

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЕЖ Слонимская, А.В. Дорошенко

*НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН*

Хирургия рака молочной железы имеет достаточно давнюю историю. Считается, что первую операцию по поводу опухоли молочной железы сделал греческий врач Леонидис, который выполнял надрез и прижигание тканей, и датируется это событие I в. нашей эры. В 1895 г. Холстедом была разработана методика выполнения радикальной мастэктомии, которая предусматривала удаление в едином блоке молочной железы, большой грудной мышцы и подключично-подмышечно-подлопаточной клетчатки. В. Майер практически в это же время предложил аналогичную операцию, добавив удаление еще и малой грудной мышцы. Вплоть до 60-х гг. XX в. именно это хирургическое вмешательство стали называть классической радикальной мастэктомией и рассматривали в качестве стандарта оперативного лечения рака молочной железы. Развивающаяся в то время теория «маленькая опухоль - большая операция» привела к появлению сверхрадикальных операций. Выполнялась подмышечно-грудинная мастэктомия по Урбану-Холдину, дополненная парастеральной лимфаденэктомией, резекцией хрящевых частей II-IV ребер и продольной резекцией грудины на этом уровне. Однако из-за высокой травматичности и отсутствия достоверного улучшения показателей общей выживаемости больных широкого распространения эта операция не получила. С 1958 г. наметилась тенденция к уменьшению объема хирургических вмешательств - выполнению функционально-щадящих операций: радикальная мастэктомия по Пейти (с сохранением большой грудной мышцы), по Мадден (с сохранением обеих грудных мышц). Благодаря определенным успехам по ранней диагностике рака молочной железы и развитию дополнительных методов лечения (химио- и лучевой терапии) прочно утвердилось направление выполнения органосохраняющих операций. Стали популярны радикальная резекция, квадрантэктомия и даже секторальная резекция

молочной железы с аксиллярной лимфаденэктомией.

В поисках возможных путей улучшения косметических результатов, сокращения сроков пребывания пациенток в стационаре были разработаны эндоскопические методы для выполнения некоторых этапов операций на молочной железе, что связано с анатомическими особенностями регионарного лимфооттока этого органа (рис. 1).

F. Suzanne et al. (Франция, 1997), N. Tagaya, K. Kubota (Япония, 1997) сообщили о первом опыте выполнения эндоскопической аксиллярной лимфаденэктомии. В техническом аспекте методика предполагает разрез кожи и подкожной клетчатки в подмышечной области по среднеаксиллярной линии, затем тупым и острым путем раздвигаются ткани до края большой грудной мышцы. В образовавшийся канал

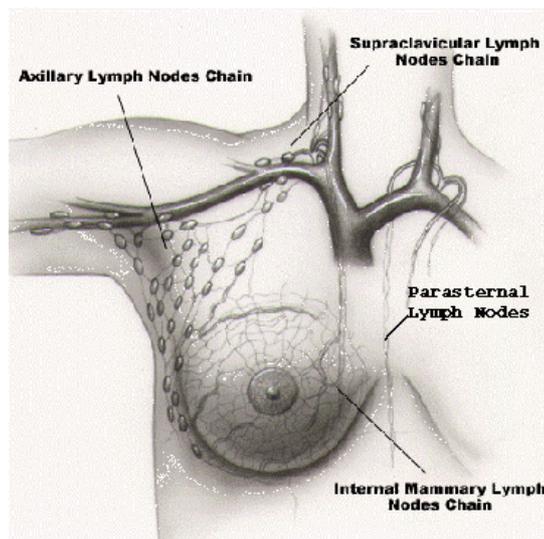


Рис. 1 Зоны лимфооттока молочной железы

вводится наполняемый воздухом баллончик, при раздувании которого образуется рабочее пространство. Баллончик извлекается, вводится 10-мм троакар, через который подается углекислый газ под давлением 6-8 мм рт.ст. Через дополнительные проколы вводятся эндоскопические или так называемые иглоскопические (не превышающие 2 мм в диаметре) инструменты, иссекается клетчатка аксиллярной области с лимфоузлами. Время проведения операции составляет 80-150 мин, количество удаленных лимфоузлов 8-17, кровопотеря 8-19 мл.

По признанию самих авторов, несмотря на все преимущества (хороший косметический результат, минимальная кровопотеря), эти операции не могут получить широкого распространения из-за своей длительности, необходимости наличия специального оборудования и рассматриваются как вариант биопсии сторожевого лимфоузла. Кроме этого, выполнение лимфаденэктомии в таком объеме не дает полного представления о стадии процесса, так как лимфоузлы II, III порядка (под- и медиально от малой грудной мышца) остаются скрытыми от глаза хирурга, что делает операцию условно радикальной.

Видеоторакоскопическая парастернальная лимфаденэктомия при раке молочной железы медиальной и центральной локализации предложена Е.И. Сигалом в 1996 г. Эта операция позволяет наиболее полно провести диагностику опухолевого поражения парастеральных лимфоузлов и, по мнению ряда авторов (Нечушкин М.И., 1997; Хамидуллин Р.Г., 1995), обеспечивает необходимый радикализм хирургического лечения. Безусловно, такой способ гораздо менее травматичен, чем оригинальная операция Урбана-Холдина. После выполнения стандартной мастэктомии в плевральную полость вводят 3 торакопорта: в V межреберье по среднеключичной и среднеаксиллярной линиям и в ГУ межреберье по переднеаксиллярной линии. Клипируют и после мобилизации резецируют внутренние грудные артерию и вену, выделяют жировую клетчатку с лимфатическими узлами, удаляют препарат. Плевральную полость после расправления легкого дренируют одним дренажем на срок до 2 сут. Количество удаляемых лимфоузлов составляют от 1 до 9, частота метастатического поражения - не бо-

лее 25%. Безусловно, метод интересен в плане определения стадии заболевания, прогнозирования его исхода, но при имеющихся возможностях химио-, лучевой терапии в послеоперационном периоде возникает вопрос о целесообразности выполнения таких операций всем пациентам.

В последние годы в ведущих клиниках Японии, Великобритании, Израиля и США все большее распространение получает дуктоскопия. Этот метод позволяет проводить тщательное исследование протоков молочной железы с применением специального аппарата - дуктоскопа. Рабочая часть аппарата состоит из ножек с внешним диаметром 0,9 мм, внутри которых проходит два канала - для подачи физраствора и аспирации, что позволяет выполнять аспирационную биопсию. Оптическая часть представлена фиброоптическим волокном. Дуктоскопы вводят через сосок в один из протоков молочной железы, расширяя последний с помощью введения физиологического раствора. Аппарат позволяет обнаружить мелкие опухоли, размер которых значительно ниже порога чувствительности лучевых методов исследования. Использование этого оборудования позволит выполнять иссечение мелких опухолей, практически не затрагивая здоровых тканей.

Помимо операций на молочной железе, при распространенном раке молочной железы и неэффективности гормональной терапии выполняется овариэктомия. Хирургическая кастрация имеет общие со всеми эндоскопическими операциями преимущества, что связано с меньшей травматичностью, хорошими косметическими результатами и сокращением сроков послеоперационного периода.

Таким образом, выполнение эндоскопических операций при раке молочной железы сопряжено с рядом достоинств: меньшей травматичностью, меньшей кровопотерей, сокращением длительности пребывания больной в стационаре, уменьшением количества осложнений, улучшением косметических результатов. Однако для большинства клиник эти методы пока остаются недоступными из-за своей высокой стоимости (дорогостоящая аппаратура, одноразовые расходные материалы, необходимость специального обучения), кроме того, спорным остается вопрос о длительности выполнения подоб-

ных операций. С онкологических позиций - вышеперечисленные методы интересны в отношении оценки истинной распространенности опухолевого поражения и возможного прогноза заболевания. Ответ же на вопрос о влиянии эн-

доскопических хирургических вмешательств на отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы может быть получен только при проведении дальнейших исследований.