

случаях диагноз был верифицирован. Из общего числа больных 11А стадию заболевания имели 28,3% больных, 11В — 31,7% больных, 11С — 30% больных. При анализе локализации в 38 случаях из 60 имелось поражение подмышечных лимфоузлов метастазами, в остальных 22-х случаях опухолевых клеток в лимфоузлах не оказалось, что наблюдалось преимущественно при Т0 и Т1 стадиях заболеваний. В 40 (66,7%) случаях из 60 злокачественный процесс локализовался в наружных квадрантах молочной железы. В 12 (20%) случаях опухоль располагалась во внутренних квадрантах. В 8 (13,3%) случаях — центральном отделе железы. Представленные результаты согласуются с литературными данными (Харченко В.П. 1996). Из 38 наблюдений при которых имелись метастазы в лимфоузлах (N1). В 27 случаях (71,1%) злокачественная опухоль локализовалась в наружных квадрантах, в 6 случаях (15,8%) — во внутреннем квадранте. Среди 22 женщин у которых не было обнаружено метастазов в лимфоузлах (N0), у 13 (59,1%) опухоль располагалась также в наружных квадрантах а у 5 (22,7%) во внутренних.

В зависимости от количества пораженных лимфатических узлов, по данным гистологического исследования операционного материала, пациентки распределились следующим образом: у 22 больных не имелось поражения регионарных лимфатических узлов, у 29 больных имелось поражение от 1 до 3 лимфоузлов, у 9 больных — от 3 до 8 лимфоузлов (табл.).

Из 60 больных у 38 имело место поражение подмышечных и у 8 больных в сочетании с подключичными лимфатическими узлами (которые были выявлены при патоморфологическом исследовании).

На дооперационном этапе всем больным было проведено УЗИ и МРТ регионарных лимфатических узлов. Из 60 больных метастатическое поражение лимфоузлов при сонографии (истинно положительное заключение — ИПЗ) было выявлено у 31 больной. У 19 больных не было выявлено поражение лимфоузлов (истинно отрицательное заключение — ИОЗ). Ложно положительное заключение было у 3 больных и ложно отрицательное заключение — у 7 больных. Чувствительность сонографии составила 84,4%, специфичность — 86,3%, общая точность диагностического метода — 85%.

При МРТ из 60 больных метастатическое поражение лимфоузлов (ИПЗ) было диагностировано у 36 больных, ИОЗ у 18 больных. У 4 больных имело место ложно положительное заключение

и у 2 больных ложно отрицательное заключение. На основании приведенных данных видно, что чувствительность МРТ составила 95%, специфичность — 81,8%. Диагностическая точность 90,3%.

Таким образом:

1. УЗИ регионарного лимфатического аппарата оказывается недостаточно информативным методом обследования, но может являться существенным дополнением к клинической оценке состояния регионарного лимфатического аппарата.

2. МРТ помогает определить степень распространенности процесса, характера метастазирования и в последующем оптимизировать проведение лечебных мероприятий.

3. Диагностика наличие метастазов в подмышечные лимфоузлы требует более радикального послеоперационного лечебного воздействия для улучшения прогноза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арзуманова Н.В. Динамическая контрастная магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний молочных желез. // Н.В. Арзуманова, Л.А. Тютин, Л.А. Стуков. Мед. визуализация. -1999.-№2.- С.2-6.
2. Вельшер Л.З. Сторожевые лимфоузлы: их поиск и значение при раке молочной железы // Л.З. Вельшер, Э.Р. Габуния, Э.Н. Праздников, Н.В. Гвахария и др. Совр. онкология — 2001 №3.-т3.- С.112-114
3. Габуния У.А. Морфогенез рака молочной железы // У.А. Габуния, И.А. Гачечиладзе. Тбилиси.-1987.
4. Добренский М.Н. Сравнительное изучение состояния аксиллярных лимфоузлов при раке молочной железы с использованием пальпации, УЗИ и гистологических методов исследования. // М.Н. Добренский, Н.В. Бахина, Н.Ф. Сизова, К.Д. Кушаева. Материалы 111 съезда онкологов и радиологов СНГ. Минск.- 2004.-С.50-51.
5. Пак Д.Д. Перспективы исследования "сторожевых" лимфоузлов при "малом" раке молочной железы. // Д.Д. Пак, Г.А. Франк, Е.А. Белова, А.В. Ермаков. 111 съезд онкологов и радиологов СНГ. Минск.-2004.-с.66
6. Семиглазов В.Ф. Роль биопсии сигнальных лимфоузлов в определении состояния регионарных лимфатических коллекторов у больных раком молочной железы. // В.Ф. Семиглазов, С.В. Канаев, В.В. Семиглазов, С.Г. Петровский, В.Г. Иванов, К.Ш. Нургазиев, А.С. Арзуманов. Вопросы онкологии.-2002.-№1.-т48.-С.106-109.
7. Fischer U. Prognostic value of contrast-enhanced MR mammography in patients with breast cancer // U. Fischer, L. Kopka, U. Brinck et al. Europ. J. Radiol. — 1997. Vol.7 — P.1002 — 1005
8. Morris E.A. Breast cancer imaging with MRI // E. A. Morris. Radiol. Clin. North. Am. - 2002.-V. 40. - P. 443 - 466.

Мультицентрический рак молочной железы: клиника диагностики, лечение

Р.А. КЕРИМОВ, Т.М. КОЧОЯН, И.К. ВОРОТНИКОВ, В.М. ИВАНОВ,
В.А. ХАЙЛЕНКО, Д.В. КОМОВ, Д.Р. КЕРИМОВА, И.П. КОВАЛЕНКО.

ГУ Российский онкологический научный Центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 383 больных мультицентрическим раком молочной железы. Частота мультицентрического поражения составила 1.86%.

В 73.9% опухолевые узлы локализовались в пределах одного квадранта. В 70.2% случаев выявлены два опухолевых узла, более трех узлов опухоли отмечены лишь у 4.4% больных. По категории "Т" больные распределились следующим образом: Т1 — у 36.1% больных, Т2 — у 45.4%, Т3 — у 18.5% больных.

Клиническое стадирование мультицентрического рака молочной железы с учетом только размеров наибольшего опухолевого узла — символ Т по системе TNM, не всегда объективно отражает истинную распространенность опухоли в молочной железе. В небольшой молочной железе множественное объемное поражение, даже при опухолях небольшого размера, может занимать значительную часть органа, а локализация опухолей в квадрантах, дренируемых разными лимфатическими коллекторами, предполагает расширение диапазона метастазирования. Предпринята попытка объективизации стадирования при мультицентрическом раке молочной железы на основе создания математической модели распространения опухоли в молочной железе — индекса "К", отражающего соотношение общего объема всех опухолевых узлов в молочной железе к объему самой молочной железы. Индекс "К" в нашем исследовании был определен у 120 больных.

Частота метастазов в регионарные лимфатические узлы при мультицентрическом раке весьма ощутимо превосходит показатели при солитарной опухоли, что связано, по видимому, с равной вероятностью способности к метастазированию каждого из опухолевых узлов, а не только большего по размерам. С увеличением количества узлов опухоли в молочной железе увеличивается и частота регионарных метастазов: если при двух опухолях она была 59.1%, то при 3 и более — уже 76.5%.

Частота метастазов растет и с увеличением размеров первичной опухоли: при Т1 она составила 41.2%, при Т4 — 96.5%. Анализ частоты регионарных метастазов в зависимости от индекса "К" показал: при К1 (<0.1%) ни у одной из 13 больных не было выявлено метастазов в лимфатических узлах, то есть опухоль была действительно локализованной. При К2 (< 1%) частота метастазов составила 37.7%, при К3 (<10%) - 80.4% и при К4 (>10%) у всех 8 больных регионарные лимфатические узлы были поражены метастазами. Таким образом, определение распространенности опухоли в молочной железе при мультицентрическом раке с использованием индекса "К", на наш взгляд, является более объективным по сравнению с использованием категории Т по системе TNM.

У 45 больных уровни рецепторов стероидных гормонов были определены в каждом из узлов опухоли. У большинства пациенток (71.1%) один из узлов опухоли содержал высокие уровни рецеп-

торов, в то время как во втором они были низкими или отрицательными. Совершенно ясно, что при мультицентрическом раке молочной железы исследовать рецепторный статус необходимо в каждом из узлов опухоли.

Исследована эффективность различных методов диагностики мультицентрического рака молочной железы. Наиболее значимыми оказались: сцинтимаммография — диагностическая чувствительность составила 94,6%, специфичность — 89,2% и точность — 90,0%. рентгеномаммография — чувствительность 92,5%, специфичность — 88,9%, точность — 91,2% и ультразвуковая компьютерная томография — чувствительность 83,6%, специфичность — 86,9%, точность — 79,9%.

Только хирургическое лечение получили 134 больные (34,9%), комбинированное 182 (47,5%) и комплексное 67 больных (17,5%). 10 больным (2,6%) выполнены органосохраняющие операции. Все больные после органосохраняющих операций получили адъювантную лучевую терапию. Общая 5-летняя выживаемость составила 67,2+4,2%, а безрецидивная выживаемость — 62,9+5,0%.

5-летняя выживаемость при T1-2N0 составила 94,8+1,8%, при T1-2N1 — 78,0+2,9%, T1-2N2 — 54,8+11,3%, T3-4N1 — 66,2+2,5%, T3-4N2 — 39,7+3,6%. 5-летняя выживаемость при K1 составила 100%, при K2 — 87,6+5,5%, при K3 — 46,8+5,6% и при K4 — 30,2+9,3%. Закономерно, что с увеличением стадии процесса и значений индекса "K" показатели выживаемости снижаются. Различия в группах высокодостоверны ($p < 0,01$), следовательно, индекс "K", наряду со стадией по TNM, можно рассматривать, как важный фактор прогноза при мультицентрическом раке молочной железы.

При исследовании влияния на прогноз вида операции мы не стратифицировали группы по стадиям, учитывая тот факт, что радикальные мастэктомии в различных модификациях выполнялись приблизительно равномерно во всех группах больных.

Лишь при сравнении отдаленных результатов органосохраняющих операций и мастэктомий, мы рассмотрели группу с первой стадией отдельно, так как органосохраняющие операции были выполнены только больным с первой стадией. Общая и безрецидивная выживаемость в группе больных, которым были выполнены органосохраняющие операции, практически не отличалась от выживаемости больных, которым были выполнены мастэктомии.

Имея в виду данные литературы о большей частоте местных рецидивов после органосохраняющих операций, мы провели анализ выживаемости без местных рецидивов в зависимости от вида операции. Мы не обнаружили достоверных различий в выживаемости без местного рецидива при различных видах хирургического вмешательства. Следовательно, можно сделать вывод о том, что при мультицентрическом раке молочной железы возможно выполнение органосберегающих операций со строгим соблюдением показаний к ним: локализация опухоли в пределах одного квадранта, начальная стадия процесса (T1N0M0) по системе TNM и по значению индекса "K" ($K < 0,1\%$).

Анализ прогностической значимости рецепторного статуса опухоли показал, что и общая и безрецидивная выживаемость выше в группе больных с рецептороположительными опухолями. Однако, показатели выживаемости в группе больных с рецепторотрицательными опухолями, получавшими гормональное лечение, практически совпадают с показателями выживаемости в группе с рецептороположительными опухолями, не получавшими гормонотерапии.

Многофакторный анализ прогноза при мультицентрическом раке молочной железы позволяет предсказать летальный исход в первые 5 лет после лечения с вероятностью 83,6%, а вероятность пережить 5-летний срок — 89,9%, возврат заболевания в течение 5 лет с вероятностью 86,8%, его отсутствие в этот период — с вероятностью 82,9%.

Время выполнения оперативного вмешательства у больных раком молочной железы

В.В. РОДИОНОВ¹, Г.А. НОВИКОВ², КУЛИКОВ Е.П.³, СЕМЕНОВ В.Д.¹, СУЕТИН А.В.¹
Ульяновский областной клинический онкологический диспансер¹,
Московский НИИ онкологии им. П.А.Герцена²,
Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова³

Молочные железы являются частью репродуктивной системы, гормонозависимым органом, мишенью для действия половых гормонов, гормонов гипофиза и других гормонов, продуцируемых железами внутренней секреции. Уровень гормонов в крови зависит не только от того, сохранена менструальная функция у пациентки или она находится в менопаузе. В течение самого менструального цикла отмечается фазовое колебание концентрации половых гормонов. Поэтому можно было бы предположить, что фазы менструального цикла могут оказать влияние на результаты лечения больных раком молочной железы.

Мы изучили влияние менструального цикла на результаты хирургического лечения 181 больной раком молочной железы, проходивших лечение в Ульяновском областном онкологическом диспансере. Все больные имели регулярный менструальный цикл, продолжительность которого колебалась от 24 до 30 дней, средняя величина составила 28,3 дня (28,1+28,5). Момент овуляции гипотетически совпадал с серединой цикла. День цикла, приходившийся на момент операции, высчитывался по дате начала последней перед операцией менструации.

С помощью статистической компьютерной программы Stat-Soft Statistica 6.0 мы выделили две группы больных, оперированных в разные периоды менструального цикла, в показателях выживаемости между которыми были получены наибольшие статистические различия. Первую группу больных составили 68 пациенток, оперированные с 11 по 21 дни менструального цикла. Во вторую группу вошло большее число пациенток ($n=113$); им оперативное вмешательство было выполнено с 22 по 10 дни менструального цикла. Группы оказались однородными по возрасту, стадии опу-

холевого процесса, статусу регионарных лимфатических узлов. Показатели общей и безрецидивной выживаемости рассчитывались с помощью графического метода. Сравнение полученных кривых выживаемости различных групп больных осуществлено с помощью логрангового критерия. Кроме того, рассчитывались показатели трех- и пятилетней выживаемости.

Как показали графические данные, имелись достоверные различия в показателях общей выживаемости между группами пациенток, которым оперативное вмешательство было выполнено с 11 по 21 и с 22 по 10 дни менструального цикла ($p=0,0001$). Данный факт подтвердили показатели 3-х и 5-ти летней выживаемости, которые в первой группе оказались на порядок выше, чем во второй — 84,6% против 67,0% ($p=0,003$) и 57,1% против 34,8% ($p=0,002$) соответственно. Различия в показателях безрецидивной выживаемости между группами больных оказались еще более очевидными. В группе пациенток, оперированных с 11 по 21 дни менструального цикла, безрецидивная 3-х и 5-ти летняя выживаемость составила 68,2% и 53,6% соответственно. В то время как, в группе больных, которым оперативное вмешательство выполнялось с 23 по 10 дни, эти показатели составили 43,3% и 23,7% соответственно ($p<0,001$).

Следующим этапом мы проанализировали показатели выживаемости в группах в зависимости от метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Для пациенток с N0, различия в общей и безрецидивной выживаемости между группами оказались статистически недостоверными. При сравнении выживаемости больных РМЖ с метастазами в регионарные лимфатические узлы различия между группами оказались более, чем очевидны-