

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 %, ПША – 42,6 %, ПШВ – 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. Различия 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. Различия 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.