
Модернизация и обоснование подходов к хирургическому лечению больных с начальными стадиями РМЖ люминального типа А

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

ГБУЗСО Институт медицинских клеточных технологий, Екатеринбург
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург
МАУ ГКБ №40, Екатеринбург

Резюме. Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости. Основным методом лечения рака молочной железы является хирургический. Лечение направлено на увеличение общей и безрецидивной выживаемости, а также направлено на улучшение качества жизни пациента после операции. В статье описаны существующие методики хирургического лечения рака молочной железы. Проведен анализ 180 больных, прооперированных в профильном маммологическом отделении МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга и Областного онкологического диспансера №1 г. Екатеринбурга. Проанализирована общая и безрецидивная выживаемость, а также подсчитаны отдаленные метастазы.

Ключевые слова: рак молочной железы, люминальный тип А, биопсия сигнального лимфоузла, стадирующая лимфодиссекция.

Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний у женщин. Ежегодно в мире регистрируются более 1 млн 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 многочисленных условий, среди которых одну из главных ролей играют биологические характеристики опухоли и степень её распространения к началу лечения. Основным этапом в лечении рака молочной железы является хирургический. В большинстве случаев операция состоит в удалении пораженной молочной железы, отсутствие же последней представляет собой не только физический недостаток, но и тяжелую психическую травму, особенно в молодом возрасте. Радикальным лечение рака молочной железы может быть только в том случае, если произведено адекватное хирургическое вмешательство, до настоящего времени остающееся ведущим методом лечения [4].

В 1990 году Veronesi привел данные, согласно которым в группах больных раком молочной железы, прооперированных в объеме операции Halsted (стадии заболевания T1N0M0-T2N0M0) или подвергшихся ради-

кальной резекции молочной железы в сочетании с лучевой терапией, или лампэктомии с лучевой терапией, показатели выживаемости практически не разнятся между собой [7]. Частота местных рецидивов после лампэктомии с последующей лучевой терапией незначительно выше, чем после радикальной мастэктомии. Благодаря достижениям маммографического скрининга (там, где он широко практикуется) и определенным успехам ранней диагностики рака молочной железы объем хирургического вмешательства на молочной железе сузился до квадрантэктомии или даже секторальной резекции [5]. Это органосохраняющее направление онкохирургии не касалось до последних лет характера и объема хирургического вмешательства на регионарных лимфатических коллекторах метастазирования (подмышечно-подключичной и парастеральной зон). В немалой мере изменение хирургической тактики в сторону сужения вмешательства и сохранения большей части молочной железы связано с более широким восприятием онкологами биологической системной модели РМЖ [2, 3].

Сейчас очевидно, что рак молочной железы 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 ЭР и 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, HER2neu и более подробном молекулярном профилировании, рак молочной железы был разделен на четыре подтипа: «Люминальный А», «Люминальный В», «Her2neu-позитивный», и «Базально-подобный» Определение молекулярных подтипов опухоли является основной генетической классификацией РМЖ [6].

Цели исследования. Улучшение результатов хирургического лечения у больных I стадией рака молочной железы с люминальным типом А.

Задачи:

1. Проанализировать общую и безрецидивную выживаемость больных перенесших мастэктомию и радикальную резекцию.
2. Оценить влияние объема лимфодиссекции на общую и безрецидивную выживаемость.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 180 пациенток с T1N0M0 стадией РМЖ с люминальным типом А, прооперированных в условиях ГКБ№40 и СООД №1. Срок наблюдения составил 5 лет. Возраст пациенток колебался от 35–85 лет. У всех пациенток был определен биологический тип опухоли. Все пациентки прошли гормональную терапию и у всех пациенток, подвергшихся органосохраняющему лечению, проведена лучевая терапия. Больные были разделены на четыре группы. В первую группу включены 50 пациенток, которым была выполнена мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц. Во вторую группу включены 50 пациенток, которым была выполнена радикальная резекция молочной железы.

В третью группу включены 50 пациенток, которым была выполнена секторальная резекция со стадирующей лимфодиссекцией. В четвертую группу включены 50 пациенток, которым была выполнена широкая секторальная резекция с биопсией сторожевого лимфоузла.

Результаты. Среди 200 больных, включенных в исследование, отдаленные метастазы были выявлены у 4-х больных. Максимальная частота метастазов наблюдалась у больных после секторальной резекции со стадирующей лимфодиссекцией и составила 2 случая из 50 больных. У больных после мастэктомии количество метастазов составило 1 случай из 50 больных. При широкой секторальной резекции с биопсией сторожевого лимфоузла количество метастазов составило 1 случай из 50. У больных, перенесших радикальную резекцию, метастазы не выявлены. Отдаленная смертность у больных после мастэктомии и составила 1 случай из 50 больных. При радикальной резекции 1 случай из 50 и после секторальной резекции со стадирующей лимфодиссекции 2 случая из 50 наблюдаемых больных. При широкой секторальной резекции с биопсией сторожевого лимфоузла смертность не выявлена.

Таблица 1

Вид операции	Смертность	Mts
Мастэктомия	1	1
Радикальная резекция	1	0
Сектор + лимфоденэктомия	2	2
Сектор + биопсия сигнального лимфоузла	0	1

Выводы:

1. Выживаемость и рецидивирование в группах пациенток с РМЖ стадией T1N0M0 с люминальным типом А после мастэктомии и радикальной резекции не отличается.

2. По предварительным данным, влияние объема лимфаденэктомии на общую и безрецидивную выживаемость не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями // Вест. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – Т.18(2). – 2007. – С. 52–89.

2. Вельшер 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.

3. Вельшер 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.

4. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы. – М.: Медицина, 1980. – 192 с.

5. Семиглазов В.Ф Хирургическое лечение рака молочной железы (история и современность). Практическая онкология Т. 3, №1. 2002 г.

6. Goldhorsch A., Wood W.C., Coates A.S., et al. 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/ 2011 August. – Vol. 22 (8). – P. 1736–1747.

7. Veronesi U., Banfi A., Salvadori B. [et al.]. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial // Eur. J. Cancer. – 1990. – Vol. 26, № 6. – P. 668–670.