

ЦИТОРЕДУКТИВНАЯ МАСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. М. Беседин¹, В. Ф. Завизион², В. Е. Машталер², И. В. Баранов¹, Ю. Ю. Малюк¹, Г. Н. Пундик¹

¹Днепропетровская городская многопрофильная клиническая больница № 4,

²Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

CYTOREDUCTIVE MASTECTOMY IN TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORMS OF BREAST CANCER

A. M. Besedin¹, V. F. Zavizion², V. E. Mashtaler², I. V. Baranov¹, Yu. Yu. Malyuk¹, G. N. Pundik¹

¹Dnepropetrovsk City Multidisciplinary Clinical Hospital N 4,

²Dnepropetrovsk Medical Academy

Реферат

Обобщен опыт лечения в клинике 72 пациенток, у которых по поводу деструктивных форм рака грудной железы (ГЖ) выполнена циторедуктивная мастэктомия. Выполнение операции способствовало уменьшению частоты гнойно-воспалительных осложнений, рецидивирующего кровотечения, улучшению качества жизни пациенток, их социально-психологической адаптации.

Ключевые слова: рак грудной железы; деструктивные формы; хирургическое лечение; циторедуктивная мастэктомия.

Abstract

The experience of treatment in the clinic of 72 female patients is summarized, in which cytoreductive mastectomy was performed for destructive forms of breast cancer. The operation contributed to reducing the frequency of purulent-inflammatory complications, recurrent bleeding, improving the quality of life of patients, their socio-psychological adaptation.

Keywords: breast cancer; destructive forms; surgical treatment; cytoreductive mastectomy.

Циторедуктивная операция по поводу рака ГЖ подразумевает удаление определенного объема (чаще первичной) опухоли, по возможности – с региональными или отдаленными метастатическими очагами. Операция, выполненная в различных объемах, обеспечивает более благоприятные условия для последующей цитостатической химио-, гормоно- и/или таргетной терапии вследствие уменьшения массы опухолевых клеток, а также предотвращает тяжелые паратуморальные осложнения, в частности, obturационную непроходимость толстой кишки, распад опухоли ГЖ, перфорацию кишечника, кровотечение, которые потенциально могут привести к смерти больного раньше, чем возникает фатальное прогрессирование метастатического поражения [1 – 3].

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения в Украине в последнее время лидирующее место занимает рак ГЖ. Так, в 2014 г. она составила 53,7 на 100 000 населения [4 – 6]. В Днепропетровской области

в 2013 г. на учет по поводу впервые выявленного рака ГЖ взяты 1402 пациентки, в 2014 г. – 1345, в 2015 г. – 1364. Таким образом, за последние 3 года в области отмечена относительная стабилизация числа вновь заболевших раком ГЖ женщин, ставших на учет к онкологу. Диагноз рака ГЖ в IV стадии в 2013 г. установлен у 120 (8,5%) пациенток, в 2014 г. – у 112 (8,3%), в 2015 г. – у 117 (8,6%). При этом особые сложности как в общемедицинском, так и психолого-адаптивном смысле возникают у больных раком ГЖ IV стадии, с распадом опухоли, нагноением, кровотечением и другими осложнениями.

Цель исследования: улучшить результаты лечения и качество жизни больных раком ГЖ в запущенных стадиях путем включения в комплекс лечения циторедуктивной (санационной) мастэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы истории болезни 72 пациенток, которых лечили в клинике онкологии и отделе-

нии гнойно-септической хирургии в период с 2000 по 2015 г. Большинство пациенток госпитализированы в отделение после осмотра и консультации сотрудника кафедры онкологии, 11 (15%) – доставлены каретой скорой медицинской помощи и госпитализированы в неотложном порядке по поводу кровотечения из распадающейся опухоли. Возраст пациенток в среднем 56 лет, продолжительность лечения в стационаре в среднем 21 день. Всем пациенткам перед операцией проведена дезинтоксикационная, гемостатическая, антибактериальная терапия, коррекция анемии и гипопропротеинемии в целях стабилизации состояния и уменьшения риска возникновения интра- и послеоперационных осложнений. Продолжительность обследования перед операцией в среднем 5 дней. Объем оперативного вмешательства определялся распространенностью деструктивного процесса, у 61 (85%) пациентки выполнена ампутация ГЖ, у 7 (10%) – ампутация ГЖ дополнена лимфаденэктомией, у 4 (5%) – билатераль-

ная мастэктомия. Полное зашивание операционной раны осуществлено у 51 (71%) пациентки, пластика местными тканями с использованием перемещенного кожного лоскута из передней брюшной стенки – у 10 (14%), закрытие раны с помощью перемещенного на мышечной ножке, выделенной из широчайшей мышцы спины, кожно-жирового лоскута – у 2 (3%), частичное зашивание раны с герметизацией путем подшивания кожных лоскутов к подлежащим мягким тканям (чаще – к мышцам или фасциям), что дало возможность осуществить активное вакуумное дренирование раны с помощью систем типа «сильфон» – у 9 (12%). При необходимости (избыточном натяжении кожи) выполняли послабляющие насечки на коже лоскутов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Заживление раны первичным натяжением отмечено у 58 (80%) больных, у 11 (15%) – возникла длительная лимфорея, у 3 (5%) – кровоте-

чение из операционной раны, – у 5 (7%) – клинически незначимый краевой некроз лоскутов, что не повлияло на продолжительность их лечения в стационаре.

У одной пациентки признаки заживления раны отсутствовали в течение длительного времени. Пациентка доставлена в клинику по поводу кровотечения из распадающейся опухоли ГЖ, возникшего на фоне применения бевацизумаба, антиангиогенный эффект которого является ведущим механизмом противоопухолевого действия. Нельзя исключить влияние препарата на течение раневого процесса.

Умерли 3 больных (летальность 4,2%), одна – от острого инфаркта миокарда, одна – вследствие рецидивирующего гидроторакса с недостаточностью левого желудочка, одна – прогрессирующей дыхательной недостаточности. Остальные пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения у онколога.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение циторедуктивной (санационной) мастэктомии возможно по поводу распространенных деструктивных форм рака ГЖ.

2. Осуществление циторедуктивной мастэктомии позволяет улучшить качество жизни больных при деструктивных формах рака ГЖ, избежать гнойно-воспалительных осложнений, рецидивирующего кровотечения, повысить социально-психологическую адаптацию пациенток.

3. Несмотря на нерадикальность санационной мастэктомии, удаление достаточно большого объема опухолевой массы позволяет устранить источник интоксикации, улучшить состояние пациенток.

4. После циторедуктивной мастэктомии возможно продолжение химио- или гормонотерапии.

5. С осторожностью к выполнению циторедуктивной операции следует относиться у пациенток, применяющих таргетную терапию (бевацизумаб).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Afanasiev SG, Dobrodeev AY. Tsitoreduktivnye operatsii (nuzhno li udalyat pervichnyuyu opukhol'?) Gde predel razumnoy tsitoreduksii? *Prakticheskaya onkologiya*. 2014;15(2):93–100. [In Russian].
2. Sougioultzis S, Syrios J, Xynos ID, et al. Palliative gastrectomy and other factors affecting overall survival in stage IV gastric adenocarcinoma patients receiving chemotherapy: a retrospective analysis. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(4):312–8.
3. Rivard JD, McConnell YJ, Temple WJ, Mack LA. Cytoreduction and heated intraperitoneal chemotherapy for colorectal cancer: are we excluding patients who may benefit? *J Surg Oncol*. 2014;109(2):104–9.
4. Koshel AP. Tsitoreduktivnye (palliativnye) operatsii i rekonstruktivnaya khirurgiya: pro et contra. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii*. 2014;4(51):6–8. [In Russian].
5. Zavizion VF, Baranov IV, Malyuk YuYu, Besedin AM, i dr. Tsitoreduktivnaya mastektomiya v lechenii bolnykh destruktivnym rakom molochnoy zhelezy. *Materialy Pershoho natsionalnoho konhresu z paliativnoi dopomohy*. Kyiv:Kalyta, 2013:45. [In Russian].
6. Mashtaler VE, Besedin AM, Baranov IV, i dr. Zlokachestvennaya gistotsitoma gigantskikh razmerov peredney grudnoy stenki. *Evraziyskiy onkologicheskii zhurnal*. 2014;3(03):651. [In Russian].