

УДК 616.19-003.4-089.873

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.64-65

Локальные изменения молочной железы после хирургического лечения внутрипротокового папилломатоза

А.В. Гончаров¹, В.И. Апанасевич^{1,2}

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова 2), ² Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (690091, г. Владивосток, ул. Уборевича, 30/37)

Проведены ретроспективный анализ и послеоперационное обследование 10 пациенток 35–68 лет, оперированных по поводу внутрипротокового папилломатоза молочных желез. В пяти случаях в срок от 6 до 12 месяцев после операции отмечено появление новых кист диаметром 5–13 мм дистальнее зоны вмешательства. Таким образом, существует потребность в минимизации операционной травмы, разработке и внедрении более щадящих протоки молочной железы оперативных техник.

Ключевые слова: центральная резекция молочной железы, киста молочной железы, дуктэктазия.

Внутрипротоковые папилломы (ВПП) – широко распространенное заболевание молочной железы, на долю которого приходится около 5 % пролиферативных процессов в органе [7]. Существуют два альтернативных подхода к ведению пациентов с этим заболеванием: хирургическое лечение и выжидательная тактика при отсутствии признаков злокачественности при маммографии и цитологическом исследовании [5]. Однако папилломы не имеют классических признаков на маммограммах, представляя собой сгущение структуры железы [6]. Чувствительность же цитологического метода верификации злокачественных новообразований молочной железы составляет от 45 до 82 % с 0,9–2,6 % ложноположительных результатов [10]. При этом вероятность малигнизации ВПП доходит до 29 %, в связи с чем необходимость оперативного лечения, по нашему мнению, не вызывает сомнений [8]. В то же время различные патологические процессы, связанные с оперативным вмешательством по поводу ВПП (в частности, фиброзно-кистозная болезнь – ФКБ), в отдаленном периоде развиваются с частотой до 25 % [4], поэтому вопросы хирургического лечения этих новообразований требуют большого внимания.

Стандартный подход к оперативному лечению ВПП – иссечение центральных протоков молочных желез трансареолярным доступом [1, 3]. Это впоследствии может нарушать функцию лактации, а также затруднять диагностику внутрипротоковых поражений органа дистальнее зоны оперативного вмешательства.

Материал и методы

В 2013 г. на базе ООО «Маммологический центр» обследовано и пролечено 10 пациенток 35–68 лет с ВПП, подтвержденными гистологически. В девяти случаях процесс был односторонним, и одна женщина имела билатеральное поражение молочных желез

Апанасевич Владимир Иосифович – д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии ТГМУ; e-mail: oncolog222@gmail.com

(таким образом, можно говорить об 11 клинических наблюдениях). Во всех случаях перед оперативным вмешательством выполнялись сонография, цитологическое исследование отделяемого из сосков и дуктография молочных желез. В течение 6–12 месяцев после оперативного вмешательства всем пациенткам выполнено повторное ультразвуковое исследование.

Результаты исследования

Диффузная патология молочной железы в виде кист, аденоза или эктазии протоков до операции не была зарегистрирована в десяти клинических наблюдениях (9 женщин). Только у одной пациентки 68 лет диагностирована двусторонняя дуктэктазия с расширением протоков до 3–4 мм.

После операции у четырех пациенток в оперированной железе выявлено от 1 до 8 кист размером 5–13 мм в проекции вмешательства ближе к периферии органа. У женщины с билатеральным поражением в каждой железе обнаружено по две кисты размером от 6 до 25 мм. В ранее упомянутом случае с дуктэктазией расширение протоков сохранилось и после операции, однако появления кист зафиксировано не было. У четырех женщин никаких дополнительных образований в молочной железе не найдено.

Обсуждение полученных данных

При изучении локальных последствий центральной резекции молочной железы по поводу ВПП была выявлена тенденция к формированию кист. В пяти случаях (50 % выборки) отмечено образование новых кист дистальнее зоны оперативного вмешательства. Это значительно больше, чем распространенность кист в общей популяции женщин [2]. В среднем, на нашем материале в оперированной железе в срок от 6 до 12 месяцев появлялось до трех кист, средний диаметр которых составил 10,3 мм, что служит показанием для тонкоигольной аспирации их содержимого [2, 9].

Возраст четырех из пяти пациенток с послеоперационными кистозными изменениями молочных желез был менее 40 лет.

Тенденция к развитию фиброзно-кистозной болезни у молодых женщин после центральной резекции молочной железы по поводу ВПП говорит о необходимости более детального изучения вопроса локальных осложнений подобных оперативных вмешательств и свидетельствует в пользу внедрения здесь малоинвазивных протокосберегающих операций.

References

1. Jatoi I., Kaufmann M., Petit J.Y. Atlas of Breast Surgery / translated from English, edited by N.I. Rozhkova, V.D. Chkhikvadze. M.: GEOTAR-Media, 2009. 144 p.
2. Mastology: national guidance / edited by V.P. Kharchenko, N.I. Rozhkova. M.: GEOTAR-Media, 2009. 328 p.
3. Seminar on clinical mastology / edited by M.I. Davydov, V.P. Letyagin. M.: ABV-Press, 2006. 104 p.
4. Khanafiev G.Kh., Berzin S.A., Maltseva U.Yu., Mazur A.E. Luminal-like breast papilloma. Problems of pathogenesis, treatment and prevention of the luminal-like breast cancer // Women Reproductive System Tumors. 2011. No. 4. P. 42–45.
5. Burton S., Li W.Y., Himpson R. [et al.]. Microdochectomy in women aged over 50 years // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2003. Vol. 85, No. 1. P. 47–49.
6. Fatemi Y., Hurley R., Grant C. [et al.]. Challenges in the management of giant intraductal breast papilloma // Clin. Case. Rep. 2015. Vol. 3, No. 1. P. 7–10.
7. Lewis J.T., Hartmann L.C., Vierkant R.A. [et al.]. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma // Am. J. Surg. Pathol. 2006. Vol. 30., No. 6. P. 665–672.

8. Li X., Weaver O., Mohamed M. [et al.]. Microcalcification is an important factor in the management of breast intraductal papillomas diagnosed on core biopsy // Am. J. Clin. Path. 2012. Vol. 138, No. 6. P. 789–795.
9. Ponka D, Baddar F. Breast cyst aspiration // Canadian Family Physician. 2012. Vol. 58, No. 11. P. 1240.
10. Singh A., Singh N.J., Vatsala M., Singh P. Diagnosis of a nonpalpable intraductal papilloma without radiological abnormality by nipple discharge smear examination: A case report // Breast Cancer (Auckl.). 2014. Vol. 8. P. 69–72.

Поступила в редакцию 04.07.2016.

LOCAL CHANGES IN THE BREAST AFTER SURGERY FOR INTRADUCTAL PAPILLOMATOSIS

A.V. Goncharov¹, V.I. Apanasevich^{1,2}

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation), Regional Clinical Centre of Specialized Types of Medical Care (30/37 Uboevicha St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Objective. Central resection is the main treatment for intraductal papillomatosis of the breast. However, after such an operation, complications can arise in the form of the formation of cysts.

Methods. It was conducted the retrospective analysis and postoperative examination of 10 patients of 35–68 years old, operated on for intraductal papillomatosis.

Results. In five cases, after 6 to 12 months after surgery, noted the appearance of cysts distal to the intervention zone. Cyst size ranged from 5 to 13 mm.

Conclusions. This category of patients is necessary to minimize surgical trauma. There is a need to develop and implement the practice of intervention, sparing breast ducts.

Keywords: central breast resection, breast cysts, double ectasia.

Pacific Medical Journal, 2017, No. 1, p. 64–65.

УДК 616.317.2-006.6-085.849.114-089.87

DOI: 10.17238/Pmj1609-1175.2017.1.65–68

Лечение рака нижней губы

Р.А. Султанбеков, К.К. Джунушалиев, М.П. Саржевская, Э.С. Айтбаев, Г.О. Миненков

Национальный центр онкологии Кыргызской Республики (Кыргызская республика, 720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

Проведен анализ лечения 474 больных раком нижней губы. Лучевую терапию получили 385 человек, оперативные вмешательства выполнены 57 пациентам, комбинированное лечение проведено в 32 наблюдениях. Рецидивы опухоли чаще возникали после лучевой терапии, показатели 3- и 5-летней выживаемости оказались значительно выше после хирургического и комбинированного лечения.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак, лучевая терапия, хирургические вмешательства, комбинированное лечение.

Рак нижней губы – наружная, легкодоступная форма злокачественного новообразования, и его ранняя диагностика не представляет особых трудностей. Тем не менее практика показывает, что встречаются и запущенные формы рака данной локализации, это свидетельствует о диагностических ошибках и поздней обращаемости пациентов. Так, по данным M.J. Veness et al. [12] и M. Ezzoubi et al. [8], от 29 до 35,5 % больных на момент обращения имеют эту опухоль в стадиях Т₃ и Т₄.

Основными методами лечения рака нижней губы являются лучевая терапия и хирургическое вмешательство, но до настоящего времени единое мнение

об их эффективности отсутствует. Одни авторы рекомендуют проводить только облучение [5, 14], другие – хирургическое вмешательство [9, 13]. Последние свой выбор аргументируют лучшими отдаленными результатами и низкой частотой рецидивов. По данным R. Wilson et al. [14], рецидивы рака стадий Т₁ и Т₂ после лучевой терапии наблюдались в 15 и 44 % случаев, соответственно.

Противоречивые взгляды имеются и в отношении превентивных шейных диссекций лимфоузлов у больных без диагностированных лимфогенных метастазов. Одни авторы рекомендуют динамическое наблюдение [15], другие выступают за активную хирургическую тактику [10]. Так, A. Bucur и L. Stefanescu [6],

Джунушалиев Кубанычбек Кашымбекович – д-р мед. наук, зав. отделением опухолей головы и шеи НЦОКР; e-mail: kuban_1961@mail.ru