

Ирих Т.О.¹, Демидов С.М.¹, Демидов Д.А.¹, Сазонов С.В.², Лан С.А.¹

Оптимизация хирургического лечения у больных с ранним раком молочной железы с люминальным типом А

1 - ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург, МАУ ГКБ№40 г. Екатеринбург; 2 - ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Екатеринбург

Irih T.O., Demidov S.M., Demidov D.A., Sazonov S.V., Lan S.A.

Optimization of surgical treatment in patients with early breast cancer with luminal type A

Резюме

Цель исследования проанализировать общую пятилетнюю общую выживаемость (ОВ), безрецидивную выживаемость (БРВ) и метастазирование в отдалённом периоде у больных, перенесших мастэктомию и органосохраняющие операции по поводу рака молочной железы (РМЖ). Проведен анализ 200 пациенток с T1N0M0 стадией РМЖ с люминальным типом А. Пациентки разделены на 4 группы: 1я. – мастэктомия – 50 женщин; 2я. – радикальная резекция молочной железы – 50, 3я. – секторальная резекция со стадирующей лимфодиссекцией – 50, 4я. – широкая секторальная резекция с биопсией сторожевого лимфоузла. Сроки наблюдения составили 5 лет. В результате было получено, что выживаемость и отдаленное метастазирование в группах пациенток с РМЖ стадией T1N0M0 после мастэктоми и органосохраняющих операций не отличается.

Ключевые слова: рак молочной железы, люминальный тип А, мастэктомия, органосохраняющие операции

Summary

The purpose of the study to analyze the overall five-year without recurrent survival (DFS) and metastasis in the long term in patients who underwent mastectomy and sparing breast surgery for breast cancer (BC). An analysis of 200 patients with T1N0M0 stage breast cancer with luminal type A. The patients were divided into 4 groups: 1 gr. - mastectomy – 50, 2 gr. - resection of breast cancer - 50, 3 gr. - sectoral resection with lymphadenectomy stadiruyushey - 50, 4 gr. - broad sectoral resection with sentinel lymph node biopsy. Follow-up was 5 years. As a result, it was found that survival and distant metastasis in patients with breast cancer groups stage T1N0M0 after mastectomy and sparing surgery is no different.

Keywords: Breast cancer, luminal type A, mastectomy, sparing surgery

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний у женщин. Ежегодно в мире регистрируются более 1,3 миллиона новых случаев РМЖ. В структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире РМЖ занимает первое место, а по числу смертей от рака у женщин второе место [1]. Успех лечения рака молочной железы зависит от многих условий, среди которых главными являются биологическая характеристика опухоли и степень её распространения к началу лечения. Основным этапом в комбинированном лечении РМЖ является хирургический И радикальным лечение может быть только в том случае, если произведено адекватное хирургическое вмешательство [2].

В 1990 году U.Veronesi привёл данные, согласно которым в группах больных РМЖ, прооперированных в

объеме операции Halsted (стадии заболевания T1N0M0 – T2N0M0) или подвергшихся радикальной резекции молочной железы в сочетании с лучевой терапией, или лампэктомии с лучевой терапией, показатели выживаемости практически одинаковы [3]. Частота местных рецидивов после лампэктомии с последующей лучевой терапией незначительно выше, чем после радикальной мастэктоми. Благодаря достижениям маммографического скрининга и успехам ранней диагностики РМЖ объём хирургического вмешательства на молочной железе сузился до квадрантэктомии или даже секторальной резекции [4]. Это органосохраняющее направление онкохирургии не касалось до последних лет характера и объёма хирургического вмешательства на регионарных лимфатических коллекторах метастазирования (подмышечно - подключичной и парастеральной зон). В определённой степени изменение хирургической тактики в



Рис.1. Распределение пациенток в зависимости от объема хирургического лечения

сторону сужения вмешательства и сохранения большей части молочной железы связано с более широким восприятием онкологами биологической системной модели РМЖ [5,6].

Сейчас очевидно, что РМЖ представляет собой гетерогенную группу заболеваний, и оптимальный терапевтический подход может быть различным для разных молекулярных подтипов опухолей. РМЖ - одно из первых злокачественных новообразований, для которых молекулярные особенности, такие как экспрессия эстроген рецепторы (ЭР) и прогестерон рецепторы (ПР) были введены в рутинную клиническую практику, поскольку эти факторы имели не только прогностическую и предсказательную ценность, но и служили первыми мишенями для терапевтического воздействия. На основании экспрессии ЭР, ПР, эпидермального фактора роста (HER2neu) РМЖ был разделён на четыре подтипа: «Люминальный А», «Люминальный В», «Her2neu-позитивный», и «Базально-подобный». Определение молекулярных подтипов опухоли является основной генетической классификацией РМЖ [7].

Цели исследования: 1. Проанализировать общую пятилетнюю и без рецидивную выживаемость у больных, перенесших мастэктомию и радикальную резекцию молочной железы. 2. Оценить влияние объема лимфодиссекции на общую и без рецидивную выживаемость и структуру отдаленных метастазов.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением было 200 пациенток с T1N0M0 стадией РМЖ с люминальным типом А, прооперированных в условиях МАУ ГКБ № 40 и ГБУЗ СООД №1. Сроки наблюдения составили 5 лет. Возраст пациенток колебался от 35-85лет (средний возраст составил 45±6,5 лет). Среди 200 больных, вошедших в анализ, 90 больных РМЖ получали адъювантную химиотерапию (ХТ). 30 больных получила адъювантную гормонотерапию тамоксифеном. Пациентки были разделены на четыре группы. В 1 группу включены 50 пациенток, которым была выполнена мастэктомия с сохранением обе-

их грудных мышц. Во 2 группу включены 50 пациенток, которым была выполнена радикальная резекция молочной железы с тотальной лимфодиссекцией. В 3 группу включены 50 пациенток, после секторальной резекции со стадирующей лимфодиссекцией. В 4 группу отнесены 50 пациенток, которым была выполнена широкая секторальная резекция с биопсией сторожевого лимфоузла (рис.1).

Данные о смертности были получены из онкологической статистики, а о рецидивах и метастазах при контрольных осмотрах больных онкоммаммологом. Полученные результаты обработаны статистически.

Результаты и обсуждение

Из 200 больных, включенных в исследование, находившихся в течение 5-ти лет под наблюдением, общая выживаемость составила 98% (n=196). У больных после мастэктомии она составила 98% (n=1), после радикальной резекции также 98% (n=1), а после секторальной резекции со стадирующей лимфодиссекцией 96% (n=2). При широкой секторальной резекции с биопсией сторожевого лимфоузла выживаемость составила 100%.

Исходя из поставленных задач исследования, нами была проанализирована структура местных рецидивов и отдаленных метастазов во всех группах сравнения в зависимости от объема проведенного лечения.

Проведенный нами анализ показал, что в группе РМЭ общая безрецидивная выживаемость составила 98% (n=1) пациенток. В группе РР это показатель составил 96% (n=2). Структура общей без рецидивной выживаемости представлена в таблице 2.

В целом, наиболее благоприятной в плане без рецидивной выживаемости оказалась группа пациенток, которым была выполнена тотальная лимфодиссекция 99% (n=1). Аналогичные показатели были получены в группе пациенток с биопсией сторожевого лимфоузла и составили 98% (n=1). Наименее благоприятной в плане без рецидивной выживаемости оказалась группа пациенток, которым была выполнена стадирующая лимфодиссекция 96% (n=2) (табл.3).

Таблица 1. Пятилетняя общая выживаемость у больных с РМЖ в зависимости от объема оперативного вмешательства

Вид операции.	Общая выживаемость, n	Общая выживаемость, %
Мастэктомия	1	98%
Радикальная резекция	1	98%
Секторальная резекция+ стадирующая лимфодиссекция	2	96%
Сектор резекция + биопсия сигнального лимфоузла	0	100%

Таблица 2. Общая безрецидивная выживаемости у пациенток РМЖ после РМЭ и РР.

Локализация	РМЭ	РР
Молочная железа	98% (n=1)	96% (n=4)

Таблица 3. Структура без рецидивной выживаемости у пациенток РМЖ в зависимости от объема лимфодиссекции.

Локализация	Тотальная лимфодиссекция	Стадирующая лимфодиссекция	Биопсия Лимфоузла
Подмышечные лимфатические узлы	99%(n=1)	96%(n=2)	98%(n=1)

Таблица 4. Структура отдаленного метастазирования у пациенток РМЖ в зависимости от объема лимфодиссекции

Локализация mts	Тотальная лимфодиссекция	Стадирующая лимфодиссекция	Биопсия Лимфоузла
Кости	1(1%)	1(2%)	1(2%)
Висцеральные mts	0	1(2%)	0

Анализ структуры отдаленного метастазирования показал, что во всех группах наблюдалось преимущественное поражение костной ткани (табл. 5). Из 200 больных, включенных в исследование, отдаленные метастазы были выявлены у 2% (n=4) пациенток. Максимальная частота метастазов наблюдалась у пациенток со стадирующей лимфодиссекцией, и составила 2 случая из 50 больных (4,0%). У больных после тотальной лимфодиссекции количество метастазов составило 1 случай из 100 больных (1,0%). У пациенток с биопсией сторожевого лимфоузла количество метастазов составило также 1 случай из 50 (2,0%) (табл 4).

Выводы

1. Общая и безрецидивная выживаемость в сроки наблюдения до 5 лет в группах пациенток с T1N0M0 стадией рака молочной железы (люминальный тип А) после мастэктомии и радикальной резекции одинаковы.

2. Показатели безрецидивной выживаемости и отдаленного метастазирования в группах пациенток с тотальной

лимфодиссекцией не отличаются от полученных в группах пациенток, которым была выполнена стадирующая лимфодиссекция и биопсия сторожевого лимфоузла. ■

Ирих Тимур Османович, ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, МАУ ГКБ№40, г.Екатеринбург; Демидов Сергей Михайлович, д.м.н., профессор заведующий кафедры онкологии и медицинской радиологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, МАУ ГКБ№40 г.Екатеринбург; Демидов Денис Александрович, к.м.н. ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, МАУ ГКБ№40 г.Екатеринбург; Сазонов Сергей Владимирович д.м.н. профессор ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Ирих Тимур Османович, 620028, г.Екатеринбург, ул. Репина, 3, e-mail: timur-irikh@yandex.ru тел. 8(912)238-39-77

Литература:

1. Давыдов МИ, Заболеваемость злокачественными новообразованиями // Аксель ЕМ. Вест. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - Т.18(2). - 2007. - С. 52-89.
2. Дьямарский ЛЮ. Рак молочной железы - М: Медицина, 1980. - 192 с.
3. Veronesi U. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial // Banfi A, Salvadori B [et al] Eur. J. Cancer. - 1990. - Vol. 26, ц 6. - P. 668-670.
4. Семитлазов ВФ Хирургическое лечение рака молочной железы (история и современность)// Практическая онкология 2002. - Т.3, ц 1. -С 18-20
5. Вельшер Л.З., Пути оптимизации объема лимфодиссекции при раке молочной железы. // Габуния З.Р., Праздников Э.Н., Лучшев А.И., Чочуа Г.А., Гвахария Н.В., Прилепо Ю.В. Вестник Московского Онкологического Общества 2001; Т-1: - С. 2-3.
6. Вельшер Л.З., Сторожевые лимфатические узлы при раке молочной железы. // Решетов Д.Н., Габуния З.Р., Прилепо В.Н., Прилепо Ю.В. Маммология 2007. - Т. 1. - С. 23-25.
7. Goldhorsch A., Strategies for subtypes-dealing with the diversity of breast cancer: highlight of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011 Ann Oncol/ Wood W.C., Coates A.S., et al. 2011 August. - Vol.22(8)- P. 1736-1747