

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ГЕНИТАЛИЙ

Шатова Ю. С., Черникова Н. В., Позднякова В. В., Кучкина Л. П., Луганская Р. Г., Сафорьян Н. С., Семилеткин О. М.

ФГБУ «РНИОИ» Минздрава РФ, Ростов-на-Дону, Россия (344037), Ростов-на-Дону, ул. 14-ая линия 63), e-mail: rnioi@list.ru

Из 1756 пациенток с патологией молочной железы, прооперированных в отделении хирургии молочной железы и репродуктивной системы Ростовского научно-исследовательского онкологического института за 2 года, у 1359 (77,4 %) выявлена сопутствующая гинекологическая патология. В том числе 68 из них нуждались в хирургическом лечении. Симультантная операция по поводу сочетанной патологии молочной железы и гениталий выполнялась 56 больным, которые составили основную группу исследования. Ретроспективно была сформирована контрольная группа больных в количестве 60 человек, которым гинекологический этап выполнялся отсрочено. По полученным данным симультантные операции у больных с сочетанной патологией молочных желез и гениталий оправданы и возможны у 82,4 % больных. Относительными противопоказаниями к проведению симультантных операций являются тяжелое и среднетяжелое состояние больной, распадающиеся опухоли, отказ больной от проведения подобных вмешательств. Во всех других случаях проведение симультантных операций оправдано. Такой комплексный подход к хирургическому лечению позволяет избежать повторных операций и наркоза у этой категории пациенток, перевода больных из одного профильного отделения в другое, является экономически выгодным, не повышает частоту и выраженность хирургических осложнений, позволяет своевременно начать послеоперационную лучевую терапию, тем самым улучшить результаты лечения, сократить длительность пребывания больной в стационаре и общую продолжительность лечения.

Ключевые слова: сочетанная патология, молочная железа, органы репродуктивной системы, симультантные операции.

COMPLEX APPROACH IN TREATING COMBINED PATHOLOGY OF MAMMARY GLANDS AND GENITALS

Shatova J. S., Chernikova N. V., Pozdnykova V. V., Kuchkina L. P., Luganskay R. G., Saforiyn N. S., Semiletkin O. M.

FSBD «RNIOI» Ministry of Health of RF, Rostov-on-Don, Russia (344037), Rostov-on-Don, 14-line 63), e-mail: rnioi@list.ru

Of the total number of 1756 patients with mammary gland pathology operated in the Department of Mammary Gland and Reproductive System Surgery of Rostov Science Cancer Institute within the period of 2 years concomitant gynecological pathology was revealed in 1359 (77,4%) patients. 68 of the latter needed surgery. In 56 patients who made the basic group for examining simultaneous operations for combined pathology of mammary glands and genitals were performed. Control group of 60 patients with delayed gynecological surgery was formed retrospectively. According to our results simultaneous operations in patients with combined pathology of mammary glands and genitals proved to be justified and possible in 82,4% of the patients. Relative contraindications for simultaneous operations include severe and moderate general condition of the patient; disintegrating tumors and the patient's rejection of the surgery. In all other cases they are justified. Such complex approach to surgical treatment allows to avoid reoperations and narcosis in these patients and removing them to other specialized departments, has economic benefits, doesn't increase the incidence of marked surgical complications and enables to start the postoperative radiotherapy in time. Thus, it improves the results of the treatment, reduces the patient's hospital stay and the total time of treatment.

Key words: combined pathology, mammary gland, reproductive system organs, and simultaneous operations.

Введение

Молочные железы относятся к органам репродуктивной системы женского организма, а ее ткани – мишени для активного воздействия половых стероидных гормонов яичников, гормонов гипофиза и опосредованно – гормонов других эндокринных желез организма. Поэтому взаимосвязь гиперпластических процессов в молочной железе и гениталиях логична. Сопоставление особенностей состояния молочных желез с гормональным статусом, характером эндокринных и органических нарушений в репродуктивной системе у обследованных больных позволяет сделать вывод о том, что нарушение нейроэндокринной регуляции проявляется на всех уровнях репродуктивной системы одновременно, являясь ведущим фактором развития дисгормональной патологии молочных желез [2, 6, 7]. Согласно исследованиям ряда авторов, частота сочетанной патологии молочных желез и гениталий достигает 57 – 97,8 % [3, 5]. По данным опубликованного исследования у женщин с доброкачественными диспластическими процессами в молочных железах достоверно чаще встречаются доброкачественные заболевания яичников по сравнению с женщинами без патологии молочных желез (12,7 % против 4 %,), миома матки (83,3 % против 53,3 %), миома матки в сочетании с внутренним эндометриозом (23,3 % против 9,3 %), гиперпластические процессы эндометрия (18,7 % против 1,3 %), фоновые заболевания шейки матки (29,3 % против 18,7 %) [5]. В другом исследовании у 71,8 % обследованных женщин отмечено сочетание доброкачественных гиперплазий молочных желез и гениталий, среди последних ведущее место занимали миома матки (60,3 %) и эндометриоз (39,6 %) [8].

Причины сложившейся ситуации изучаются многими авторами. Однако уже ни у кого не остаётся сомнений в том, что лечение больных с патологией молочных желез зачастую сопряжено с необходимостью коррекции гинекологической сферы. Что касается лечения рака молочной железы, то гормональный этап уже длительное время является неотъемлемой частью комплексного лечения этих больных. У пременопаузальных больных с позитивными рецепторами стероидных гормонов опухолей молочной железы, а также у больных с метастатическим поражением костей по сей день актуальным является выполнение овариэктомии. Во многих клиниках России внедрены одномоментные операции по поводу рака молочной железы и лапароскопическая овариэктомия [1, 4]. Однако учитывая достаточно часто встречающуюся сочетанную патологию молочной железы и гениталий, изолированная овариэктомия выполняется редко. Намного чаще возникает необходимость выполнения более расширенных оперативных вмешательств в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками, пангистерэктомии или субтотальной экстирпации матки с придатками. Это требует перевода или последующей госпитализации больной в гинекологическое отделение и повторного оперативного вмешательства. А это в свою

очередь отодвигает проведение лучевой терапии и удлиняет сроки лечения, что, во-первых, может негативно сказаться на результатах лечения, во-вторых, является экономически не выгодным. Поэтому нам представляется необходимой оптимизация хирургического лечения больных с сочетанной патологией молочной железы и гениталий.

Материалы и методы

966 больных раком молочной железы, прооперированных в отделении хирургии молочной железы и органов репродуктивной системы Ростовского научно-исследовательского онкологического института за 2 года. Все больные были комплексно обследованы. У 748 (77,4 %) из них выявлена сопутствующая гинекологическая патология. При этом 55 из этих пациенток с сочетанной патологией молочной железы и гениталий нуждались в хирургическом лечении. Показанием для выполнения пангистерэктомии были злокачественные заболевания гениталий, гиперплазия эндометрия (в т.ч. рецидивирующая), шеечная миома, симптомная миома и миома больших размеров, эндометриоз. При отсутствии патологии шейки матки и явных признаков патологии эндометрия выполнялась надвлагалищная ампутация матки с придатками. В остальных случаях выполнялась двухсторонняя аднексэктомия. У 3 пациенток был первично-множественный злокачественный процесс. У одной пациентки рак молочной железы, стадия Шб и саркома тела матки, стадия Пб. У второй больной диагноз: синхронный рак обеих молочных желез, стадия Шб и стадия Пб в сочетании с миомой матки. И у третьей пациентки – синхронный рак молочных желез, стадия Пб в сочетании с миомой матки и железистой гиперплазией эндометрия. По характеру гинекологической патологии больные распределились следующим образом: миома матки – 35 больных (63,6 %), аденомиоз – 6 (11,7 %), железистая гиперплазия эндометрия – 8 больных (14,7 %), киста яичника – 3 больных (5,9 %). У восьми больных было сочетание миомы матки и аденомиоза. У 6 больных показанием для гинекологического этапа являлся только положительный гормональный рецепторный статус опухоли молочной железы. Симультантная операция выполнялась 43 больным (78,2 %): 13 больным РМЭ по Маддену по методике отделения в сочетании сНАМ с придатками, 17 больным РМЭ в сочетании с пангистрэктомией, 8 больным – РМЭ с субтотальной экстирпацией матки с придатками, 2 больным – РМЭ с лапароскопической овариоэктомией, 1 больной радикальная резекция молочной железы с пангистрэктомией. У двух больных по поводу синхронного рака молочных желез и сопутствующей миомы матки этапом комплексного лечения выполнены одномоментные операции в объеме РМЭ справа, РМЭ слева и надвлагалищной ампутации матки с придатками. Эти больные составили основную группу исследования. Средний возраст больных был 52,4 года. Проанализировав опыт

института за предыдущие годы, была сформирована контрольная группа больных в количестве 40 человек, которым гинекологический этап выполнялся отсроченно после перевода в гинекологическое отделение. Перерыв между маммологическим и гинекологическим этапами был различным и в среднем составил 9,8 суток. Группы больных были сопоставимы по возрасту, по характеру патологии, а также по объемам оперативных вмешательств. В дальнейшем всем больным раком молочной железы в обеих группах проводилась адъювантная лучевая терапия на пути лимфооттока и послеоперационный рубец в условиях радиологического отделения. После завершения лучевой терапии больным назначалась либо адъювантная полихимиотерапия, либо гормонотерапия, либо динамическое наблюдение. Выбор тактики адъювантной терапии выбирался с учетом гормонального рецепторного статуса опухоли, возраста больной и степени распространенности опухолевого процесса.

Результаты, выводы, обсуждение

У больных основной группы при симультантных операциях длительность послеоперационного периода была от 7 до 19 суток и в среднем составила 11,5 койко-дней, после чего больные выписывались из стационара. В исследуемой группе не было никаких хирургических осложнений со стороны послеоперационных ран. При этом лучевая терапия была начата в среднем на 17,2 сутки после операции. У больных контрольной группы, которым оперативные вмешательства проводились последовательно с переводом больных в профильное отделение, длительность послеоперационного периода была от 15 до 28 дней и в среднем составила 22,8 койко-дней. В этой ситуации лучевая терапия начиналась не ранее 25 суток с первой операции на молочной железе, в среднем на 32,1 сутки.

Таким образом, по нашим данным, симультантные операции у больных раком молочной железы при наличии сопутствующей патологии гениталий оправданы и возможны у 78,2 % больных. Относительными противопоказаниями к проведению симультантных операций являются тяжелое и среднетяжелое состояние больной, распадающиеся опухоли, отказ больной от проведения подобных вмешательств. Во всех других случаях проведение симультантных операций оправдано. Такой комплексный подход к хирургическому лечению позволяет избежать повторных операций и наркоза у этой категории пациенток, перевода больных из одного профильного отделения в другое, является экономически выгодным. Более того, по полученным нами данным, проведение одномоментных оперативных вмешательств не повышает частоту и выраженность хирургических осложнений. Всё это в свою очередь позволяет своевременно начать послеоперационную лучевую терапию (в среднем на 17,2 сутки после операции в основной группе против 32,1 суток в контрольной

группе), тем самым улучшить результаты лечения, сократить длительность пребывания больной в стационаре и общую продолжительность лечения. Безусловно, такой комплексный подход к хирургическому лечению больных с сочетанной злокачественной патологией молочных желез и гениталий возможен только в медицинских учреждениях, где созданы условия для проведения симультантных операций, а также для послеоперационного ухода за подобными больными.

Список литературы

1. Афанасьева Н. А., Красильников С. Э., Тархов А. В. и др. Роль лапароскопии при сочетанных опухолях женских половых органов и молочной железы // Сибирский онкологический журнал. Приложение 1. – 2010. – С.19.
2. Ашрафян Л. А., Киселев В. И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). – М.: Димитрейд График Групп, 2008. – 216 с.
3. Зубкин В. И. Патогенез, диагностика, комплексное лечение и профилактика рецидивов доброкачественных дисплазий молочных желез: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 47 с.
4. Комаров И. Г., Комов Д. В., Слетина С. Ю., Кочоян Т. М. Видеолапароскопические операции на матке и её придатках у больных раком молочной железы. – М., 2007. – 72 с.
5. Кулаков В. И., Волобуев А. И., Сеницын В. А. и др. Тактика ведения больных с сочетанными доброкачественными гиперплазиями молочных желез и женских половых органов // Гинекология. – 2003. – № 3. – Т.5. – С. 113-115
6. Лапочкина Н. П. Факторы риска возникновения мастопатии у женщин с гинекологическими заболеваниями // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии. – 2006. – Вып. 6. – Электронный ресурс: [Http: www.vestnik.rnerr.ru](http://www.vestnik.rnerr.ru)
7. Радзинский Е. В. Молочные железы и гинекологические болезни. – М., 2010. – 304 с.
8. Taioli E., Im A., Xu X. et al. Comparison of estrogens and estrogens metabolites in human breast tissue and urine // *Reprod. Biol. Endocrinol.* – 2010. – № 8. – P.93.

Рецензенты:

Шихлярова Алла Ивановна, доктор биологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник Южного научного центра РАН, г. Ростов-на-Дону.

Максимов Геннадий Константинович, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Южного научного центра РАН, г. Ростов-на-Дону.