

Материалы и методы. Включены 17 больных с периферическими формами рака легкого $T_{1-2}N_0M_0$, оперированных в отделении торакальной хирургии ГБУЗ ТО «Облонкодиспансер» в период с января 2011 по октябрь 2012 года. 10 мужчин и 7 женщин. Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 10,3$ года. У 3 пациентов на дооперационном этапе, по данным КТ, определялись увеличенные лимфоузлы корня легкого и средостения. Всем пациентам выполнена видеоторакоскопическая радикальная лобэктомия с использованием оборудования и расходных материалов фирм Karl Storz, Valleylab и Ethicon. Трем пациентам, с подозрением на метастатическое поражение лимфоузлов корня легкого и средостения, на дооперационном этапе выполнена эндобронхиальная ультрасонография с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов (ЭУС ТАБ) с использованием оборудования фирмы Olympus. С мая 2012 года в лечебно-диагностический алгоритм включена ПЭТ/КТ. Выполнено 4 ПЭТ-КТ исследования на установке Siemens Biograph 64.

Результаты и обсуждение. Предложен следующий алгоритм хирургической тактики. Всем пациентам с периферическим раком легкого T_{1-2} выполняется КТ грудной клетки. Если нет увеличения лимфоузлов корня легкого и средостения ($<1\text{см}$) – пациент направляется на ПЭТ-КТ исследование. Если отсутствует накопление радиофармпрепарата (РФП) – выполняется радикальная видеоторакоскопическая лобэктомия (РВЛ). При накоплении в лимфоузлах средостения РФП, пациент направляется на эндобронхиальную ультрасонографию с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов (ЭУС ТАБ) – при отсутствии метастазов также выполняется РВЛ. При обнаружении метастазов пациент направляется на химиолучевое лечение. Если, по данным КТ, имеются увеличенные лимфоузлы ($>1\text{см}$) – выполняется ЭУС ТАБ. При обнаружении метастазов в лимфоузлах проводится химиолучевое лечение, при их отсутствии – РВЛ. В соответствии с принятым алгоритмом, трем пациентам с увеличенными, по данным КТ, лимфоузлами корня легкого и средостения выполнена эндобронхиальная ультрасонография с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов, которая не подтвердила их метастатического поражения. С мая 2012 года выполнено 4 ПЭТ-КТ исследования и в одном случае обнаружена гиперфиксация РФП в лимфоузле корня легкого. Этому пациенту произведена РВЛ и, при гистологическом исследовании препарата, в лимфоузле

корня легкого выявлена лишь гиперплазия. Произведено 6 нижних лобэктомий слева, 5 нижних лобэктомий справа, 1 средняя лобэктомия справа, 2 верхние лобэктомии справа, 3 верхних лобэктомии слева. Средняя продолжительность операции составила 196 ± 36 минут. У одного пациента послеоперационный период осложнился пневмонией. У других пациентов осложнений не было. Дренажи удалены в срок от 2-5 суток. Гистологически плоскоклеточный рак выявлен в 13 случаях, аденокарцинома в 4. В одном случае при гистологическом исследовании операционного материала в лимфоузле 10 группы выявлен метастаз. Этот пациент направлен на адъювантную химиотерапию. В других случаях метастазов в лимфоузлах средостения обнаружено не было. В отдаленном послеоперационном периоде умерла одна пациентка через 8 месяцев после операции, от прогрессирования процесса. Остальные пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

Выводы. Предложенный алгоритм позволяет оптимизировать хирургическую тактику у пациентов с периферическим раком легкого, путем уточнения лимфогенной распространенности процесса до операции с помощью ЭУС ТАБ, и выполнения РВЛ при $T_{1-2}N_0M_0$.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИСТЕМЕ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

*А.Г. Синяков, П.Б. Зотов,
М.В. Никитина, В.В. Кузнецов*

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) у женщин занимает ведущее место среди солидных опухолей по частоте гематогенного метастазирования [5]. Несмотря на знание высокой вероятности развития метастазов при этой локализации у многих больных диагностика вторичного поражения осуществляется на поздних стадиях, что значительно снижает качество жизни пациентов, и, нередко, повышает риск летального исхода от осложнений [1]. Необходимость повышения качества и расширения объема онкологической помощи в нашей стране активно ставит вопрос о разработке новых организационных моделей третичной профилактики [2-4].

Поражение скелета: традиционный подход подразумевает обследование больного при возникновении соответствующих жалоб.

При этом считается, что наиболее характерными признаками поражения костей являются: болевой синдром, гиперкальциемия и патологический перелом.

Боль является наиболее частым проявлением поражения костной ткани. Наиболее типичными местами метастазирования являются пояснично-грудной отдел позвоночника – 72%, кости таза – 66%, ребра – 62%, проксимальный отдел бедренной кости и кости черепа – до 44% [6]. Соответственно, представленность болевого синдрома этих локализаций является доминирующей.

На ранних этапах метастатического процесса, боль может носить мигрирующий непостоянный характер. Вовлечение в процесс нейрогенных структур, качественно изменяет клиническую характеристику болей: появляется «нейропатический» компонент, который обычно и определяет ведущий спектр болевых проявлений. Боли приобретают «стреляющий», «жгучий» характер. Интенсивность болевого синдрома резко нарастает. Болевой синдром может быть одновременно обусловлен несколькими механизмами. Это расширяет его клиническое разнообразие и требует системного подхода в лечении. Дальнейшее прогрессирование опухоли приводит к патологическим переломам, которые у 10-15% больных могут быть первым признаком метастатического поражения костей. Ретроспективно у большинства больных удастся установить наличие болевых проявлений, предшествующих патологическому перелому в течение нескольких недель. Локализация патологических переломов костей может быть различной, но наиболее часто поражаются позвоночник и длинные трубчатые кости. Преимущественной локализацией позвоночных метастазов являются поясничный и нижнегрудной отделы.

Более редким симптомом метастатического процесса является гиперкальциемия, выявляемая у 10-20% больных РМЖ. Клинические проявления гиперкальциемии неспецифичны, что нивелирует их диагностическую ценность.

Таким образом, клиническая картина метастатического поражения костной системы достаточно многообразна, и в большинстве случаев позволяет диагностировать процесс на стадии курабельности процесса. Но, как показывает практика, у многих больных поражение костной системы диагностируются достаточно поздно. Проводимое нами обследование 62 больных РМЖ (средний возраст $54,7 \pm 6,2$ лет), перенесших ранее радикальную мастэктомию

показало, что длительность периода от первых клинических проявлений до подтверждения инструментальными методами костных метастазов обычно составляет от 3-х недель до 4,5 месяцев, в отдельных случаях превышая 1 год! (в среднем 2,7 мес.). Подавляющее большинство (84,7%) этих пациенток до момента поступления в онкологический стационар консультируются неврологом, и обычно получают курс неспецифического лечения с различными неврологическими диагнозами (остеохондроз, невралгия, боль в спине и др.). Эти данные могут свидетельствовать о целом ряде вопросов, требующих изменения традиционных организационных, образовательных и лечебных подходов.

Практический опыт работы в онкологической клинике указывает на снижение, нередко, отсутствие вторичной онкологической настороженности у врачей общей лечебной сети, наблюдающих пациенток в 3 клинической группе. Важно обратить внимание врачей общей лечебной сети, что при наблюдении этих пациенток необходим системный, прежде всего, клинический поиск наиболее важных симптомов, среди которых ведущее место занимает боль. Именно активный целенаправленный сбор болевого анамнеза позволяет, врачу заподозрить метастатический процесс и рекомендовать больному необходимый минимум инструментальных и лабораторных методов обследования.

С учетом имеющихся сегодня научных данных, вполне обоснованным является выделение групп повышенного риска костного метастазирования среди больных РМЖ. При организации системы третичной профилактики, вполне обоснованна не только индивидуальная оценка факторов риска. Необходимым условием так же является включение их в обязательный, отдельный, пункт медицинской документации, заполняемой на каждую пациентку. Это достаточно важно, т.к. данные факторы риска, помимо повышенной клинической настороженности, могут в значительной мере определять необходимый спектр методов обследования, а так же частоту их проведения.

Важной может являться информация и о средних сроках прогрессирования, рассчитываемых при различных стадиях заболевания, и данные о вероятностной модели преимущественного метастазирования. Так, например, проводимые исследования [1] позволили нам выделить 4 ведущих сценария метастазирования в головной мозг, и рассчитать среднюю длительность сроков между возникновением метастазов

отдельных локализаций у больных РМЖ 2А-3А стадиями, прошедших комплексное лечение:

1 сценарий: выявление РМЖ → метастазы в головной мозг. Средняя длительность от выявления РМЖ до церебральных метастазов составила $40,8 \pm 3,9$ мес.

2 сценарий: выявление РМЖ → метастазы в кости скелета ($27,8 \pm 3,9$ мес) → метастазы в головной мозг ($35,6 \pm 4,1$ мес), в среднем – через 7,8 месяцев.

3 сценарий: выявление РМЖ → метастазы в легкие ($41,0 \pm 3,9$ мес) → метастазы в головной мозг ($49,8 \pm 3,4$ мес), в среднем – через 8,8 месяцев.

4 сценарий: выявление РМЖ → одновременное множественное метастазирование в легкие, печень, головной мозг ($20,5 \pm 3,1$ мес).

Эти данные, позволяют проводить корректировку индивидуальной программы диспансеризации. И, что особенно важно, могут быть использованы не только у больных третьей клинической группы, но и в последующий период, после выявления признаков возврата заболевания. Например, согласно представленным выше данным, при диагностировании отдельных изменений в легких или костях скелета, можно предполагать возникновение метастазов в головной мозг спустя 8 месяцев, и, соответственно, назначать обязательное проведение компьютерной томографии головного мозга у женщин группы риска каждые 6 месяцев.

В целом, подводя итог настоящей работе можно сделать вывод о необходимости внедрения в систему здравоохранения современных методов диспансеризации.

В Тюменском областном онкологическом диспансере в течение ряда последних лет планомерно внедряются новые принципы третичной профилактики у больных РМЖ. Одним из примеров обсуждаемой темы, может служить принятый алгоритм обязательного обследования женщин в целях ранней диагностики костных метастазов.

Диагностический комплекс при выявлении костных метастазов включает:

1. Анамнез и осмотр пациента.

2. Биохимические исследования: TRAP-5b, концентрация кальция, фосфата, щелочной фосфатазы, креатинина, альбумина в сыворотке.

3. Рентгенография.

4. Изотопная остеосцинтиграфия, ОФЭКТ диагностика.

5. Компьютерная и/или магнито - резонансная томография.

6. ПЭД/КТ-диагностика.

В целом, обобщая приведенные выше данные, можно сделать вывод о важности повышения эффективности системы динамического наблюдения, а так же необходимости разработки и внедрения современной модели третичной профилактики у больных раком молочной железы. Это позволит улучшить результаты лечения больных при прогрессировании заболевания.

Литература:

1. Никитина М.В., Синяков А.Г., Вшивков В.В., Зотов П.Б. Некоторые клинические аспекты метастазирования рака молочной железы в головной мозг // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 36.
2. Синяков А.Г., Шаназаров Н.А., Гайсин Т.А. и др. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2010 г. – Тюмень: «Академия», 2011. – 48 с.
3. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-7.
4. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Вшивков В.В., Ральченко С.А. Метастатическое поражение скелета при раке молочной железы: проблемы ранней диагностики в системе третичной профилактики // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 2. – С. 35-37.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / под ред. Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. – 196 с.
6. Silva O.E., Zurrida S. Breast cancer. A practical guide. – Toronto; Novartis oncology, 2005. – P.41-43.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.М. Федоров, Д.Д. Нохрин,
Д.А. Нохрин, А.А. Гайсина

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. В России рак молочной железы находится на первом месте, как по заболеваемости, так и среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006). В Тюменской области, по данным Тюменского ООД, в 2011 году заболеваемость раком молочной железы составила 68,03 на 100 тысяч женского населения.

В последние годы для диагностики патологии молочной железы наряду с рентгеновским