



ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРАСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Э. Махмудова

РОНЦ МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC PARASTERNAL LYMPH NODE DISSECTION IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BREAST CANCER PATIENTS

N.E. Makhmudova

Cancer Research Center of Public Health Ministry of Republic Uzbekistan, Tashkent

We reviewed the results of treatment of 25 breast cancer patients with stages T2N1-2M0 and T3N1-2M0 tumors. After radical mastectomy all patients underwent video-assisted thoracoscopic parasternal lymph node dissection. Metastatic disease in the mediastinum was found in 10 (40%) and they were restaged from N2 to N3 disease. Postoperative complications were observed in 3 (12%) patients. There were no lethal cases among patients under study. Following 3 years after operation vertebral and lung metastases developed in 3 patients. The median survival was 23,2±1,4 months. In the control group distant metastases developed in 2 of 28 patients and median survival was 16,2±1,2 months.

В Республике Узбекистан, по данным РОНЦ, в 2006 г. выявлено 1957 новых случаев рака молочной железы (РМЖ). Динамический анализ заболеваемости РМЖ показывает, что если в 1979 г. удельный вес РМЖ составил 5,4%, в 1996 г. — 8,8%, то в 2005 г. этот показатель вырос до 10,4%. В период с 1990 по 2006 г. заболеваемость РМЖ увеличилась почти в 1,6 раза [1].

Несовершенство диагностики, недостаточная онкологическая настороженность врачей общей лечебной сети, а также плохая информированность женского населения не всегда позволяют регистрировать РМЖ в ранней стадии. По отчетным данным РОНЦ за 2006 г., у 62,1% пациенток установлены стадии заболевания T1—T2, а в 37,9% клинических случаев — T3—T4.

Несмотря на то, что молочная железа как наружный, визуальный орган доступна для исследования, существует достаточно много проблем, связанных с диагностикой и определением степени распространенности опухолевого процесса. Как известно, РМЖ метастазирует лимфогенным путем не только в подключичную, подмышечную и подлопаточную области, но и, по данным литературы [1—3], в 55% случаев выявляется поражение парастеральных лимфатических коллекторов. Основная проблема в том, что современные методы исследования, такие как ультразвуковое (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), радиоизотопная лимфосцинтиграфия, чрезгрудинная флебография, не могут с большей степенью достоверности охарактеризовать истинное состояние ретро-стеральных лимфоузлов. Между тем, в соответствии с Международной классификацией TNM (1998), установление истинного состояния парастеральных лимфоузлов необходимо. При нали-

чии метастатического поражения в парастеральной зоне показатель регионарного метастазирования N2 изменяется на N3. Стадирование процесса при РМЖ без исследования состояния парастеральных лимфоузлов считается некорректным.

Еще в 1951 г. J.A. Urban предложил сверхрадикальную мастэктомию с резекцией грудины и хрящевых отделов на уровне II—IV ребер для удаления лимфатического коллектора вместе с внутренним грудным сосудом [3].

В последние годы в связи с развитием видеохирургической техники появилась возможность выполнения радикальных вмешательств при хирургическом лечении РМЖ путем дополнения традиционных операций видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекцией (ВТСПЛ). Преимущество данной операции заключается в уточнении стадирования процесса [2—5].

В отделении онкомаммологии РОНЦ с 2003 по 2006 г. 25 больным РМЖ в стадиях T2N1—2M0 и T3N1—2M0 произведена одномоментная радикальная мастэктомию в сочетании с ВТСПЛ. В исследование вошли больные в возрасте от 26 до 62 лет. Из них стадия T2 установлена в 14, T3 — в 11 клинических случаях. Следует отметить, что данный вид хирургического вмешательства выполняли больным с внутренней и центральной локализацией опухоли. В верхне-внутреннем квадранте опухоль отмечена у 8 пациенток, ниже-внутреннем — у 7 и центральном — у 10 больных. У 14 больных в момент обследования отмечено поражение подмышечных лимфатических узлов.

Диагноз РМЖ гистологически верифицирован у всех пациенток. Контрольную группу составили 28 больных РМЖ в стадиях T2N1—2M0 и T3N1—2M0. Все исследуемые параметры пациенток в основной и контрольной группах были практически

идентичными. Больным основной группы операцию выполняли в 2 этапа. На 1-м этапе — радикальная мастэктомия с удалением подмышечных, подмышечных и подлопаточных лимфоузлов. На 2-м этапе больную поворачивали на бок, легкое на стороне операции временно выключали из акта дыхания с введением в плевральную полость 3 торакопортов: в пятое межреберье по задне-подмышечной линии устанавливали торакопорт для видеокамеры, 2 других порта для манипуляторов размещали в третьем и пятом межреберье по передне-подмышечной линии. При выполнении ВТСПЛ мы заимствовали методики, разработанные Е.И. Сигалом (1996), с изменениями, которые внесли сотрудники РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва [6].

Эндохирургически была рассечена парастеральная плевра по латеральному и медиальному краю с первого по четвертое межреберье параллельно грудным сосудам. Единым блоком резецировали и удаляли внутренние грудные артерию и вену с окружающей жировой клетчаткой, содержащей лимфоколлектор. Удаленный препарат маркировали и отправляли на морфологическое исследование. После этого расправляли легкое и дренировали плевральную полость. Троярное отверстие ушивали. Средняя продолжительность ВТСПЛ составила 50—55 мин. Пациенткам контрольной группы ВТСПЛ не производилась. Обе группы больных в течение года получали по 3 курса адьювантной химиотерапии.

Интраоперационных осложнений в нашем исследовании не зафиксировано. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных: в 2 случаях — экссудативный плеврит и в 1 — пневмония. Все осложнения ликвидированы с помощью консервативного лечения. Летальности, связанной с проведением ВТСПЛ, не наблюдалось.

Из 25 пациенток, которым была выполнена ВТСПЛ, у 10 (40,0%) больных при гистологическом исследовании выявлено метастатическое поражение. При этом частота поражения в зависимости от стадии не была одинаковой. При стадии Т3 поражение отмечено у 11 (45,4%) исследуемых, при Т2 — у 14 (35,7%). Этот факт и данные литературы [3, 6] свидетельствуют о том, что при возрастании стадии РМЖ увеличивается и частота метастазирования в парастеральные лимфоузлы. Изучение связи между поражениями подмышечных

лимфоузлов и парастеральных лимфоколлекторов показало в 9 (90%) из 10 наших наблюдений наличие прямой корреляции поражений аксиллярных и парастеральных лимфоколлекторов. Только в 1 случае при отсутствии поражения подмышечных лимфоузлов выявлено метастазирование в парастеральную зону.

Анализ зависимости метастазирования в парастеральную зону от локализации первичного очага при РМЖ в нашем исследовании показал отсутствие достоверных различий в частоте поражения парастеральных лимфоузлов при центральной и при внутренней локализации (по 40% соответственно, $p < 0,05$). Возможно, это связано с небольшим числом наших наблюдений и отсутствием наблюдений при наружной локализации первичного очага — в этом случае, по данным литературы, достоверно меньше поражается парастеральная зона. В результате проведенных ВТСПЛ и гистологической верификации поражения парастеральной зоны у 11 пациенток в стадиях Т2 и Т3 показатель поражения регионарных лимфоузлов N2 сменился на N3.

Нами прослежены отдаленные результаты у пациенток основной и контрольной групп.

В основной группе при стадии Т3N2—3M0 после операции отдаленные метастазы выявлены у 3 (12%) больных: у 2 — в легких и у 1 — в позвоночник. Медиана выживаемости составила $22,2 \pm 1,4$ мес. Безметастатический период — $20,2 \pm 1,8$ мес. Локорегионарные метастазы в указанные сроки не наблюдались.

В контрольной группе в течение 2 лет метастазирование имело место у 7 (25%) больных ($p_{1-2} > 0,05$). Из них метастазы в легких выявлены у 3, в печень — у 2, в позвоночник — у 2 больных. Безметастатический период среди этих больных — $14,2 \pm 1,7$ мес ($p_{1-2} > 0,05$). Локорегионарный рецидив с прорастанием и диссеминацией в плевру с экссудативным плевритом отмечен у 4 (14,3%) больных. Безрецидивный период составил $11,2 \pm 1,4$ мес. Медиана выживаемости была равна $14,2 \pm 1,2$ мес.

Таким образом, результаты, полученные при помощи ВТСПЛ, доказывают перспективность и значимость данного метода. ВТСПЛ существенно не влияет на течение послеоперационного периода, позволяет достоверно определить стадию заболевания и обеспечивает надлежащий радикализм при РМЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Муратходжаев Н.К., Маджидов У.В. Динамика онкологических показателей в Узбекистане за последние десятилетия. РПВ. Ташкент; 2005. с. 29.
2. Сигал Е.И., Хамидуллин Р.Г., Дружков Б.К. и др. Материалы I съезда онкологов стран СНГ. М.; 1996.
3. Urban J.A. Cancer 1951;4:1263—85.
4. Нечушкин М.И., Триголосов А.В., Уйманов В.А. и др. Сборник научных трудов «Новое в онкологии». Вып 4. Воронеж; 1999. с. 129—34.
5. Шнитко С.Н., Пландовский В.А., Троянов А.А., Анисимовец А.А. Тезисы доклада международной конференции: Новые возможности и перспективы развития эндоскопической хирургии. СПб.; 1995. с. 83—4.
6. Сигал Е.И., Исмагилов А.Х., Нечушкин М.И. и др. Сборник научных трудов «Новое в онкологии». Вып.4. Воронеж; 1999. с. 136—48.