

ОЦЕНКА БЕЗРЕЦИДИВНОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ситникова Ю.Г., Кылчыкбаев А.К., Рихерт В.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье изложены новые подходы лечения рака молочной железы больных, отказавшихся от традиционного хирургического лечения – радикальной мастэктомии.

Ключевые слова: рак молочной железы, органосохраняющее лечение

ЭМЧЕК БЕЗИНИН РАК ООРУСУН ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУЧУ РЕЦИДИВСИЗ ДАРЫЛОО ИШИНИ БАА БЕРҮҮ

Ситникова Ю.Г., Кылчыкбаев А.К., Рихерт В.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада радикалдуу мастэктомия – салттуу хирургиялык дарылоодон баш тарткан эмчек безинин рак оорусу менен ооругандарга дарылоонун жаңы ыкмалары сунушталган.

Негизги сөздөр: эмчек безинин рак оорусу, органы сактап калуучу дарылоо.

ASSESSMENT OF RECURRENCE FREE SURVIVAL CONSERVING THERAPY OF BREAST CANCER

Sitnikova Yu.G., Kylchykbaev A.K., Richert V.N.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article presents new approaches to breast cancer treating of patients who refused from the traditional surgical treatment – the radical mastectomy.

Key words: breast cancer, conserving therapy.

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей в мире. В структуре онкологической заболеваемости женщин, а так же смертности это заболевание почти во всех экономически развитых странах занимает 1-е место [7]. В 2012 году в Кыргызстане раком молочной железы заболело 662 женщины, 265 из которых умерло от этого недуга. Стандартизованный показатель заболеваемости и смертности в 2012 году составил 27,3 на 100 тыс. населения и 11,2 на 100 тыс. населения соответственно [1].

По данным В.П. Летягина (1985), в настоящее время предложено более 6000 вариантов лечения рака молочной железы. Все лечебные мероприятия при этом разделяются на местно-регионарные (операция, лучевая терапия) и системные воздействия (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия). Учитывая, что рак молочной железы в любой стадии может оказаться системным заболеванием, сопровождающимся скрытой диссеминацией опухолевых клеток по организму, роль

адьювантной системной химиотерапии и гормонотерапии как методов воздействия на отдаленные метастазы трудно переоценить. Однако до сих пор неизменно остается представление о том, что лечение рака молочной железы может быть радикальным только при выполнении адекватного хирургического вмешательства [8]. По мнению многих авторов хирургическое лечение остается основным видом лечения рака молочной железы [15]. При этом радикальная мастэктомия в различных модификация до сих пор остается основной операцией у большинства заболевших женщин. Данная операция представляет вмешательство, уродующее внешний вид [10].

Многочисленные исследования показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой деформации личности, значительно ухудшают качество жизни [16]. Все более остро встает вопрос повышения качества жизни пациенток, резко снижающегося в результате проведенного радикального лечения. Хирургическое удаление

молочной железы разрушает уверенность в себе, поддерживает память о заболевании. Парадокс состоит в том, что основное инвалидизирующее воздействие оказывает не РМЖ как таковой, а именно мастэктомия, ведущая к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своим масштабам и характеру превосходит и заметно отличается от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях [9]. Шок хирургического вмешательства, онкологический страх, возможность разрушения семьи, проблема потери работы и дальнейшего трудоустройства, разрыв социальных связей — вот с чем приходится сталкиваться женщине после хирургического лечения РМЖ [16].

Последние два десятилетия характеризуются пересмотром подходов в лечении и реабилитации больных раком молочной железы в пользу органосохраняющей хирургии [11]. Предпосылками к развитию ограниченных по объему хирургических методов лечения РМЖ явились: 1) улучшение диагностики ранних форм рака молочной железы; 2) профилактические осмотры женщин, относящихся к группе повышенного риска возникновения рака молочной железы; 3) развитие дополнительных к оперативному вмешательству методов лучевой, а позднее и лекарственной терапии противоопухолевой терапии (Гарин А.А. с соавт. 1991). Благодаря внедрению маммографического скрининга и успехам лучевой терапии (ЛТ) во многих странах нарастает или даже преобладает органосохраняющее лечение рака молочной железы [15]. Широкому распространению этого вида лечения способствует увеличение числа больных ранними стадиями заболевания, за счет своевременной диагностики, достижений химиотерапии, гормонотерапии, лучевой терапии и развития таргетной терапии [11].

Общепринято считать, что выполнение органосохраняющие операции на молочной железе возможно при раке I (T1N0M0), IIa (T1N1M0, T2N0M0), IIб (T1-2N1M0) стадиях, размерах опухоли до 3,0см, узловой форме новообразования, моноцентрическом росте, с медленными и умеренными темпами роста, единичных подвижных метастазах в регионарных лимфатических узлах, благоприятном соотношении размеров молочной железы и опухоли, что обеспечивает хороший косметический результат операции, и при желании больной сохранить молочную железу

[12].

Известно, что РМЖ максимально влияет на сокращение средней продолжительности жизни пациенток. По данным М.И. Давыдова, Е.М. Аксель [11], потеря лет жизни женщин при РМЖ составляет от 17 до 21 года. Ежегодно во всем мире около 300000 женщин с РМЖ I и II стадиями подвергаются органосохраняющему лечению. При этом частота местного рецидива в сохраненной железе составляет от 2 до 10% в течение 5 лет и от 5 до 15% в течение 10 лет [5]. По некоторым данным [3], частота рецидивов составляет 4% для больных без метастазов и 22% с метастазами в регионарные лимфоузлы. По данным других авторов [16], у 9-17% больных развиваются локальные рецидивы в течение десяти лет. Общая пятилетняя выживаемость РМЖ у больных с медиальной локализацией опухоли составляет 66,3%, а у больных с латеральной - 74,2% [4]. Риск развития рецидива при РМЖ T1N0M0 достигает 25%, а при T2N0M0 - 30-35% [13].

Необходимо подчеркнуть, что до сих пор нет единого мнения по вопросу прогностической значимости местных рецидивов РМЖ после органосберегающего лечения. Одни исследователи [10, 2] считают рецидивы сугубо местным проявлением возврата заболевания, связанным с неадекватностью оперативного и адъювантного лечения и не влияющим на выживаемость пациенток. Другие авторы [7, 8, 6] рассматривают местные рецидивы как показатель генерализации рака молочной железы или видят в них проявление изначальной системности заболевания.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении РМЖ частота развития рецидивов остается ещё достаточно высокой. В связи с этим актуальным является вопрос о прогностических факторах развития рецидивов после органосохраняющего лечения РМЖ и влияния местных рецидивов на отдаленные результаты лечения.

Целью данного исследования является оценка эффективности органосохраняющего лечения и безрецидивного периода больных раком молочной железы с различными стадиями.

Материалы и методы.

Нами проведен анализ результатов лечения больных РМЖ, которым проводилось органосберегающее лечение в Национальном центре онкологии МЗ КР и клинике «КафМедЦентр». Период прослеженности

составил более 10 лет с 2000 по 2013 год. Всего за этот период выполнено 113 органосохраняющих операций по поводу РМЖ. Анализ проводился с учетом различных критериев, одним из которых является социально-экономический аспект нашей страны. Оценивалась возможность выполнения органосохраняющего лечения с учетом социальных, экономических, медицинских ресурсов и ментальности (национальных традиций) Кыргызстана.

Все больные были ранжированы по стадиям: при I стадии – 19 (16,8%), IIa – 58 (51,3%), IIb – 23 (20,3%), III – 7 (6,2%) и IV – 6 (5,3%) больным. Лечение проводили преимущественно при I–II (88,5%) стадии заболевания. Больные с III (6,2%) и IV (5,3 %) стадиями были установлены после гистологического исследования в результате исследования лимфатических узлов. При этом показания к выполнению органосохраняющих операций были психо-эмоциональные особенности и личностные реакции больных на хирургическое лечение – не согласие больных выполнять радикальную мастэктомию (86 больных) и наличие сопутствующей патологии (27 больных), из-за которой выполнение радикальной мастэктомии было не возможно.

Хирургическое вмешательство выполнялись следующим образом: широкая секторальная резекция молочной железы, подразумевающая удаление опухоли молочной железы в пределах здоровых тканей, причем морфологически подтверждено, что резецированные края не имели опухолевого роста. Следующие виды операций – секторальная резекция с подмышечной лимфаденэктомией и широкая секторальная резекция с лимфодиссекцией, которая предусматривает удаление клетчатки всех регионарных областей (подмышечной, подключичной и подлопаточной).

Помимо хирургического в комплекс органосохраняющего лечения было включено проведение адъювантной химиотерапии, лучевой терапии и гормонотерапии. Адъювантная химиотерапия проводилась в режимах CAF и CMF. В качестве антиэстрогенной терапии использовался Тамоксифен. Одна пациентка с HER-2/neu положительной опухолью получала Герцептин. Лучевая гамма-терапия выполнялась в статическом дистанционном режиме на зоны

регионарного метастазирования и молочную железу.

Из 113 наблюдений только хирургическое лечение было выполнено 30 больным, комбинированное лечение получили 48 пациенток и комплексное – 35. На I этапе лечения выполнялось хирургическое лечение в объеме широкой секторальной резекции – 47 пациенток, 21 больной произведена секторальная резекция с подмышечной лимфаденэктомией и 45 женщинам сделана широкая секторальная резекция с лимфодиссекцией, которая предусматривает удаление клетчатки всех регионарных областей (подмышечной, подключичной и подлопаточной).

Результаты.

За период наблюдения, который составил 13 лет, безрецидивный результат оказался у 83 больных. У 7 пациенток имел место рецидив через 1 год после операции, в основном, в месте послеоперационного рубца и оставшейся ткани молочной железы. В 2 случаях – имело место метастазирование в печень и легкие. 15 больных умерло. Из них семеро умерло из-за сопутствующих заболеваний (инсульт, инфаркт и т.д.), в 8 случаях причины смерти не известны. Шестеро больных сняты с учета.

Выводы:

Показанием к выполнению органосохраняющего лечения является I–II стадия рака молочной железы, включающее в хирургическое лечение обязательную лимфодиссекцию и все виды комплексного лечения (химио-, лучевая, гормонотерапия).

Выполнение органосохраняющего лечения рака молочной железы, включая весь комплекс специальных методов лечения (химио-, лучевая и гормонотерапия) позволило добиться хорошего не только хороших косметических результатов с положительным психо-эмоциональным эффектом, но и добиться длительного безрецидивного течения (83 безрецидивных случаев из 113).

Органосберегающие операции заслуженно являются одним из стандартов лечения раннего РМЖ. Тщательный отбор больных, контроль краев резекции, проведение лучевой терапии, адъювантной химиотерапии, гормонотерапии – компоненты, позволяющие проводить адекватное органосохраняющее лечение.

Литература:

1. International Agency for Research on cancer. World Health Organization. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012
2. Fisher B. Significance of ipsilateral breast cancer recurrence after lumpectomy. *Text. / B. Fisher, S. Anderson, E. Fisher // Lancet.* 1991. - Vol. 338. - P. 327331.
3. Katz A., Strom E., Bucholz T. et al. Locoregional Recurrence Patterns After Mastectomy and Doxorubicin-based Chemotherapy: Implications for Postoperative Irradiation. *J. Clin. Oncol.* 2000, 18:2817-2827.
4. Lohrish C, Paridaens R, Dirix L, et al. Mature results of a randomized phase II multicenter study of exemestane versus tamoxifen as first-line hormone therapy for postmenopausal women with metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2003 ; 14 : 1391-8.
5. Veronesi U. Twenty-year follow-up of a randomised study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L et al. *N Eng J Med* 2002; 347: 1227-1232.
6. Veronesi U. Breast conservation is safe method in patients with small cancer of the breast. *Text. / U. Veronesi, B. Salvadore // Europ. J. Cancer.* 1995. - Vol. 31.-P. 1574-1579.
7. Баженова А.П. Рак молочной железы. Текст. / А.П. Баженова, Л.Д. Островцев, Г.Н. Хаханашвили М.: Медицина, 1985. - С. 137 - 200.
8. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. - М.: Медицина, 1985. - 266с.
9. Блохин С.Н. Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.; 2003.
10. Вишнякова В.В. Отдаленные результаты применения экономных операций при раке молочной железы // *Вестник АМН СССР.* 1984. - № 12. - С. 7276.
11. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ. М., 2009
12. Иванов М.Н., Замятин О.А., Паньшин Г.А. и др. // *Материалы Международного научного форума «Онкология на рубеже XXI века. Возможности и перспективы».* - М., 1999. - С. 135-136.
13. Канаев С.В. Роль лучевой терапии в лечении рака молочной железы. *Практическая Онкология.* Т. 3. - № 1. - 2002. - 48.
14. Летягин В.П. Стратегия лечения больных ранним раком молочной железы // *Маммология №1,* 2005. - С.86-87.
15. Пак Д.Д., Евтягин В.В., Сарибекян Э.К., Ермаков А.В. Органосохраняющие и одномоментные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы // *Вопросы онкологии.* 2002, том 48, №4 - С.615-616.
16. Семиглазов В.Ф. Местное и системное адъювантное и неoadъювантное лечение операбельных форм рака молочной железы: выбор оптимальной стратегии. Консенсус Сан-Галлена, 2009 // *Современная онкология. Экстравыпуск 2010.* - С.4-5.
17. Парванова В.М., Пандова В.В., Гагарина З.М., Консервативное лечение рака молочной железы I и II стадии успешная альтернатива модифицированной радикальной мастэктомии. *Вопр онкол* 2001; 47: 1: 45-48. Парванова В.М. и др., 2001.
18. Семиглазов В.Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы // *Вопросы онкологии, Санкт-Петербург,* 2013, том 59, №3, с.-288
19. Сидоров С.В. Одномоментная и отсроченная реконструкция молочной железы с использованием собственных тканей у онкологических больных. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Новосибирск; 1997.4.