

УДК 616 006

ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

¹Бектурсынов С.М., ²Байдувалиев А.М.

¹Областной онкологический диспансер, Талдыкорган, e-mail: prokofeva_1965@mail.ru;

²Управление здравоохранением Алматинской области, Талдыкорган

Проведена экспериментальная работа, позволившая авторам (Бектурсынов С.М. – доктор медицинских наук, главный онколог Алматинской области и Байдувалиев А.М. – кандидат медицинских наук, начальник управления здравоохранением Алматинской области) разработать метод лечения рака молочной железы на основе предоперационной лучевой терапии и получить положительные результаты. Хирургический метод лечения в сочетании с предоперационной лучевой терапией привел к повышению 3-х летней и 5-ти летней выживаемости пациенток больных раком молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, предоперационная лучевая терапия, резекция молочной железы, радикальная секторальная резекция, радикальная мастэктомия

TREATMENT OF BREAST CANCER WITH THE USE PREOPERATIVE RADIOTHERAPY

¹Bektursynov S.M., ²Bayduvaliev A.M.

¹Regional Cancer Center, Taldykorgan, e-mail: prokofeva_1965@mail.ru;

²Health Management Almaty region, Taldykorgan

The experimental work has allowed the author (Bektursyn SM – MD, chief oncologist Almaty region and Bayduvaliev AM – PhD, Head of Health Almaty region) to develop a method of treating breast cancer based on preoperative radiotherapy and to obtain positive results. Surgical treatment combined with preoperative radiotherapy has led to an increase in 3-year and 5-year survival of patients with breast cancer. The experimental work has allowed the author (Bektursynov SM – MD, chief oncologist Almaty region and Bayduvaliev AM – PhD, Head of Health Almaty region) to develop a method of treating breast cancer based on preoperative radiotherapy and to obtain positive results. Surgical treatment combined with preoperative radiotherapy has led to an increase in 3-year and 5-year survival of patients with breast cancer.

Keywords: breast cancer, preoperative radiotherapy, resection of breast cancer, radical sectoral resection, radical mastectomy

Рак молочной железы относится к высоко агрессивным злокачественным опухолям вследствие его необычайно высокой потенции метастазирования. Метастазы чаще встречаются в подмышечных лимфатических узлах – в 48–73,6%, затем в надключичных – в 16–19% и парастеральных – в 2,4–15%. Известны два пути метастазирования рака молочной железы: наиболее распространенный – лимфогенный и реже распространенный гемогенный. Одним из важнейших путей оттока лимфы из молочной железы является подмышечный, затем парастеральный. Гематогенные метастазы могут возникать в любом органе. Наиболее часто гематогенными метастазами поражаются легкие, плевра, печень, кости.

Выбор способа воздействия на опухоль обусловлен индивидуальным отклонением в течении заболевания, многочисленностью патологических форм рака, биологическими особенностями организма женщин. В настоящее время лечебная тактика сводится к ликвидации патологического очага путем местного вмешательства – удаления или разрушения опухоли и возможных или определяемых метастазов в регионарных лимфатических узлах (операция, лучевая терапия)

и последующего общего воздействия химиотерапии и гормональными препаратами.

Основным типом оперативного лечения рака молочной железы является радикальная мастэктомия по Холстеду. Ограниченная радикальная мастэктомия по Патею предусматривает сохранение большой грудной мышцы.

Успехи лучевой и химиотерапии, доказавшие возможность полного разрушения первичной опухоли молочной железы и метастазов, заставляют исследователей пересмотреть объем оперативного вмешательства.

Комбинированное и комплексное лечение является общепризнанным в силу его большой эффективности.

Хирургический метод лечения в сочетании с предоперационной лучевой терапией был применен нами у 81 больной РМЖ в возрасте от 20 до 72 лет. Контрольную группу составила 21 больная, которая в предоперационном периоде не получала лучевую терапию. Больные были распределены по стадиям заболевания РМЖ:

I стадия (T1N0M0) – у 10 больных;

II стадия (T2N0M0) – у 25 больных;

III стадия (T3N0M0, T2N2M0, T3N1M0) – у 46 больных.

Пациенты были распределены не только по стадиям заболевания, но и по видам рака молочной железы. Процентное соотношение видов РМЖ отражено в рис. 1.

Предоперационная лучевая терапия производилась на опухолевый очаг и на зоны регионарного лимфооттока (подмышечная и ретростернальная). Применялся метод крупного фракционирования с разовой очаговой дозой по 5 Грей, доводя до суммарной очаговой дозы – 20–25 Грей.

Оперативные вмешательства выполнялись усовершенствованными нами методами резекции молочной железы:

1 вариант (25 больных) – радикальная секторальная резекция (удаление части молочной железы с опухолью и лимфодессекция путем ступенчатого рассечения большой грудной мышцы).

2 вариант (56 больных) – радикальная мастэктомия (удаление молочной железы, малой грудной мышцы и лимфодессекция путем рассечения большой грудной мышцы).

Осложнения ближайшего послеоперационного периода:

- лимфорея – 3,2 %;
- некроз кожи – 0,7 %;
- нагноение раны – 0,5 %.

Поздние послеоперационные осложнения:
– лимфостаз верхней конечности – 3,2 %;
– ограничение подвижности плечевого сустава – 2,2 %.

При сопоставлении частоты этих осложнений с аналогичными показателями при проведении чисто хирургического лечения достоверных различий выявлено не было. Лучевая терапия в дозе 20–25 Гр на предоперационном этапе не приводила к увеличению частоты и тяжести послеоперационных осложнений.

В таблице представлены данные о выявлении отеков верхней конечности у больных раком молочной железы после комбинированного метода лечения.

Из таблицы видно отсутствие достоверной разницы в частоте этих осложнений в зависимости от стадий заболевания.

В контрольной группе (21 пациентка) эти показатели в 3 раза выше, чем в основной. Можно предположить, что отек верхней конечности чаще развивается у больных, перенесших лучевую терапию. Лучевое воздействие способствует фиброзу тканей, особенно после операции по Halsted (удаление большой и малой грудных мышц, естественно отрицательно влияет на их кровоснабжение).

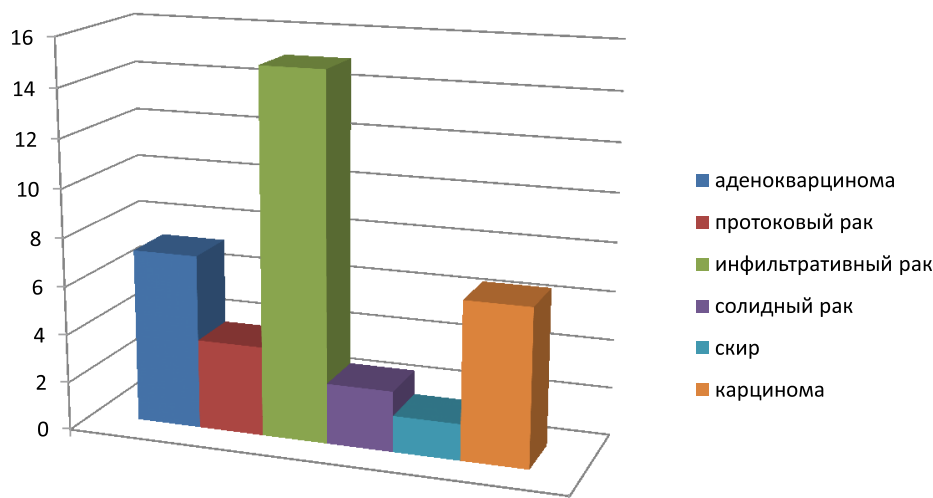


Рис. 1. Процентное соотношение видов РМЖ у экспериментальных больных

Частота выявления отеков верхней конечности при комбинированном лечении рака молочной железы в %

Рак молочной железы	Количество пролеченных больных	Отек верхней конечности	
		Ранний (< 1 год)	Поздний (> 1 год)
I стадия	10	1	2,7
II стадия	25	0,7	2,1
III стадия	46	1,3	2,06
Итого:	81		

3-х летняя выживаемость больных после комбинированного лечения у наших больных составила 89,9%. Согласно статистическим данным 3-х летняя выживаемость после МРМЭ по Есенкулову [5] составила 90%, после органосохраняющих операций 75,7%.

После комбинированного лечения 5 лет прожили 80,6% наших пациенток. После радикальной мастэктомии по Halsted показатели пятилетней выживаемости составили 86,7%, после широкой электрохирургической секторальной резекции с лимфаденэктомией аксиллярной зоны – 70%.

Частота возникновения местных рецидивов и отдаленных метастазов после комбинированного лечения по статистическим данным следующая: наибольшая частота рецидивирования заболевания (12,1 – 13,3% местных рецидивов и 30,3-33,3% отдаленного метастазирования) отмечены в группе больных с органосохраняющими операциями. Наименьшие рецидивы у пациенток с радикальной мастэктомией по Halsted (17,4% отдаленных метастазов, отсутствие местных рецидивов) и МРМЭ по Есенкулову [5] (21,4% отдаленных метастазов, отсутствие местных рецидивов).

Комбинированное лечение рака молочной железы St II-A по сравнению с одним хирургическим воздействием приводило к достоверному снижению частоты возникновения местных рецидивов в исследуемых группах больных (в среднем в 2 раза, $p < 0,001$). Однако показатели выявления отдаленных метастазов после сочетания лучевого воздействия и операции практически не отличались от результатов одного хирургического лечения (А.К. Джанабекова).

Частота возникновения местных рецидивов и отдаленных метастазов после ком-

бинированного лечения у наших больных отражена в рис. 2 и 3.

Как видно из рис. 2 частота метастазов после широкой электрохирургической секторальной резекции составляет 30,3%, а частота рецидивов 12,1%. Частота метастазов после МРМЭ по Madden составляет 21,9%, рецидивов 4,9%. Частота метастазов после МРМЭ по Есенкулову составляет 20%, рецидивы отсутствуют. Частота метастазов после РМЭ по Halsted составляет 17,4%, рецидивы отсутствуют.

Как видно из рис. 3 частота метастазов после широкой электрохирургической секторальной резекции составляет 33,3%, а частота рецидивов 13,3%. Частота метастазов после МРМЭ по Madden составляет 25%, рецидивов 5,5%. Частота метастазов после МРМЭ по Есенкулову составляет 21,4%, рецидивы отсутствуют. Частота метастазов после РМЭ по Halsted составляет 22,2%, рецидивы отсутствуют.

Таким образом, применение методики предоперационной лучевой терапии по 5 Гр до СОД 20 Гр по сравнению с хирургическим методом лечения привело к некоторому повышению общей выживаемости, не улучшая показатели местного рецидивирования и данные отдаленных метастазов. Следует отметить, что комбинированное лечение по сравнению с хирургическим методом привело к улучшению показателей общей выживаемости.

Апробация изложенных в статье положений проводилась на научно-практических и научно-методических республиканских и международных конференциях, посвященных вопросам онкологии. Статья является логическим продолжением опубликованных статей в международных научных журналах [3] и сборниках международных и республиканских научных конференций [1; 2].

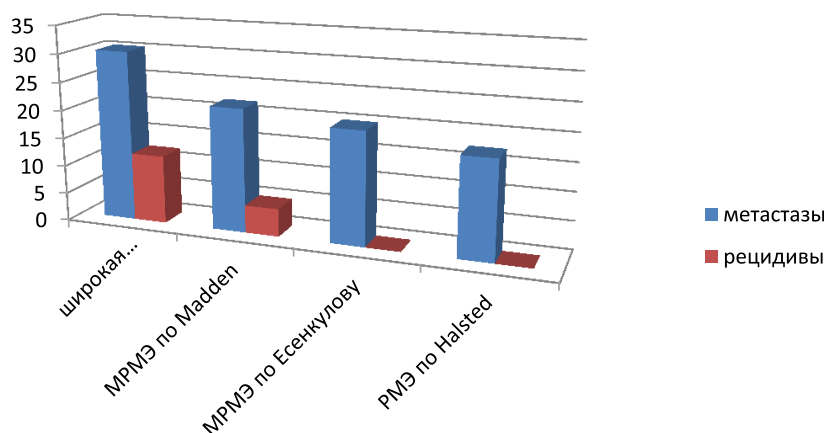


Рис. 2. Частота рецидивов и метастазов после 3-х летнего комбинированного лечения локализованного РМЖ

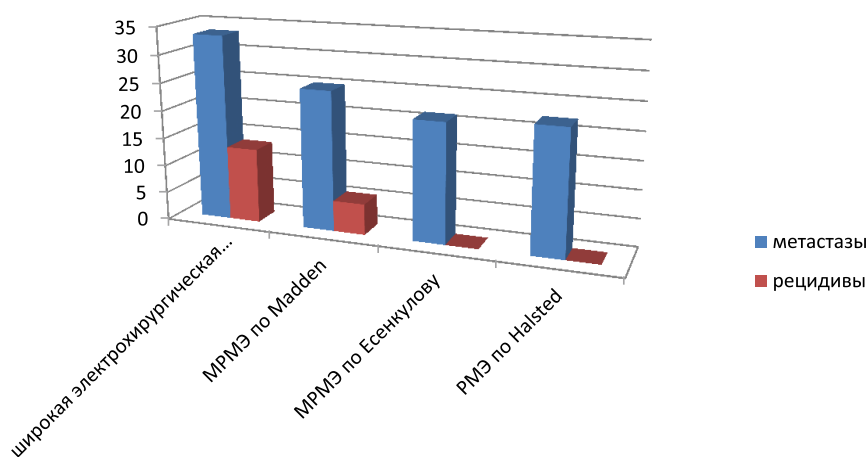


Рис. 3. Частота рецидивов и метастазов после 5-ти летнего комбинированного лечения локализованного РМЖ

Клинические примеры:

Больная К. Опухолевое образование в правой молочной железе. **Статус локализ:** над правым соском определяется опухоль размером 3,5 см, ограничена в подвижности, с бугристой поверхностью, сосок не втянут. В подмышечной области и надключичных узлах лимфоузлы не определяются. **Диагноз:** С-ч правой молочной железы, стадия II а. Цитологическое заключение пункционного материала: клетки злокачественной опухоли.

В предоперационном периоде проведена дистанционная гамма-терапия крупным фракционированием СОД 20 Гр. Произведена операция – радикальная мастэктомия с рассечением большой грудной мышцы и удалением малой с фасцией и лимфодиссекцией подключичной, подмышечной, подлопаточной области. Молочная железа удалена единым блоком. Целостность большой грудной мышцы восстановлена ушиванием узловыми кетгутowymi швами, швы на кожу.

Макропрепарат: лимфоузлы более 3-х, размером 0,1–0,2 мм, взятые субпекторальной группой.

Гистология: в лимфоузлах метастазы.

Послеоперационный диагноз: С-ч правой молочной железы T2N1M0.

Больная Н. Опухолевидное образование правой молочной железы. **Статус локализ:** В наружном квадрате правой молочной железы над соском определяется опухоль размером 3,5x4,5 см узловой формы, подмышечные лимфоузлы не определяются.

Диагноз: с.ч. правой молочной железы T3N0M0. **Цитологическое заключение –**

аденокарцинома. В предоперационном периоде осуществлена дистанционная гамма-терапия крупным фракционированием СОД 20 Гр. Пациентка от предложенной мастэктомии отказалась. Была произведена радикальная секторальная резекция со ступенчатым рассечением большой грудной мышцы и удалением малой грудной мышцы с фасцией, лимфодиссекция подключичной, подмышечной, подлопаточной зоны. Целостность большой грудной мышцы восстановлена ушиванием узловыми кетгутowymi швами, швы на коже.

Макропрепарат: лимфоузлы > 3, (1, 2, 3 уровня субпекторальной зоны).

Гистологическое заключение: в лимфоузлах метастазы. Послеоперационный диагноз: с.ч. правой молочной железы T3N1M0.

Список литературы

1. Бектурсынов С.М., Садыков С.С. Результаты лечения рака молочной железы при применении нового хирургического метода с предоперационной лучевой терапией // CONSILIUM, 2–3, 2007.
2. Бектурсынов С.М. Совершенствование абластичной лимфодиссекции при органосохраняющем лечении РМЖ // Вестник хирургии Казахстана, 2008.
3. Бектурсынов С.М. Сохранение молочной железы при комбинированном и комплексном лечении РМЖ с помощью модификации лимфодиссекции // Наука и мир, № 1, 2014.
4. Давыдов М.И., Литягин В.Л. Стандарты лечения больших первичным раком молочной железы. – М., 2003.
5. Есенкулов А.Е., Есенкулова С.А., Кайбулаев Б.А. Новые подходы к терапии ранних локализованных, местнораспространенных и диссеминированных форм рака молочной железы. – Алматы, 2001.
6. Семиглазов В.Ф. Хирургическое лечение рака молочной железы (история и современность) // Практическая онкология. – 2002. – т. 3. – № 1.