. 53, № 5. — С. 525.

35. Пак Д. Д., Сарибекян Э. К. Рак молочной железы // Онкология. Национальное руководство / Под ред. Чиссова В. И., Давыдова М. И. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 648—676.

36. National Health and Medical Research Council: Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer // Prepared by the Source National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group. — 2001.

37. Осмоловская Н. Н. Хирургия рака молочной железы. — М.: ЭГСИ, 2004. — С. 116—117.

38. Святухина О. В. Комплексная терапия рака молочной железы в далеко зашедших стадиях: Метод, рекоменд. — М.: МЗ СССР, 1977. — С. 27—28.

39. Березкин Д. П., Филатов В. Н., Екимов В. И. Выживаемость больных раком молочной железы (по данным ВЦИЭЛ) // Тез. Всесоюз. симпозиум. «Сравнительная оценка выживаемости больных раком молочной железы при различных методах лечения». — Л., 1983. — С. 24—25.

40. Комчатова Н. А. Комплексное лечение больных раком молочной железы с метастазами в кости: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1986. — 21 с.

41. Ратиани М. С. Обоснование адекватности и оценка эффективности современных методов лечения рака молочной железы: Дис...

А-ра мед. наук. — М., 1996. — С. 35.

42. Семиглазов В. Ф. Стандарты лечения рака молочной железы (Сан-Галлен) // Современ. онкол. — 2007 (доп. выпуск). — С. 4.

43. Брюсов П. Г. Клиническая онкология. — М.: ГИУВ МО РФ, 2008. — С. 235.

44. Khan S. A., Stewart A. K., Morrow M. Does aggressive local therapy improve survival in metastatic breast cancer? // Surgery. — 2002. — Vol. 132. — P. 620—626.

45. Cristofanilli M., Budd G. T., Ellis M. J. Circulating tumor cells, disease progression, and survival in metastatic breast cancer // N. Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 351. — P. 781—791.

46. Cristofanilli M., Hayes D. F., Budd G. T. Circulating tumor cells: A novel prognostic factor for newly diagnosed metastatic breast cancer // J. Clin. Oncol. — 2005. — Vol. 23. — P. 1420—1430.

Поступила 16.12.2009

*Alexander Vladimirovich Kuznetsov¹, Konstantin Pavlovich Laktionov²,
Sergey Mikhailovich Portnoy³, Olesya Sergeyevna Verigina⁴*

BENEFIT OF SURGICAL REMOVAL OF THE PRIMARY IN PATIENTS WITH METASTATIC BREAST CANCER

¹ MD, PhD, Physician, Female Reproductive System Tumor Surgery Department,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

² MD, PhD, Professor, Head, Female Reproductive System Tumor Surgery Department,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

³ MD, PhD, Leading Researcher, Female Reproductive System Tumor Surgery Department,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

⁴ Hospital Physician, Chair of Oncology, RMSU Roszdrav
(1, Ostrovityanova ul., Moscow, 117869, Russian Federation)

Address for correspondence: Kuznetsov Alexander Vladimirovich, Female Reproductive System Tumor Surgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: hibini73@mail.ru

Both in previous years and now most authors do not consider surgery to be reasonable in the treatment of primary metastatic breast cancer. However, there are increasing publications demonstrating that the patients with metastatic breast cancer may benefit from removal of the primary. The situation may further change with the progress in immune and target therapies since these therapies are the more effective the less is the tumor burden.

Key words: breast, metastatic cancer, surgery.