

## Первый опыт одновременного проведения радиочастотной абляции и мастэктомии при раке молочной железы с метастазами в печень

В.В.НОВОМЛИНСКИЙ, А.А.ГЛУХОВ, А.Н.РЕДЬКИН, А.П.СОКОЛОВ, Е.С.ЧВИКАЛОВ, А.П.ОСТРОУШКО

### The first experience of simultaneous RF ablation and mastectomy for breast cancer with liver metastases

V.V.NOVOMLINSKY, A.A.GLUKHOV, A.N.REDKIN, A.P.SOKOLOV, E.S.CHVIKALOV, A.P.OSTROUSHKO

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко  
Дорожная клиническая больница на станции Воронеж – 1 ОАО «РЖД»

В Российской Федерации рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин [4, 5].

Метастатическое поражение печени при РМЖ, несомненно, является одной из самых сложных проблем онкологии [1, 6]. В онкологической литературе конца прошлого столетия метастазы РМЖ в печень рассматривались как проявление терминальной стадии заболевания и даже проведение химио- и гормонотерапии онкологи расценивали как необязательный компонент паллиативного лечения.

Первичное изолированное метастатическое поражение печени при РМЖ регистрируется у 4-5% больных, но в течение болезни метастазы в печени выявляются более чем у 80% пациенток [5].

В последнее время специалисты ведущих онкологических центров отмечают увеличение выживаемости больных с диссеминированным РМЖ. При проведении современного лекарственного лечения медиана выживаемости больных при распространенном РМЖ составляет около 2-х лет. Однако метастазы в печень рассматриваются большинством авторов как фактор прогноза неблагоприятного течения болезни, а выживаемость больных РМЖ с первичным метастатическим поражением печени достоверно хуже, чем больных с метастазами в кожу, лимфоузлы или кости. Изолированное поражение печени является более благоприятной ситуацией, чем при одновременном вовлечении в процесс нескольких органов.

В современной литературе описаны различные подходы в лечении больных РМЖ с метастатическим поражением печени, которые включают в себя как варианты системной терапии, так и регионарного лечения (включая оперативное), а также их сочетание [2, 3, 7, 8].

Приводим клинические наблюдения использования радиочастотной абляции (РЧА) у двух больных распространенным РМЖ в сочетании с традиционными методами лечения.

Больная Р., 1952 г. р. Диагноз: Рак левой молочной железы Ст. IV (pT<sub>4</sub>N<sub>2</sub>M<sub>1</sub>). Метастазы в печень. В июле 2007 г. сама обнаружила опухоль в левой молочной железе. При обследовании у больной по данным МРТ выявлены три очаговых новообразования печени диаметром до 3,0 см каждое. Онкомаркер СА-15-3 – 368,3 Ед/мл. Больной проведено дообследование, которое кроме общеклинических методов, включало РКТ органов грудной клетки, скинтиграфию костей скелета, биопсию новообразования молочной железы и патологических очагов печени. Ультразвуковое исследование осуществляли с помощью сканера «ProFocus» (B&K Medical, Дания), оснащенного мультисекторным конвексным датчиком 2,7–6,0 МГц. Используя специальный пакет программ, результаты ультразвукового исследования патологического очага в печени преобразовывали в трехмерное изображение посредством 3D-реконструкции. Биопсия выполнялась с применением биопсийного пистолета «Magnum» и биопсийных игл различного диаметра (14-18G). Диагноз верифицирован морфологически – инфильтрирующий протоковый рак 2 степени злокачественности. При иммуногистохимическом исследовании: ЭР – сильно-положительная реакция (7 баллов), ПР – сильно-положительная реакция (8 баллов), Her 2-new – слабоположительная реакция (1+). Учитывая общее удовлетворительное состояние больной 18.09.07 г. произведена одномоментная мастэктомия слева по Маддену и РЧА метастазов печени. Радиочастотную абляцию выполняли в условиях операционной под контролем ультразвукографии. Использовали генератор фирмы «Radionics» и электроды «Cool-Tip» длиной 20,0 см с рабочей частью 2,5-3,0 см. Послеоперационное течение гладкое. При исследовании операционного материала выявлено врастание опухоли в кожу, в 7 из 12 исследованных лимфоузлов выявлены метастазы рака с прорастанием капсулы. В послеоперационном периоде больной проведено 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ) по схеме CAF. От продолжения лечения в объеме курсов ПХТ и лучевого

лечения больная категорически отказалась. На момент завершения ПХТ СА-15-3 составлял 62,6 Ед/мл. До настоящего времени больная получает препарат Фемара в стандартной дозировке. При последнем обследовании в мае 2010 г., включающем сцинтиграфию костей скелета, РКТ органов грудной клетки, МРТ органов брюшной полости, отмечается наличие рубцов в местах РЧА метастазов печени, новые метастазы не выявлены, онкомаркер СА-15-3 – 20,2 Ед/мл.

Больная Г., 1962 г. р. Диагноз: Рак правой молочной железы Ст. IV (pT<sub>4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub>). Метастазы в печень. В июне 2007 г. выявлено уплотнение в правой молочной железе, по результатам обследований заподозрен рак молочной железы, однако больная от дообследования и лечения отказалась. Повторно явилась в феврале 2008 г. Проведено обследование, которое кроме общеклинических методов включало РКТ органов грудной клетки, МРТ органов брюшной полости (выявлены два очага в печени диаметром до 3,0 см каждый), сцинтиграфию костей скелета; онкомаркер СА-15-3 – 652,6 Ед/мл. Произведена биопсия новообразования молочной железы и новообразований печени. Диагноз верифицирован морфологически – инфильтрирующий протоковый рак молочной железы 1 степени злокачественности. Результаты иммуногистохимического исследования ЭР – негативная реакция (0 баллов), ПР – умеренно позитивная реакция (3 балла), Her 2 – new – слабо позитивная реакция (1+). На первом этапе проведено 6 курсов ПХТ по схеме САФ. На втором этапе 18.09.08 г. больной проведена одномоментно мастэктомия по Маддену справа и РЧА метастазов печени. Послеоперационное течение гладкое. При исследовании операционного материала выявлено наличие метастазов в 1 из 12 исследованных лимфоузлов. Онкомаркер СА-15-3 после операции 153,5 Ед/мл. В послеоперационном периоде проведено 4 курса ПХТ таксотером, СА-15-3 по завершении химиотерапии в пределах нормы. Проведен курс ДГТ на послеоперационный рубец и зоны регионарного метастазирования. При последнем обследовании в апреле 2010 г., включающем сцинтиграфию костей скелета, РКТ органов грудной клетки, МРТ органов брюшной полости, отмечается наличие рубцов в местах РЧА метастазов печени, новые метастазы не выявлены, онкомаркер СА-15-3 – 24,6 Ед/мл. Больная находится под динамическим наблюдением.

Приведенные выше примеры лечения распространенного РМЖ с метастазами в печень свидетельствуют, по нашему мнению, о том, что несмотря на паллиативный характер проводимого лечения, у отдельной группы больных удается значительно увеличить продолжительность жизни и объективно улучшить общее состояние.

## Список литературы

1. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли. М, «Медицина» 1984; 66-78.
2. Гарин А.М. Эндокринная терапия и гормонозависимые опухоли. М, 2005; 144-177.
3. Глухов А.А., Новомлинский В.В., Соколов А.П., Чвикалов Е.С., Остроушко А.П. Применение трехмерной реконструкции диагностических изображений при пункционной биопсии солидных образований печени. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского 2008; 3: 4: 40-41.
4. Давыдов М.И., Летагин В.П. Практическая маммология. М. Практическая медицина 2007; 88-95.
5. Кампова-Полевая Е.Б., Чистяков С.С. Клиническая маммология. М., 2006; 406-424.
6. Летагин В.П. Опухоли молочной железы (клиника, диагностика, лечение, прогноз). М, 2000; 82-91.
7. Шерлок Ш., Джулли Дж. Заболевания печени и желчных путей. М., «Гэотар-Мед», 2002; 112-136.
8. Vlastos G., Smith D.L., Singletary S.E. et al. Long term survival after an aggressive surgical approach in patients with breast cancer hepatic metastases. Ann. Surg. Oncol. 2004; 136-141.

## Информация об авторах

1. Новомлинский Валерий Васильевич – д.м.н., заведующий кафедрой транспортной медицины ИПМО Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, главный врач Дорожной клинической больницы на станции Воронеж – 1 ОАО «РЖД»; e-mail: pechsvet@yandex.ru
2. Глухов Александр Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, директор НИИ хирургической инфекции Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: surgery-v@ya.ru
3. Редькин Александр Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: canc@vsma.ac.ru
4. Соколов Андрей Петрович – заведующий хирургическим отделением №2 Дорожной клинической больницы на станции Воронеж – 1 ОАО «РЖД»; e-mail: sokolovdok@mail.ru
5. Чвикалов Евгений Сергеевич – заведующий кабинетом инвазивного ультразвука Дорожной клинической больницы на станции Воронеж – 1 ОАО «РЖД»; e-mail: evgendoc@mail.ru
6. Остроушко Антон Петрович – ассистент кафедры общей хирургии, заместитель директора НИИ хирургической инфекции Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко по инновационным проектам; e-mail: antonostroushko@ya.ru