



В.В. РОДИОНОВ, А.А. МИДЛЕНКО, А.В. СУЕТИН, Э.Т. РАХМАТУЛЛИНА, В.В. МУЗЯКОВ

Ульяновский областной клинический онкологический диспансер

К вопросу о подмышечной лимфодиссекции у больных раком молочной железы

Авторами проведен анализ результатов лечения больных раком молочной железы, которым выполнялось оперативное вмешательство в объеме секторальной или радикальной резекции. Установлено, что секторальная резекция может успешно применяться в лечении больных раком молочной железы, не влияя на результаты трех- и пятилетней выживаемости, способствуя более рациональному использованию коечного фонда.

Ключевые слова: рак молочной железы, оперативное лечение, результаты лечения.

Родионов Валерий Витальевич,

д.м.н., профессор кафедры онкологии УлГУ, ГУЗ

Областной клинический онкологический диспансер, заведующий 2 хирургическим отделением, г. Ульяновск, ул. 12 Сентября, д. 90, 432063, (8422) 32-39-05

V.V. RODIONOV, A.A. MIDLENKO, A.V. SUETIN, E.T. RAKHMATULLINA, V.V. MUZYAKOV

To the question about axillary lymphodissection at patients with cancer of the mammary gland

Authors lead the analysis of results of treatment sick by a cancer of mammary gland which operative intervention in volume of sectoral or radical resection was carried out. It is established, that the sectoral resection can successfully be applied in treatment sick by a cancer of mammary gland, not influencing on results 3-and 5 years' survival rate, promoting more rational use hospital bed usage.

Keywords: cancer of mammary gland, operative treatment, results of treatment.

Последние десятилетия ознаменовались широким внедрением в повседневную онкологическую практику органосохранного лечения рака молочной железы. Это в первую очередь связано с уменьшением объема удаляемых тканей самой молочной железы — от квадрантэктомии к секторальной резекции и далее к туморэктомии. Многочисленные рандомизированные исследования свидетельствуют о высокой эффективности подобных операций (7, 10, 12). Вместе с тем, органосохраняющие операции позволяют пациентке избежать хронической психотравмирующей ситуации, обусловленной утратой женственности.

Но не только оперативные вмешательства на молочной железе, но и на путях лимфооттока определяют прогноз и влияют на качество жизни пациенток раком молочной железы. В настоящее время большинство авторов склонны считать, что если показано выполнение подмышечной лимфодиссекции,

то следует производить иссечение всех подмышечных лимфоузлов, включающих три уровня лимфооттока по Бергу (3), ибо отказ от удаления лимфоузлов на всех трех уровнях ведет к недооценке распространенности рака молочной железы. Некоторые авторы считают, что лимфостаз является серьезным осложнением полной подмышечной лимфодиссекции и предлагают удалять лимфоузлы первого уровня или проводить выборочное удаление отдельных подозрительных лимфоузлов. Наиболее перспективным в этом плане является изучение состояния «сторожевого узла» (наиболее близко расположенного к опухоли) для оценки распространения опухолевого процесса. Исследователи пытаются доказать, что отсутствие метастазов в «сторожевом узле» является доказательством отсутствия поражения всех лимфоузлов, а обнаружение метастазов может являться показанием к выполнению подмышечной лимфаденэктомии (1, 2, 3, 5, 11). И только отдельные авторы высказы-

ваются за полный отказ от подмышечной лимфодиссекции. В 1971 г. H.S. Gallager предложил выделять так называемый «минимальный рак». Этим термином он и J. T. Martin обозначили дольковый рак *in situ*, внутривенный рак в наибольшем размере не более 5 мм и минимальный инвазивный рак. В последнее время в эту группу включают самые разные по морфогенезу неинвазивные и инвазивные раки до 10 мм. У этих больных вероятность метастазирования в подмышечные лимфоузлы не превышает 6% (11). Это означает, что у большого числа женщин выполнение подмышечной лимфодиссекции приводит к удалению нормальных лимфоузлов для получения прогностической информации, которая могла бы быть получена и при изучении различных характеристик первичной опухоли. В связи с этим ряд авторов считает обоснованным отказ от проведения подмышечной лимфодиссекции у больных ранним раком молочной железы.

В работе Haffty и соавт. (1993) представлены данные о 337 больных с I и II стадией рака, у которых было выполнено только удаление пораженного сегмента без подмышечных лимфоузлов с последующей лучевой терапией на молочную железу и подмышечную область (8). При 10-летнем наблюдении у 8 больных был диагностирован рецидив в регионарных лимфатических узлах. Таким образом, показатель безрецидивного течения в данной зоне составил 97%, что позволило авторам считать такой объем оперативного вмешательства адекватным для больных с отсутствием данных за метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Достаточно интересная информация содержится в работе Louis-Sylvestre и соавт. (2004) (9). В исследование было включено 658 больных раком молочной железы с опухолью менее 3 см и отсутствием клинических данных за метастатическое поражение подмышечных лимфатических узлов. Все пациентки были рандомизированы в 2 группы: в первую вошли больные, которым была выполнена лимфодиссекция ($n=326$), во вторую — пациентки, которым провели только лучевую терапию на подмышечную область в дозе 50 Гр ($n=332$). Обе группы были сопоставимы по возрасту, распространенности опухолевого процесса, рецепторному статусу. Как показали результаты исследования, пятилетняя выживаемость была выше в группе пациенток, которым выполнялась лимфодиссекция (96,6% вместо 92,4%; $p=0,009$). Вместе с тем, десяти- и пятнадцатилетняя выживаемость в обеих группах была практически одинаковой (86,6% против 83,6% и 75,5% против 73,8% соответственно). Справедливо ради необходимо отметить, что рецидив в подмышечной области регистрировался чаще в группе пациенток, которым лимфодиссекция не выполнялась (3% против 1%, $p=0,04\%$). Рецидивы в надключичной области, а также отдаленные метастазы в обеих группах регистрировались приблизительно с одинаковой частотой.

Однако имеются и другие данные. Bland и соавт. (1999) представили результаты лечения 547847 больных раком молочной железы I-II стадии, которым были выполнены органосохраняющие операции в клиниках США с 1985 по 1995 гг. (11). За этот период количество радикальных резекций увеличилось с 17,6% до 36,6%, а число секторальных резекций без подмышечной лимфодиссекции возросло с 6,4% до 10,6%. Последний вид оперативных вмешательств в 2 раза чаще проводился пациенткам старше 70 лет, почти в 3 раза чаще применялся у больных

с I стадией заболевания, а также I и II стадией злокачественности. При сравнительном анализе показателей десятилетней выживаемости оказалось, что более выгодно выглядят радикальные резекции молочной железы, чем секторальные резекции: 86% и 58%.

В виду высокой частоты тяжелых сопутствующих заболеваний, снижения функциональных и адаптационно-компенсаторных возможностей организма у больных пожилого и старческого возраста очень часто проведение радикальных операций противопоказано из-за длительности наркоза и опасности серьезных осложнений, поэтому выбор оперативного вмешательства у этих больных является чрезвычайно важным (4).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты лечения 101 больной раком молочной железы, которым выполнялось оперативное вмешательство в объеме секторальной резекции в Ульяновском областном клиническом онкологическом диспансере в период с января 1988 по декабрь 2008 г. В контрольную группу вошла 141 больная раком молочной железы, которым было применено оперативное вмешательство. Показаниями для выполнения секторальной резекции у больных раком молочной железы служили: отказ больной от радикальной операции; наличие тяжелой сопутствующей патологии, не позволяющей выполнить радикальную операцию; отсутствие клинических данных за метастатическое поражение подмышечных лимфатических узлов. Состояние регионарных лимфатических узлов оценивалось на основании данных клинического и инструментального методов обследования (УЗИ, МРТ, маммография в косой проекции). В сомнительных случаях выполнялась пункционная биопсия подмышечных лимфатических узлов с цитологическим исследованием.

Распределение больных по возрасту показало, что более 2/3 пациенток было старше 60 лет (83,1%), при этом средний возраст пациенток составил $68,6 \pm 2,1$ лет. Подавляющая часть больных (82,2%) находилась в постменопаузе.

В зависимости от распространенности первичного процесса больные распределились следующим образом: 0 стадию имели 8 пациенток (7,9%), I стадию — 45 (44,5%), II а стадию — 48 больных (47,5%). У большинства пациенток (67,4%) размеры первичного очага находились в пределах от 1 до 3 см, при этом средний размер опухоли составил $2,4 \pm 0,2$ см. Из числа исследуемых больных подавляющему большинству (75 человек — 74,3%) проведена оценка степени злокачественности опухоли. Наиболее многочисленной оказалась группа пациенток со II степенью злокачественности — 51 больная (68%). Реже регистрировались I и III степени злокачественности — у 20 (26,6%) и 4 (5,3%) пациенток соответственно. Иммуногистохимическое исследование было проведено 13 больным (12,9%), причем у 12 пациенток был отмечен положительный рецепторный статус по эстрогеновым и прогестероновым рецепторам, в одном случае опухоль была положительна только по эстрогеновым рецепторам. Гиперэкспрессии HER-2/neu выявлено не было.

Учитывая средний возраст пациенток, немаловажным является факт наличия сопутствующей патологии. Соматические заболевания были зарегистрированы у 64 больных (63,4%).



У большинства пациенток имелось несколько сопутствующих заболеваний. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, нарушение ритма, порок сердца, недостаточность кровообращения. Вышеперечисленные заболевания были диагностированы у 48 пациенток (47,5%). Сахарный диабет различной степени тяжести зарегистрирован у 9 больных. Реже встречались последствия острого нарушения мозгового кровообращения (3 больных), хроническая почечная недостаточность (3 больных), бронхиальная астма (3 больных) и цирроз печени (1 больная). Рак другой локализации был выявлен у 4 больных.

От общего числа исследуемых больных чисто хирургическое лечение проведено 25 пациенткам (24,7%). Сочетание оперативного вмешательства с лучевой терапией получили 26 больных (25,7%), а сочетание оперативного лечения с лекарственной терапией — 23 пациентки (22,8%). Комплексное лечение, включающее хирургическое, лекарственное и лучевое, проведено 27 пациенткам (26,8%). Оперативное вмешательство осуществлялось в объеме секторальной резекции под местным обезболиванием. У 52 больных (51,5%) операция выполнялась в стационаре, в то время как у 49 (48,5%) — в амбулаторных условиях. Послеоперационная лучевая терапия проводилась в режиме дробно-протяженного фракционирования (РОД=2 Гр, СОД=44-50 Гр). Из системных методов лечения адъювантную полихимиотерапию получила одна больная, гормонотерапию антиэстрогенами — 49 пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании полученных данных, общая трехлетняя выживаемость составила 89,9%, а пятилетняя — 81,9%. Причем эти показатели оказались практически одинаковыми во всех исследуемых группах и, таким образом, не зависели от метода лечения. Мало чем они отличались и от результатов лечения больных раком молочной железы с использованием радикальной резекции (табл. 1). Показатели трехлетней и пятилетней выживаемости в данном случае достигали 93,2% и 85,2%, соответственно (p<0,05).

Таблица 1

Результаты лечения больных раком молочной железы с использованием секторальной и радикальной резекций молочной железы

Вид операции	3-летняя выживаемость	5-ти летняя выживаемость
Секторальная резекция	89,9%	81,9%
Радикальная резекция	93,2%	85,2%

Местный рецидив в области послеоперационного рубца был диагностирован у 1 больной. Рецидив в области подмышечных лимфатических узлов был зарегистрирован у 3 больных. У 7 пациенток наступило отдаленное метастазирование. В процессе наблюдения умерло 29 пациенток (28,7%), при этом от прогрессирования рака — 7 больных, от других причин — 13, и у 9 больных причина смерти осталась неизвестной.

Отдельно хочется остановиться на среднем пребывании оперированных больных на койке. В случае выполнения радикальных операций на молочной железе этот показатель в Ульяновском областном клиническом диспансере в среднем составляет 22,7±2,4 койко-дней, в то время как после секторальной резекции среднее пребывание на койке сокращается практически вдвое (12,8±1,1 койко-дней).

РЕЗЮМЕ

При соблюдении критериев отбора, секторальная резекция может успешно применяться в лечении больных раком молочной железы, не влияя на результаты трех- и пятилетней выживаемости. Использование секторальной резекции у больных раком молочной железы способствует более рациональному использованию коечного фонда и экономии денежных средств лечебными учреждениями.

ЛИТЕРАТУРА

Вельдшер Л.З., Габуния З.Р., Праздников Э.Н., Лучшев А.И., Чочуа Г.А., Гвахария Н.В., Прилепо Ю.В. Пути оптимизации объема лимфодиссекции при раке молочной железы. Вестник Московского Онкологического Общества 2001; 1: 2-3.

Вельдшер Л.З., Решетов Д.Н., Габуния З.Р., Прилепо В.Н., Прилепо Ю.В. Сторожевые лимфатические узлы при раке молочной железы. Маммология 2007; 1: 23-25.

Зуррида С. Локализованные формы рака молочной железы: комбинированная органосохраняющая терапия. Материалы IV ежегодной Российской онкологической конференции. Москва. 82-84 с.

Иванов В.М., Ротобельская Л.Е., Высоцкая И.В., Легков А.А. Современные возможности лечения рака молочной железы у больных пожилого и старческого возраста. Маммология 1996; 1: 45-48.

Поддубская Е.В., Ширяев С.В., Комов Д.В., Оджарова Г.А., Ожерельев А.С., Баранова М.П. "Сторожевой" лимфатический узел: оптимизация лечебно-диагностической тактики при раке молочной железы. Вестник Московского Онкологического Общества 2001; 1: 3-4.

Cady B., Stone M.D., Wayne J. New therapeutic possibilities in primary invasive breast cancer. Annals of Surgery. 1993; 218(3): 338-443.

Fisher B., Redmond C., Poisson R. et al. Eight-year results of randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in treatment of breast cancer. N. Engl. J. Med 1989; 320: 822-828.

Haffy B.G., McKhann C., Beinfeld M. et al. Breast conservation therapy with-out axillary dissection. A rational strategy in selected patients. Archives of Surgery. 1993; 128(12): 1315-1319.

Louis-Sylvestre C., Clough K., Asselain B. et al. Axillary Treatment in Conservative Management of Operable Breast Cancer: Dissection of Radiotherapy? Results of a Randomized Study With 15 Years of Follow-Up. J. Clin. Oncol. 2004; 1: 97-101.

van Dongen J., Voogd A., Fentiman I. et al. Long-Term Results of a Randomized Trial Comparing Breast-Conserving Therapy With Mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 Trial. J. Nat. Cancer Inst. 2000; Vol. 92: 14.

Veronesi U., Paganelli G., Viale G. et al. Sentinel lymph node biopsy and axillary dissection in breast cancer: results in a large series. J. Natl. Cancer Inst. 1999; 91(4): 368-373.

Veronesi U., Volterrani F., Luini A. et al. Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast. Long-term results of three randomized trials on 1,973 patients. Eur. J. Cancer 1995; 31A: 1547-1549.