

Отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы после реконструктивных операций с использованием силиконовых эндопротезов

М.Л. Ярыгин¹, М.А. Кариженская²

¹ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ,
²ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

В последнее время реконструктивные операции становятся важным этапом комплексного лечения рака молочной железы (РМЖ). Проведен анализ 120 реконструктивных операций у больных РМЖ: 81 (67,5%) одномоментной операции и 39 (32,5%) отсроченных реконструктивных операций с использованием силиконовых эндопротезов. Основным критерием оценки результатов лечения в онкологии является общая и безрецидивная выживаемость. Анализ выживаемости в зависимости от вида и сроков выполнения реконструктивной операции выявил различия в выживаемости больных РМЖ после одномоментных и отсроченных операций.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивные операции, силиконовые эндопротезы, общая и безрецидивная выживаемость.

120 reconstructive surgeries performed in women with breast cancer have been analyzed: 81 (67.5%) were one-step surgeries and 39 (32.5%) were delayed reconstructive surgeries with silicon endoprotheses. The basic criteria for assessing results of treatment in oncologic patients is total and recurrent-free survival. The analysis performed has revealed difference in survival of patients with breast cancer after one-step and delayed operations depending on the type and terms of reconstructive surgeries.

Key words: breast cancer, reconstructive surgeries, silicon endoprotheses, total and recurrent-free survival.

Одним из критериев оценки результатов лечения в онкологии является выживаемость, как общая, так и безрецидивная. Улучшение качества жизни является важным компонентом при реконструктивных операциях, но главное – не ухудшить отдаленные результаты лечения РМЖ [1–3, 9].

Длительное время проводили дискуссию о сроках проведения реконструктивных операций у больных РМЖ – одномоментно с радикальной мастэктомией или в несколько этапов, целесообразности проведения тако-

го лечения при неблагоприятном прогнозе заболевания [3, 9]. Не менее важным представлялось изучение влияния характера и вида реконструктивной операции на отдаленные результаты лечения [3, 5].

Изучены результаты лечения 120 больных РМЖ, которым выполнены реконструктивные операции молочной железы с использованием силиконовых эндопротезов: 81 (67,5%) больной – одномоментная реконструкция и 39 (32,5%) – отсроченная операция.

Одномоментную операцию с реконструкцией молоч-

Таблица 1

Выживаемость больных РМЖ в зависимости от стадии заболевания (n = 120)

Показатель	Стадия						Всего
	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb-IIIc	не известна	
Число больных: абс.	27	30	20	7	17	19	120
%	22,5	25,1	16,8	5,4	14,3	15,9	100
Одномоментные операции	16	22	13	5	13	12	81
Отсроченные операции	11	8	7	2	4	7	39
Общая выживаемость, %							Средняя
1-летняя	99,3±0,3	98,1±0,3	99,2±0,8	100	88,8±11,2	100	97,6±0,8
3-летняя	95,6±3,6	92,6±5,0	88,2±7,9	100	73,1±16,3	94,4±5,4	96,3±2,4
5-летняя	88,9±9,8	86,4±7,6	80,1±10,5	100	48,6±22,7	94,4±5,4	82,0±3,6
10-летняя	82,7±9,5	81,4±6,7	60,9±19,9	66,7±27,2	38,0±23,3	93,0±6,0	62,1±4,4
Безрецидивная выживаемость, %							
1-летняя	96,3±3,6	93,1±4,7	94,4±5,4	100	85,0±4,9	100	95,8±1,7
3-летняя	90,3±6,7	85,9±6,5	82,7±12,4	96,4±3,3	62,9±11,7	94,4±5,4	87,6±0,4
5-летняя	82,8±9,5	81,4±7,5	67,8±6,9	88,0±5,6	46,7±9,2	83,3±8,8	79,9±3,6
10-летняя	78,0±9,7	59,1±6,7	45,8±20,9	63,4±9,8	32,1±20,0		62,1±4,5

Таблица 2

Выживаемость больных РМЖ в зависимости от времени выполнения реконструктивной операции (в %)

Вид операции	Число больных	Выживаемость			
		1-летняя	3-летняя	5-летняя	10-летняя
Отсроченная	39	98,7±1,2	97,2±3,9	82,2±5,3	75,6±8,7
Одномоментная	81	98,7±1,2	89,2±3,9	65,2±5,3	57,4±6,6
Всего...	120	97,6±0,8	96,2±1,5	79,9±3,6	59,4±4,4

ной железы с использованием силиконовых эндопротезов проводили в течение месяца после установления диагноза и обращения пациентки, если не было необходимости в предоперационной лучевой и/или лекарственной терапии.

Отсроченную операцию выполняли в сроки от 0,6 года до 5 лет, а порой через 8 лет и более. С одной стороны, это было связано с проводимой в послеоперационном периоде лекарственной и/или лучевой терапией, с другой – с желанием некоторых пациенток провести реконструктивную операцию через несколько лет после комбинированной или комплексной терапии по поводу рака.

В табл. 1 приведены данные о выживаемости и продолжительности жизни больных РМЖ с учетом стадии заболевания.

Высокая средняя (общая и безрецидивная) выживаемость при РМЖ в исследуемой группе пациенток связана с тем, что более чем у половины из них были начальные стадии заболевания (I – IIА) – 57 (47,6%) женщин (предоперационный отбор больных).

Полученные результаты показывают, что по мере распространения опухолевого процесса (увеличения стадии заболевания) отдаленные результаты выживаемости ухудшаются ($p=0,01$).

Результаты общей и безрецидивной выживаемости больных РМЖ представлены на рис. 1 и 2.

Также была проанализирована выживаемость больных в зависимости от сроков выполнения операции (табл. 2).

Сроки выполнения реконструктивной операции на молочной железе не оказывают существенного влияния на отдаленные показатели общей выживаемости больных. Имеются только статистически значимые различия в 5- и 10-летней выживаемости ($p=0,05$), что скорее всего связано с подбором больных – в группе одномоментных опе-

раций было больше больных со II–III стадией РМЖ, чем в группе отсроченных операций.

В связи с постоянной дискуссией о времени проведения отсроченных реконструктивных операций у больных РМЖ [6, 8, 9] была изучена общая и безрецидивная выживаемость, а также продолжительность жизни с учетом интервала «радикальная мастэктомия – реконструкция» (табл. 3).

Анализ полученных результатов показал, что чем позже проводится отсроченная реконструктивная операция на молочной железе, тем отдаленные результаты выше.

Для анализа полученных отдаленных результатов в зависимости от характера реконструктивной операции больные разделены на следующие группы:

– **1-я группа** – радикальная мастэктомия с одновременной реконструкцией молочной железы с использованием эндопротеза (имплант, экспандер, экспандер-эндопротез) – 52 пациентки;

– **2-я группа** – радикальная мастэктомия с сохранением кожи и одномоментной реконструкцией эндопротезом (импланты, экспандеры, экспандер-эндопротезы) – 19 больных;

– **3-я группа** – радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией эндопротезом (имплант, экспандер-эндопротез, эндопротез) и + торакодорсальный лоскут (ТДЛ) – 10 больных;

– **4-я группа** – отсроченная реконструкция с использованием эндопротезов (экспандеры, импланты, экспандер-эндопротезы) – 31 пациентка;

– **5-я группа** – отсроченная реконструкция с использованием эндопротезов + ТДЛ (экспандеры, экспандер-эндопротезы) – 8 человек.

При использовании силиконового экспандера при реконструктивной операции на молочной железе после формирования полости необходимых размеров проводили второй этап – замену его на имплант или экспандер-эндопротез.

Оценка выживаемости и продолжительности жизни с учетом сформированных групп по видам операции представлена в табл. 4.

При анализе выживаемости больных РМЖ, объединенных по группам с учетом однотипности операций (но с использованием разных эндопротезов), существенных различий в выживаемости между 4-й и 5-й группой не отмечено. Более низкие показатели в 1-й группе связаны с тем, что у 20 (37%) из 52 больных была местнораспространенная форма РМЖ (IIb – IIIc стадии), что сказалось на показателях 1-, 3- и 5-летней выживаемости больных (рис. 3).

Как видно на рис. 3, небольшие отклонения от средних показателей общей выживаемости у различных групп

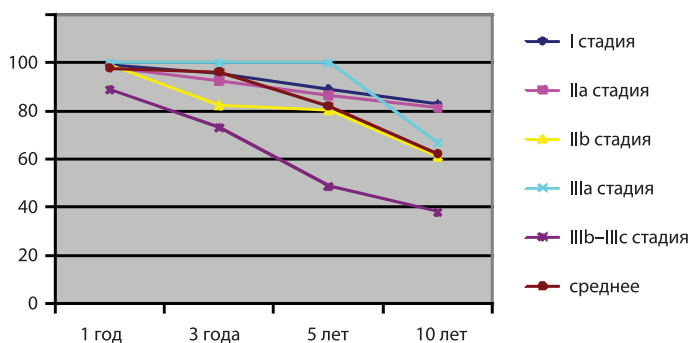


Рис. 1. Общая выживаемость больных РМЖ.

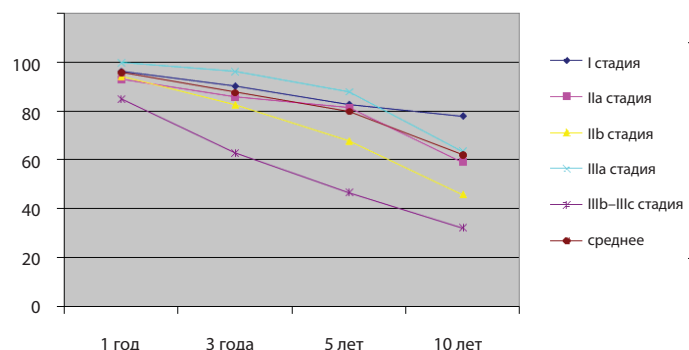


Рис. 2. Безрецидивная выживаемость больных РМЖ.

Таблица 3
Общая и безрецидивная продолжительность жизни и выживаемость в группе больных РМЖ с отсроченными реконструктивными операциями в зависимости от временного интервала «лечение – реконструкция»

Интервалы «операция – реконструкция»	Продолжительность жизни, мес			Общая выживаемость, %						Безрецидивная выживаемость, %					
	общая	до реконструкции	после реконструкции	1-летняя	3-летняя	5-летняя	10-летняя	число больных	1-летняя	3-летняя	5-летняя	10-летняя	число больных		
0–1	83,8	7,0±5,5	76,8	91	57,5	28,3	27,3	11	85,7	54,1	27,6	27,3	8		
1,1–2	95,0	17,7	77,3	100	88,9	44,4	22,2	9	100	70	30	10	9		
2,1–3	45,6	28,0	17,6	100	80,0	20,0	0	5	100	70	20	0	4		
3,1–4	140,5	43,0	97,5	100	100	100	100	2	100	100	100	50	1		
4–5	100	56,0	44,0	100	100	100	0	2	100	100	100	0	2		
5 и более	175,9	93,3	82,6	100	100	100	80	10	100	100	100	80	10		
Среднее	108,8	40,8	68,0	98,7±1,2	89,2±3,9	82,2±5,3	75,6±8,7	39	96,7±1,2	87,9±2,7	65,3±2,7	57,4±17,3	34		

Таблица 4
Сгруппированная по видам операций выживаемость и продолжительность жизни у больных РМЖ

Группа больных	Число больных		Средняя продолжительность жизни, мес	Выживаемость, %			
	абс.	%		1 год	3 года	5 лет	10 лет
1-я	52	45,0	73,6±13,1	84,0	57,5	47,6	27,8
2-я	19	8,3	56,4±18,6	80,0	77,5	32,5	32,5
3-я	10	15,8	52±19,8	94,7	78,9	42,1	5,3
4-я	31	24,2	102,1±15,6	96,4	80,4	60,5	46,6
5-я	8	6,7	160,5±23,4	100,0	87,5	50,0	37,5
Всего...	120	100,0	73,9±6,8	89,5	69,7	50,8	36,7

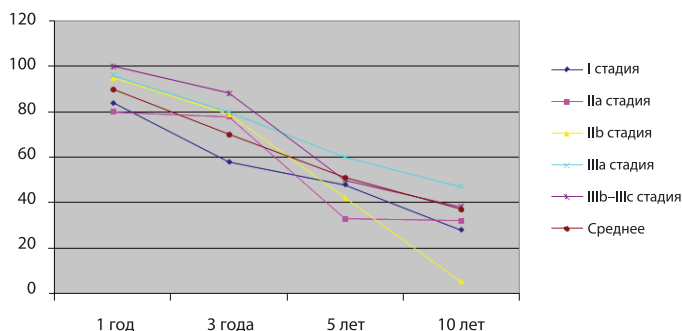


Рис. 3. Выживаемость больных РМЖ по группам в зависимости от вида реконструктивной операции.

имеются, но они статистически недостоверны. Резкое уменьшение общей выживаемости у больных 3-й группы (радикальная мастэктомия с сохранением кожи и одномоментной реконструкцией с использованием эндопротезов) к 10-му году наблюдения можно объяснить, с одной стороны, небольшим сроком наблюдения – в среднем $52,9 \pm 15,8$ мес, с другой – проведением лечения у 7 (36,8%) больных в IIb–IIIb стадиях РМЖ, что сказалось на отдаленных результатах. Средняя продолжительность жизни после реконструктивных операций составила $73,9 \pm 6,8$ мес, т.е. более 6,5 года, в то время как безрецидивная – $69,6 \pm 6,2$ мес (5,5 года).

В то же время при отсроченных операциях на молочной железе прогрессирование РМЖ отмечено в 8–14% случаев, несмотря на то, что число больных со IIb – IIIc стадиями составило 33,3% от общего числа пациентов. Связано это с тем, что операцию выполняли тем женщинам, которые пережили критический период возможной генерализации опухолевого процесса (по данным литературы, у 80% больных РМЖ, если происходило прогрессирование опухоли, то обычно в первые 3 года после лечения [3, 6–8]).

В случае выявления генерализации процесса у больных РМЖ перед отсроченной реконструктивной операцией оперативное вмешательство не производили, что объясняет высокие результаты выживаемости.

Таким образом, при проведении одномоментных реконструктивных операций при местно-распространенных процессах показания к выполнению их должны быть обоснованными.

Для удобства оценки продолжительности жизни у больных РМЖ, как и при изучении выживаемости, па-

Таблица 5

Продолжительность жизни больных РМЖ в зависимости от сроков выполнения реконструктивной операции (M+m)

Группа больных	Число больных		Продолжительность жизни при одномоментной операции, мес		Продолжительность жизни при отсроченной операции, мес		
	абс.	%	общая	безрецидивная	общая	2-й этап	безрецидивная
1-я	52	45	76,6±13,7	64,4±13,7	—	—	—
2-я	10	8,3	56,4±27,4	42,7±24,8	—	—	—
3-я	19	15,8	52,3±19,8	52,0±11,2	—	—	—
4-я	31	24,2	—	—	102,8±16,6	72,2±17,9	101,2±48,6
5-я	8	6,7	—	—	160,5±23,7	114,6±1,9	109,3±74,6
Среднее	120	100	68,4±16,8	58,8±14,5	114,6±22,7	80,9±14,6	102,9±53,9

Примечание. Различия между 1, 3, 4-й и 2-5-й группами статистически достоверны: $p = 0,01$.

циентки были объединены в группы в зависимости от характера и вида проведенной реконструктивной операции (табл. 5).

Невысокие показатели продолжительности жизни при ряде операций (подкожная радикальная мастэктомия +эндопротез Беккера +ТДЛ) связаны с небольшим сроком наблюдения за больными.

Отмечены статистически достоверные различия в показателях продолжительности жизни больных, перенесших одномоментные и отсроченные реконструктивные операции на молочной железе ($p = 0,01$).

Полученные данные о продолжительности жизни для наглядности представлены на рис. 4 и 5.

Более высокие показатели продолжительности жизни в группе отсроченных операций можно объяснить как подбором больных (меньшее число больных с местно-

распространенной формой РМЖ), так и, как в случае изучения выживаемости больных, более поздними сроками начала 2-го этапа лечения (более 70 мес), когда вероятность возможного прогрессирования РМЖ резко снижается.

Таким образом, проведенный анализ выживаемости, продолжительности жизни больных РМЖ в зависимости от характера и вида реконструктивных операций на молочной железе с использованием силиконовых эндопротезов показал, что отдаленные результаты лучше при проведении отсроченных операций и не зависят от вида оперативного вмешательства. Основное значение имеет стадия заболевания РМЖ, при которой начато лечение, и время проведения реконструктивной операции на молочной железе.

Литература

1. Блохин С.Н., Лактионов К.П., Дадькина И.Ю. и др. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* — 1997. — №3 — С. 59–63.
2. Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии. / А.М. Боровиков. — Тверь: Издательство ООО «Губернская медицина», 2000. — С. 5.
3. Летьягин В.П. Первичные опухоли молочной железы: Практическое руководство для врачей / — М.: Миклош, 2004. — С. 34.
4. Пшениснов, К.П., Сажиев В.В. Реконструкция молочной железы после онкологических заболеваний. /Избранные вопросы пластической хирургии/ - 2008. — Т. 1, №16. — 68 с.
5. Соболевский В.А., Егоров Ю.С., Крохина О.В. Варианты реконструктивных оперативных вмешательств у больных раком молочной железы. *Вместе против рака.* — 2007. — № 1–2. — С. 10–14.
6. Handel N. A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants /N. Handel, T. Cordray, J. Gutierrez et al. // *Plast Reconstr Surg.* — 2006. — Mar. — 53. 117(3): 757– 6.
7. Rigotti G. New approach in immediate expander-prosthesis breast reconstruction: 267 consecutive cases using semilunar vs traditional expanders, different patterns of skin incisions and purse-string wound closures. // *Eur J Plast Surg* 2002, 24(7): 328–332.
8. Spear, S.L. Aesthetic subunits of the breast /S.L. Spear, S.P. Davison // *Surgery of the breast: principles and art/aditor, Scott L. Spear.* — 2n ed. — 2006. — P. 657.
9. Ward CM. Delayed reconstruction of the breast after mastectomy. // *Ann Roy Coll Sueg Engl* 1989, Vol. 71, №3: 182–186.

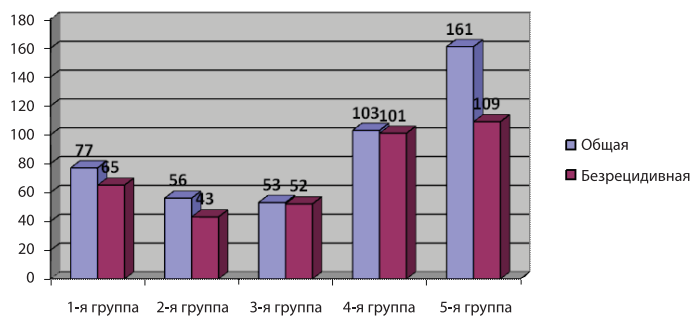


Рис. 4. Продолжительность жизни больных РМЖ в зависимости от сроков выполнения операции (в мес).

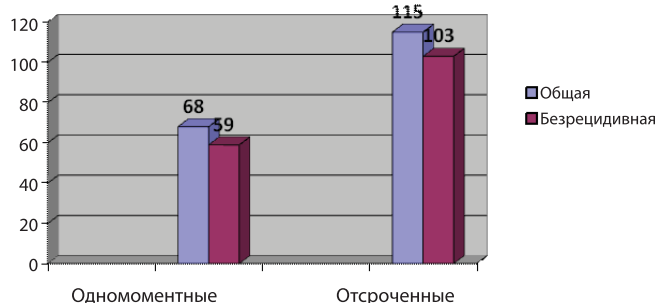


Рис. 5. Средняя продолжительность жизни в зависимости от сроков выполнения операции (в мес).