

ИЗМЕНЕНИЕ СТАДИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ T2N0M0 СТАДИЕЙ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

К.И. Кулаев, В.Н. Королёв, И.Ю. Суровцев, О.С. Терёшин
Челябинский окружной клинический онкологический диспансер,
г. Челябинск

Исследование основано на результатах лечения 84 больных раком молочной железы T2N0M0 стадии опухолевого процесса, которым была выполнена радикальная операция и видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия. Выполнение видеоторакоскопической парастеральной лимфаденэктомии способствовало выявлению метастазов в этом лимфатическом коллекторе у 13 % больных данной стадии рака и соответственно изменению стадии опухолевого процесса с T2N0M0 на T2N3M0 стадию.

Ключевые слова: рак молочной железы T2N0M0 стадии, видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия, изменение стадии опухоли.

Введение. Данные литературы о частоте метастазирования рака молочной железы в парастеральные лимфатические узлы довольно разноречивы. Этот показатель по данным разных авторов колеблется от 9 до 26 % [3, 4, 6–8]. На частоту этого процесса большое влияние оказывает стадия опухолевого процесса. Так, М.И. Нечушкин и соавт. зарегистрировали метастазы в парастеральные лимфоузлы при ПА стадии первичной опухоли в 16,8 %, ПВ – в 28,8 %, ППА – 42,6 %, ППВ – 33,3 % [1]. При использовании Т-критерия этими авторами при T1 стадии первичной опухоли метастазы выявили в 9,9 %, T2 стадии – в 25,2 %, T3 – 28,3 %, T4 – 33,3 %. Целый ряд авторов считают необходимым оценивать статус парастеральных лимфоузлов, так как он влияет на стадию заболевания и способствует оптимизации лечения [2, 5, 8, 9].

Материал и методы. Данное исследование основано на результатах лечения 84 больных раком молочной железы T2N0M0 стадии опухолевого процесса, которым была выполнена радикальная операция и видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия. Проведен анализ клинических данных, результатов параклинических методов исследования, данных послеоперационного патоморфологического исследования операционного материала. Проведено также сравнение наблюдений T2N0M0 стадии опухолевого процесса, протекавшего без метастазов в парастеральные лимфатические узлы, с наблюдениями этой стадии рака с выявленными метастазами в этом лимфатическом коллекторе.

Результаты исследования. Возраст больных колебался от 30 до 73 лет. Средний возраст больных этой группы наблюдений составил $54,5 \pm 1,05$ года.

При патоморфологическом исследовании парастерального лимфатического коллектора в жировой клетчатке, окружающей внутренний грудной сосудистый пучок, обнаруживалось от 3 до 5 лимфатических узлов, в среднем – 4 лимфатических узла.

У 73 больных T2N0M0 стадии опухолевого процесса (1-я группа) при послеоперационном морфологическом исследовании метастазов в лимфатических узлах парастерального лимфатического коллектора не было обнаружено, а у 11 больных с этой стадией рака (2-я группа) во внутригрудных лимфатических узлах патоморфологи обнаружили метастазы рака молочной железы. Метастазы в 2 случаях обнаружены в одном лимфатическом узле, в обоих случаях располагавшиеся в первых межреберьях, у 9 больных – в двух лимфатических узлах, по одному лимфатическому узлу в первом и втором межреберьях. Размеры лимфатических узлов с метастазами колебались от 0,6 см до 1,4 см в диаметре.

Сравнение этих групп больных по среднему возрасту не выявило различий ($p > 0,05$). Средний возраст больных 1-й группы составил $54,0 \pm 1,2$ года, больных 2-й группа – $56,3 \pm 1,8$ лет.

В группе наблюдений без метастазов в парастеральные лимфатические узлы опухоль локализовалась в правой молочной железе у 31 больной, в левой – у 42. Во второй группе больных правая молочная железа была поражена у 8 женщин, левая – у 3 пациенток. Различия групп по этому признаку были недостоверны ($p > 0,05$).

В первой группе наблюдений внутренняя локализация опухоли в органе зарегистрирована у 30 больных, центральная – у 10 пациенток. Суммарно эти две локализации в процентном отношении со-

ставили 54,8 %. У остальных 33 больных (45,2 %) опухоли располагались в разном количестве по всем остальным возможным локализациям. Во второй группе наблюдений из 11 больных у 7 опухоли были центральной локализации и у 4 пациенток они располагались во внутренних квадрантах органа. Других локализаций опухоли в органе в этой группе наблюдений не было зарегистрировано. Таким образом, сравнение этих групп наблюдений по локализации опухоли в органе демонстрирует, что во второй группе больных, с выявленными парастеральными метастазами, опухоли были только центральной и внутренней локализации, тогда как в первой группе больных эти локализации рака были лишь у половины пациенток.

Сравнение двух групп наблюдений по форме роста опухоли приведено в табл. 1.

Данные табл. 1 показывают, что соотношение частоты узловой, отграниченно-инфильтративной и отечно-инфильтративной форм в сравниваемых группах больных было практически одинаковым. Различие не было статистически достоверным ($p > 0,05$). Отличие групп по этому признаку было лишь в том, что во второй группе наблюдений у одной больной зарегистрирован мультицентрический рост опухоли.

Сравнение двух групп наблюдений по размерам опухолевого узла выявило, что средний размер опухолевого узла у больных первой группы наблюдений составил $2,9 \pm 0,05$ см, во второй группе больных он был больше – $3,5 \pm 0,2$ см. Различие статистически достоверно ($p < 0,05$).

Сравнение групп наблюдений по гистологическим формам карцином приведено в табл. 2.

Данные табл. 2 демонстрируют, что соотно-

шение частоты трех разных гистологических форм карцином в сравниваемых группах было практически одинаковым. Различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Проведено сравнение двух групп наблюдений по степени дифференцировки клеток карцином. Результаты сравнения приведены в табл. 3.

Данные табл. 3 свидетельствуют о том, что степень дифференцировки опухолевых клеток у больных двух сравниваемых групп была практически одинаковой. В обеих группах преобладали и примерно в равных соотношениях карциномы с умеренной степенью дифференцировки клеток. Опухоли с низкой степенью дифференцировки клеток также в примерно равных соотношениях диагностированы в обеих группах. Отличие было в том, что в группе больных без метастазов в парастеральные лимфатические узлы у 15 больных (20 %) зарегистрированы карциномы с высокой степенью дифференцировки опухолевых клеток, а во второй группе больных таких карцином не было выявлено. Различия двух сравниваемых групп наблюдений по этому признаку не были статистически достоверны ($p > 0,05$).

Таким образом, подводя итог проведенному сравнению наблюдений T2N0M0 стадии опухолевого процесса, протекавших без метастазов в парастеральные лимфатические узлы (1-я группа больных), с наблюдениями этой стадии рака с выявленными метастазами во внутригрудных лимфатических узлах (2-я группа больных), можно констатировать, что сравниваемые группы наблюдений по среднему возрасту больных, по локализации опухоли в правой или левой молочной железе, по форме роста опухоли, по гистологическим

Таблица 1

Частота разных форм роста опухоли у больных двух групп наблюдений

Группы больных	Форма роста			
	Узловая	Отграниченно-инфильтративная	Отечно-инфильтративная	Мультицентрический рост
Первая группа (n)	42	21	10	0
Вторая группа (n)	7	3	0	1

Таблица 2

Частота гистологических форм карцином в двух группах наблюдений

Гистологическая форма опухоли	Группы больных	
	Первая группа (n)	Вторая группа (n)
Инвазивная протоковая карцинома	50	8
Инвазивная дольковая карцинома	16	2
Смешанная дольково-протоковая	7	1
Всего	73	11

Таблица 3

Степень дифференцировки клеток карцином у больных двух групп наблюдений

Группы больных	Степень дифференцировки клеток		
	G1	G2	G3
Первая группа (n)	15	41	17
Вторая группа (n)	0	8	3

формам карцином и степени дифференцировки их клеток отличий не имели. Отличие этих групп заключалось в том, что во второй группе больных опухоли локализовались только во внутренних квадрантах органа или были центральной локализации, тогда как в первой группе эти локализации зарегистрированы лишь у половины больных. У остальных больных первой группы опухоли располагались в разном количестве по всем остальным возможным локализациям. Размер опухолевого узла во второй группе наблюдений был больше ($3,5 \pm 0,2$ см), чем в группе больных без парастеральных метастазов ($2,9 \pm 0,05$ см).

Заключение. Таким образом, используемый комплекс клинических и параклинических методов обследования больных с карциномой молочной железы T2N0M0 стадии на дооперационном этапе не позволил предположить вовлечение в метастатический процесс парастеральных лимфатических узлов. Выполнение видеоторакоскопической парастеральной лимфаденэктомии способствовало выявлению метастазов в этом лимфатическом коллекторе у 13 % больных этой стадии рака и соответственно изменению стадии опухолевого процесса с T2N0M0 на T2N3M0 стадию.

Литература

1. Тригolosов, А.В. Видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия в диагностике распространенности рака молочной железы / А.В. Тригolosов, М.И. Нечушкин, В.А. Уйманов // Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 275–290.
2. Deliiski, T. Stage migration after biopsy of internal mammary sentinel lymph node in breast cancer patient / T. Deliiski // *Khirurgiia (Sofia)*. – 2005. – Vol. 2. – P. 26–27.
3. Extra-axillary sentinel node biopsy in the management of early breast cancer / J. Hong, E. Chog, N. Soni et al. // *Eur J Surg Oncol*. – 2005. – Vol. 31. – P. 942–948.
4. Halsted revisited: internal mammary sentinel lymph node biopsy in breast cancer / F.W. van der Ent, R.A. Kengen, H.A. van der Pol et al. // *Ann Surg*. – 2001. – Vol. 234. – P. 79–84.
5. Kell, M.R. Sentinel lymph node biopsy (Editorial) / M.R. Kell, M.J. Kerrin // *BMJ*. – 2004. – Vol. 328. – P. 1330–1331.
6. Should the hunt for internal mammary chain sentinel nodes begin? An evaluation of 150 breast cancer patients / S.H. Estourgie, P.J. Tanis, O.E. Nieweg et al. // *Ann Surg Oncol*. – 2003. – Vol. 10. – P. 935–941.
7. Stage migration after biopsy of internal mammary chain lymph nodes in breast cancer patients / V. Galimberti, P. Veronesi, P. Arnone et al. // *Ann Surg Oncol*. – 2002. – Vol. 9. – P. 924–928.
8. The clinical value of parasternal sentinel node biopsy in breast cancer / M.H. Leidenius, L.A. Krogerus, T.S. Toivonen et al. // *Ann Surg Oncol*. – 2006. – Vol. 13. – P. 321–326.
9. The Impact on Post-surgical Treatment of Sentinel Lymph Node Biopsy of Internal Mammary Lymph Nodes in Patients with Breast Cancer / E.V.E. Madsen, P.D. Gobardhan, V. Bongers et al. // *Ann Surg Oncol*. – 2007. – Vol. 14 (4). – P. 1486–1492.

Поступила в редакцию 20 декабря 2011 г.