ID: 2020-02-2467-A-19014 Краткое сообщение

Шадрина И.Н., Лопаткина А.А., Макиенко А.А.

Эволюция хирургических вмешательств при раке молочной железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В большинстве случаев максимальный положительный эффект при раке молочной железы наступает от комбинированной и комплексной терапии, главную роль среди которых играет хирургический метод.

Различные варианты оперативного лечения РМЖ допустимы, но значительные преимущества имеют органосохраняющие операции. Преимущество данных операций заключается в положительном влиянии на эмоциональное состояние женщины и период восстановления в реабилитации: семейной, трудовой и социальной.

Отдаленные результаты органосохраняющих операций с последующей лучевой терапией не отличаются от отдаленных результатов мастэктомии.

Ключевые слова: рак молочной железы, мастэктомия

В данное время такая проблема, как рак молочной железы (РМЖ), входит в первые десять наиболее распространенных видов онкологических заболеваний в России и во всем мире.

Проанализирован статистический материал заболеваемости РМЖ по Саратовской области в 2011-2016 годах. В 2016 году в Саратовской области было осмотрено 176 730 человек среди женского населения старше 40 лет, это на 10 454 человека больше по сравнению с 2015 годом. Патология молочной железы (МЖ) была выявлена у 7,3 % обследованных женщин, из этого числа у 0,3% женщин найдены злокачественные новообразования, а в 2015 году - у 4,1% женского населения. В зависимости от локализации в структуре заболеваемости РМЖ находится на 2 месте и составляет 12,3 % от всех онкологических заболеваний. Среди женского населения данная патология находится на 1 месте и составляет 22,1 % . Глядя на показатель запущенности при опухолях МЖ, видно, что он за 5 лет практически не изменился: в 2011 году он составлял 22,6%, а в 2016 году - 21,4%. Пятилетняя выживаемость при РМЖ в 2016 году составляла 57,6 %, а в 2011 году - 59,1%. На 2016 год 35,2% женского населения излечено с помощью органосохраняющих операций [1].

Известно, в большинстве случаев максимальный положительный эффект наступает от комбинированной и комплексной терапии, главную роль среди которых играет хирургический метод. Подходы к оперативному лечению меняются в соответствии с совершенствованием знаний о типах опухолей, факторах риска, возможностях лекарственной и лучевой терапии [2].

Хорошие результаты от простой мастэктомии, без ориентации на стадию опухолевого процесса и заинтересованности лимфатических сосудов, были описаны Николаем Ивановичем Пироговым в десятитомном издании трудов.

Согласно теории Холстеда, которая появилась в 1889 году, распространение злокачественных клеток от первичной опухоли к лимфатическим узлам представляет собой постепенный поэтапный процесс, а так же опираясь на труды Майера (1964), который независимо от Холстеда разработал методику радикальной мастэктомии и предложил обязательно включать в единый блок малую грудную мышцу. До 80-х годов XX века во всем мире преимущественной операцией по лечению РМЖ была операция «Холстеда-Майера». Суть операции – удаление молочной железы, трех уровней лимфатических узлов: подключично-подмышечно-подлопаточных, большой и малой грудных мышц [3].

30 лет назад в Саратовской области и в России операция «Холстеда-Майера» была единственным вмешательством на МЖ. Ежегодно по данной методике оперировалось до 340 пациентов клиники. Ориентируясь на размеры МЖ, локализацию образования и его распространение, было предложено большое количество разнообразных доступов.

Благодаря теории Фишера (1929) о распространении атипичных клеток, проникающих через базальную мембрану по всему организму в Саратове на кафедре онкологии в 1984 году впервые была выполнена операция Пейти, которая заключается в удалении МЖ и малой грудной мышцы с полной лимфоаденоктомией. Данная операция была в приоритете до 1994 года.

С 1994 года в лечении РМЖ преобладала операция Маддена: удаление МЖ с нижней подмышечной лимфоаденэктомией с сохранностью других групп лимфатических узлов и мышц. Через 6 лет данную операцию дополнили полной лимфоаденэктомией. По этой методике в Саратовской области и России было прооперировано основное число пациентов. Отмечено, что данные операции: Холстеда-Майера, Пейти и Маддена зависели в основном лишь от стадии заболевания, т.е. от ранней диагностики. С этой точки зрения оценка результатов лечения РМЖ на основании данных клиники Мейо (1915) представляет огромный интерес. Гаррингтон представляет материал 1859 больных, перенесших операцию Холстеда. Данный материал не уступает данным результатов на сегодняшний день. Десятилетняя выживаемость больных с метастазами 13,37%, а без наличия метастазов 44,09% [4].

В 1994 году в клинике СГМУ так же начали применять лямпэктомию и квадрантэктомию с полной лимфодиссекцией. Результаты органосохраняющих операций на МЖ дополненные лучевой терапией стоят на одной ступени с результатами операций, направленных на полное удаление МЖ, частота местных рецидивов всего на 2-3 % больше.

Многие авторы полагают, что для проведения органосохраняющих операций существуют ограниченные противопоказания, а результаты и качество жизни превосходят данные критерии при мастэктомии [5].

Показаниями к органосохраняющим операциям являются:

- узловая форма;
- опухоль до 3 см;
- достаточный объем молочной железы;
- отсутствие "дорожки к соску";

- отсутствие микрокальцинатов.

Учитывая локализацию опухолевого процесса, противопоказаний к проведению радикальной резекции молочной железы в настоящее время нет. Вслед за удалением квадранта или сектора при внутренней локализации опухоли по краю большой грудной мышцы через отдельный разрез производят лимфоаденэктомию. А при центральной локализации существует большое количество способов радикальной резекции, но чаще всего используются:

1.Одномоментная пластика (подкожная мастэктомия). Производится иссечение железистой ткани с сохранением кожи и подкожно жировой клетчатки толщиной 4-5 мм. с последующей реконструкцией МЖ широчайшей мышцей спины. Мышечный аутотрансплантат фиксируется в ложе удаленной МЖ с формированием ее объема и формы. Для адекватного восполнения дефицита тканей формируется субмускулярный карман для силиконового эндопротеза при помощи большой грудной, передней зубчатой мышц и сетчатого имплантата.

Показания к одномоментной пластике:

- Размер опухоли от 2 см;
- Опухоль расположена близко к соску;
- Боль в груди.

2. Доскональная отсепаровка опухоли в пределах здоровой ткани от ареолы с последующей экстракцией квадранта или сектора с фасцией большой грудной мышцы - лампэктомия и квадрантэктомия. Лампэктомия применяется при образовании до 2,5 см, в том случае, когда опухоль большее 2,5 см прибегают к квадрантэктомии.

3. Секторальная резекция - резекция сектора вместе с ареолой и соском с дальнейшей пластикой ареолярно-соскового комплекса (АСК). Пластика АСК - завершающий штрих, который придает МЖ более естественный вид и позволяет скрыть рубцы. Ареола МЖ создается в результате пересадки кожи из области промежности или с помощью татуажа, что наблюдается чаще. Материалом для создания соска служит ткань реконструированной МЖ.

Литература

1. Итоги работы онкологической службы саратовской области в 2016 году. - Саратов 2017. - 39 с.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году: под редакцией А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. - М. 2017.- 236с.
3. Хирургические болезни / ред. Кузин М.И. 3-е изд., перераб. и доп. М.:Медицина, 2002. - 784 с.
4. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи. 4-е изд.—М.: Медицина, 2000. – 480 с.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком молочной железы. Москва 2014. - 43 с.
6. Онкология. Клинические рекомендации. Чиссов В.И., 2006. - 638 с.
7. Атлас онкологических операций - Чиссов В.И., 2008. - 632 с.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2020