

АЛТЕРНАТИВНИ ЖИВОТОСПАСЯВАЩИ И УДЪЛЖАВАЩИ ЖИВОТА ХИРУРГИЧНИ МЕТОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА НАПРЕДНАЛИ КАРЦИНОМИ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, УСЛОЖНЕНИ С РАЗЯЗВЯВАНЕ, ПРОФУЗНО КЪРВЕНЕ И ИНФЕКЦИЯ НА ТУМОРА

П. Червенияков, Е. Василев, Е. Средкова, М. Младенов и В. Гемеджиев

Хирургично отделение, МБАЛ „Сердика“, Хирургично отделение, МБАЛ „София“

ALTERNATIVE, LIFESAVING AND LIFE-PROLONGING SURGICAL METHODS OF TREATING ADVANCED BREAST CANCER COMPLICATED WITH ULCERATION, PROFUSE BLEEDING AND TUMOR INFECTION

P. Cherveniyakov, E. Vasilev, E. Sredkova M. Mladenov and V. Gemedzhiev

Surgical Ward, MHAT „Serdica“; Surgical Ward, MHAT „Sofia“

Резюме: Ракът на млечната жлеза (РМЖ) заема между 20-25% от всички органни локализации при онкологичните заболявания. Докато в САЩ, например, ранна диагноза при РМЖ (в I и II стадий) се поставя при 82% от болните, у нас ранното диагностициране е незадоволително при около 55% от случаите. През периода от 1997 г. до 2011 г. оперирахме 2316 болни с РМЖ, 49,3% от които с локализация в дясната млечна жлеза (МЖ), 46,6% – в лявата, 4,1% – двустранна. 24 лекувани от нас болни с напреднал карцином на МЖ имаха разязвяване на кожата. При 18 болни кръвенето беше интензивно и бе налице локална инфекция. С тежък анемичен синдром бяха 8 болни, а 16 бяха с лекостепенна анемия. Всички болни бяха оперирани (8 по спешност). Може да се направи изводът, че при болните с напреднал РМЖ, усложнен с ексулцерация на кожата, и при тумор с профузно кръвене оперативното лечение е живо-тоспасяващо, макар че мастектомията не е радикална. Непосредствените оперативни резултати са обнадеждаващи. Дезинтоксикацията на болните рязко се подобрява, анемичният синдром бързо се компенсира чрез венозно приложение на Venofer, но понякога се налага и кръвопреливане. То обаче особено при иноперабилните болни с карцином води до тежки тромбоемболични усложнения и до по-бързото разрастване и развитие на метастази. При оперативни намеси с по-големи кожни дефекти след мастектомия е необходимо да се използва свободно кожно ламбо или кожно ламбо по съседство, взето на широка основа, за закриване на кожния дефект. Оперативните намеси трябва да се извършват от специализиран екип – мамолози и пластични хирурзи. Необходимо е организирането на курсове за подготовка на повече специалисти по пластична хирургия, които да работят съвместно в съответните центрове и мамологични клиники. За целта следва да се изготви програма за обучение на пластични хирурзи, съобразена със съвременните стандарти по мамология и хирургия.

Ключови думи: рак на млечната жлеза, адювантна терапия, радикална мастектомия, пластична хирургия

Адрес за кореспонденция: П. Червенияков, Хирургично отделение, МБАЛ „Сердика“, ул. „Дамян Груев № 6, 1303 София

История на статията: получена: 08.03.2012 г.

одобрена: 10.10.2012 г.

Summary: Breast cancer (BC) is an extremely actual problem covering 20-25% of all organ localizations in oncological diseases. While in the USA, for example, the early diagnosis of BC (in stages I and II) is made in 82% of patients, in our country the early diagnosis is unsatisfactory in about 55% of cases. In the period 1997-2011, we performed surgery on 2316 patients with BC, 49.3% of which with localization in the right mammary gland (MG), 46.6% – in the left MG, 4.1% – bilaterally. 24 of the patients with an advanced carcinoma of MG we treated had skin ulceration. In 18 patients, hemorrhage was intense and a local infection was present. 8 patients had severe anemic syndrome, 16 – mild-grade anemia. All the patients had surgery (8 due to emergency). The conclusion can be drawn that surgical treatment is lifesaving in the patients with advanced BC complicated with skin exulceration and in tumor with a profuse hemorrhage, even though mastectomy is not radical. The direct operative results are encouraging. The detoxication of patients rapidly improves, anemic syndrome is quickly compensated by intravenous administration of Venofer, however, also blood transfusion is required occasionally. Particularly in the inoperable patients with carcinoma, it leads to severe thromboembolic complications and the faster growth and development of metastases. With the surgical interventions involving larger skin defects, the usage of a free skin flap or the skin flap in neighborhood, which was taken over a large base, is required to cover the skin defect. Surgical interventions should be performed by a specialized team including mammologists and plastic surgeons. The organization of courses to train more plastic surgery specialists is needed, who should work together in the related centers and mammological clinics. To this purpose, an educational program for plastic surgeons should be prepared in accordance with the modern standards in mammology and surgery.

Key words: breast cancer, adjuvant therapy, radical mastectomy, plastic surgery

Address for correspondence: P. Cherveniyakov, Surgical Ward, MHAT „Serdika“, 6 „Damian Gruev“, str., 1303 Sofia

Article history: received: 08.03.2012

accepted: 10.10.2012

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на млечната жлеза (РМЖ) е изключително актуален проблем и заема между 20-25% от всички органични локализации при онкологичните заболявания. Актуалността на проблема не се състои само в повишената честота, а и във факта, че е изключително голям икономически, демографски, лечебно-диагностичен и прогностичен въпрос. РМЖ вече се среща и в по-млада възраст – между 20 и 30 години.

Честотата на РМЖ е особено голяма в индустриално развитите страни, които имат и висок стандарт на живот. Независимо че жените там са с по-висока здравна култура и дисциплина и с по-добри условия на живот, в страни като САЩ, Германия, Англия и Франция и др. РМЖ се среща все по-често. Интересен е фактът, че жени, които отиват да учат, живеят или работят в тези страни, макар и живеещи в по-добри социално-битови условия, също заболяват по-често от РМЖ.

Общо по света с РМЖ са над 6 200 000 жени.

Ежегодно умират около 40 000. В България са заsegнати над 30 000 жени, а новозаболените са между 3500 и 3900 всяка година. Ежегодно поради РМЖ смъртните случаи са 1300. По-ранната екзактна диагноза на РМЖ е възможна благодарение на скрининговите методи за изследване на болните и преди всичко на образните съвременни изследвания, като ехографията, мамографията, магнитния резонанс, КАТ и пр. Днес в редица специализирани мамологични клиники и медицински центрове се прилагат побързи и екзактни методи за хистологично верифициране на РМЖ, а именно тънкоиглената биопсия, COR биопсия, при които в 100% от случаите се верифицира туморният процес на млечната жлеза (МЖ).

Ранното диагностициране на РМЖ в началните стадии у нас е незадоволително при около 55% от случаите. В САЩ ранна диагноза в първи и втори стадий на заболяването се поставя при 82% от случаите. Незадоволителните резултати от ранната диагностика у нас се дължат на влошеното здравеопазване, неефективната диспансеризация, на лошите битови условия, на липсата на здравна просвета, недостатъчното внедряване на съвременните скринингови методи и образни методики при масовото изследване на жените. Ето защо хирургичните и терапевтичните методи при лечение на РМЖ са незадоволителни.

МАТЕРИАЛ И ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

В периода от 1997 г. до 2011 г. включително сме оперирали общо 5380 болни със заболяване на МЖ. От тях 2316 бяха с РМЖ. Локализацията при

49,3% бе в дясната МЖ и при 46,6% – в лявата МЖ, а при 4.1% – двустранна.

При 55% от болните бе извършена радикална мастектомия най-често по Patey, Madden, като през последните години органосъхраняващите операции достигнаха до 65-70% от оперираните болни. На 37% от болните бе проведена неадювантна терапия преди радикално извършената мастектомия. Трябва да отбележим, че при органосъхраняващите козметични и пластични методи рецидив не сме наблюдавали.

При лекуваните от нас с напреднал карцином на МЖ 24 болни имаха разязвяване на кожата от 3-4 см до 10-15 см. Кървенето при 18 от болните беше интензивно и с локална инфекция. С тежък анемичен синдром бяха 8 болни, а 16 от тях бяха с леко степенна анемия. Всички болни бяха оперирани, а 8 – по спешност. При тях беше извършена животоспасяваща семпла мастектомия (при 13 болни), а при 11 от случаите с премахване на стражевите лимфни възли, като някой от болните имаха и далечни метастази в плеврата, в белия и черния дроб и костите. Резултатите от тяхното лечение са отразени в таблици: 1, 2, 3 и 4.

Таблица 1

Общо оперирани болни за 15 г.	С рак на млечната жлеза	Болни с разязвен и кървящ рак	
		от общия брой	оперирани от РМЖ
5380 (100%)	2316 (40.5%)	24 (0.54%)	24 (1.4%)

Таблица 2

Общ брой	Средна възраст	Професия		
		учители	земеделски работници	пенсионери
24	63	6	5	13

Таблица 3

Тежък анемичен синдром	Средно тежка анемия	Лека степен анемия	Нормални показатели
Hb – 63; Ht – 28; Er-2 600 000	Hb – 80; Ht – 29; Er-2 900 000	Hb – 90; Ht – 30; Er-3 100 000	Hb – 10.5; Ht – 32; Er-3 200 000
7	8	7	2

Таблица 4

Семпла мастектомия	Семпла мастектомия + стражеви лимфни възли Sorgius	С използване на кожно ламбо		Вид на анестезията		
		свободно ламбо	кожно ламбо на широка основа	обща	локална	локална венозна
13	11	1	8	17	4	3

Първи случай (ИЗ № 328 от 05.10.2008 г.)

Болната от една година забелязала бучка в дясната гърда, която от 7-8 месеца нараснала много и обхванала почти цялата гърда. Същевременно се появила раничка на гърдата с кървене. Болната се лекувала сама. Раната обхванала почти цялата ѝ гърда и кървенето значително се увеличило. Болната съобщава на дъщеря си и постъпва по спешност в Клиниката за лечение. Раната се инфектира и се появяват червеи. Болната обективно бе кахетична, със силно редуцирана

подкожна мастна тъкан и мускули. След направените изследвания се установи тежък анемичен синдром. Показатели: хемоглобин – 8.7 g/l; хематокрит – 23 g/l; левкоцити – 11000 кл/mm³; СУЕ – 35 mm/h; общ белтък – 5.4 g/l; кръвна захар – 6 mmol/l; ЕКГ – нормална за възрастта. Туморната маса е обхванала цялата гърда, подвижна е, лимфните възли в аксилата са увеличени с плътна еластична консистенция. Болната по спешност бе оперирана, като се извърши радикална мастектомия по Halsted.



Фиг. 1. Снимка на болната



Фиг. 2. Оперативна находка



Фиг. 3. Етапи от оперативната намеса

Предвид получените се голям кожен дефект, който не можеше да се покрие със съседната кожа, се наложи да се вземе свободно кожно ламбо от дясното бедро на жената. Кожното ламбо бе взето с дерматом, с размери колкото бе и дефектът на кожата след мастектомията. До 10-12-ия ден след операцията се правеше стерилна марлена превръзка, напоена обилно с физиологичен серум.

На 12-ия ден беше изписана за по-нататъшно наблюдение в пластична хирургия.

Втори случай (ИЗ № 2629/2010 от 17.03.2010 г.)

От една година болната забелязала бучка в дясната МЖ с големина колкото лешник. От септември бучката нараснала значително и станала голяма колкото ябълка, кожата се зачервила над тумора и от декември 2009 г. се появила раничка в същата област, която от януари 2010 г. започнала да кърви.

Кървенето впоследствие станало обилно и се налагало по два-три пъти дневно да сменя превръзките си. Кървенето след всяка превръзка ставало все по-обилно. С тези оплаквания постъпва в Клиниката за лечение.

Общото състояние при постъпването на болната е в сравнително задоволително, слабо изразена подкожна тлъстина, видимите лигавици и кожа са леко бледорозови. В областта на дясната МЖ се вижда туморна маса, разязвена с диаметър от 5-6 cm, а в дълбочина на МЖ се установява тумор с големина на голяма ябълка.

Туморната маса, разязвена дифузно, кърви. Същата е подвижна, нефиксирана за гръдната стена, неангажираща пекторалната мускулатура.

В аксилата се установяват увеличени лимфни възли с плътна еластична консистенция, на места единични, а в по-голямата си част – пакетирани.

Установиха се: Hb – 95 g/l, Ht – 29 l/l, левкоцити – 10 000 кл/mm³, СУЕ – 32 mm/h. Останалите биохимични изследвания са в границата на нормата. Рентгенографията на белите дробове е б.о. Болната с диагноза карцином на дясната МЖ, T4N1Mx (кървящ дифузно тумор) е оперирана по спешност, направи се радикална мастектомия по Monod и тотална лимфна дисекция на аксилата.

Получи се голям кожен дефект на оперативната рана. С оглед радикалността, тъй като туморът беше много голям, се наложи да се вземе и използва за покриване на дефекта голямо кожно ламбо. То бе взето от лявата торакална и абдоминалната област на широка основа, с което бе адекватно покрит кожният дефект, получен след мастектомията.

Сложиха се два подкожни тръбести дренажа по Redon, които на 6-ия и 8-ия ден, съответно бяха премахнати.

През целия следоперативен период кожното ламбо бе с нормален цвят с изключение на проксималния край, където се появи малка кожна кантова некроза дълга около 2-3 cm. Същата бе третирана за няколко дни с Hidrosorb, некрозите отпаднаха и раните зараснаха вторично. През следоперативния период с оглед на анемията за подобряване на анемичния синдром болната бе лекувана с *Venofer* – ампули. Hb на болната се подобри и достигна 10.5 g/l.

Изписана бе на 12-ия ден след операцията в добро общо състояние (фиг. 5).

Втори случай – ИЗ № 2629/2010



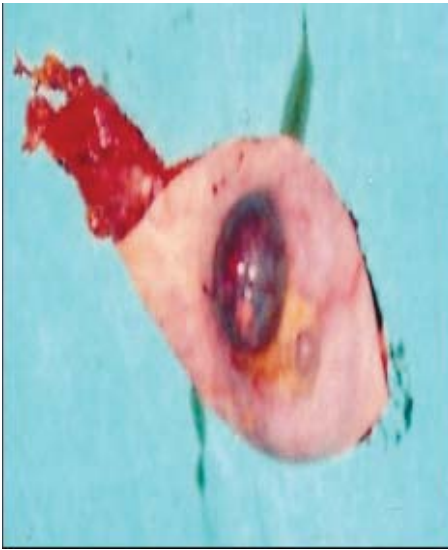
Фиг. 1. Снимка анфас



Фиг. 2. Снимка на операционната маса



Фиг. 3. Снимка – полупрофил



Фиг. 4. Макроскопски препарат заедно с препарата от лимфната аксиларна дисекция



Фиг. 5. Болната в деня на изписването. Използване на кожно ламбо на краче, взето от лявата половина на торакса



Фиг. 6. Медиален разрез на препарата – вижда се голяма туморна маса

Трети случай (ИЗ № 737/1317 от 17.10.2011 г.)

Болната от една година е забелязала бучка в областта на дясната МЖ. Бучката бавно нараснала, като впоследствие станала много голяма и обхванала почти цялата МЖ. Под дясната подмишница при движение почувствала болки. Три месеца преди постъпването за лечение туморът на МЖ обхванал и кожата, която се зачервила, а четири седмици преди хоспитализацията се появила кървяща рана. От две-три седмици кървенето се засилило, а от три дни се налагало да сменя превръзката по два-три пъти дневно, поради обилно кървене. С тези оплаквания пациентката постъпва по спешност в болницата.

Фамилна анамнеза необременена, няма раждания.

Обективно – заемаща активно положение в леглото, общото ѝ състояние отговаря на годините, контактна. Видими лигавици – бледорозови, леко цианотични. От общия статус – аскултаторно дишането в дясната белодробна половина е отслабено, особено базисно. Корем – черният дроб увеличен на два пръста под ребрената дъга. Кръвно налягане – 130/75 mm Hg, пулс – 95 уд./min.

Локален статус – дясната МЖ е увеличена, при премахване на превръзката, кожата е мацерирана, разязвена и активно кървяща. Кървенето идва от голямата туморна маса, обхващаща почти цялата дясна МЖ. Туморната маса е подвижна, несраснала с гръдната стена и подлежащата мускулатура. Установява се единичен голям лимфен възел във

входа на дясната аксила (**Sorgius**) с диаметър около 4 cm, а също и други единични и пакетирани лимфни възли дълбоко в аксилата.

Лявата МЖ е с нормална конфигурация и консистенция, без патологични промени в нея и аксилата.

Рентгенография на белите дробове показва двустранно, но много повече в дясната белодробна половина, множество различни по големина окръглени хомогенни сенки с резки очертания, най-вероятно *meta pulmonum COR* – с аортна конфигурация – склероза на аортата.

Кръвни показатели при постъпването: Hb – 89 g/l; Ht – 28 l/l; Eг – 3,33 T/L; левкоцити – 8.8 g/l; глюкоза – 5,6 mmol/l; общ белтък 68.4 g/l; креатинин – 79 mmol/l; коагулационен статус – протромбиново време – 14.3 s; протромбинов индекс – 78%; време на кървене – 1,3 min; време на съсирване – 4 min.

Предвид продължаващото обилно кървене от МЖ проследихме нивото на Hb и Ht на два часа и се установи, че то рязко намалява. Hb спадна до 63, Ht – 28, Eг – $2,60 \times 10^{12}/L$ пулс 110-120 уд./min.

Взе се решение по спешност болната да бъде оперирана.

Направи се семпла мастектомия с лимфна дисекция, с премахване на възела на **Sorgius**. Операцията бе извършена с локална анестезия – 0.5% лидокаин, 80 СС и допълнителна венозна анестезия. Интервенцията протече нормално с оглед напредналите стадии на РМЖ и далечните метастази в белия и в черния дроб. Предвид тежката ане-

мия на болната и инвазивния характер на карцинома (инвазивен дуктален карцином, доказан на гефрир) преляхме 1 еднорупова банка кръв. По принцип ние се въздържахме от масивно кръвопреливане при тежки анемии поради големите усложнения – тромбоемболия, което стимулира растежа на метастазите. Коригирахме анемията с **Venofer** – ампули по схема.

Хемоглобинът и еритроцитите бързо и ежедневно се покачваха и до деня на изписването (24.10. 2011 г.) хемоглобинът достигна до 94 g/l, а еритроцитите – до 3 570 000.

Хистологичен резултат на трайния препарат показва умерено диференциран инвазивен дукта-

лен карцином, който инфилтрира кожата и формира разязвяването.

Аксиларният лимфен възел показва микрометастаза от дуктален карцином с инфилтрация на капсулата и перинудалната мастна тъкан.

Резултати от имунохистохимично изследване:

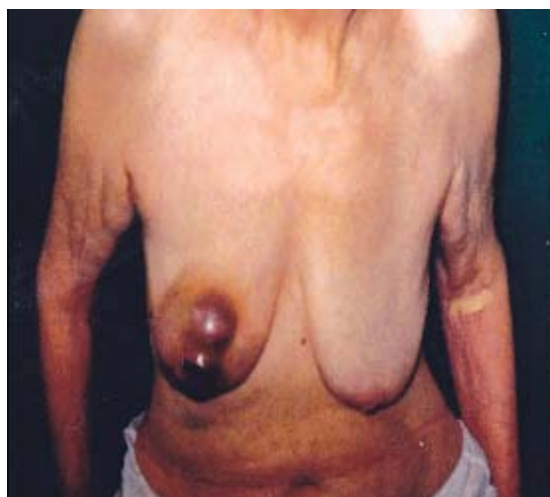
- Естрогенен рецептор ИХХ – (2 +), Позитивни клетки 65-100% (-70%), общ сбор 7.

- Прогестерон рецептор ИХХ – (3 +), Позитивни клетки от 1-10 (-1). Общ сбор 4-5 (5).

- HER 2 експресия ИХХ – (1 +). Оценка на позитивната реакция – негативна.

Решението на онкологичния комитет е да се проведе хормонално лечение от 28.10 2011 г.

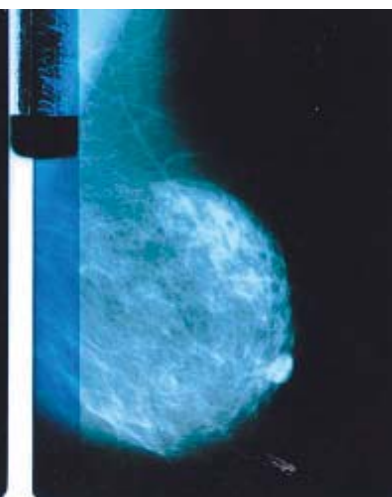
Трети случай – (ИЗ № 737/1317)



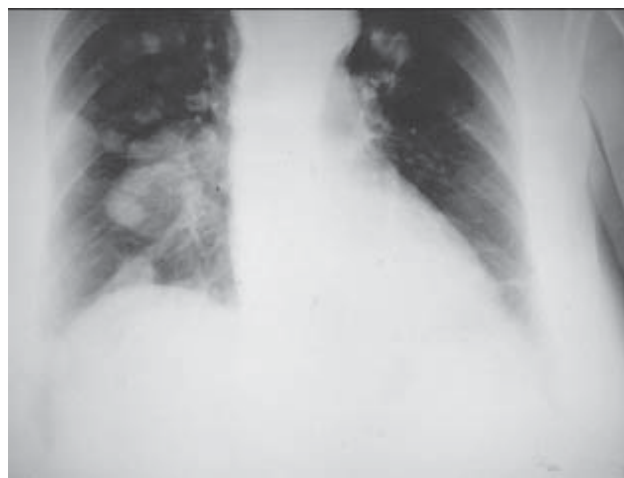
Фиг. 1. Снимка на болната



Фиг. 2. Мамография на болната



Фиг. 3. Болната – един месец след операцията



Фиг. 4. Рентгенова снимка на белия дроб – личат белодробните метастази вдясно



Фиг. 5. Макроскопски препарат заедно анблок с лимфни възли



Фиг. 6. Макроскопски препарат – вижда се голямата туморна маса

Четвърти случай

Година преди хоспитализирането ѝ жената е забелязала бучка в областта на дясната МЖ, която 5-6 месеца преди да постъпи за лечение значително нараства, става леко болезнена на опипване. От два три месеца болната забелязва рана на кожата над туморната маса, която постепенно се увеличавала и започнала да кърви – впоследствие значително.

С тези оплаквания пациентката постъпва в клиниката по спешност за лечение. Обективно болната е в сравнително добро общо състояние при постъпването с добре изразена подкожна мастна тъкан. От локалния статус се вижда силно деформирана и увеличена дясна МЖ с разязвена повърхност около 10 cm. При смяна на превръзката кръвотечението става обилно от разязвената повърхност на тумора.

В дълбочина туморната маса обхваща почти цялата МЖ (туморната маса е с диаметър около

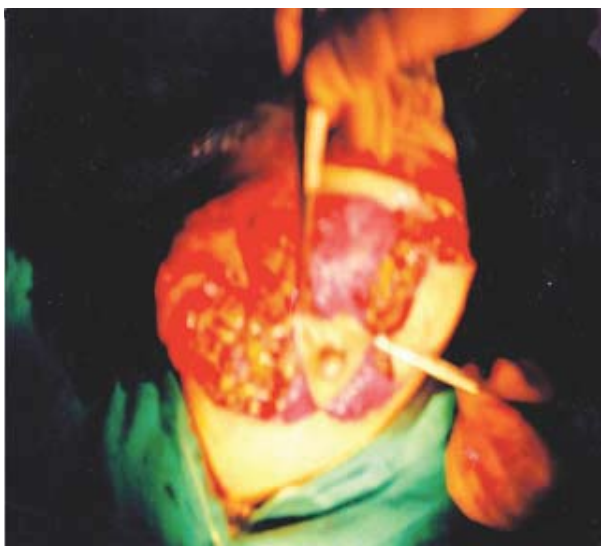
10-15 cm), подвижна, нефиксирана за гръдната стена. Лимфните възли в дясната аксила са увеличени, като този на Sorgius е с диаметър около 4 cm, с плътна и еластична консистенция. Останалите лимфни възли са с плътна и еластична консистенция, единични и пакетирани.

От биохимичните изследвания: хемоглобин – 98 g/l, хематокрит – 29 g/l, еритроцити – 3 150 000, левкоцити – 8900. Останалите биохимични изследвания са в нормата. Ехографията на лявата МЖ е без особености.

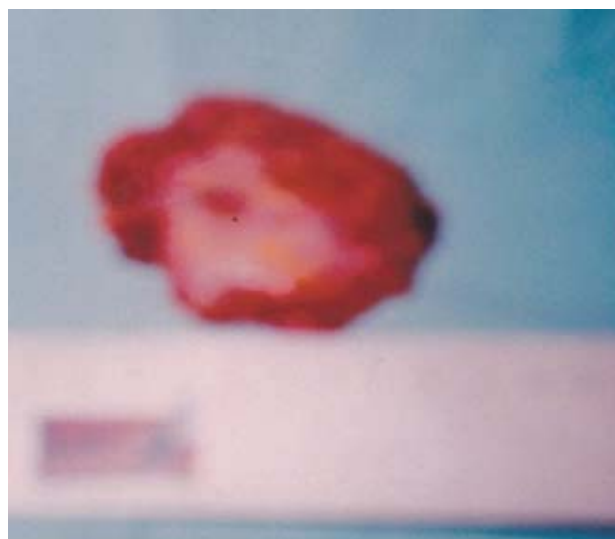
На мамографията се визуализира голяма туморна маса с диаметър около 10-12 cm.

Рентгенографията на гръдния кош и КАТ са без данни за метастази в белия дроб и останалите органи. Болната е оперирана на 15.05.2011 г. предвид обилното и непрестанно кървене от туморната маса на дясната МЖ. Извършена е семпла мастектомия по Monod и лимфна дисекция.

Четвърти случай



Фиг. 1. Снимка на получения оперативен дефект



Фиг. 2. Макроскопски препарат



Фиг. 3. Болната в деня на изписването – вижда се кожното ламбо, взето на широка основа, покриващо оперативната рана



Фиг. 4. Болната – 6 месеца след операцията

След мастектомията се оформи голям оперативен дефект на кожата, който не позволяваше оперативно да бъде закрит първично. Това наложи да се вземе кожно ламбо на широка основа откъм аксилата и задната част на торакса, с което напълно и без напрежение се покри кожният дефект.

Оперативната рана се затвори и заши след слагане на два тръбести дренажа по Redon. Следоперативният период протече нормално. На 5-6-ия ден се оформи малка кантова некроза в областта на медиалния участък на кожното ламбо, която след третирането с Hidrosorb се изчисти.

Появиха се свежи, чисти грануляции и раната зарасна вторично в този участък. Болната бе насочена към адювантна терапия. Кръвните показатели се нормализираха.

Болната бе наблюдавана 1 год. и 8 месеца и сега се намира в много добро общо състояние.

Пети случай

Пациентката е с две раждания. От година и половина забелязала бучка на лявата МЖ, която бавно нараствала, след 6 месеца се появили зачервяване на МЖ, а туморът обхванал почти цялата жлеза. Чувствала болки, а от три месеца се появила рана, която кървяла, впоследствие значително.

С тези оплаквания болната постъпва на лечение в Клиниката. Обективно се установява голяма туморна маса на лявата МЖ, която обхваща почти цялата гърда, с разязвяване на кожата в диаметър

около 15 cm, нефиксирана към гръдната стена, но заангажираща пекторалната мускулатура.

В аксилата се установяват множество увеличени лимфни възли с плътно-еластична консистенция. Лимфният възел, разположен супекторално – Sorgius, бе с диаметър 5 cm, с плътно-еластична консистенция.

От параклиничните изследвания:

Кръвни показатели при постъпването:

Hb – 87 g/l; Ht – 28 l/l; CUE – 38 mm/h; кръвната захар – 6.8 mmol/l, RR -155/105 mm Hg.

Рентгенография на белите дробове – енфизематозен бял дроб, без данни за метастази.

След съответна подготовка, предвид обилното кръвотечение от лявата МЖ, на 8 септември 2008 г. болната бе оперирана, като се направи мастектомия по метода на Halsted с лимфна дисекция на аксилата и супраклавикуларни лимфни възли (фиг. 1-5).

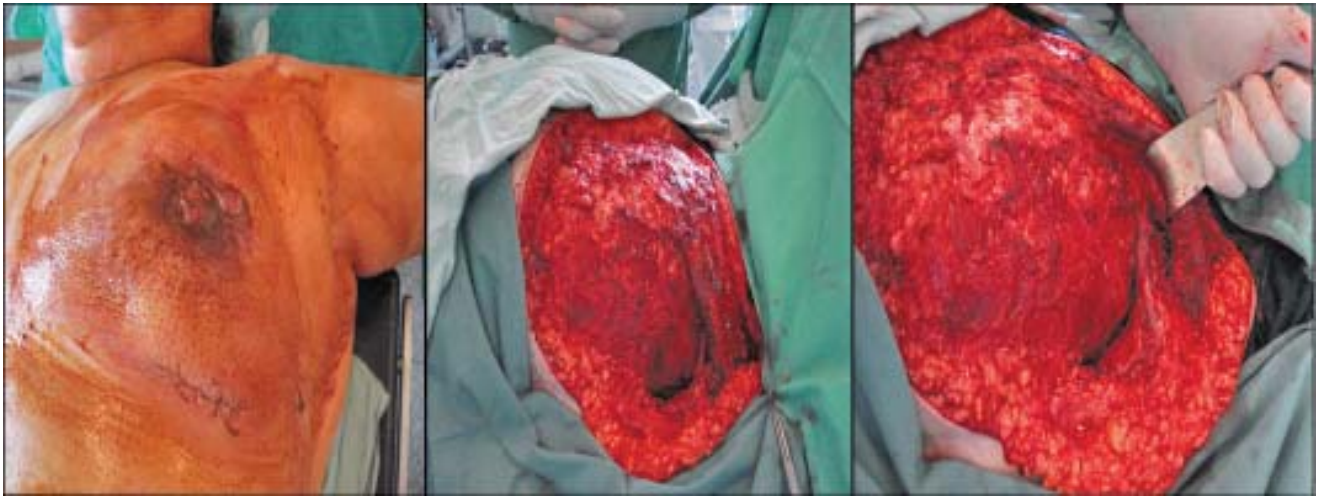
Получи се голям кожен дефект, за чието покриване се взе кожно ламбо на широка основа, което покри оперативната рана.

След дренаж по Redon оперативната рана бе защита послойно. Наложил се стерилна марлена превръзка. Около 6-ия и 8-ия ден на две места от оперативната рана се появили малки кантови некрози на кожното ламбо.

След третиране с Hidrosorb некрозите се изчистиха, появили се грануляции и оперативната рана зарасна на тези места вторично.

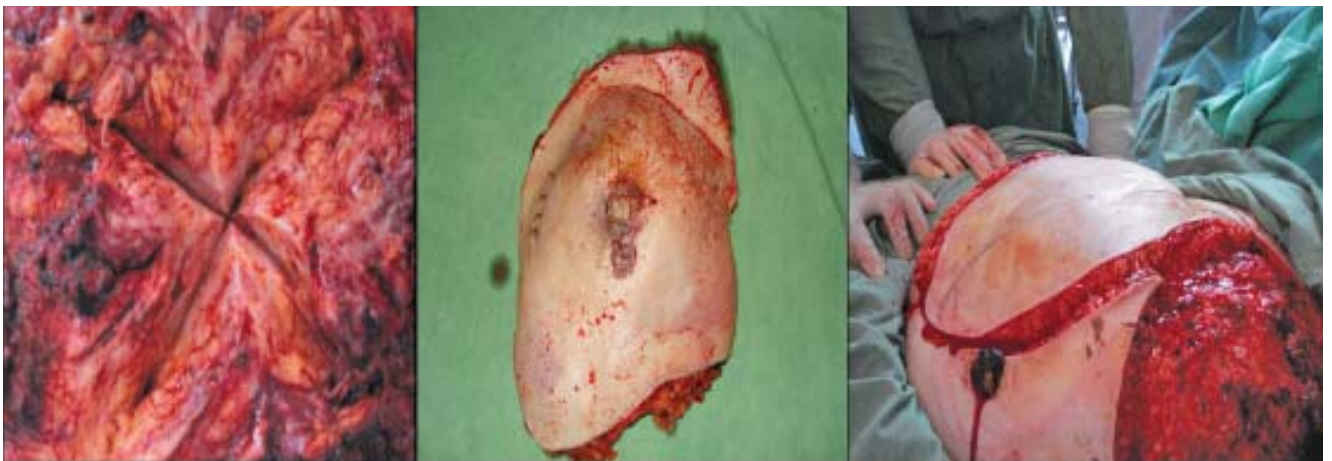
Болната беше изписана на 12-ия ден след операцията и след решение на онкокомисията бе изпратена за адювантна терапия.

Пети случай



Фиг. 1. Вижда се туморът, обхващащ цялата гърда

Фиг. 2. Вижда се оперативната рана с получения голям кожен дефект, след семплата мастектомия



Фиг. 3. Макроскопски препарат, вижда се туморът обхващащ цялата млечна жлеза

Фиг. 4. Кожното ламбо, взето на широка основа, покриващо раната



Фиг. 5. Завършен вид на операцията, покриване на оперативната рана с кожното ламбо, взето на широка основа

ОБСЪЖДАНЕ

Запуснатите или т. нар. иноперабилни случаи с РМЖ все още се срещат доста често, макар че живеем в 21 век, когато възможностите за ранна диагностика на РМЖ са несравнимо по-големи в сравнение с епохата на Halsted (1894 г.), Fisher (1948 г.) и др.

Съвременните успехи на медицинската наука и техника създадоха нови възможности за ранната диагноза на РМЖ, а именно – скрининговите методи за наблюдение и диагностика. Прилагат се съвременните ехографски методи – мамография, магнитен резонанс, КАТ, които са идеални за ранната диагностика на РМЖ.

В България съвременната здравна просвета, повишената здравна култура, диспансеризацията, въвеждането на скрининговите методи за наблюдение все още не са на висота и не допринасят за ранната диагностика на РМЖ. Така например в напредналите и развити западни държави ранна е диагностиката при 82% от случаите, а у нас тя е под 50%. На запад преживяемостта над 10-20 години достига до 80% от оперираните болни, а у нас е значително по-малка. Напоследък се отбелязва, че долната възрастова граница при заболяване от РМЖ е и под 20 г. и значително по-често под 30 г.

В България се откриват ежегодно новозаболенели жени от РМЖ, случаите варират от 3500 до 3900, а около 35 000 жени се лекуват или са под наблюдение. Над 1300 жени умират годишно от РМЖ. Ето защо проблемът е изключително актуален, не само в диагностичен и лечебен, но и в социален, икономически и демографски план.

Оперираните от нас заболявания на МЖ за 15 години са общо 5380 (100%), от тях с РМЖ са 2316 (40.5%), с остро и хронично кървене са 24 от болните с РМЖ, или около 1.04%. Този малък брой не бива да успокоява, тъй като те представляват голям както хирургичен, така и терапевтичен проблем.

Често на тези болни е отказано оперативно лечение, като запуснати случаи – иноперабилни болни. Пренебрегва се хуманизмът в медицината. Ние оперираме тези болни често по спешност, по жизнени показатели, предвид на увеличаващото кървене, водещо до тежка анемия и невъзможността болните да бъдат лекувани в домашна обстановка. Средната възраст на болните бе 63 г., прави впечатление професионалният им статус – шест от тях бяха педагози, които са отказвали лечение и лекарски прегледи и чак при достигане на обемното разязвяване на тумора и обилното кървене постъпват на лечение.

От всичките 24 болни само 4 бяха без образование и неграмотни. С тежка анемия и обилно кърве-

не от разязвения карценом на МЖ бяха 7 болни. За щастие туморът бе разположен само в МЖ – подвижен, неинфилтриран на гръдната страна. Останалите болни бяха с лека степен на анемия, а две от тях бяха с нормални кръвни показатели. При осем от болните бяха установени и далечни метастази, предимно в белия дроб, плеврата черния дроб и костите. Всички болни бяха с локален статус, които позволяваше извършването на комфортна, семпла, козметична мастектомия. При 11 от болните бе извършена и частична лимфна дисекция. При една болна екстерпиряхме само лимфния възел на Sorgius, който бе с диаметър около 4 cm и технически бе възможно да бъде отделен заедно с МЖ. Следоперативният период протичаше нормално, включително и при болната с присадено свободно кожно ламбо, взето с дерматом от дясното бедро.

При осем болни след семплата мастектомия и частична лимфна дисекция се наложи да се покрие големият кожен дефект с кожно ламбо на широко краче. При две от болните кожно ламбо бе взето от контралатералната част на торакса и корема, а при шест от болните – от същата страна на гърдата. При шест от болните в следоперативния период след 4-ия ден от операцията се получи маргинална кантова некроза, която след третиране с Hydrosorb бързо отзвуча и те бяха изписани здрави.

Болните с тежка анемия и изразен анемичен синдром бяха лекувани с Venofer по схема. В повечето случаи се въздържахме от масивно кръвопреливане, с изключение на един болен, на когото бе прелята една банка кръв, тъй като кръвопреливането води до тромбоемболични усложнения и стимулира растежа на метастазите. Нашият опит показва, че тази категория болни, макар с напреднал стадий на карцинома и получени усложнения от него – профузно кървене и анемичен синдром, могат да бъдат оперирани, т. е. оперативната намеса, макар и нерадикална, се явява животоспасяваща и удължаваща живота.

Наблюденията върху тази категория болни показват, че животът им е продължен с 2-3 години, а три от болните починаха до 6 месеца след операцията. На всички болни след оперативното им лечение бе проведена и адювантна терапия.

ИЗВОДИ

1. Болните с напреднал РМЖ, усложнен с ексулцерация на кожата и тумора с профузно кървене, подлежат алтернативно на животоспасяващо оперативно лечение, макар че мастектомията не е радикална.

2. Непосредствените оперативни резултати са обнадеждаващи. Дезинтоксикацията на болните

ряко се подобрява, анемичният синдром бързо се подобрява с венозно приложение на Venofer, а понякога се налага и кръвопреливане.

3. Кръвопреливането, особено при тежките иноперабелни болни с карцином, води до тежки тромбоемболични усложнения и по-бързото разрастване и развитие на метастазите.

4. Оперативното премахване на основния тумор, разположен частично или обхващащ цялата млечна жлеза, усложнен с улцерация на кожата, инфекция и профузно кървене, дава възможност за много успешна адювантна терапия.

5. Наблюдаваните от нас болни, макар и мастектомията, да не е радикална, понасят по-добре и с добър успех адювантната терапия.

6. В случаите, когато се провеждат по-големи по обем оперативни намеси, с по-големи кожни дефекти след мастектомия, е необходимо за закриване на кожния дефект да се използва свободно кожно ламбо или кожно ламбо по съседство, взето на широка основа.

7. Описаните оперативни намеси трябва да се извършват от специализиран екип – мамолози и пластични хирурзи.

8. Нужно е Министерството на здравеопазването да организира курсове за подготовка на повече специалисти по пластична хирургия, които да работят съвместно в съответните центрове и мамологични клиники. За целта следва да се изготви план програма за обучение на пластични хирурзи, съобразно със съвременните стандарти на мамологията и хирургията не само у нас, но и в чужбина.

Библиография

1. Червеняков, П. и А. Червеняков. Торакална хирургия. С., 1997.
2. Александрова, Е. Върху органосъхраняващите операции при ранния карцином на млечната жлеза. Дис., С., 2001 г.
3. Александрова, Е. Органосъхраняващи операции при рак на гърдата. С., Прага Принт, 2004.
4. Делийски, Т., Д. Дойнов и Г. Байчев. Рак на млечната жлеза – съвременно хирургично лечение. Плевен, 2005.
5. OncoPlastic and Reconstructive Surgery of the Breast. G. D. Rovere et al., 2004
6. Fisher, B. et al. Five versus more than five years of tamoxifen therapy for breast cancer patients with negative lymph nodes and estrogen receptor positive tumors. – J. Nat. Cancer, **82**, 1998, 2204-2211.
7. Sacchini, V. Mastectomy nipple sparing – ache punto siamo. ESD course carcinoma della mammella: chirurgia e imagine corporea. Educational book, Rapallo (Italy), 2006.
8. Sacchini, V. et al. Nipple-sparing mastectomy for breast cancer and risk reduction oncology or technical problem. – J. Am. Coll. Surgery, **203**, 2006, № 5, 704-714 (abstract).
9. Komorowski, A. et al. Necrotic complications after nipple and areola-sparing mastectomy. – World J. Surg., **30**, 2006, 410-413.
10. Deneuer, A. et O. Farouk. Can nipple-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction with modified extent ended Latissimus Dorsi muscular flap improve the cosmetic and functional outcome among patients with breast carcinoma. – World J. Surg., **31**, 2007, 1167-1177.
11. Veronesi, P. ESSD Workshop Surgical Principles in Oncoplastic Surgery presentation. 6-th European Breast Cancer Conference, April 2008., Berlin, Germany.
12. Nova, M. ESSD Workshop Surgical Principles in Oncoplastic Surgery presentation. 6-th European Breast Cancer Conference, April 2008, Berlin.
13. Patey, J. et al. Nipple-sparing mastectomy: risk of nipple areola recurrences of 579 cases. – Breast Cancer Res. Treatment, **114**, 2009, 97-101.
14. Patey, J. et al. The nipple-sparing mastectomy in association with intra operative radiotherapy (ELIOT) a new type of mastectomy for breast cancer treatment. – Breast Cancer Res. Treatment, **96**, 2006, 47-51.
15. Patey, J. et al. Nipple – sparing mastectomy with nipple areola in preoperative radiotherapy: one thousand and one cases of a five years experience at the European institute of oncology of Milan (IFD). – Breast Cancer Res. Treatment, published online 17 Jan. 2009. DDI 1D: 11007/S 10549-008-0304-y.
16. Kiluk, A. et al. Feasibility of sentinel lymph node biopsy through an intramammary incising for a nipple sparing mastectomy. – Ann. Surg. Oncology, **15**, 2008, № 12, 3402-3404 -1b.
17. Stoller, A. et al. Technical considerations in Nipple-sparing mastectomy: 82 Consecutive Cases Without necrosis. – Ann. Surg. Oncology, **15**, 2008, № 5, 1341-1347.