

Возраст четырех из пяти пациенток с послеоперационными кистозными изменениями молочных желез был менее 40 лет.

Тенденция к развитию фиброзно-кистозной болезни у молодых женщин после центральной резекции молочной железы по поводу ВПП говорит о необходимости более детального изучения вопроса локальных осложнений подобных оперативных вмешательств и свидетельствует в пользу внедрения здесь малоинвазивных протокосберегающих операций.

References

1. Jatoi I., Kaufmann M., Petit J.Y. Atlas of Breast Surgery / translated from English, edited by N.I. Rozhkova, V.D. Chkhikvadze. M.: GEOTAR-Media, 2009. 144 p.
2. Mastology: national guidance / edited by V.P. Kharchenko, N.I. Rozhkova. M.: GEOTAR-Media, 2009. 328 p.
3. Seminar on clinical mastology / edited by M.I. Davydov, V.P. Letyagin. M.: ABV-Press, 2006. 104 p.
4. Khanafiev G.Kh., Berzin S.A., Maltseva U.Yu., Mazur A.E. Luminal-like breast papilloma. Problems of pathogenesis, treatment and prevention of the luminal-like breast cancer // Women Reproductive System Tumors. 2011. No. 4. P. 42–45.
5. Burton S., Li W.Y., Himpson R. [et al.]. Microdochectomy in women aged over 50 years // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2003. Vol. 85, No. 1. P. 47–49.
6. Fatemi Y., Hurley R., Grant C. [et al.]. Challenges in the management of giant intraductal breast papilloma // Clin. Case. Rep. 2015. Vol. 3, No. 1. P. 7–10.
7. Lewis J.T., Hartmann L.C., Vierkant R.A. [et al.]. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma // Am. J. Surg. Pathol. 2006. Vol. 30., No. 6. P. 665–672.

8. Li X., Weaver O., Mohamed M. [et al.]. Microcalcification is an important factor in the management of breast intraductal papillomas diagnosed on core biopsy // Am. J. Clin. Path. 2012. Vol. 138, No. 6. P. 789–795.
9. Ponka D, Baddar F. Breast cyst aspiration // Canadian Family Physician. 2012. Vol. 58, No. 11. P. 1240.
10. Singh A., Singh N.J., Vatsala M., Singh P. Diagnosis of a nonpalpable intraductal papilloma without radiological abnormality by nipple discharge smear examination: A case report // Breast Cancer (Auckl.). 2014. Vol. 8. P. 69–72.

Поступила в редакцию 04.07.2016.

LOCAL CHANGES IN THE BREAST AFTER SURGERY FOR INTRADUCTAL PAPILLOMATOSIS

A.V. Goncharov¹, V.I. Apanasevich^{1,2}

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation), Regional Clinical Centre of Specialized Types of Medical Care (30/37 Ubovichka St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Objective. Central resection is the main treatment for intraductal papillomatosis of the breast. However, after such an operation, complications can arise in the form of the formation of cysts.

Methods. It was conducted the retrospective analysis and postoperative examination of 10 patients of 35–68 years old, operated on for intraductal papillomatosis.

Results. In five cases, after 6 to 12 months after surgery, noted the appearance of cysts distal to the intervention zone. Cyst size ranged from 5 to 13 mm.

Conclusions. This category of patients is necessary to minimize surgical trauma. There is a need to develop and implement the practice of intervention, sparing breast ducts.

Keywords: central breast resection, breast cysts, double ectasia.

Pacific Medical Journal, 2017, No. 1, p. 64–65.

УДК 616.317.2-006.6-085.849.114-089.87

DOI: 10.17238/Pmj1609-1175.2017.1.65–68

Лечение рака нижней губы

Р.А. Султанбеков, К.К. Джунушалиев, М.П. Саржевская, Э.С. Айтбаев, Г.О. Миненков

Национальный центр онкологии Кыргызской Республики (Кыргызская республика, 720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

Проведен анализ лечения 474 больных раком нижней губы. Лучевую терапию получили 385 человек, оперативные вмешательства выполнены 57 пациентам, комбинированное лечение проведено в 32 наблюдениях. Рецидивы опухоли чаще возникали после лучевой терапии, показатели 3- и 5-летней выживаемости оказались значительно выше после хирургического и комбинированного лечения.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак, лучевая терапия, хирургические вмешательства, комбинированное лечение.

Рак нижней губы – наружная, легкодоступная форма злокачественного новообразования, и его ранняя диагностика не представляет особых трудностей. Тем не менее практика показывает, что встречаются и запущенные формы рака данной локализации, это свидетельствует о диагностических ошибках и поздней обращаемости пациентов. Так, по данным M.J. Veness et al. [12] и M. Ezzoubi et al. [8], от 29 до 35,5 % больных на момент обращения имеют эту опухоль в стадиях T₃ и T₄.

Основными методами лечения рака нижней губы являются лучевая терапия и хирургическое вмешательство, но до настоящего времени единое мнение

об их эффективности отсутствует. Одни авторы рекомендуют проводить только облучение [5, 14], другие – хирургическое вмешательство [9, 13]. Последние свой выбор аргументируют лучшими отдаленными результатами и низкой частотой рецидивов. По данным R. Wilson et al. [14], рецидивы рака стадий T₁ и T₂ после лучевой терапии наблюдались в 15 и 44 % случаев, соответственно.

Противоречивые взгляды имеются и в отношении превентивных шейных диссекций лимфоузлов у больных без диагностированных лимфогенных метастазов. Одни авторы рекомендуют динамическое наблюдение [15], другие выступают за активную хирургическую тактику [10]. Так, A. Bucur и L. Stefanescu [6],

Джунушалиев Кубанычбек Кашымбекович – д-р мед. наук, зав. отделением опухолей головы и шеи НЦОКР; e-mail: kuban_1961@mail.ru

анализируя результаты лечения 200 больных раком нижней губы, в 20% случаев обнаружили лимфогенные метастазы в материале профилактических шейных диссекций. После превентивной лучевой терапии области шеи регионарные метастазы регистрировались более чем у половины больных. Авторы пришли к выводу, что элективные шейные диссекции в лечении являются методом выбора.

После резекции или тотального удаления нижней губы образуются дефекты, требующие пластической реконструкции. Это задача не из легких. Существуют различные методы восстановления губы после резекции, и каждому из них присущи определенные недостатки [1]. Несмотря на разнообразие методов реконструкции нижней губы, пластическая хирургия здесь еще не исчерпала свои возможности.

Целью настоящего исследования послужил анализ результатов лучевого, хирургического и комбинированного лечения рака нижней губы.

Материал и методы

За 1984–2015 гг. в НЦО КР пролечено 474 больных раком нижней губы (373 мужчины и 101 женщина). В 385 случаях выполнялась лучевая терапия, в 57 – осуществлялось хирургическое пособие, в 32 – комбинированное лечение. В 429 наблюдениях (91%) диагностирован плоскоклеточный ороговевающий и в 45 (9%) – плоскоклеточный неороговевающий рак.

I стадия рака диагностирована у 95 больных (20%), II – у 248 (52%), III – у 99 (21%) и IV – у 32 (7%). Метастазы рака в шейные лимфатические узлы клинически и при ультразвуковом исследовании выявлены у 173 человек (36%), при этом в 149 случаях они располагались на одной стороне и в 24 случаях – с двух сторон. Через различные сроки после лечения регионарные метастазы появились у 105 человек (22%), из них у 8 – с двух сторон. В итоге, метастазы в лимфоузлы шеи были диагностированы у 278 больных (табл. 1). В 229 наблюдениях метастатические узлы имели до 3 см в наибольшем измерении, в 41 – до 6 см и в 8 – более 6 см.

Лимфатические узлы 1-го уровня были поражены у 278, 1–2-го уровней – у 72, 1–3-го уровней – у 47 и 1–4-го уровней – у 25 человек. То есть все больные имели метастазы в подбородочно-подчелюстной области, а 25 больных (9%) – в верхне-среднеяремных и аксессуарных лимфоузлах. Поражений нижнеяремных и надключичных лимфоузлов не наблюдалось. В связи

Таблица 1

Распределение больных раком нижней губы по системе TNM*

Первичная опухоль	Поражение лимфоузлов			
	N ₀	N ₁	N ₂	N ₃
T ₁	78	17	0	0
T ₂	161	79	7	1
T ₃	51	36	9	3
T ₄	11	11	8	2
Всего:	301	143	24	6

* Отдаленных метастазов (M) при поступлении выявлено не было.

с этим мы модифицировали вариант функциональной шейной лимфодиссекции, который предусматривает удаление клетчатки 1–5-го уровней, начиная от края лопаточно-подъязычной мышцы и до основания черепа (рац. предложение № 14/08). При этом нижнеяремная и надключичная область не затрагиваются. Наш вариант операции отличается кожным разрезом и особенностями выполнения основных этапов вмешательства. При резекции нижней губы мы разработали способ хейлопластики, который позволяет осуществить одномоментную пластику обширного дефекта и способствует благоприятному заживлению раны с хорошим косметическим эффектом [2].

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики с вычислением средних арифметических величин и их средних ошибок.

Результаты исследования

Лучевая терапия

Из 385 пациентов полная регрессия опухоли после лучевой терапии наблюдалась у 225 (58%), частичная – у 106 (28%) человек. В 54 случаях (14%) регрессии не отмечено. При этом прослеживалась связь со стадией заболевания. Наибольшее число наблюдений с полной регрессией новообразования (64 случая – 89%) пришлось на пациентов с I стадией заболевания, наименьшее (2 случая – 8%) на пациентов с IV стадией рака.

Из 155 больных с метастазами в лимфатические узлы шеи 123 были выполнены операции Ванаха и верхний вариант фасциально-фулярного иссечения клетчатки (в том числе 18 модифицированных вариантов). От хирургического вмешательства отказались 32 человека. Как было отмечено выше, у 160 пациентов (42%) был отмечен продолженный рост опухоли, из них у 51 были выполнены резекции нижней губы с пластикой дефекта местными тканями, по Блохину и Брунсу. Двенадцать человек оперированы по разработанному нами способу хейлопластики. Криодеструкция остаточной опухоли выполнена в 4 случаях. От операции на первичном очаге отказались 93 пациента, в связи с чем 23 из них был назначен повторный курс лучевой терапии.

Через различные сроки после лучевого лечения у 81 из 225 больных (36%) с полной регрессией опухоли возник рецидив заболевания, метастазы в шейных лимфоузлах появились у 93 из этих больных (41%).

Рецидивы рака I стадии наблюдались в 9 случаях (14%), II стадии – в 51 случае (38%), III стадии – в 19 случаях (73%) и IV стадии – в двух случаях (100%), а метастазы рака в шейные лимфоузлы – у 17 (23%), 49 (41%), 20 (65%) и 7 (100%) человек, соответственно. По поводу рецидивов и метастазов рака больным было проведено следующее лечение: резекции нижней губы – 49 (из них 15 по разработанному способу), повторная лучевая терапия – 32, шейные лимфодиссекции – 71 (из них 9 модифицированный вариант лимфодиссекции). В настоящее время после лучевой терапии живы 166 (43%) больных. От прогрессирования рака умерли 202

человека, от интеркуррентных заболеваний – 9. Судьба 8 больных неизвестна.

Хирургическое и комбинированное лечение

Из 89 наблюдений I и II стадии заболевания диагностированы у 32 (56%), III и IV стадии – у 25 (44%) больных. Регионарные метастазы выявлены в 9 случаях, из них в двух – двусторонние. Трапециевидная резекция нижней губы выполнена всем пациентам, из них 22 – по Блохину и Брунсу, а 35 – по собственному способу. Одновременно или через различные сроки 9 больным были проведены шейные лимфодиссекции, из них 6 – по модифицированному варианту.

Через различные сроки после радикальных операций у 7 из 57 больных (12,2%) возникли рецидивы и продолженный рост заболевания. Рецидивы при II стадии рака обнаружены у 2 (3,5%), при III – у 3 (5,2%) и при IV – у 2 (3,5%) человек, а метастазы рака в шейные лимфоузлы – у 1 (1,8%), 5 (9%), 1 (1,8%) и 1 (1,8%) больного, соответственно. По поводу рецидивов и метастазов были проведены: резекции нижней губы (3 наблюдения), лучевая терапия (6 наблюдений), шейные лимфодиссекции (8 наблюдений, в т.ч. 3 модифицированных).

Комбинированное лечение получили 32 больных, из них 21 проведен предоперационный и 11 – послеоперационный курс лучевой терапии. I и II стадии рака здесь были диагностированы в 19 (59%), III и IV – в 13 (41%) случаях. Регионарные метастазы обнаружены у 9 человек (28%), из них у 3 – двусторонние. Резекции нижней губы выполнены 32 больным (в т.ч. 15 – по собственному способу). Шейные лимфодиссекции проведены 9 больным (в т.ч. 5 – в модифицированном варианте). После комбинированного лечения продолженный рост и рецидив возникли у 6 пациентов (19% больных) с III и IV стадиями заболевания (в 3 случаях проведены повторные резекции, в 1 – лучевая терапия и в 2 – симптоматическое лечение). Через различные сроки у четырех человек появились регионарные метастазы (двоим выполнены шейные лимфодиссекции, а другим назначена симптоматическая терапия). На момент написания статьи после хирургического и комбинированного методов лечения живы 39 (68%) и 19 (59%) больных, соответственно. Умер 31 пациент: 24 от прогрессирования рака и двое – от интеркуррентных заболеваний. Судьба пяти больных неизвестна.

Всего выполнены 189 резекций нижней губы, из них 112 (контрольная группа) с пластикой дефекта местными тканями по Блохину и Брунсу, 77 (основная группа) – с модифицированным вариантом хейлопластики. Осложнения в основной группе пациентов здесь регистрировались значительно реже (табл. 2).

Всего выполнены 222 шейные лимфодиссекции, из них 41 – модифицированная. От операции на клетчатке шеи отказались 48 больных, в 8 случаях назначено симптоматическое лечение. Из 181 оперированного по общеизвестным методикам (операция Ванаса,

Таблица 2

Структура осложнений после резекции нижней губы по поводу рака

Группа	Осложнения				
	Расхождение швов	Некроз лоскута		Все	
		частичный	полный	абс.	%
Контрольная (n=112)	14	10	15	39	35,0
Основная (n=77)	3	1	0	4	5,1
Всего:	17	11	15	43	–

Таблица 3

Выживаемость больных раком нижней губы в зависимости от стадии заболевания и метода лечения (M±m), %

Стадия рака	Выживаемость (M±m), %					
	Лучевой метод		Хирургический метод		Комбинированный метод	
	3 года	5 лет	3 года	5 лет	3 года	5 лет
T ₁	78,3±4,9	71,5±5,2	100,0	100,0	100,0	100,0
T ₂	56,7±3,1	48,0±4,3	92,7±8,3	86,2±9,7	89,4±9,4	82,6±10,3
T ₃ -T ₄	22,3±9,3	15,0±10,2	41,4±10,7	37,2±12,5	38,7±11,3	34,6±12,7
T ₁ -T ₄	56,7±2,3	49,6±3,4	77,6±7,9	72,4±8,3	76,0±9,3	70,7±11,9

верхний вариант фасциально-футлярного иссечения клетчатки) у 29 (16%) наблюдались послеоперационные осложнения, а при модифицированном варианте операции они зарегистрированы только в двух случаях (4,8%). Регионарные рецидивы рака при первом варианте вмешательства возникли у 32 (18%), а при втором – у 2 (6%) пациентов. В настоящее время из 474 больных остались живы 224 (47,2%). Умерли от прогрессирования рака 226 и от интеркуррентных заболеваний – 11 человек. Судьба 13 больных неизвестна.

Показатели 3- и 5-летней выживаемости оказались лучше при хирургическом и комбинированных методах лечения. Существенной разницы между ними не выявлено (табл. 3).

Обсуждение полученных данных

Результаты лучевого лечения рака нижней губы на собственном материале можно признать относительно удовлетворительными, и они свидетельствуют об агрессивном течении злокачественных опухолей данной локализации вопреки ранее существовавшему мнению. R. Wilson et al. [14] сообщали, что рецидивы рака нижней губы после лучевой терапии были диагностированы ими у 15% больных с I и у 44% больных со II стадией заболевания, а 5-летняя выживаемость составила 69%. M. Vorrego et al. [5] добились 3- и 5-летней выживаемости после рентгенотерапии у 76,6 и 66% пациентов, соответственно. R.P. Zitsch et al. [15], анализируя результаты лечения 1252 больных раком нижней губы, выявили рецидивы в 15% случаев и пришли к выводу о целесообразности выполнения операции при опухолях размером 2 см и более. Наши наблюдения подтвердили правомочность такой точки зрения.

Частота рецидивов рака после резекций нижней губы варьирует в пределах 10–15% [13]. Правда, U. Bilkay et al. [4] сообщали о 39,8% рецидивов после операций у 118 больных (метастазы в шейных лимфоузлах появились у 8 человек – 4%).

По данным литературы, 5-летняя выживаемость больных раком нижней губы после хирургического лечения на I и II стадиях заболевания составляет 72–92%, а на III и IV стадиях – 25–37% [7]. M.J. Veness et al. [12] утверждали, что наилучшие результаты достигаются при комбинированном методе (операция плюс лучевая терапия) – 5-летняя выживаемость составила, по их данным, 85%. В.В. Татчихин и др. [3] при анализе результатов лечения рака нижней губы также отметили более высокую эффективность хирургического метода.

Благоприятному заживлению раны после собственного способа хейлопластики способствовали: раздельное выкраивание слизистого и кожно-подкожного лоскутов и сохранение конечных, передних верхних альвеолярных ветвей нижнеглазничной артерии. W. Karcz et al. [11], прооперировав 35 больных раком нижней губы I стадии с использованием метода пластики по Бернарду–Золтану, наблюдали осложнения в 4 случаях (12%). По данным K.V. Gudzhabidze et al. [9], после резекций нижней губы по поводу рака осложнения регистрировались в 23,1% случаев.

Проанализировав регионарное метастазирование при раке нижней губы, мы можем утверждать, что в подавляющем большинстве случаев (93 из 105) метастазы появились у больных с излеченным первичным очагом после радикального курса лучевой терапии. Лишь у 12 человек они возникли после хирургического и комбинированного лечения. Поэтому мы считаем, что у больных с раком стадии $T_{2-4}N_0M_0$ после лучевой терапии необходимо через 3–4 недели выполнить превентивную шейную лимфодиссекцию с одной или двух сторон в зависимости от локализации первичного очага.

Выводы

1. Необходима активная хирургическая тактика при лечении больных раком нижней губы с опухолями размером 2 см и более.
2. При лучевой терапии больных с опухолями T_1 необходимо оценить результат после суммарной очаговой дозы в 40 Гр и решить вопрос о целесообразности продолжения облучения до достижения радикальной дозы или хирургического лечения.
3. Разработанный способ хейлопластики позволяет осуществить одномоментную пластику обширного дефекта и способствует благоприятному заживлению раны с хорошим косметическим эффектом.
4. Модифицированный вариант функциональной шейной лимфодиссекции способствует уменьшению послеоперационных осложнений и регионарных рецидивов рака нижней губы.

References

1. Blokhin N.N., Trapeznikov N.N., Aliev D.A. Plastic surgery for malignant skin tumors. M.: Meditsina, 1979. 207 p.

2. Dzhunushaliev K.K., Sultanbekov R.A. Surgical treatment of the lower lip cancer. Patent No. 1412, 2011.
3. Tatchikhin V.V., Ivanov S.A., Trizna N.M. Results of treatment of the primary lip cancer of I-II stage // II Eurasian Congress on Head and Neck Tumors. Almaty, 2011. P. 173.
4. Bilkay U., Kerem H., Ozek C. [et al.]. Management of lower lip cancer: a retrospective analysis of 118 patients and review of the literature // Arch. Facial Plast. Surg. 2003. Vol. 5, No. 6. P. 533.
5. Borrego M., Pimentel D., Rebelo I. A retrospective assessment of spinocellular carcinomas of the lip treated by roentgenotherapy // Acta Med. Port. 2012. Vol. 10, No. 1. P. 47–51.
6. Bucur A., Stefanescu L. Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and N0-neck // J. Craniomaxillofac. Surg. 2004. Vol. 32, No. 1. P. 16–18.
7. Casal D., Carmo L., Melancia T. [et al.]. Lip cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2010. Vol. 63, No. 12. P. 2040–2045.
8. Ezzoubi M., Benbrahim A., Fihri J.F. [et al.]. Reconstruction after tumour's excision in lips cancer: report of 100 cases // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). 2005. Vol. 126, No. 3. P. 141–146.
9. Gudzhabidze K.V., Mardaleishvili K.M., Okropiridze T.V. The local and general complications after the lower lip cancer treatment // Georgian Med. News. 2007. No. 146. P. 25–28.
10. Ilić M.P., Dzolev A., Kiralj A. Regional metastases of squamous cell carcinoma of the lower lip // Med. Pregl. 2003. Vol. 56, No. 7–8. P. 322–325.
11. Karcz W., Gluszek S., Szebla J. Bernard–Soltan technique in surgical treatment of lower lip cancer // Wiad. Lek. 2006. Vol. 59, No. 3–4. P. 189–195.
12. Veness M.J., Ong C., Cakir B. [et al.]. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome: Reporting the Westmead Hospital experience, 1980 // Aust. Radiol. 2001. Vol. 45, No. 2. P. 195–199.
13. Vukadinovic M., Jezdic Z., Petrovic M. [et al.]. Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients // Oral Maxillofac. Surg. 2007. Vol. 65, No. 4. P. 675–679.
14. Wilson R., Jakson J., Rassech C. A study of squamous cell carcinoma of the lip at West Virginia University Hospitals from 1980–2000 // West Virginia Med. J. 2005. Vol. 101, No. 5. P. 217–219.
15. Zitsch R.P. 3rd, Park C.W., Renner G.J. [et al.]. Outcome analysis for lip carcinoma // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2005. Vol. 113, No. 5. P. 589–596.

Поступила в редакцию 15.02.2017.

THE TREATMENT OF THE LOWER LIP CANCER

R.A. Sultanbekov, K.K. Dzhunushaliev, M.P. Sarzhevskaya, E.S. Aytbaev, G.O. Minenkov
National Oncology Centre of the Kyrgyz Republic (92 Akhunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

Objective. The study objective is to analyze the results of the X-ray, surgical and combined therapy of the lower lip cancer.

Methods. The analysis of the therapy included 474 patients with lower lip cancer. 385 patients received X-ray therapy; 57 patients – surgical therapy; and 32 patients received combined therapy. Distribution of the observation of TNM: $T_1N_{0-1}M_0$ – 95, $T_2N_{0-3}M_0$ – 248, $T_3N_{0-3}M_0$ – 99, $T_4N_{0-3}M_0$ – 32. Conducted 189 resections of the lower lip (77 of them on the author's method of cheiloplasty), 222 cervical lymph node dissection (41 of them – modified). Long-term results of treatment were evaluated by Kaplan–Meier.

Results. Cancer recurrence after X-ray, the combined and surgical treatment diagnosed in 241 (62%), 6 (19%), and 7 (12.2%) patients, respectively. 3- and 5-year survival of patients were 56.7 ± 2.3 and $49.6 \pm 3.4\%$, 76.0 ± 9.3 and $70.7 \pm 11.9\%$, 77.6 ± 7.9 and $72.4 \pm 8.3\%$ for all stages of cancer after X-ray, the combined and surgical treatment methods, respectively.

Conclusions. It is necessary to conduct active surgical tactics in the treatment of cancer of the lower lip. Cheiloplasty method and a modified version of the functional neck dissection may reduce postoperative complications and recurrences.

Keywords: dermoid cancer, X-ray therapy, surgical intervention, combined therapy.

Pacific Medical Journal, 2017, No. 1, p. 65–68.