ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГОРМОНОЗАВИСИМОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСРЕДСТВОМ ОДНОМОМЕНТНОЙ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЕКТОМИИ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОВАРИОЭКТОМИИ

Р. А. Хвастунов, А. В. Киреев

Статья посвящена возможностям интенсификации хирургического лечения рака молочной железы путем безнадрывного совмещения радикальной мастэктомии и лапароскопической овариэктомии, показавшего высокую экономическую эффективность и сопровождающегося уменьшением общего числа послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак молочной железы, открытая и лапароскопическая овариэктомия, радикальная мастэктомия.

OPTIMIZING SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED HORMONE-DEPENDENT BREAST CANCER BY MEANS OF RADICAL MASTECTOMY AND LAPAROSCOPIC OVARIECTOMY

R. A. Khvastunov, A. V. Kyreev

The paper describes ways of optimizing surgery for breast cancer by means of a safe combination of radical mastectomy and laparoscopic ovariectomy. Ample clinical evidence supports cost-efficiency of simultaneous radical mastectomy and laparoscopic ovariectomy followed by a reduction in the total amount of postoperative complications.

Key words: breast cancer, open and laparoscopic ovariectomy, radical mastectomy.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашей клинике с 1997 по 2007 гг. выполнено 228 РМЖ и овариэктомий (ОЭ) в разных сочетаниях. Первую контрольную группу составили 62 больные, оперированные в объеме РМЖ и открытой овариэктомии (ООЭ) в интервале. Вторая контрольная группа представлена 58 пациентками, которым произведены одномоментные РМЖ и ООЭ. Третью контрольную группу составили 32 женщины, перенесшие РМЖ и ЛОЭ в интервале. В четвертую основную группу были отобраны 76 пациенток с одномоментными РМЖ и ЛОЭ.

На раннем этапе работы мы выполняли ОЭ открытым способом, вторым этапом после РМЖ. Позже в связи с интенсификацией хирургической деятельности эти операции стали производить в один этап. Еще позже хирургия РМЖ в нашей клинике была дополнена эндо- видеохирургической составляющей. Таким образом, от-
бор пациенток, нуждающихся в гормональной аблации, производился, исходя из действующих хирургических тенденций в нашей клинике.

Генеральную совокупность собственных наблюдений составили 228 лиц женского пола в возрасте 41,6±0,75 лет с сохраненной менструальной функцией. У 207 из них выявлена узловая форма рака, у 21 — диффузная. Распределение РМЖ по стадиям представлено в табл. 1.

**Таблица 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Опухоль</th>
<th>Лимфоузлы регионарные</th>
<th>Отдаленные метастазы</th>
<th>Всего</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N0</td>
<td>N1</td>
<td>N2</td>
</tr>
<tr>
<td>T1</td>
<td>-</td>
<td>19</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>T2</td>
<td>4</td>
<td>79</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>T3</td>
<td>12</td>
<td>14</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>T4</td>
<td>2</td>
<td>18</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Всего</td>
<td>18</td>
<td>130</td>
<td>80</td>
</tr>
</tbody>
</table>

По причине относительной молодости нашей пациентки не страдали выраженной сопутствующей патологией, влияющей на тактику лечения. В анамнезе у 30 из них было 45 лейкоцитозов. Существенный процесс в брюшной полости мы относили к значимым факторам, способным осложнять эндоскопический компонент лечения. В 99 случаях хирургический этап являлся стартовым в комплексной терапии РМЖ, в 91 — проведена предоперационная дистанционная гаммарадиотерапия, в 38 — неоднократная радиохимиотерапия.

На раннем этапе нашей работы мы выполняли ОЭ у молодых больных, ориентируясь лишь на косвенные признаки гормонозависимости РМЖ.

После внедрения в практику работы лабораторий ВОКОД иммуногистохимического исследования мы получили объективную оценку гормонального статуса конкретной опухоли, что позволило формировать точные показания к методам гормональной аблации. Более того, нам удалось осуществить доследовательное тестирование ER и PgR рецепторов РМЖ.

Для этого морфологический материал мы получали в амбулаторном режиме, применяя систему МБД-23. На рисунке представлен общий вид устройства и этапы его использования при пункции РМЖ. Из 143 пункций в 131-м (91,6±2,3%) случае диагноз эпиклетического новообразования был подтвержден морфологически после однократной биопсии. Еще 9 раз мы проводили повторную биопсию. Лишь у 3 больных мы не смогли верифицировать диагноз. В этих случаях лечение началось с секторальной резекции, а чувствительность метода биопсии системой МБД-23 составила 98%.

Таким образом, в 145 наших наблюдениях гормональный статус опухоли был определен и, назначив овариоэктомии, мы руководствовались международными консенсусными соглашениями (St. Hallen, 2005).

Наша клиника прошла традиционный путь от применения ОЭ «по найти» на основании косвенных признаков ее целесообразности до обоснованного назначения овариальной суппрессии. Предваряя анализ результатов лечения в основной и контрольных группах наблюдений, мы подчеркиваем их относительное исходное равенство по основным параметрам (табл. 2).

Частое применение мастэктомий по Маддену в основной группе отражает современные тенденции к сохранению грудных мышц в ходе радиохирургической мастэктомии.

Рис. Устройство МБД-23: а — общий вид; б — забор материала; в — биопсийный контейнер, г — биоптат размером 20×1,5 мм и массой около 1—1,5 г.
Таблица 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Параметр</th>
<th>Клинические группы</th>
<th>Основ. n=76</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>I контр. n=62</td>
<td>II контр. n=58</td>
</tr>
<tr>
<td>Возраст</td>
<td>44,2±9,3</td>
<td>37,8±6,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Серд.-сосуд. патология</td>
<td>8*</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(12,9±4,3%)</td>
<td>(6,9±3,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Болезни органов дыхания</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(4,8±2,7%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Желудочно-кишечные расстройства</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(1,6±1,6%)</td>
<td>(1,7±1,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Прочие заболевания</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(1,7±1,7%)</td>
<td>(3,1±3,1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>1 лапаротомия в анамнезе</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(11,3±3,9%)</td>
<td>(13,8±4,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>2 лапаротомии в анамнезе</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(1,6±1,6%)</td>
<td>(1,7±1,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>3 лапаротомии в анамнезе</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(1,6±1,6%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ДГТ до операции</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(19,4±5,0%)</td>
<td>(10,4±4,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Неоадъювантная ПХТ</td>
<td>19</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(30,6±5,9%)</td>
<td>(8,6±3,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Осложнения ПХТ</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(21,0±9,3%)</td>
<td>(20,0±7,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>РМЭ по Холстеду</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(19,4±5,0%)</td>
<td>(6,9±3,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>РМЭ по Лейтни</td>
<td>19</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(30,7±5,9%)</td>
<td>(12,1±4,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>РМЭ по Маддену</td>
<td>31</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(50±6,4%)</td>
<td>(81,0±5,1%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* - разница с показателями основной группы статистически достоверна.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Применение мастэктомий по Маддену в основной группе снизило риск обильной лимфофории до 2 случаев — 2,6±0,8 % с 11 — 17,7±4,9 % (I контр. группа); 3 — 5,2±2,9 % (II контр. группа); 3 — 9,4±5,2 % (III контр. группа). Лимфостаз верхней конечности на стороне операции мы отметили по одному разу в первой (1,6±1,6 %) и во второй контрольной группе (1,7±1,7 %). Нагноение, частичное расхождение краев кожи раны после РМЭ мы получили соответственно в 4-ом (6,45±3,1 %), во 2-м (3,4±2,4 %), в 1-м (3,1±3,1 %) случаях в контрольных группах и дважды (2,6±1,6 %) — в основной группе наблюдений.

Непосредственные результаты мастэктомий в группах наблюдений оказались практически идентичными, так как мастэктомия, будучи непосредственной и относительно простой операцией, не привносила особенностей в стандартное ведение больного после вмешательства и не требовало дополнительных усилий по реабилитации пациентов. Данное обстоятельство позволяло нам зафиксировать в последующем различия относительно их счет.

Средняя длительность выполнения ОЭЗ в нашей клинике составила 47 минут, ЛОЭ — 38 минут. С накоплением опыта мы свободно вводили порты в любых нетипичных точках передней брюшной стенки, ориентируясь на удаление от послеродовых рубцов и проекции надчревных сосудов. Нами не отмечено повышенной сложности ЭЗ и корреляции между количеством предшествующих лапаротомий и интенсивностью интраоперационного спайкообразования. Иными словами, отказ от эндомедиаходермического вмешательства у ранее лапаротомированных больных абсолютно не обоснован. В основной группе были выполнены две конверсии по поводу неудобительного гемостаза.

Осложнения после ОЭЗ возникали сравнительно часто — у 6 из 62 (9,6±3,7 %) пациентов в первой контрольной группе и у 5 из 58 (8,6±3,7 %) — во второй. Различия с частотой осложнений основной группы статистически достоверны (p<0,05). Перечень полученных осложнений по группам представлен нагноением лапаротомной раны: во всех 6 случаях из первой контрольной группы и в 3 — из второй. Кроме того, в второй контрольной группе после ОЭЗ в интервале наблюдался один разновременный геморрагический шок, а также один раз — подтекание геморрагического шока, что потребовало дополнительных мероприятий.

Итак, в первой контрольной группе мы получили осложнения у 22 больных из 62 (35,5±6,1 %), во второй
Терапия сопровождения полного курса оперативного лечения у больных РМЖ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Характер терапии</th>
<th>I контр. гр. n = 62</th>
<th>II контр. гр. n = 58</th>
<th>III контр. гр. n = 32</th>
<th>Основная гр. n = 76</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Наркотические анальгетики</td>
<td>100% 4,6±0,6 сут.*</td>
<td>100% 3,2±1,1 сут.</td>
<td>100% 4,0±0,8 сут.*</td>
<td>100% 1,5±0,5 сут.*</td>
</tr>
<tr>
<td>Ненаркотические анальгетики</td>
<td>100% 4,6±2,4 сут.*</td>
<td>86,2±2,3% 3,4±1,8 сут.</td>
<td>100% 2,5±1,2 сут.*</td>
<td>47,4±2,3% 1,2±0,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Антибактериальная терапия</td>
<td>100% 12,2±2,1 сут.*</td>
<td>100% 5,2±0,7 сут.*</td>
<td>100% 6,3±0,9 сут.*</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Антикоагулянты</td>
<td>100% 5,4±1,2 сут.*</td>
<td>100% 2,8±0,5 сут.*</td>
<td>7,8±3,5% 2,2±0,5 сут.*</td>
<td>6,8±2,3% 1,2±0,2 сут.*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* — статистически достоверные различия с показателями основной группы (p<0,05).

Из таблицы следует, что одновременная РМЖ и ЛОЭ достоверно уменьшает частоту и длительность нарушения основных лекарственных средств, исключает необходимость антибактериальной терапии в пользу антибактериопрофилактики.

После ОЭО длительность нахождения в стационаре составила, в среднем, 15,0±2,0 суток. После ЛОЭ выписка, как правило, происходила на 2-4 сутки (по усредненным подсчетам — 3,2±0,8). Таким образом, эндоехирургические технологии уменьшили общее послеоперационное пребывание и кого-дня (p<0,05) при одномоментной РМЖ и ОЭ и уменьшили его при операциях в интервале.

Сокращение длительности пребывания в стационаре, экономия медикаментозных средств снижает затратность лечения в целом. Основная формула расчета стоимости стационарного лечения представлена ниже.

\[ Wк.д. = V (1+D) (1+C) (1+F) + M + I + Z + R, \]

где \( Wк.д. \) — стоимость одного кого-дня; \( V \) — оплата труда медицинского персонала в расчете на один день; \( D \) — коэффициент увеличения основной зарплаты за счет дополнительной, премий и других выплат; \( C \) — коэффициент отчислений на социальное страхование; \( F \) — коэффициент накладных расходов; \( M \) — стоимость медикаментов и перевозочных средств; \( I \) — стоимость мягкого инвентаря; \( Z \) — стоимость питания; \( R \) — аммионоразвивающие отчисления использованного оборудования.

В итоге затраты на оказание помощи одной больной из первой контрольной группы составили 34406,3 руб., из второй — 20012,9 руб., из третьей — 18528,7 руб. и из основной — 14653,5 руб.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Рациональными показаниями к одномоментной РМЖ и ЛОЭ при гормонозависимом РМЖ без лимфометастазов мы считаем наличие сочетания как минимум 2 признаков: T≥2, умеренная или низкая дифференцировка опухоли, перитуморальная инвазия соседних органов, возраст более 15 лет. Наличие лимфометастазов является абсолютным показанием для операции данного объема. Метод одновременной диагностики гормонозависимости РМЖ путем транспункции опухоли системой MBD-23 отличается простотой исполнения и высокой чувствительностью по следующей иммуногистохимического исследования — 98%. Одномоментная РМЖ по Маддену и ЛОЭ способствует уменьшению общего числа послеоперационных осложнений с 12,5±5,8% — 35,5±6,1% в группах контроля до 5,3±2,6% (p<0,05), сокращает сроки госпитализации на 5—15 суток в сравнении с операциями в интервале, ускоряет реабилитацию пациентов и хорошо сочетается с адъювантным и неадъювантным химиопротивоходительным лечением. Предшествующие лапаротомии, в том числе и многократные, не исключают возможности ЛОЭ, а необходимость конверсии возникает в 1,3±1,3% случаев. Одномоментные РМЖ и ЛОЭ экономически эффективны и снижают себестоимость лечения на 19752,8 рублей в сравнении с РМЖ и ООЭ в интервале, на 5359,4 рублей — в сравнении с РМЖ и одномоментной ООЭ, на 3875,2 рублей в сравнении с РМЖ и ЛОЭ в интервале.

**ЛИТЕРАТУРА**