

М. Х. АИРАПЕТЯН, В. С. БАРСЕГЯН, Ф. О. АРЗУМАНЯН

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исследовалось влияние объема оперативного вмешательства на прогноз заболевания в зависимости от распространения опухолевого процесса. Показано значение объема оперативного вмешательства и целесообразность экономных операций при раке молочной железы.

Рак молочной железы в настоящее время является одной из главных причин смертности женщин в возрасте от 45 до 55 лет [1—3]. Если оперативное вмешательство остается основным методом лечения первичного очага и метастазов в регионарных лимфатических коллекторах, то объем удаляемых тканей за последние годы пересматривается.

При оперативном лечении рака молочной железы необходимо придерживаться следующих принципов: соблюдения правил абластики, антибластических мероприятий, радикализма вмешательства. Радикализм вмешательства непосредственно связан с абластикой и антибластикой и в первую очередь обуславливается удалением органа, пораженного опухолью, и регионарных лимфатических узлов в пределах анатомической зональности и фасциальных футляров [4]. Указанный принцип радикализма остается основным и при раке молочной железы, хотя в определенных фазах развития опухоли и при дополнительных лечебных воздействиях допустимы сберегательные операции, позволяющие сохранить часть анатомических структур в косметических и функциональных целях, без ущерба для радикализма.

В настоящей работе представлен анализ клинико-морфологических данных 473 больных раком молочной железы, первично леченных и прослеженных в отделении кафедры онкологии Ереванского медицинского института. Информация о состоянии больных была получена на основании диспансерных наблюдений, изучения записей в журналах ведения больных и запросов в поликлиники по месту жительства. Причина смерти больных уточнялась по сообщениям из отделов ЗАГСа, по данным протоколов вскрытия, ответам родственников на запросы. Дальнейшая судьба больных после лечения прослежена в 100% случаев.

Больные были в возрасте от 24 до 84 лет (средний возраст—51, 5 лет). Давность появления первых симптомов заболевания колебалась от нескольких дней до 3 лет и более. Обе молочные железы поражались почти одинаково. Опухоль часто локализовалась в верхне-наружном (67, 5%), верхне-внутреннем (5%), ниже-внутреннем (3%), ниже-наружном квадрантах (4, 5%). Центральная форма рака имела место у 10% больных. Стадийность заболевания определялась с учетом размеров первичной опухоли и наличия регионарных и отдаленных метастазов.

Как видно из табл. 1, выживаемость больных обратно пропорциональна стадии заболевания. Так, если при I стадии 5-летняя выживаемость

мость составляла 91,9%, то при III^б стадии—27,7% (разница статистически достоверна, $P < 0,05$).

Оценка эффективности различных методов хирургического лечения рака молочной железы строилась на основании изучения отдаленных результатов (табл. 2). При I и II^а стадиях заболевания применялось только оперативное лечение без дополнительной предоперационной специфической терапии, при II^б и III^б стадиях проводилась предоперационная и послеоперационная терапия.

Таблица 1

Выживаемость больных раком молочной железы в зависимости от стадии заболевания

Стадия	Общес число больных	Прож. 5 лет и более	
		число больных	в % к общему числу (M+m)
Все градации	473	281	59,4±2,3
I	62	57	91,9±3,5
II ^а	122	89	72,9±4,9
II ^б	168	97	57,6±3,8
III ^а	38	15	39,5±7,9
III ^б	83	23	27,7±4,9

Примечание. $P < 0,05$.

Таблица 2

Характеристика хирургического вмешательства у больных раком молочной железы

Вид операции	Число больных	В % к числу больных
Все виды	473	100
Расширенная секторальная резекция	41	8,6
Радикальная мастэктомия по Холстеду	337	71,4
Модифицированная, так называемая ограниченная, мастэктомия по Пейти	95	20,0

Радикальная мастэктомия по Холстеду рассматривалась как основной вид оперативного лечения рака молочной железы. Она заключалась в одномоментном одноблочном удалении всей молочной железы с большой и малой грудными мышцами, подмышечной, подключичной, подлопаточной клетчаткой в пределах анатомических футляров.

Модифицированная, или так называемая ограниченная, радикальная мастэктомия по Пейти предусматривает сохранение большой грудной мышцы с целью лучшей последующей функциональной реабилитации. Такие операции выполнялись у ослабленных больных, преимущественно преклонного возраста.

Расширенные секторальные резекции (удаление сектора одним блоком с подмышечной клетчаткой) выполнялись у больных преклон-

ного возраста, при тяжелых сопутствующих заболеваниях, при отказе от радикальной операции, а также при локализации опухоли в верхне-наружном квадранте молочной железы.

Таблица 3

Отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы в зависимости от объема оперативного вмешательства и стадии заболевания

Стадия заболевания	Число больных	Объем оперативного вмешательства								
		расширен. секторальные резекции			радикальн. мастэктомии по Холстеду			модифицир. радикал. мастэкт. по Пейти		
		число больных	из них прожили 5 лет и более		число больных	из них прожили 5 лет и более		число больных	из них прожили 5 лет и более	
			число больных	в % к числу больных		число больных	в % к числу больных		число больных	в % к числу больных
Все градации	473	41	29	70,7±7,1	337	209	62,0±2,6	95	43	45,3±5,1
I	62	22	18	81,8±8,2	35	34	97,1±2,8	5	5	85,7±3,7
II ^a	122	11	7	63,6±14,5	82	64	78,1±4,6	29	18	62,1±9,0
II ^b	163	8	4	55,5±17,6	139	81	58,3±4,2	21	12	57,1±10,8
III ^a	38	—	—	—	20	11	55,0±11,1	18	4	22,2±9,8
III ^b	83	—	—	—	61	19	31,1±5,9	22	4	18,1±8,2

С целью определения прогностического вида хирургического вмешательства у исследуемого контингента больных мы провели сопоставление объема оперативного вмешательства со стадией заболевания (табл. 3). Как видно из данных табл. 3, при всех стадиях заболевания лучшие отдаленные результаты получены при радикальной мастэктомии по Холстеду. Несмотря на то, что при I стадии удалось достичь хороших отдаленных результатов лечения при расширенной секторальной резекции и мастэктомии по Пейти, однако процент выживаемости больных при радикальной мастэктомии по Холстеду был выше.

При III^a и III^b стадиях заболевания расширенные секторальные резекции не выполнялись. Что касается сравнения отдаленных результатов мастэктомии по Холстеду и Пейти в III^a и III^b стадиях, то лучшие данные получены при мастэктомии по Холстеду (55,0 и 22,2% соответственно).

Полученные результаты показывают, что радикальные мастэктомии по Холстеду надо рассматривать как основной вид оперативного лечения рака молочной железы. Модифицированная мастэктомия по Пейти, несмотря на гладкий послеоперационный период и лучшие функциональные результаты у престарелых и ослабленных больных, уравновешивающие относительную нерадикальность вмешательства, все же не должна выполняться при распространенных опухолевых процессах в подмышечно-подключичном коллекторе. Что касается расширенных секторальных резекций, то они, несомненно, имеют лучший косметический эффект. Однако показаниями к таким операциям следует считать I стадию заболевания, расположение первичного опухолевого оча-

та в верхне-наружном квадранте молочной железы, отказ от мастэктомии; наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

В заключение следует подчеркнуть, что при оперативном лечении рака молочной железы нельзя придерживаться только сберегательных или, напротив, расширенных операций. Во всех случаях определяющим моментом является распространение опухолевого процесса, а также ряд факторов, характеризующих биологические свойства организма (возраст, сопутствующие заболевания, общее состояние и др.). В каждом случае следует выбирать рациональную лечебную тактику, обеспечивающую оптимальные результаты лечения.

Кафедра онкологии Ереванского
медицинского института

Поступила 28/IX 1986 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ, Վ. Ս. ԲԱՐՍԵՂՅԱՆ, Ֆ. Օ. ԱՐԶՈՒՄԱՆՅԱՆ

ԿՐԻՔԱԳԵՂՉԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅԱՆ
ԾԱՎԱԼԻ ԿԱՆԽԱԳՈՒՇԱԿԻՉ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Տրված է կրծքագեղձի քաղցկեղով վիրահատված հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքների վերլուծությունը:

Ցույց է տրված վիրահատական միջամտության ծավալի նշանակությունը և էկոնոմիական վիրահատությունների նպատակահարմարությունը կրծքագեղձի քաղցկեղի ժամանակ:

M. KH. HAIRAPETIAN, V. S. BARSEGHIAN, F. O. ARZOUMANIAN
PROGNOSTIC VALUE OF THE SCOPE OF THE SURGICAL
INTERVENTION IN COMEDOCARCINOMA

The effect of the scope of surgical intervention on the prognosis of the disease has been studied, depending on the prevalence of the process. The significance of the surgical intervention and the expediency of the economic operations in case of comedocarcinoma are shown.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дымарский Л. Ю. Рак молочной железы. Л., 1980.
2. Мерабишвили В. М., Дымарский Л. Ю. *Вопр. онкол.*, 1978, 8, с. 9.
3. Напалков Н. П., Церковный Г. Ф., Мерабишвили В. М., Преображенская М. Н. *Вопр. онкол.*, 1978, 6, с. 8.
4. Раков А. И. В сб.: Труды Института онкологии АМН СССР. Л., 1960, с. 16.

УДК616.127—005.8:616.155

Г. О. БАДАЛЯН, Н. Г. ЕПИСКОПОСЯН

ЭФФЕКТЫ ТРЕНТАЛА НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ
ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Установлено, что трентал в дозах, соответствующих терапевтическим, в условиях *in vitro* обнаруживает способность угнетать аллиан-индуцированную агрегацию суспен-