



# ВЕСТНИК

Московского  
Онкологического  
Общества

**КОМБИНИРОВАННО-РАСШИРЕННЫЕ ЗАСЕДАНИЯ  
МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА –  
НОВЫЙ ФОРМАТ ОБСУЖДЕНИЯ  
РАЗРАБОТОК СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИИ**

**Интернет:** www.cancercenter.ru (ronc.ru) //www.rosoncweb.ru //www.netoncology.ru //www.elibrary.ru //www.oncodome.narod.ru

**№ 4  
(567)**

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.**

**2010**

**ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.**

**АПРЕЛЬ**

## ЗАСЕДАНИЕ № 567

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **22** АПРЕЛЯ 2010 г., в 17.00

В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ КЛИНИКИ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА Им. Н.Н.БЛОХИНА

**Председатели:** проф. А.И.Пачес, чл.-корр. РАН, проф. М.Р.Личиницер

**ПОВЕСТКА ДНЯ:**

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1) ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

**Доклад:**

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Портной С.М.

(Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

**Дискуссия, фиксированные выступления в прениях**

**Принципы лечения больных первично-операбельным раком молочной железы**

Бурлаков А.С. (Московская онкологическая клиническая больница № 62)

Колесников Р.В., Хмелевский Е.В. (РНЦ рентгенодиагностики)

Соболевский В.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Стряжковский Д.Л. (Московская онкологическая клиническая больница № 62)

Трофимова О.П. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

## **НОВЫЙ ФОРМАТ ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВА**



Проблемы лечения больных раком молочной железы лишь фрагментарно обсуждались в 2000-х гг. на заседаниях Московского Онкологического общества: «Сигнальный («сторожевой») лимфоузел рака молочной железы» (заседание №474; 25.01.01); «Рак молочной железы и беременность» (заседание №486; 28.03.02); «Хирургия рака молочной железы» (заседание №490; 26.09.02); «Лучевая терапия рака молочной железы» (заседание №508; 20.05.04); «Реабилитация после мастэктомии» (заседание №527; 20.04.06).

Разумеется, представляет интерес попытка обсуждения всей необъятной проблемы в целом. В этой связи организационный комитет Общества предлагает вначале – в **апреле** – рассмотреть вопросы (принципы; «стандарты») преимущественно хирургического лечения больных первично операбельными опухолями. См. формулировку повестки дня:

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 1) ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.** При этом, предполагается придать информационное насыщение следующей лечебной схеме:

*Лечение при I стадии ( $T_1N_0M_0$ ) предусматривает мастэктомию с сохранением грудных мышц (либо – радикальную органосохраняющую операцию) ± гормонотерапию. При II стадии ( $T_1N_1M_0$ ;  $T_2N_{0-1}M_0$ ;  $T_3N_0M_0$ ) проводится неоадьювантная химиотерапия + операция вышеуказанного объема (в случаях центральной локализации – мастэктомия + 6 курсов САФ). В отдельных случаях при IIIа стадии ( $T_{1-2}N_2M_0$ ;  $T_3N_{1-2}M_0$ ) назначается неоадьювантная химиотерапия (4-6 курсов) + мастэктомия + химио-лучевая терапия. Подлежат обязательному обсуждению возможности реконструкции молочной железы при I-III стадиях.*

В последующем, после анализа тематических предложений и дополнений появляется возможность органично перейти ко второй части заседания:

(См. продолжение на с.2.)

**НОВЫЙ ФОРМАТ; ВТОРАЯ ЧАСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЗАСЕДАНИЯ:**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 2) МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЕ И ДИССЕМНИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ. Обсуждение на этом заседании преимущественно затронет следующие жизненно важные вопросы:

*Возможности лечения отечно-инфильтративных форм рака молочной железы. Результаты «санационных» мастэктомий. Показания, возможности, результаты лечения при церебральных, костных, легочных метастазах; отдаленных метастазах рака молочной железы иных локализаций.*

Вниманию специалистов будет представлен разносторонний опыт Российского онкологического научного центра по обсуждаемой проблеме, состоится выявление положений, уязвимых для критики, и обсуждение преимуществ прогрессивных разработок.

Организационный комитет Общества полагает, что состоящее из двух частей («комбинированное») заседание, кроме того, станет еще и «расширенным» – по разнообразию тематических направлений, количеству онкологических учреждений, численности привлеченных к участию в нем заинтересованных специалистов.

Имеются весомые основания считать, что дополнения предложенной тематики, представления результатов собственных исследований, как правило, отражают рейтинг специалистов в нашем профессиональном сообществе.

# ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



## Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY № 567 (April 22, 2010)

**THE-STATE-OF-THE-ART IN THE TREATMENT OF BREAST CARCINOMA  
1) PRINCIPLES OF MANAGEMENT IN OPERABLE, STAGED I-II (IIIA) CASES**

**Report:** THE-STATE-OF-THE-ART IN THE TREATMENT OF OPERABLE BREAST CARCINOMA. By Prof. S.Portnoi (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

**Discussion:** TREATMENT PRINCIPLES IN PATIENTS WITH OPERABLE, STAGED I-II (IIIA) BREAST CARCINOMA. By Prof. A.Burlakov, Prof. D.Stroiakovsky et al. (Moscow Cancer Hospital #62); Dr. R.Kolesnikov, Prof. E.Khmelevsky (Russian Research Center of Roentgenology and Radiology); Prof. V.Sobolevsky, Prof. O.Trofimova (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

**Доклад:**

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Портной С.М.

(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

**Резюме:** Современная лечебная тактика при первично-операбельном раке молочной железы (I-II стадий) предусматривает хирургическое лечение в объеме органосохраняющей операции. В случае противопоказаний к органосохраняющему лечению (мультицентрический рост опухоли, признаки внутрипротокового роста значительной протяженности, невозможность проведения послеоперационной лучевой терапии) выполняется модифицированная радикальная мастэктомия ± одномоментная реконструкция. Основным критерий радикализма органосохраняющей операции – отсутствие элементов опухоли по линии резекции. Если размер опухоли не позволяет выполнить органосохраняющую операцию с приемлемым косметическим результатом, возникает необходимость неoadъювантной химиотерапии. Её вариант выбирается с учетом гистологических и иммуногистохимических характеристик опухоли. Органосохраняющая операция признается адекватным вариантом местного лечения только в сочетании с лучевой терапией. Адъювантная системная терапия проводится в соответствии с рекомендациями Консенсусной конференции экспертов (Сан-Галлен; 2009).

**Определение.** Первично-операбельным следует считать рак молочной железы (РМЖ) I-II стадии.

**Заболеваемость и смертность** от рака молочной железы в России за 30 лет возросли в 4 раза. Стандартизованные показатели заболеваемости и смертности на 100.000 населения составляли в 1970 г. 9,6 и 4,2; в 2000 г. – 38,3 и 17,2 соответственно. Статистика 2000-х гг. подтверждает дальнейший рост заболеваемости, но стабилизацию смертности от рака молочной железы. В 2007 г. в России РМЖ диагностирован у 51.865 женщин, умерло от этой болезни 23.064 пациентки (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2009).

**Факторы прогноза.** Помимо общеизвестных факторов прогноза – критерии TNM, число пораженных лимфатических узлов, гистологическая форма, рецепторы эстрогенов и прогестерона (РЭ и РП) – сравнительно новым фактором неблагоприятного прогноза стала гиперэкспрессия HER-2/neu. Рецепторы РЭ, РП и HER-2/neu являются также сильными предиктивными факторами, позволяющими планировать системную терапию.

**Стандарт хирургического лечения.** Общепринятым стандартом лечения, наряду с модифицированной радикальной мастэктомией, является выполнение органосохраняющих операций: 1) «широкие» клиновидные резекции (радикальная резекция, квадрантэктомия); 2) лампэктомия (от «lump» – кусок, комок; экономная резекция железы, выполняемая из двух доступов: через дугообразный разрез, ориентированный по кожным складкам, производится удаление опухоли, а через горизонтальный разрез в подмышечной области выполняется лимфодиссекция); 3) онкопластические резекции – хирургические вмешательства с одномоментным восстановлением формы и объема железы.

**Радикальность органосохраняющих операций.** Основным требованием к органосохраняющим операциям является их онкологическая безопасность, что подразумевает невысокую частоту местных рецидивов наряду с отсутствием проявлений отдаленных метастазов. Однако, неумелое выполнение органосохраняющих операций сопровождается значительной частотой местных рецидивов, сравнительно с аналогичным показателем после мастэктомии. Частота местных рецидивов после органосохраняющих операций достигает 20,7% за 3 года наблюдения (Добренский М.Н., 2004). Более того, при возникновении местного рецидива повышается вероятность диссеминации опухоли (возможно, рецидивная опухоль является источником диссеминации).

Отсутствие элементов опухоли по краю резекции – важнейший показатель адекватности органосохраняющей операции. Напротив, у больных с «позитивными» краями, по сравнению с больными, у которых не определялось элементов опухоли по краю резекции, в 3,7 раза чаще развивались отдаленные метастазы и в 3,9 раза – летальные исходы вследствие прогрессирования заболевания (Meric F. et al.; 2003). Еще один фактор, ставящий под сомнение радикальность органосохраняющих операций, – выявление опухолевых клеток в лимфатических/кровеносных сосудах. По нашим данным наличие клеток опухоли в сосудах повышает вероятность развития отдаленных метастазов после органосохраняющих операций и в этой связи, обуславливает необходимость назначения адьювантной терапии (Портной С.М., Лактионов К.П., 2005).

Органосохраняющие операции заслуженно являются одним из стандартов лечения раннего РМЖ, однако они не всегда могут обеспечить эффективность, равную эффективности модифицированной радикальной мастэктомии. Тщательный отбор больных, контроль краев резекции, проведение лучевой терапии – компоненты, позволяющие проводить адекватное органосохраняющее лечение. Дополнительные показания к выполнению органосохраняющих операций появляются в результате успешной неoadьювантной терапии по поводу больших по размеру опухолей, при которых невозможно планировать органосохраняющую операцию на I этапе лечения.

Возможности органосохраняющего лечения при **центральной локализации** опухоли ограничены следующими обстоятельствами: 1) после резекции центрального отдела происходит выраженная деформация железы; 2) удаление соска и ареолы наносит дополнительный косметический ущерб; 3) органосохраняющая операция является в абсолютном большинстве случаев неприемлемой при раке Педжета из-за внутрипротокового распространения опухоли. Ифилтративное внутрипротоковое распространение рака Педжета является причиной значительной частоты местных рецидивов: 14-40% за 5-6 лет клинического наблюдения (Pezzi C. et al.; 2004). В исследовании Европейской организации по исследованию и лечению рака (Bijker N., et al. 2001) отмечен один из наименьших показателей частоты рецидивов после органосохраняющего лечения по поводу рака Педжета: 5,2% за 6 лет наблюдения. Операции были выполнены 61 женщине; признаков инвазивного роста не определялось, опухолевого узла в железе у большинства из них (97%) не выявлялось. Всем пациенткам производилось удаление сосково-ареолярного комплекса с конической резекцией ткани центрального отдела железы. Подлежащий внутрипротоковый компонент не распространялся более чем за 5 см от соска, в краях резекции не выявлялось элементов опухоли. Во всех случаях проводилась лучевая терапия на молочную железу в стандартной дозе 50 Гр.

Очевидно, столь ранняя форма рака Педжета представляет большую редкость. Группа больных, соответствовавших вышеперечисленным критериям, была составлена в рамках кооперированного исследования, в котором принимали участие 14 Европейских онкологических центров в течение 11 лет (с 1987 по 1998). Таким образом, выявление одного случая, соответствовавшего критериям, при которых возможно выполнение органосохраняющей операции, происходило, в среднем, в течение 2,5 лет.

**Реконструктивные одномоментные операции после мастэктомии** к началу 2000-х гг. стали применяться достаточно часто. В настоящее время возросла необходимость в максимально точной оценке онкологической безопасности таких операций. Кроме того, важно уточнить, насколько успешно реконструкция устраняет психологическую проблему.

Для оценки онкологического риска 124 операций с первичной реконструкцией молочной железы – экспандером (14), лоскутом широчайшей мышцы спины с использованием эндопротеза (18), поперечным лоскутом прямой мышцы живота (92) – проведено сравнение сведений о течении заболевания после выполнения маммопластики с аналогичными показателями в группе из 379 больных, которым реконструкция железы не выполнялась. Группы были сопоставимы по основным прогностическим факторам (возраст, значения критериев «Т» и «N»), методам противоопухолевого лечения. Повышения частоты местных рецидивов и прогрессирования заболевания в группе пациенток с одномоментной реконструкцией железы не отмечено. Многофакторный анализ не выявил влияния реконструктивной операции на возникновение рецидивов.

У больных, перенесших реконструкцию молочной железы существенно реже наблюдалась депрессия; достоверно выше оказались оценки показателей по критериям «общительность», «радость», «активность», «счастье», «удовлетворенность профессией», «возможности для отдыха и развлечений» (Ткаченко Г.А. с соавт.; 2008). Таким образом, реконструктивные операции не ухудшают течения болезни и значительно улучшают психологическое состояние пациенток.

**Адювантная терапия.** Согласно консенсусному решению экспертов Международной конференции по адъювантной терапии рака молочной железы (Сан-Галлен; 2009) адъювантная системная терапия в случае инфильтративного РМЖ может не проводиться при наличии совокупности благоприятных факторов прогноза: размер новообразования до 2,0 см при отсутствии поражения регионарных лимфоузлов (T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>), I степень злокачественности опухоли, наличие в опухоли рецепторов эстрогенов и/или прогестерона, отсутствие выраженной перитуморальной инвазии сосудов, отсутствие гиперэкспрессии HER-2/neu, возраст пациентки более 35 лет. Остальным больным назначается адъювантная системная терапия. Адъювантная эндокринная терапия показана при наличии в опухоли РЭ и/или РП. Гормональная зависимость опухоли не исключает ее чувствительности к адъювантной химиотерапии. В случаях наличия показаний к адъювантной химиотерапии и к адъювантной эндокринной терапии в первую очередь проводится химиотерапия (Goldhirsch A. et al., 2009).

При РМЖ, имеющем характеристики РЭ-РП-HER-2/neu химиотерапия показана практически всем больным. Исключение составляют пациенты с pT<sub>1a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> и с редкими морфологическими формами опухоли (медулярный, апокриноклеточный и аденокистозный) при отсутствии поражения лимфатических узлов и других признаков значительного метастатического потенциала.

Гиперэкспрессия HER-2/neu является показанием к применению (помимо химиотерапии) трастузумаба (герцептина) в течение 1 года (за исключением случаев pT<sub>1a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>). Как было показано в серии рандомизированных исследований, применение трастузумаба в качестве адъювантной терапии на 50% снижает риск рецидива (Baselga J. et al., 2006).

Больным с гормонально-зависимыми опухолями (РЭ+ и/или РП+) помимо эндокринной терапии может проводиться и адъювантная химиотерапия, причем рекомендация по ее проведению является результатом анализа ряда дополнительных факторов. Возможно не проводить химиотерапию при высоких уровнях РЭ и РП, I степени злокачественности опухоли, низкой пролиферативной активности опухолевых клеток, отсутствии выраженной инвазии сосудов, размере опухоли не более 2,0 см, желании пациентки избежать химиотерапии, низкой вероятности прогрессирования болезни по данным анализа генов опухоли (Goldhirsch A. et al., 2009).

Адъювантная эндокринная терапия может проводиться самостоятельно или после завершения адъювантной химиотерапии. Больным репродуктивного периода назначается тамоксифен в дозе 20 мг/сут в течение 5 лет. Альтернативы могут рассматриваться при наличии противопоказаний к приему тамоксифена (хронический флеботромбоз, рецидивирующий полипоз эндометрия) или осложнений, связанных с терапией. Вариантом является сочетание любого вида подавления функции яичников с ингибиторами ароматазы (аримидекс, фемара, метрозол, др. препараты). Продолжительность терапии составляет не менее 5 лет. У больных, находящихся в постменопаузе, ингибиторы ароматазы показали свои преимущества перед тамоксифеном и могут быть использованы в виде единственного средства адъювантной эндокринной терапии, либо в виде препарата второй линии после 2-3-летнего применения тамоксифена. При этом общая продолжительность терапии должна быть не менее 5 лет. Если после 5-летнего применения тамоксифена назначается препарат второй линии, то продолжительность эндокринной терапии может составлять до 10 лет.

У мужчин стандартом адъювантной эндокринной терапии является прием тамоксифена по 20 мг в сутки в течение 5 лет (Goldhirsch A. et al., 2009).



*Дискуссия. Фиксированные выступления в прениях*

**ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ – ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ  
ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ  
ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Трофимова О.П. (РОНЦ им.Н.Н.Блохина)

Лучевая терапия – обязательный компонент комплексного лечения больных после органосохраняющих операций. Стандартом является облучение оставшейся части молочной железы с целью предотвращения развития местного рецидива РОД = 2 Гр 5 раз в неделю, суммарно до 50 Гр. Подведение указанной дозы связано с тем, что именно она, по мнению ряда исследователей, достаточна для разрушения микроскопических опухолевых очагов, возможно, располагающихся в поражённом органе. Проведение лучевой терапии после органосохраняющего лечения снижает частоту локальных рецидивов в 3-4 раза, что подтверждают результаты многих рандомизированных исследований.

С учетом факторов риска развития локального рецидива определяются и показания к **облучению ложа удалённой опухоли («boost»)** в дозе 10-20 Гр, что особенно актуально для пациенток моложе 50 лет. После выполнении адекватной лимфаденэктомии до II уровня при раннем раке молочной железы (не менее 10 удалённых л/узлов должно быть подвергнуто гистологическому исследованию) проведение адъювантной лучевой терапии на зоны регионарного метастазирования показано при поражении 4-х и более лимфатических узлов; облучение нецелесообразно при отсутствии метастазов в лимфатических узлах. Назначение адъювантной лучевой терапии пациенткам с поражением 1-3 лимфатических узлов определяется индивидуально.

**РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ  
В ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (рРМЖ)**  
Строяковский Д.Л. (Московская городская онкологическая больница №62)

«Ранним» традиционно считается рак молочной железы I и II стадии; «ключевым» лечебным методом при данной распространенности опухоли является хирургический. Однако, в значительном числе наблюдений, несмотря на диагностику опухоли в «ранней» стадии и выполнение считавшейся «радикальной» операции, выявляется местный рецидив и/или отдаленные метастазы. Основной целью адъювантной или неоадъювантной лекарственной терапии рРМЖ является снижение риска прогрессирования заболевания.

Определение показаний к проведению адъювантной химиотерапии и/или гормонотерапии после радикальной операции, (а также сочетаний неоадъювантной и адъювантной терапии) остается еще нерешенной задачей. Даже при нынешнем уровне знаний, нередки случаи, когда трудно дать ответ на многочисленные вопросы: Нужно ли проводить адъювантную (неоадъювантную) терапию? Если да, то какую именно и как долго?

Причиной столь сложных вопросов является гетерогенность рака молочной железы. Этот факт известен очень давно, но только в последнее время, становятся понятными молекулярные основы этой гетерогенности.

По сути, при одной локализации процесса – в молочной железе – имеются несколько заболеваний, которые различаются причинами возникновения злокачественного роста, генетическими нарушениями, клиническим течением и разным прогнозом болезни. Поэтому, при выборе адъювантной (или неоадъювантной) терапии рРМЖ должны учитываться следующие факторы: морфология и клинические проявления опухоли (инфильтрация, мультицентричность роста), значения символов TNM, иммуногистохимические (ER, PR, Her-2, Cyt 5/6, EGFR1) и молекулярно-генетические маркеры (BRCA, профиль генов, Торо2), возраст больной.

На основании вышеуказанных данных, предложено определять несколько молекулярно-генетических форм рака молочной железы:

1. *Рак молочной железы соответствующий уровню стволовой клетки молочной железы. Гены «Cloudin» семейства «отключены».* Эта форма встречается у 5-10% больных, чаще в молодом возрасте. Она определяется следующими характеристиками: генетический профиль опухоли сходен с профилем стволовых клеток молочной железы; часто выявляются: лимфоцитарная инфильтрация, ER-, PR-, Her-2-, Grade III, др. Данную форму отличает относительно меньшая химиочувствительность, отсутствие эффекта после применения таргетных препаратов, неблагоприятный прогноз. При данной форме требуется проведение агрессивного лечения.

2. *Рак молочной железы соответствующий уровню бипотентного и раннего ламинального предшественника (BRCA1 – мутирован или его экспрессия резко снижена); базальный вариант.* Эта форма встречается у 10-25% больных, чаще в молодом возрасте. Она определяется следующими характеристиками: ER-, PR-, Her-2-, Grade III, иногда с экспрессией рецепторов стероидных гормонов, Cyt 5/6 - 60%, EGFR1- в 50-70% случаев.

Гистологически – инфильтративный протоковый или (реже) дольковый рак, метапластический рак, миоэпителиальная карцинома, овсяноклеточный рак. Форму характеризует особым генетическим профилем, неблагоприятным прогнозом. Часто выявляются метастазы в висцеральные органы и головной мозг.

Однако, при данной форме отмечена относительно высокая химиочувствительность опухоли. Эффективно назначение препаратов платины, ингибиторов PARP (новый класс лекарств), ингибиторов ангиогенеза, дозоинтенсивной терапии. Отмечено быстрое развитие химиорезистентности. При данной форме требуется проведение агрессивного лечения.

*3. Рак молочной железы соответствующий уровню позднего ламинального предшественника. Her-2+ вариант.*

Эта форма встречается у 10-15% больных, от молодого возраста до менопаузы. Она определяется следующими характеристиками: ER-, PR-, Her-2+, Grade II-III; у 1/3 больных выявляется гиперэкспрессия Торо2а. Форма характеризуется неблагоприятным прогнозом. Часто выявляются метастазы в висцеральные органы и головной мозг. При данной форме отмечена высокая химиочувствительность опухоли. Высока эффективность адьювантной и неoadьювантной химиотерапии с назначением трастузумаба (анти-Her-2 моноклонального антитела) и лапатиниба (ингибитора тирозин-киназы Her-1 и Her-2). При данной форме требуется проведение агрессивного лечения.

*4. Рак молочной железы (ламинальный B), соответствующий уровню дифференцированных клеток.*

Форма встречается у 10-15% больных. Выявляется в молодом, перименопаузальном и раннем постменопаузальном возрасте. Характеристики: ER±, PR±, Her-2±, Grade II-III; возможна гиперэкспрессия Торо2а, в сочетании с гиперэкспрессией Her-2. Форма характеризуется неблагоприятным прогнозом. Часто выявляются метастазы в висцеральные органы, головной мозг, кости и мягкие ткани, кожу, лимфоузлы. Высокая химиочувствительность опухоли отмечена к антрациклинам (при гиперэкспрессии Торо2а), таксанам, другим препаратам. Эффективность гормонотерапии не выражена, особенно у больных с высокой пролиферативной активностью опухоли. Возможно сочетание гормонотерапии (ингибиторы ароматазы) в сочетании с трастузумабом – при трипл-позитивном фенотипе опухоли. Высока эффективность адьювантной и неoadьювантной химиотерапии с назначением трастузумаба (анти-Her-2 моноклонального антитела) и лапатиниба (ингибитора тирозин-киназы Her-1 и Her-2). Форма требует проведения агрессивного лечения.

*5. Рак молочной железы (ламинальный A), соответствующий уровню высокодифференцированных клеток.* Форма встречается у 30-50% больных. Чаще встречается в пожилом, позднем постменопаузальном возрасте. Избыток эстрогенов – одна из важнейших причин возникновения данной формы (ожирение, гормонозаместительная терапия, эстрогеновые контрацептивы, алкоголь). Теоретически, нормализуя уровень эстрогенов возможно снизить заболеваемость (!) Характеристики: ER+, PR+, Her-2-, Grade I-II; часто выявляется инфильтративный протоковый или дольковый рак. Форма характеризуется благоприятным прогнозом у большинства больных. Основная мишень метастазов – кости. Многие пациентки имеют ограниченные прогрессирования, при которых эффективны локальные виды лечения (операции, лучевая терапия). Продолжительные сроки общей выживаемости при проявлениях прогрессирования. Высокая эффективность гормонотерапии, химиочувствительность – не выражена, но назначаются традиционные цитостатики. Форма не требует проведения агрессивного лечения.

Адьювантная терапия раннего рака молочной железы, является общепринятой. Неoadьювантная терапия, решает задачи, связанные с оценкой возможности выполнения органосохранной операции (без ущерба радикальности операции), оценки индивидуальной чувствительности опухоли к химиотерапии (оценки патоморфоза), определения прогноза (и, возможно, преодоления неблагоприятного прогноза применением иного варианта терапии).

Таким образом, исходя из наличия вариантов рака молочной железы, для улучшения результатов лечения, следует руководствоваться следующими положениями: Женщины в глубокой постменопаузе, имеют меньший риск неблагоприятных типов рака молочной железы, поэтому для данной возрастной группы приемлема такая последовательность лечения: операция, затем лекарственная терапия. Чем старше возраст, тем большее влияние на выживаемость оказывает локальное (в том числе циторедуктивное) воздействие. Роль адьювантной (и неoadьювантной) химиотерапии снижается с возрастом; роль гормонотерапии возрастает.

Все формы РМЖ при размере опухоли более 1 см, кроме ламинального А и редких благоприятных форм, нуждаются в неoadьювантной терапии, для оценки патоморфоза, как важнейшего прогностического фактора. При слабом патоморфозе, необходим переход на альтернативную линию химиотерапии, для снижения риска прогрессирования. Выполнение органосохранной операции оправдано при невысоком риске рецидива.

Сведения о форме опухоли являются неотъемлемой частью диагноза. Эта информация должна быть востребована для принятия решения о выработке оптимального плана лечения в каждом конкретном случае.

## ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соболевский В.А. (РОНЦ им.Н.Н.Блохина)

В 2000-х гг. одномоментная реконструкция молочной железы после радикальной мастэктомии общепризнанно является неотъемлемой частью лечения и важным этапом реабилитации больных раком молочной железы. По данным Американского общества пластических и реконструктивных хирургов в 1990-х гг. одномоментно выполнялись 38% реконструктивных операций, в 2000-х гг. на долю одномоментных реконструкций приходится уже 75% восстановительного хирургического лечения.

Реконструкция молочной железы выполняется применением аллопротезов, собственных тканей, а также – сочетанием этих методов. Реконструкция железы собственными тканями предусматривает применение перемещенного TRAM-лоскута (Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap), свободных TRAM- или DIEP-лоскутов (Deep Inferior Epigastric Perforator) на микрососудистых анастомозах, LD-лоскута (Latissimus Dorsi musculocutaneous flap), лоскута Рубенса, др. Эндопротезирование молочной железы выполняется одноэтапно (установкой экспандра-эндопротеза Беккера), либо двухэтапным методом (применением экспандера с последующей его заменой на эндопротез).

По данным конференции IPRAS (International Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery; 2009), в настоящее время собственные ткани являются оптимальным материалом для реконструкции. Свободный TRAM- или DIEP-лоскут позволяют создать железу любого объема с удовлетворительным эстетическим результатом.

Методы эндопротезирования проще в техническом плане, менее травматичны, требуют меньшего срока послеоперационной реабилитации. Проведение лучевой терапии (ЛТ) после эндопротезирования неизбежно ведет к увеличению числа осложнений и реопераций. Одноэтапное эндопротезирование оптимально при отсутствии показаний к лучевой терапии, при реконструкции железы небольшого объема, без ее птоза. При необходимости лучевой терапии предпочтительно двухэтапное эндопротезирование.

С 2006 г. в отделении реконструктивной и сосудистой хирургии РОНЦ выполнено 110 одномоментных реконструктивных операций, в том числе с применением перемещенного TRAM-лоскута (49), свободного TRAM-лоскута (11), одноэтапного (26) и двухэтапного эндопротезирования (26). Не отмечено клинически значимых осложнений.

## ПРОБЛЕМА ВЫБОРА МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бурлаков А.С. (Московская городская онкологическая больница №62)

Еще 10-15 лет назад проблема реконструкции молочной железы сводилась к примитивному противостоянию онкологов и пластических хирургов. Хирурги под знаменами эстетических и реабилитационных идей стремились восстановить молочную железу всем пациенткам, перенесшим радикальную мастэктомию. Было официально признано, что качество жизни онкологических больных так же важно, как и ее продолжительность. Однако стремление к повышению качества жизни стало приводить не к развитию восстановительной хирургии, а лишь к расширению показаний к выполнению органосохраняющих операций (не всегда оправданному). Восстановительные же операции в практической онкологии по-прежнему применяются в ограниченном объеме.

Проблема реконструкции молочной железы достаточно сложна и многогранна. Нужно ли восстанавливать молочную железу после радикальной мастэктомии? Следует ли это делать одномоментно с мастэктомией или после окончания лечения? Какой способ реконструкции предпочтителен? Вот вопросы, ответы на которые приходится искать при совместном обсуждении с пациенткой плана лечения.

Начиная внедрять 15 лет назад реконструкцию молочной железы в практику московской городской больницы №62, мы считали, что практически все женщины, прошедшие радикальное хирургическое лечение по поводу рака, нуждаются в реконструктивной хирургии. На сегодняшний день, анализируя опыт более 400 реконструкций, мы считаем, что в хирургической реабилитации нуждаются лишь 3-5% пациенток. В начале работы мы безапелляционно заявляли, что одномоментные реконструкции молочной железы значительно лучше отсроченных, а использование лоскута собственных тканей предпочтительнее протезирования. По мере накопления опыта мы стали менее категоричны в своих суждениях и нередко предпочитаем эндопротезирование ауто-трансплантатам. На практике, в каждом случае приходится выбирать (при активном участии пациентки) лечебно-реабилитационную программу, состоящую из онкологической и реконструктивной частей. Дополняя друг друга, они позволяют достичь основной цели лечения – максимального онкологического результата при минимальном ущербе качеству жизни.



## ПРОВОЗВЕСТНИК

**ЗАСЕДАНИЕ № 568** Состоится в четверг, 20 мая 2010 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

**Повестка дня: ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ЕЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ.** Рябов А.Б., с соавт. (НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Ким Э.Ф. с соавт. (РНЦХ им. Б.В.Петровского).

При планировании предельно допустимой резекции печени и ее трансплантации необходимо понимать следующие составляющие этой сложной проблемы. Во-первых, безусловно, расширенная, радикально выполненная, гемигепатэктомия лучше трансплантации печени, так как в послеоперационном периоде не требуется иммуносупрессивная терапия, которая может быть провокацией к прогрессированию заболевания и возникновению в будущем вторичных опухолей. Трансплантация печени затрудняет проведение адъювантной полихимиотерапии. Кроме того, трансплантация печени ребенку – чрезвычайно сложная по организации и своей технологии операция. В-третьих, группа пациентов, которым планируется предельно допустимая резекция печени, очень разнородна. В нее входят больные, у которых опухоль оказалась как чувствительной, так и рефрактерной к предоперационной полихимиотерапии. Если опухоль, будучи чувствительной к неoadъювантной химиотерапии, уменьшилась лишь до возможности выполнения предельно допустимой резекции или трансплантации печени, возникают следующие вопросы: Исчерпаны ли возможности полихимиотерапии? Насколько будет эффективна ПХТ второй линии? Не ухудшит ли дальнейшее проведение ПХТ функциональных свойств оставшейся после резекции паренхимы печени? Скажется ли на прогнозе заболевания задержка хирургического этапа в случае неэффективности терапии второй линии?

С 1980 г. оперирован 141 ребенок по поводу гепатобластомы. В 6 случаях обеспечение радикализма требовало выполнения расширенных гемигепатэктомий с сохранением лишь 2-3 сегментов печени. Расширение лечебных возможностей, в том числе – выполнение трансплантации, обуславливает необходимость должного планирования объема предстоящей операции. По данным литературы, несмотря на распространенность опухоли, хирургическое лечение позволяет обеспечить до 75-95% выживаемости.

**ЗАСЕДАНИЕ № 569** Состоится в четверг, 10 июня 2010 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Заседание традиционно посвящается памяти проф. Б.Е.Петерсона

**Повестка дня: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ**

## VI СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СТРАН СНГ

Г. Душанбе, 1-4 октября 2010 г.

[www.oncocenter.tj](http://www.oncocenter.tj)

[oncology\\_6@mail.ru](mailto:oncology_6@mail.ru); [firuzik49@mail.ru](mailto:firuzik49@mail.ru); [rsulsnakv@mail.ru](mailto:rsulsnakv@mail.ru)

**В тематике Съезда:** Эпидемиология опухолей. Организация онкологической помощи и профилактика рака. Канцерогенез и прогрессия опухолей. Патоморфология и клиническая цитологическая диагностика опухолей. Иммунология опухолей. Диагностика злокачественных новообразований. Опухоли головы и шеи. Рак легкого и опухоли средостения. Рак молочной железы. Опухоли органов желудочно-кишечного тракта. Злокачественные опухоли кожи, мягких тканей, костей. Онкоурология. Онкогинекология. Забрюшинные новообразования. Гемобласты. Опухоли нервной системы. Детская онкология. Проблемы анестезии и интенсивной терапии в онкологии. Химиотерапия злокачественных новообразований. Лучевая терапия и радиохирургия. Восстановительное лечение, реабилитация и проблемы качества жизни. Подготовка студентов и врачей по онкологии.

*«Информирую, следовательно существую!» (лат.)*



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА  
Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000  7 71 728 30000	<b>Председатель Общества</b>	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	<b>Главный редактор</b>	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: <a href="mailto:volkov_sm@mail.ru">volkov_sm@mail.ru</a>
	<b>Зам. главного редактора</b>	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	<b>Ответственный секретарь</b>	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	<b>Секретарь-референт</b>	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55
<b>НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА</b> Апрель 2010; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 12.04.2010; Заказ 366		