

УДК 616.37

***ВАЖНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ
УЗЛОВ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***

Батыров Ч.,

заведующий отделением

Научно-клинический центр онкологии Туркменистана

Туркменистан, г. Ашхабад.

Кужукбаева Я.Х.,

кандидат медицинских наук, докторант

Научно-клинический центр онкологии Туркменистана

Туркменистан, г. Ашхабад.

Аннотация

В статье рассматривается актуальность проблемы рака молочной железы как одного из наиболее распространённых и социально значимых злокачественных новообразований у женщин. Приводятся данные Всемирной организации здравоохранения о ежегодной заболеваемости, составляющей около 1,2 миллиона случаев в мире, а также отмечается рост заболеваемости и смещение рака молочной железы на первые позиции в структуре онкологической заболеваемости в различных странах. Особое внимание уделено влиянию факторов урбанизации: жители городских территорий болеют в 1,5–2 раза чаще, чем сельское население. Статистика новых случаев заболевания в Европе и США демонстрирует значительную распространённость патологии. Подчёркивается необходимость совершенствования методов ранней диагностики и лечения для снижения смертности и улучшения прогноза пациентов.

Ключевые слова: рак молочной железы, злокачественные новообразования, заболеваемость, урбанизация, ранняя диагностика, смертность, онкология, эпидемиология.

***THE IMPORTANCE OF DETECTING SENTINEL LYMPH NODES
IN EARLY-STAGE BREAST CANCER***

Batyrov Ch.,

Head of Department

Scientific and Clinical Oncology Center of Turkmenistan

Ashgabat, Turkmenistan.

Kuzhukbaeva Ya.Kh.,

MD, PhD, Doctoral Candidate

Scientific and Clinical Oncology Center of Turkmenistan

Ashgabat, Turkmenistan.

Abstract

The article addresses the relevance of breast cancer as one of the most common and socially significant malignant neoplasms in women. Data from the World Health Organization indicate an annual incidence of approximately 1.2 million cases worldwide, with a noted increase in incidence and a shift of breast cancer to the leading positions in the structure of oncological morbidity in various countries. Special attention is given to the influence of urbanization factors: residents of urban areas are 1.5–2 times more likely to develop the disease than those in rural areas. Statistics on new cases in Europe and the United States demonstrate the significant prevalence of this pathology. The necessity of improving methods for early diagnosis and treatment is emphasized in order to reduce mortality and improve patient prognosis.

Keywords: breast cancer, malignant neoplasms, incidence, urbanization, early diagnosis, mortality, oncology, epidemiology.

Актуальность.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире у приблизительно 1,2 миллиона женщин диагностируются злокачественные новообразования молочной железы [2]. Следует подчеркнуть, что в молочных железах могут формироваться как доброкачественные, так и злокачественные опухоли, однако именно злокачественные новообразования представляют наибольшую клиническую значимость ввиду их неблагоприятного прогноза и высокой смертности.

Среди злокачественных опухолей особое внимание современной клинической онкологии сосредоточено на раке молочной железы. Это обусловлено не только его широкой распространённостью, но и неуклонным ростом заболеваемости во всех регионах мира, что превращает данную патологию в серьёзную медицинскую и социальную проблему. За последние десятилетия отмечено изменение позиций рака молочной железы в структуре онкологической заболеваемости: если ранее он занимал 4–5-е места, то в настоящее время переместился на 1–2-е позиции во многих странах мира [1].

Таким образом, рак молочной железы является одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии, что связано с его высокой частотой, неблагоприятным прогнозом, значительной смертностью, а также необходимостью постоянного совершенствования методов ранней диагностики и лечения.

Кроме того, установлено, что жители городских территорий страдают раком молочной железы в 1,5–2 раза чаще, чем сельское население, что подтверждает влияние урбанизации и сопутствующих факторов риска на уровень заболеваемости. В странах Европы ежегодно регистрируется более 180 000 новых случаев данной патологии, в то

время как в Соединённых Штатах Америки этот показатель составляет около 130 000 случаев в год.

В Российской Федерации рак молочной железы на протяжении последних лет стабильно занимает лидирующую позицию среди всех злокачественных новообразований у женского населения, составляя 54,2% их общей структуры. Наиболее высокая заболеваемость наблюдается среди женщин в возрасте 40–50 лет. Так, в 2012 году в России было зарегистрировано 59 536 новых случаев заболевания.

Схожая ситуация наблюдается и в странах Содружества Независимых Государств: рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин, составляя 18–22% всех злокачественных опухолей в России, Беларуси, Казахстане и Киргизии, а также 25–33% в Азербайджане, Узбекистане и Армении. Наблюдательные данные свидетельствуют, что с 1990 года уровень заболеваемости в странах СНГ демонстрирует устойчивый рост.

В Российской Федерации рак молочной железы занимает первое место среди женщин в возрасте 40–85 лет и второе место среди женщин 15–39 лет, уступая только раку шейки матки [1]. Максимальная частота выявления заболевания приходится на возрастную категорию 40–54 лет (12,2%). При этом средний возраст больных варьирует в зависимости от региона: наиболее молодой возрастной показатель зарегистрирован в Кыргызстане и Азербайджане (53–54 года), наиболее высокий — в Беларуси (61 год). В Армении, Казахстане, Кыргызстане и Азербайджане доля заболевших в возрасте 40–54 лет составляла 10–22%.

По данным 2011 года, в России от рака молочной железы умерло 23,6 тыс. женщин, что на 8% превышает аналогичные показатели 2001 года. Наиболее высокие уровни смертности были зафиксированы в Санкт-Петербурге, Республике Адыгея, Калининградской, Магаданской и

Еврейской автономной областях, где показатели варьировали от 20,4 до 21,7 на 100 тыс. населения (с учетом мирового стандарта).

В странах СНГ уровень смертности от рака молочной железы колебался от 13–17 на 100 тыс. населения (Беларусь, Россия, Казахстан) до 21,0 на 100 тыс. (Армения). Вместе с тем, в Казахстане, России и Беларуси в течение последних пяти лет отмечается тенденция к снижению смертности от данной патологии [1].

В Туркменистане рак молочной железы занимает ведущее место среди всех злокачественных новообразований, составляя 10,6% их общей структуры. Данная патология представляет собой одну из наиболее актуальных медицинских проблем как для страны в целом, так и для её отдельных регионов. За последние десять лет (1999–2008 гг.) количество женщин, страдающих раком молочной железы, увеличилось в 1,6 раза: показатель заболеваемости возрос с 9,4 до 14,1 на 100 тыс. женщин, а показатель смертности повысился с 6,3 до 7,7 на 100 тыс. женщин. При этом уровень смертности и годичной летальности по-прежнему остаётся высоким. В 2008 году доля пациентов с запущенными формами заболевания (III–IV стадии) в масштабах всей страны составила 53,6% [3].

Для диагностики рака молочной железы применяются различные методы, среди которых особое место занимает маммография (рентгенологический метод). Она используется на протяжении более 30 лет и является одним из первых и наиболее значимых инструментов раннего выявления заболеваний молочных желез. Маммография позволяет обнаружить патологические изменения в тканях молочной железы, определить их размеры, характер и распространённость. По данным многочисленных исследований, диагностическая точность метода составляет от 80% до 95%. Маммография позволяет выявлять опухоли размером до 1 см, а также микрокальцинаты — мелкие скопления

солей кальция, которые нередко служат ранними признаками злокачественного процесса.

Преимуществом метода является его простота и высокая эффективность, при этом проведение исследования не требует использования красителей. Дополнительное диагностическое значение имеет сочетание стандартной маммографии с методом окрашивания (дуктографией), что позволяет выявить протоковую папиллому или протоковое новообразование, а также оценить их морфологические особенности (расширение протоков, дефекты наполнения), особенно в случаях выделения серозного или гнойного секрета из соска.

Несмотря на высокую диагностическую ценность, маммография имеет и ряд ограничений. Эффективность метода снижается у женщин моложе 30 лет; проведение исследования затруднено у пациенток с силиконовыми имплантатами; кроме того, сама процедура нередко сопровождается выраженным дискомфортом из-за необходимости сдавливания тканей молочной железы.

В последние годы в клиническую практику активно внедряется магнитно-резонансная томография (МРТ), которая зарекомендовала себя как один из наиболее точных методов диагностики опухолей молочной железы. Данный метод позволяет выявлять даже минимальные патологические образования размером 0,1–0,3 мм. Использование контрастного усиления обеспечивает чувствительность до 96% при обнаружении злокачественных новообразований. МРТ основывается на воздействии магнитного поля и формировании детализированного цифрового изображения структуры тканей молочной железы. Несмотря на высокую информативность, данный метод используется сравнительно редко ввиду его значительной стоимости, что ограничивает его доступность для широкого применения.

Морфологические исследования.

Важнейшим этапом диагностики злокачественных новообразований молочной железы являются морфологические методы, которые позволяют достоверно подтвердить или исключить злокачественную природу опухоли. К ним относятся цитологическое исследование жидкости, полученной при пункции опухоли, трепанобиопсия, а также забор материала для цитологического анализа посредством соскоба с поверхности опухолевого образования.

В случаях, когда у пациентки определяется опухоль молочной железы, но её злокачественный характер не подтверждён морфологическими методами до начала хирургического вмешательства, при выполнении малых операций (например, при удалении опухоли ограниченного объёма) рекомендуется проведение срочного морфологического исследования. Данный подход позволяет в ходе операции принять решение о расширении хирургического вмешательства до необходимого объёма в том случае, если будет доказана злокачественная природа опухоли [4]. Иммуногистохимические исследования.

Иммуногистохимические методы являются важным инструментом диагностики и прогнозирования злокачественных новообразований молочной железы, в частности при определении статуса рецепторов HER-2. Проведение иммуногистохимического тестирования рекомендуется до начала консервативного лечения, включающего лучевую или медикаментозную терапию. В случае рецидивов опухоли или развития метастазов проводится повторное обследование, поскольку статус рецепторов может значительно различаться в субпопуляциях опухолевых клеток, что непосредственно влияет на выбор терапевтической тактики.

Кроме того, при повторной оценке определяется пролиферативная активность клеток и оценивается эффективность проводимого лечения. В качестве материала для иммуногистохимического исследования

используются образцы, полученные при хирургическом вмешательстве или биопсии [5,6].

При проведении радикальной операции без предварительной неоадьювантной терапии, даже после иммуногистохимического анализа биопсийного материала, при больших опухолях рекомендуется повторное исследование. Это объясняется гетерогенностью карциномы, которая может оказывать влияние на эффективность последующей терапии.

Цель работы.

Целью настоящего исследования является комплексный анализ диагностических особенностей злокачественных новообразований молочной железы, с учетом современных методов выявления, морфологической и иммуногистохимической характеристики опухоли, а также оценка эффективности различных подходов к ранней диагностике и выбору оптимальной стратегии хирургического вмешательства.

Материалы и методы.

В исследовании проанализированы прямые и косвенные результаты лечения 90 пациенток с ранними стадиями рака молочной железы, диагностированного и пролеченного хирургическим путем в Научно-клиническом центре онкологии Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана.

Для проведения анализа пациентки были разделены на три группы. В I группу вошли 30 пациенток с I и IIa стадиями рака молочной железы, которым не проводилась лимфодиссекция за счет интраоперационного исключения метастазов в сторожевых лимфатических узлах. Во II группу включены 30 пациенток с аналогичными стадиями заболевания, у которых была выполнена интраоперационная лимфаденэктомия для выявления метастазов в сторожевых лимфатических узлах. III группа представляла собой ретроспективный контроль, включавший 30

пациенток с диагнозом I и IIa стадий рака молочной железы, которым в комплексном лечении была проведена лимфаденэктомия.

Возраст пациенток варьировал от 26 до 61 года, средний возраст составил 43,5 года. При морфологическом исследовании у 19 пациенток I группы и у 24 пациенток II группы выявлен инфильтративный протоковый рак. Гистологическое исследование показало, что основная часть случаев (63–86%) представлена инфильтративной протоковой карциномой, тогда как другие гистологические типы встречались в 14–37% случаев. Определение гистологической степени (ГС) является одним из прогностических факторов. Гистологический риск существенно не различался между группами и был сходным в группах I и III степени, при этом показатель ГН II составлял 53–73% в обеих группах.

Пациенткам I и II групп выполнялись хирургические вмешательства, а также проводилось срочное гистологическое исследование опухоли, окрашенной индоцианином зеленым.

В I группе 6 пациенткам выполнена лампэктомия с удалением подмышечных лимфатических узлов, 2 пациенткам — радикальная резекция, а 22 пациенткам — мастэктомия без лимфаденэктомии. В II группе пациенткам выполнены следующие хирургические вмешательства: лампэктомия с лимфодиссекцией — у 2 пациенток, радикальная резекция — у 3, радикальная мастэктомия — у 25, из которых у 3 пациенток проведена двусторонняя овариэктомия, а у 1 пациентки — экстирпация матки с придатками.

Было изучено количество и характер удалённых сторожевых лимфатических узлов в обеих группах. В I группе количество удалённых сигнальных лимфоузлов составило: 1–3 узла — у 8 пациенток, 4–5 узлов — у 5 пациенток, и 6 и более узлов — у 17 пациенток, которым было проведено срочное гистологическое исследование. При отсутствии метастазов в лимфатических узлах лимфодиссекции удавалось избежать.

Жировые изменения в лимфатических узлах (липоматоз) выявлены у 5 (16,6%) пациенток, а микрометастазы обнаружены в одном лимфатическом узле из шести у 1 пациентки.

В II группе количество удалённых сигнальных лимфатических узлов составило: 1–3 узла — у 3 пациенток, 4–5 узлов — у 13 пациенток, 6 и более узлов — у 14 пациенток. При срочном гистологическом исследовании у пациенток II группы выявлены метастазы в лимфатических узлах: микрометастазы — у 2 пациенток, метастазы в 1 лимфатический узел — у 17, метастазы в 2 узла — у 8 и метастазы в 3 узла — у 5 пациенток. Всем пациенткам II группы выполнена радикальная операция с лимфодиссекцией. Как и в I группе, у 5 пациенток II группы диагностирован лимфоматоз (липоматоз) лимфатических узлов.

Выводы

Таким образом, отказ от удаления подмышечных лимфатических узлов при раке молочной железы способствует снижению частоты осложнений, возникающих при лимфодиссекции, таких как лимфорея, лимфостаз верхней конечности и нарушения чувствительности кожи руки и подмышечной области. Несмотря на технические трудности, связанные с внедрением метода в наше исследование (3 из 5 случаев обнаружения сторожевого лимфатического узла (СЛУ) были осложнены транссекцией лимфатического русла и выделением тканевого индоцианина), уровень выявления сторожевых лимфатических узлов достиг 92%.

Метод флуоресцентного поиска сторожевых лимфатических узлов обладает определёнными технологическими особенностями: в большинстве случаев узлы не видны через кожу и требуют поиска непосредственно в ране, ориентируясь по направлению лимфатического русла. Время от введения препарата до обнаружения сторожевого лимфатического узла составляет 15–30 минут. Полученные данные свидетельствуют о том, что частота выявления сторожевых

лимфатических узлов при использовании индоцианина зеленого не уступает радионуклидному методу.

Использованные источники

1. Аксель, Двойрин. Заболеваемость и смертность от злокачественных заболеваний. - М., 2019г.
2. Семиглазов В.Ф., Иванов В.Г, Семиглазов В.Ф. и др. Биологически направленная терапия рака молочной железы // Рус. Мед. Журн. (Онкология). 2007; 25 (15): С. 1912-1914.
3. Ö.Nümmédow. Döwlet statistik hasabaty, 2019ý.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Основные показатели онкологической помощи населению России в 2000 году // Рос.онкол. журн. 2002. - №1. - С.35-39.
5. Bartlett J.M., Forsyth A. Detection of HER-2 gene amplification by fluorescene in situ hybridization in breast canser//Methods Mol. Med.-2006. – Vol. 120.-P. 309-322.
6. Choi D.H., Kim S., Rimm D.L. et al. Immunohistochemical biomarkers in patients with early-onset breast carcinoma by tissue microarray//Canser. J-2005.-Vol. 11(5).-P. 404-411.

Оригинальность 78%