

Осомбаева А.М., Алыкулова А.А., Макимбетов Э.М.

**ЭМЧЕК БЕЗИНИН ЗАЛАЛДУУ ШИШИГИНЕ ЖАСАЛГАН ОРГАНДЫ
САКТООЧУ ОПЕРАЦИЯЛАРДЫН ТҮЗДӨН-ТҮЗ НАТЫЙЖАЛАРЫ**

Осомбаева А.М., Алыкулова А.А., Макимбетов Э.М.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАННЫХ
ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

A. Osombaeva, A. Alykulova, E. Makimbetov

**IMMEDIATE RESULTS OF ORGAN-PRESERVING
OPERATIONS IN BREAST CANCER**

УДК: 618.19-006.6- 089

Бүткүл дүйнөдө эмчек безинин залалдуу шишигине, өзгөчө анын алгачкы формаларына коопсуз операцияларды жүргүзүү тенденциясы бар. Эмчек безинин залалдуу шишигин алгачкы формаларында органды сактоочу операциялар учурундагы дарылоонун дароо натыйжасы онкологиялык принциптерди сактоодон көз каранды, мисалы: шишиктин өлчөмү диаметри 2-3 см ашпоого тийиш, эмчектин өлчөмү органды сактоо операция үчүн жетиштүү, ошонун менен ткандардын чоң көлөмүн алып салганда олуттуу деформациядан качуу; резекциянын четтери гистологиялык жактан «таза»; резекциянын четтеринин туурасы 10 мм жогору болушу керек; операциядан кийин сүт беzi эстетикалуу көрүнүшү керек. Бул макалада алгачкы эмчек безинин залалдуу шишигинин органды сактоочу операциялардан кийин дарылоонун түздөн-түз натыйжалары келтирилген. Ошол эле учурда, жакшы косметикалык натыйжалар, ошондой эле операциядан кийинки татаалдашуулардын аз учурашы аныкталган. Мыкты косметикалык натыйжалары 46 (42,3%) жана жакшы - 44 (38,9%) бейтаптар байкашкан.

Негизги сөздөр: алгачкы этаптар, рак, сүт бездери, хирургия, резекция, косметикалык натыйжа, татаалдашуулар.

Во всем мире наблюдается тенденция к проведению сохранных операций при раке молочной железы, особенно при ранних ее формах. Непосредственные результаты лечения при проведении органосохраняющих операций при ранних формах рака молочной железы зависят от соблюдения онкологических принципов, такие как: размер опухоли не должен превышать 2-3 см в диаметре, размер молочной железы достаточный для органосохранной операции, позволяющем избежать значительной деформации в случае удаления большого объема тканей; края резекции гистологически «чистые»; ширина краев резекции должна быть не менее 10 мм; молочная железа должна выглядеть после операции эстетично. В данной статье представлены непосредственные результаты лечения после органосохранных операций при начальном раке молочной железы. При этом получены хорошие косметические результаты, а также низкая частота послеоперационных осложнений. Отличный косметический результат испытывали 46 (42,3%) и хороший – 44 (38,9%) больных.

Ключевые слова: ранние стадии, рак, молочные железы, операция, резекция, косметический результат, осложнения.

All over the world, there is a tendency to conduct safe operations for breast cancer, especially in its early forms. To carry out organ-preserving surgeries in early forms of breast cancer, it is necessary to observe oncological principles, such as: the size of the tumor should not exceed 2-3 cm in diameter, the size of the breast is sufficient for organ-preserving surgery to avoid significant deformation in case of removal of a large volume of tissue;

the width of the resection margins should be at least 10 mm; the mammary gland should look aesthetically pleasing after the operation. This article presents the immediate results of treatment after organ-preserved surgeries in primary breast cancer. At the same time, good cosmetic results were obtained, as well as a low incidence of postoperative complications. An excellent cosmetic result was experienced by 46 (42.3%) and good - 44 (38.9%) patients.

Key words: early stages, cancer, mammary glands, surgery, resection, cosmetic result, complications.

Введение. Злокачественные опухоли молочной железы находятся на ведущих позициях среди других видов рака у женщин. Секторальная резекция молочной железы или лампэктомиа – органосберегающая операция, заключающаяся в удалении фрагмента (сектора) молочной железы, где локализован патологический очаг [1,2]. Вмешательство позволяет иссечь поврежденные ткани, при этом здоровая железистая ткань молочной железы сохраняется. Такая хирургическая тактика используется при доброкачественных новообразованиях молочных желез, а также при начальной стадии злокачественных образований [3]. Во многих клиниках в настоящее время секторальная резекция молочной железы осуществляется с применением современных малотравматичных методик. Сектор – представляет собой треугольный фрагмент не больше 1/6-1/8 части груди, обращенный вершиной к соску. Подобное оперативное вмешательство применяется при наличии доброкачественных новообразований большого размера, способствующих изменению формы молочных желез или подозрению на онкологическую природу опухоли. Раком молочных желез страдают более 7% всех онкологических больных в возрасте до 40 лет. Доказано, что беременность после лечения рака молочных желез протекает должным образом, и ни беременность, ни кормление грудью не влияют на рецидив рака [4, 5].

Еще в 1965 году Мадэн предложил метод хирургического лечения при злокачественных новообразованиях молочной железы. Операция сама по себе была революционной, но сопровождалась множеством осложнений, как местного, так и общего характера. Это было обусловлено большим объемом хирургической манипуляции и удалением огромного количества дополнительных тканей, например

мышц, жировой клетчатки, а также лимфатических коллекторов. Все это еще усугублялось развитием рубцовых изменений, лимфореей, отеком верхней конечности. Психологическое состояние больных, перенесших калечащую операцию, было весьма удручающим, что естественно требовало длительной реабилитации [6].

Эти обстоятельства вынудили искать другие подходы к лечению рака молочной железы. Начала развиваться адьювантная или предоперационная терапия, что способствовало уменьшению размеров первичной опухоли и проведению процедур, ограничивающих калечащие операции. Немаловажным явился и скрининговый подход к лечению, все чаще стали выявляться начальные формы опухоли молочных желез. Были предложены экономные резекции в виде иссечения только сектора или небольшого участка железы, иногда даже только удаления непосредственно опухоли в капсуле. В некоторых случаях при относительно больших размерах опухоли было рекомендовано вмешательство в виде квадрантоэктомии или удаления половины молочной железы. Если опухоль была больших размеров, но не более 5 см., маммологи стали использовать радикальную резекцию органа, когда иссекалась до 80-90% от всего объема. Конечно, экономные резекции не должны были повлиять на непосредственные, а также отдаленные результаты лечения, в том числе на выживаемость. Безусловно при проведении органосохраняющих хирургических вмешательств требовалось замещение дефекта раны. С этой целью клиницисты прибегли к помощи пластических хирургов и стали использовать различные лоскуты. К сожалению, эти вмешательства также могут иметь негативные последствия, чаще местного характера [7].

Цель исследования: изучить непосредственные результаты после сохраненных операций при начальных формах злокачественных опухолей молочных желез.

Материал и методика. Нами были проанализированы клинические характеристики и исходы лечения 108 пациентов, проходивших лечение в Московском научно-исследовательском онкологическом институте (МНИОИ) им. П.А. Герцена с 2011 по 2013 годы. Все пациенты были с начинающимися в развитии опухолями, т.е. в нулевой и первой стадии рака молочной железы. Исследование было проспективным, сплошным и не рандомизированным. Непосредственные результаты оценены по косметическому эффекту и местным инфекционным осложнениям.

Результаты исследования. Протоковый инфильтрирующий рак был наиболее часто выявляемой гистологической формой РМЖ и встречался в 66 случаях или в 73,3%. Остальные гистологические варианты РМЖ встречались значительно реже. Так, дольковый инфильтрирующий рак был верифициро-

ван в 6 (6,7%) случаев. Другие гистологические варианты раннего РМЖ (инфильтративный рак тубулярно-трабекулярного строения, инвазивный рак без признаков специфичности крибро-солидного строения (G2), инвазивный рак без признаков специфичности тубулярно-солидного строения, инвазивный микропапиллярный рак, инвазивный без признаков специфичности рак, рак с дистрофией клеток, внутрипротоковая папиллома с тяжелой дисплазией и карцинома *in situ*) встречались в единичном случае. У четверых пациентов РМЖ встречался внутрипротоковый рак, что составило 4,4% от всех видов рака.

При рассмотрении локализации опухоли молочной железы по анатомическим областям органа были получены следующие результаты: наиболее часто встречаемой локализацией опухоли при раннем РМЖ был верхненаружный квадрант – в 54 (50,0%) случаев.

Косметический эффект оценивался по 4-х ступенчатой шкале Aaranson N.K. (1994 г.). Пластика дефекта молочной железы после резекции фрагментом широчайшей мышцы спины была проведена 50 пациенткам, 12 больным – радикальная резекция молочной железы с пластикой композитным мышечным трансплантантом и столько же больных (n=12) перенесли иссечение с реконструкцией местными тканями. Остальные пациентки были оперированы другими оперативными вмешательствами – секторальные резекции и редукционные маммопластики.

Трем пациенткам были использованы современные технологии. Разработанные медицинские технологии интраоперационной флюоросцентной диагностики с препаратом аласенс позволили уточнить границы опухолевого поражения при планировании хирургического лечения и фотодинамической терапии, а также эффективно выявлять скрытые очаги раннего первичного рака молочной железы. Необходимо отметить, что данные разработки являются оригинальными в своем роде и впервые были апробированы в МНИОИ.

Все пациентки, перенесшие радикальные резекции, были распределены на три группы. Первая группа представлена 50 пациентками после радикальной резекции с пластикой широчайшей мышцы спины. Во II группу вошли 35 больных с пластикой композитным мышечным трансплантантом и в третью 23 больных после секторальной резекции

Все пациентки получили послеоперационный курс лучевой терапии. Полихимиотерапия и гормонотерапия проводились по показаниям в зависимости от результатов гистологического исследования (степень злокачественности) и данных иммуногистохимического исследования.

Косметический результат оценивался хирургом и самим пациентом. Оценка хирурга проводилась по четырем категориям: отличный, хороший, удовле-

творительный и неудовлетворительный результат. Субъективная оценка пациента определялась также по четырехмерной шкале. Больные заполняли анкету, оценивая полученный результат маммопластики как неудовлетворительный, удовлетворительный, хороший и отличный.

Критериями определения косметического эффекта служили субъективные оценки самих пациен-

ток, а также объективная оценка хирурга прооперированной железы по сравнению со здоровой по следующим показателям: сохранение объема железы, птоза, наличие или отсутствие тракции лоскута и железы в подмышечную область. Оценка косметического эффекта проведенной пластики после радикальной резекции, определяемая хирургом, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Косметический эффект у больных раком молочной железы после органосохранных резекций

Косметический эффект	1 группа	2 группа	3 группа	Всего
Отличный	20 (40,0%)	15 (42,9%)	11 (47,8%)	46 (42,3%)
Хороший	22 (44,0%)	12 (34,3%)	10 (43,5%)	44 (38,9%)
Удовлетворительный	6 (12,0%)	7 (20,0%)	2 (8,7%)	15 (13,9%)
Неудовлетворительный	2 (4,0%)	1 (2,8%)	-	3 (2,8%)
Всего	50 (100,0%)	35 (100,0%)	23 (100,0%)	108 (100,0%)

В I группе, больным которой проведена после радикальной резекции пластика дефекта лоскутом из широчайшей мышцы спины, отличный результат наблюдали в 10 раз чаще, чем удовлетворительный (z -критерий = 3,192; односледовая вероятность $p=0,0007$, двухследовая – $p=0,0014$). Хороший результат также преобладал над удовлетворительным (z -критерий = 3,563; односледовая вероятность $p=0,002$, двухследовая – $p=0,004$), и тем более – над неудовлетворительным. Однако, из-за того, что неудовлетворительный результат отмечен только в 2 случаях, точно подсчитать z -критерий не представлялось возможным, так как число (случаи) должно было быть более 5.

Сумма отличного и хорошего результатов в первой группе больных составили 84%, которая выше таковой удовлетворительного и неудовлетворительного эффектов более чем в 10 раз.

Во второй группе пациенток с ранним РМЖ отличный косметический результат был отмечен в 15 случаях, что было статистически достоверно выше, чем удовлетворительные исходы – $z = 2,06$, односледовая вероятность $p=0,0197$, двухследовая – $p=0,0394$.

В третьей группе больных также чаще определяли отличный и хороший косметический эффекты после проведенных соответствующих оперативных вмешательств – более чем 90% случаев. В этой группе больных неудовлетворительный результат не был отмечен.

В целом, касательно всех больных, отличный косметический результат испытывали 46 пациенток (42,3%), хороший – 44 (38,9%) больных. Удовлетворительный косметический эффект был определен в 15 случаях (13,9%), что было статистически достоверно меньше, чем хороший ($z = 4,428$, односледовая вероятность $p < 0,001$, двухследовая – $p < 0,002$ и отличный результаты ($z = 4,186$, односледовая вероятность $p < 0,001$, двухследовая – $p < 0,002$).

Характер или вид операции, а также общее состояние организма со своеобразным функционированием органов и систем являются основными факторами для возникновения определенных осложнений лечения.

После органосохранной операции и проведенной лучевой терапии у больных в МНИОИ не наблюдалось значительных сложностей. Тем не менее, фиброз тяжелой степени у больных не наблюдался. Изменения соединительной ткани легкой степени были выявлены только у четверых пациенток, что не превышало 4%. Скопление крови в ране было детектировано в 3 случаях (2,8%). Рубец на коже развился только у одной пациентки. Сложности инфекционного характера были также редкими (не более 4%). Это были в основном незначительные нагноения местного характера, которые были излечены без определенных трудностей. Следовательно, из 108 больных незначительные осложнения были выявлены у 12 пациенток, перенесших вмешательства с сохранением молочной железы.

Заключение. Во всем мире идет тенденция к проведению сохранных операций при злокачественных опухолях. Опыт лечения начинающих форм рака молочной железы показал, что непосредственные результаты лечения после радикальных резекций с сохранением молочной железы являются хорошими. Для изучения отделенных результатов лечения, необходимо провести анализ выживаемости.

Литература:

1. Galimberti V., Vicini E., Corso G., Morigi C., et al. Nipple-sparing and skin-sparing mastectomy: Review of aims, oncological safety and contraindications. *Breast*. 2017 Aug;34 Suppl 1(Suppl 1): S82-S84. doi: 10.1016/j.breast.2017.06.034.
2. Basta P., Streb J., Szczygiel K. Fertility-sparing treatment in female genital cancer and breast cancer. *Ginekol Pol.* 2015 Jun; 86(6): 473-6. doi: 10.17772/gp/2407. PMID: 26255458.
3. Jakub J.W., Peled A.W., Gray R.J., et al. Oncologic Safety of Prophylactic Nipple-Sparing Mastectomy in a Population With BRCA Mutations: A Multi-institutional Study. *JAMA Surg.* 2018 Feb 1;153(2):123-129. doi: 10.1001/jamasurg.2017.3422.
4. Chang R.Y., Cheung P.S. Nipple Preservation in Breast Cancer Associated with Nipple Discharge. *World J Surg.* 2017 Jan; 41(1):176-183. doi:10.1007/s00268-016-3679-7. PMID:27501708.
5. Valero M.G., Moo T.A., Muhsen S., et al. Use of bilateral prophylactic nipple-sparing mastectomy in patients with high risk of breast cancer. *Br J Surg.* 2020 Sep;107(10):1307-1312. doi: 10.1002/bjs.11616. Epub 2020 May 20. PMID: 32432359
6. Van Bommel A., Spronk P., Mureau M., et al Breast-Contour-Preserving Procedure as a Multidisciplinary Parameter of Esthetic Outcome in Breast Cancer Treatment in the Netherlands. *Ann Surg Oncol.* 2019 Jun;26(6):1704-1711. doi: 10.1245/s10434-019-07265-3. Epub 2019 Mar 4. PMID: 30830541
7. Corradini S., Reitz D., Pazos M., et al. Mastectomy or Breast-Conserving Therapy for Early Breast Cancer in Real-Life Clinical Practice: Outcome Comparison of 7565 Cases. *Cancers (Basel).* 2019 Jan 31;11(2):160. Doi: 10.3390/cancers11020160. PMID: 30709048.
8. Осомбаева А.М., Макимбетов Э.К., Райымбекова Б.Р., Сулайманкулова Ж.Ч Трудности в выявлении ранних форм рака молочной железы. / Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2021. №. 7. С. 76-79.