

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Ю. А. Винник, С. А. Фомина, А. Ю. Гринева

В статье рассматриваются результаты применения эндопротезирования в реконструктивно-пластической хирургии рака молочной железы. Показано, что при проведении подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареоларного комплекса одномоментное эндопротезирование не ухудшает результаты комбинированного и комплексного лечения больных раком молочной железы. Приведены данные, полученные при изучении отдалённых результатов и эффективности применения данного вида реконструкции: местные рецидивы установлены в 9,4 % случаев, 5-летняя выживаемость составила 84,3 %

Ключевые слова: стадия опухолевого процесса, эндопротезы, рак молочной железы, реконструктивно-пластические операции, выживаемость

Aim of research: the study of the remote results of breast reconstruction using endoprosthesis simultaneously with the surgical stage of combined and complex treatment of patients with BC.

Materials and methods. 32 patients with BC who underwent the complex and combined treatment in the period 2012–2015 on the base of MIHP “Kharkiv regional clinical oncologic center” were under observation. At this study the given group of patients underwent hypodermic mastectomy with NAC kept and using silicone endoprosthesis as breast reconstruction. The largest group included women at the social active age 30–49 years old (66,7 %). The mean age of patients was 39,3 years old. The number of patients at the age of 60–69 years old was significantly less – 6,2 % (2 patients) of cases. The menstrual function on the whole was kept in 21 (65,6 %) patients and was absent for up to 5 years in 7 (21,8 %) patients and for more than 5 years in 4 (12,6 %) patients with BC.

Results of research. At analysis of the results of research was established that the studied variant of reconstructive-plastic operative intervention in combination with hypodermic mastectomy with NAC kept as the surgical stage of combined and complex treatment of patients with BC has no essential effect on its remote results. The indices of both general survivability and the one without relapse depended only on the prognostic factors commonly acknowledged for this disease.

Conclusions:

1. The reconstructive-plastic operative intervention using endoprostheses simultaneously with hypodermic mastectomy with NAC kept does not worsen the remote results of neither combined nor complex treatment of patients with BC.

2. On the base of research was established the absence of influence of breast reconstruction on the increase of local relapses and remote metastases: 9,4 % and 6,2 % respectively

Keywords: tumor process stages, endoprostheses, breast cancer, reconstructive-plastic operations, survivability

1. Введение

Рак молочной железы (РМЖ) – наиболее часто встречающаяся форма злокачественных опухолей у женщин в экономически развитых странах. Из 10 млн. новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых в мире, 10 % приходится на молочную железу (МЖ) [1, 2]. До 1990-х годов наблюдался рост заболеваемости РМЖ и смертности от него как в экономически развитых странах, так и в развивающихся. Далее, по мере внедрения маммографического скрининга, совершенствования методов ранней диагностики и адьювантной терапии в экономически развитых странах Запада, произошли значительные изменения этих показателей, с замедлением, а затем и снижением показателей смертности [3]. В отдельных прогностически благоприятных группах больных 5-летняя безрецидивная выживаемость достигает 98 % [4, 5].

Современная стратегия хирургического лечения РМЖ направлена на решение двух основных задач: надёжности излечения от рака и созданию бла-

гоприятных условий для реконструкции МЖ. Утрата МЖ является для большинства пациенток огромной психологической травмой и часто заставляет серьёзно менять привычный образ жизни [6, 7].

2. Обоснование исследования

На сегодняшний день в данной ситуации есть методики онкопластической хирургии, которые объединили в себе принципы радикального онкологического хирургического лечения и пластической хирургии [3, 8]. Это новое направление в хирургии МЖ, сочетающее базовые принципы пластической хирургии и онкологической хирургии с целью достижения оптимального как онкологического, так и эстетического результата. Данное направление в хирургии МЖ подразумевает местный контроль опухолевого роста с оптимальным эстетическим результатом [9, 10]. «Ключевой» точкой является выбор среди пациенток тех, кому предпочтительнее произвести органосохраняющую операцию и тех, кому необходимо выполнить подкожную мастэктомию.

Определяющим моментом в этом выборе служат расположение опухоли, соотношение её размеров и массы МЖ, а также информированность и желание самой пациентки [11, 12]. Всё это требует тщательного планирования операции с учётом косметического расположения рубцов. Также существует общепринятое мнение о том, что наилучшее закрытие хирургического дефекта возможно сразу же после резекции МЖ, так как коррекция уже заживших дефектов мягких тканей, особенно после проведения ЛТ, представляет собой довольно сложную задачу.

Онкопластическая хирургия – это новый образ мышления онкологов; новая стратегия лечения; новые возможности как для врачей, так и для пациенток: повышение качества работы для одних и улучшение КЖ для других.

3. Цель исследования

Изучение отдалённых результатов применения реконструкции МЖ с помощью эндопротезов одновременно с проведением хирургического этапа комбинированного и комплексного лечения больных

4. Материалы и методы

Под наблюдением находилось 32 больные РМЖ, которым проводилось комбинированное и комплексное лечение за период 2012–2015 гг. на базе КУОЗ «Харьковский областной клинический онкологический центр».

При проведении настоящего исследования данной группе пациенток выполнена подкожная мастэктомия с сохранением САК и использованием в качестве реконструкции МЖ силиконовых эндопротезов.

Все больные, вошедшие в настоящее исследование, имели морфологически подтверждённый диагноз РМЖ. Основными критериями отбора пациентов в исследуемую группу были размер МЖ и его соотношение к размеру опухоли; тип роста первичного опухолевого узла; морфологический тип опухоли и её рецепторный статус. Восстановление МЖ проводилось только по осознанному желанию пациентки.

Всем исследуемым больным РМЖ проводили комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, первичный осмотр, пальпацию МЖ и зон регионарного метастазирования. До начала лечения диагноз у всех больных был подтверждён цитологически. Клиническое стадирование осуществляли на основании результатов проведенного клинического обследования, патоморфологическое – на основании заключения морфолога после операции.

Наибольшую группу составили женщины в социально-активном возрасте 30–49 лет (66,7 %). Средний возраст пациентов равнялся 39,3 года. Пациентов в возрасте 60–69 лет было значительно меньше и составило 6,2 % (2 пациентки) случаев.

Менструальная функция в целом была сохранена у 21 (65,6 %) пациентки и отсутствовала до 5 лет у 7 (21,8 %) больных и более 5 лет у 4 (12,6 %) больных РМЖ.

По локализации опухоли в МЖ в группе больные распределились следующим образом: более чем у половины пациенток – 18 (56,3 %) опухоль локализовалась в наружных квадрантах МЖ. Во внутренних квадрантах опухоль встречалась в 3 раза реже, чем в наружных – 7 (21,9 %) случаев. В центральном отделе МЖ опухоль выявлена лишь у 1 (3,1 %) пациентки. Мультицентричный рост у исследуемых больных не установлен. У всех пациенток выявлено поражение только одной МЖ.

Классификация клинических наблюдений по стадиям опухолевого процесса осуществлялась в соответствии с классификацией TNM последнего VII издания (2010 г.). У большинства больных – 12 (37,5 %) установлена IА стадия заболевания. I стадия отмечена у 7 (21,9 %) больных РМЖ. Метастатическое поражение лимфатических узлов имело место у 21 (65,6 %) исследуемой больной. В наше исследование вошла группа больных – 8 (25,0 %) – IIIА стадии заболевания, у которых до начала лечения не были диагностированы метастазы в более чем 3 регионарных лимфатических узла – индекс N_2 , а размер первичной опухоли не превышал 5 см, что позволяло нам выполнить реконструктивно – пластическую операцию.

5. Результаты исследования

В ходе проведения исследования установлено, что у 19 (59,4 %) больных на момент начала лечения выявлены опухоли МЖ размером первичного узла до 2 см, и у 1 (3,1 %) больной размер первичной опухоли несколько превысил 5 см в наибольшем измерении (на 0,2–0,7 см). При этом ни у одной из них не было обнаружено метастазирования в лимфатические узлы. Это также дало возможность выполнить у этой категории пациенток реконструктивное оперативное вмешательство.

Основными критериями оценки эффективности противоопухолевой терапии являются показатели продолжительности жизни, времени до прогрессирования и безрецидивной выживаемости. Срок наблюдения за больными РМЖ составил от 3 до 40 месяцев. При оценке показателей выживаемости за точку отсчёта принимали дату начала специального лечения. Отдалённые результаты оценивались по показателям 1-летней, 3-летней и прогнозируемой 5-летней общей и безрецидивной выживаемости. Наблюдение за исследуемыми больными после окончания комбинированного и комплексного лечения проводилось в поликлиническом отделении Харьковского областного клинического онкологического центра по общепринятой традиционной системе наблюдения за соответствующим контингентом пациентов.

32 больным РМЖ, вошедшим в настоящее исследование, проведено комбинированное и комплексное лечение. Только хирургическое вмешательство выполнено 3 (9,4 %) пациенткам I стадии заболевания. У всех больных РМЖ до начала специального лечения имела место цитологическая вери-

фикация диагноза. 8 (25,0 %) пациенткам лечение начато с выполнения оперативного вмешательства. 6 (18,8 %) больным РМЖ была проведена неoadъювантная лекарственная терапия с использованием общепринятых схем, режимов и способов введения цитостатиков. План проведения неoadъювантной ХТ основывался на принадлежности опухоли к одному из биологических подтипов. Всем больным до назначения предоперационной ХТ проводилось морфологическое исследование биопсии опухоли с обязательным иммуногистохимическим исследованием последней. Эффект от проведения лекарственной терапии оценивали на основании клинического осмотра, маммографического исследования и УЗИ диагностики.

Большинству больных при выполнении подкожных мастэктомий с сохранением САК проведено комплексное лечение: 21 (65,6 %) пациентки. Комбинированное лечение получили 8 (25,0 %) пациенток. Курс послеоперационного лечения начинали проводить в течение 1 месяца с момента выполнения оперативного вмешательства. Ни у одной больной выполнение одномоментной реконструкции не повлияло на сроки проведения и объём адъювантной терапии РМЖ. Послеоперационное лечение назначалось в зависимости от результатов гистологического исследования, степени лечебного патоморфоза в опухоли, возраста больной и результатов иммуногистохимического исследования. Необходимость проведения адъювантной ЛТ и/или ХТ определялась степенью распространённости опухолевого процесса, оценить которую, кроме послеоперационного морфологического заключения, позволяли данные маммографии и УЗИ МЖ и регионарных зон. Курсы ХТ проводились с использованием общепринятых методов, схем и режимов введения. ЛТ проводилась не ранее 14 дней после операции методом классического фракционирования дозы на оставшуюся часть МЖ и подмышечные лимфатические узлы: РОД 2 Гр, СОД 45-50 Гр. СОД на надключичную и парастермальную область составила 45 Гр. Если назначалась гормонотерапия (при наличии экспрессии рецепторов эстрогена и/или прогестерона), то ЛТ проводилась одновременно или перед ней. Установлено, что в режиме адъювантной терапии преобладает ХТ у 20 (62,5 %) больных РМЖ. Лишь 2 (6,3 %) пациенткам проводилась только ЛТ.

Возникновение местного рецидива установлено у 3 (9,4 %) больных РМЖ, а отдалённые метастазы выявлены у 2 (6,2 %) пациенток.

6. Обсуждение результатов исследования.

Таким образом, как и по данным современной отечественной и зарубежной литературы, так и в ходе настоящего исследования установлено, что проведение реконструктивных оперативных вмешательств на МЖ не повышает риск развития рецидива заболевания и появления отдалённых метастазов. Прогрессирование заболевания отмечено у больных РМЖ, находящихся в группе с неблагоприятным прогнозом, так как у них до начала специального

лечения имели место метастазы в регионарные лимфатические узлы, а также ПА-В – IIIA стадии опухолевого процесса

При проведении многофакторного анализа общей и безрецидивной выживаемости больных РМЖ, которым выполнены реконструктивно-пластические операции, в зависимости от размера первичного опухолевого очага; количества поражённых регионарных лимфатических узлов; морфологического типа опухоли и рецепторного статуса установлено, что объём оперативного вмешательства не оказал влияния на общую и безрецидивную одно-, трёх- и прогнозируемую пятилетнюю выживаемость. Все пациентки прожили 1 год без возникновения рецидива после начала специального лечения.

3-летняя общая выживаемость составила 97,8 %, а 5-летняя – 84,3 %. При анализе показателей безрецидивной выживаемости у больных РМЖ установлены следующие результаты: 1 год – 100 %; 3 года – 87,5 %; 5 лет – 71,9 %. 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 87,5 %, а прогнозируемая 5-летняя безрецидивная выживаемость – 71,9 % соответственно.

В ходе выполнения настоящего исследования проведен анализ показателей выживаемости больных РМЖ в зависимости от стадии опухолевого процесса. Установлено, что на показатели как общей, так и безрецидивной выживаемости оказывали влияние лишь общепризнанные для данного заболевания прогностические факторы. При I стадии 3-летняя выживаемость составила 100 %, а при IIIA стадии – 88,1 %; 5-летняя – 95,7 % и 87,2 % соответственно.

Таким образом, при анализе результатов исследования установлено, что выполнение изучаемого варианта реконструктивно-пластического оперативного вмешательства в сочетании с проведением подкожной мастэктомии с сохранением САК как хирургического этапа комбинированного и комплексного лечения больных РМЖ не оказывает существенного влияния на отдалённые результаты его проведения. Показатели как общей, так и безрецидивной выживаемости зависели лишь от общепризнанных для данного заболевания прогностических факторов.

7. Выводы

1. Выполнение одномоментно с подкожной мастэктомией с сохранением САК реконструктивно-пластического оперативного вмешательства с использованием эндопротезов не ухудшает отдалённые результаты как комбинированного, так и комплексного лечения больных РМЖ.

2. На основании проведенного исследования установлено отсутствие влияния реконструкции МЖ на увеличение количества местных рецидивов и возникновения отдалённых метастазов: 9,4 % и 6,2 % соответственно.

Литература

1. Блохин, С. Н. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы [Текст] / С. Н. Блохин //

Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1997. – № 3. – С. 59–63.

2. Lindley, C. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer [Text] / C. Lindley, S. Vasa, W. Sawyer et. al // J. Clin. Oncol. – 2014. – Vol. 23. – P. 56–59.

3. Боровиков, А. М. Восстановление груди после мастэктомии [Текст] / А. М. Боровиков. – Тверь: Издательство ООО «Губернская медицина», 2000. – С. 5.

4. Levy, S. Mastectomy versus breast conservation survey: Mental health effects at long-term follow-up [Text] / S. Levy, L. Haynes, R. Herberman et al. // Health Psychol. – 2002. – Vol. 40. – P. 341–351.

5. Баженова, А. П. Оценка эффективности терапии операбельного рака молочной железы [Текст] / А. П. Баженова, П. Г. Барвitenко // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 24, № 11. – С. 65–70.

6. Горбунова, В. А. Качество жизни онкологических больных [Текст] / В. А. Горбунова, В. В. Бредер // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 34–40.

7. Асеев, А. В. Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы [Текст] / А. В. Асеев, В. Я. Васютков, Э. М. Мурашева // Маммология. – 2010. – № 3. – С. 14–16.

8. Малыгин, С. Е. Современные онкологические принципы реконструкции молочной железы [Текст] / Е. Н. Малыгин // Третий международный конгресс по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М., 2002. – С. 94–95.

9. Goodyear, M. D. E. Incorporating quality of life assessment in to clinical cancer trials [Text] / M. D. E. Goodyear, M. Fraumeni. – Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, New York, 2006. – 234 p.

10. Irwing, L. Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review [Text] / L. Irwing // Surg. – 2014. – Vol. 6. – P. 347–351.

11. Lee, H. Quality of life and breast cancer survivors. Psychosocial and treatment issues [Text] / H. Lee // Cancer Pract. – 2007. – Vol. 5. – P. 309–316.

12. Toth, B. A. Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning

[Text] / B. A. Toth, P. Lappert // Plastic and Reconstructive Surgery. – 1991. – Vol. 87, Issue 6. – P. 1048–1053. doi: 10.1097/00006534-199106000-00006

References

1. Blohin, S. N. (1997). Pervichnye plasticheskie operacii v hirurgii raka molochnoj zhelezy. Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoj i jesteticheskoy hirurgii, 3, 59–63.

2. Lindley, C., Vasa, S., Sawyer, W. et. al (2014). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. J. Clin. Oncol., 23, 56–59.

3. Borovikov, A. M. (2000). Vosstanovlenie grudi posle mastjektomii. Tver': Izdatel'stvo ООО «Gubernskaja medicina», 5.

4. Levy, S., Haynes, L., Herberman, R. et al. (2002). Mastectomy versus breast conservation survey: Mental health effects at long-term follow-up. Health Psychol, 40, 341–351.

5. Bazhenova, A. P., Barvitenko, P. G. (2011). Ocenka jeffektivnosti terapii operabel'nogo raka molochnoj zhelezy. Voprosy onkologii, 24 (11), 65–70.

6. Gorbunova, V. A., Breder, V. V. (2013). Kachestvo zhizni onkologicheskikh bol'nyh. Voprosy onkologii, 1 (1), 34–40.

7. Aseev, A. V., Vasjutkov, V. Ja., Murasheva, Je. M. (2010). Psihologicheskie izmenenija u zhenshhin, bol'nyh rakom molochnoj zhelezy. Mammologija, 3, 14–16.

8. Malygin, S. E. (2002). Sovremennye onkologicheskie principy rekonstrukcii molochnoj zhelezy. Tretij mezhdunarodnyj kongress po plasticheskoy, rekonstruktivnoj i jesteticheskoy hirurgii. Moscow, 94–95.

9. Goodyear, M. D. E., Fraumeni, M. (2006). Incorporating quality of life assessment in to clinical cancer trials. Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, New York, 234.

10. Irwing, L. (2014). Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. Surg, 6, 347–351.

11. Lee, H. (2007). Quality of life and breast cancer survivors. Psychosocial and treatment issues. Cancer Pract, 5, 309–316.

12. Toth, B. A., Lappert, P. (1991). Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. Plastic and Reconstructive Surgery, 87 (6), 1048–1053. doi: 10.1097/00006534-199106000-00006

Дата надходження рукопису 15.04.2016

Винник Юрий Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра онкохирургии, Харьковской медицинской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, Украина, 61176

E-mail: Yuriy Vinnik profvinnik@gmail.com

Фомина Светлана Александровна, ассистент, кафедра онкохирургии, Харьковской медицинской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, Украина, 61176

E-mail: lisicanasty@mail.ru

Гринева Анастасия Юрьевна, ассистент, кафедра онкологии и детской онкологии, Харьковской медицинской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, Украина, 61176

E-mail: vay260988@gmail.com