

*В.Г. Центило
Э.В. Крайникова*

*Донецкий национальный
медицинский университет
им. Максима Горького,
Донецк, Украина*

Ключевые слова:

*первично-множественные
злокачественные опухоли, рак
молочной железы, метастазы.*

ПОЗДНИЕ МЕТАСТАЗЫ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТКАНИ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ШЕИ

Резюме. *Представлено клиническое наблюдение больной, прооперированной по поводу солитарного метастаза первично-множественного метакронного рака молочной железы в правой половине шеи. Спустя 2 года после операции выявлены множественные метастазы в области заднего треугольника шеи.*

В отечественной и зарубежной литературе имеются сообщения о возможности метастазирования рака органов брюшной и грудной полости, молочной железы в лимфатические узлы шеи. При этом метастазы (М) распространяются по грудному лимфатическому протоку, который прерывается 1–3 лимфатическими узлами перед его впадением чаще всего в левый венозный угол [1, 2]. В этих лимфатических узлах и оседают М.

Нами наблюдается больная с метакронными первично-множественными злокачественными опухолями, у которой была осуществлена селективная шейная диссекция позднего солитарного отдаленного М рака молочной железы (РМЖ) в жировой клетчатке в области впадения правого яремного лимфатического ствола во внутреннюю яремную вену с распространением опухолевого процесса на лимфатический узел, стенку внутренней яремной вены и блуждающий нерв. Через 2 года после проведенной операции при отсутствии рецидива в зоне ее проведения больная вновь прооперирована по поводу множественных М РМЖ в кожу, подкожную клетчатку и лимфатические узлы в области заднего треугольника шеи и надостной области.

Больная К-вич Е.К., 58 лет (медицинская карта № 17648/612) поступила в челюстно-лицевое хирургическое отделение Клинической больницы № 1 г. Макеевки 03.10.2006 г. с жалобами на наличие увеличенного лимфатического узла в нижней трети шеи справа.

Анамнез заболевания. В июне 1978 г. по поводу аденокарциномы молочной железы произведена мастэктомия справа (без лимфаденэктомии) с последующим курсом теле-гамма терапии (ТГТ); в 1994 г. — гемиколонэктомия слева по поводу аденокарциномы T2N0M0; в 1999 г. — мастэктомия слева с лимфаденэктомией по поводу РМЖ T3N1M0 с последующей ТГТ и полихимиотерапией (ПХТ, CMF 3 курса). В июне 2006 г. появилось болезненное опухолевидное образование под нижней третью правой кивательной мышцы. После курса антибактериальной терапии, со слов больной, новообразование уменьшилось в размерах и значительно уменьшилась выраженность боли.

Протокол рентгенологического обследования органов грудной клетки (28.09.06 г.). Легкие без пато-

логических теней. Синусы свободны, диафрагма на уровне V ребра; корни структурированные. Сердце обычной конфигурации, камеры не увеличены, дуги выражены. Аорта — без особенностей.

Рентгенография шейного и верхнегрудного отдела позвоночника. Ось позвоночника сохранена, контуры позвонков четкие. Смежные отделы C_{VI}–C_{VII} позвонков неровные за счет мелких грыж Шморля в передних отделах этих позвонков — хондроз дисков.

Местный статус. Шея симметрична. Под нижней третью правой кивательной мышцы определяется увеличенный до 4 × 4 см опухолевый узел, слегка болезненный при пальпации, плотный, ограниченно смещаемый. Кожа над узлом без видимых изменений.

Диагноз. Поздний М первично-множественного метакронного РМЖ (?), рака нисходящего отдела толстого кишечника (?) в надключичный лимфатический узел справа. Состояние после комбинированного лечения.

04.10.06 г. произведена правосторонняя селективная шейная диссекция (протокол операции № 139). Под наркозом произведен справа разрез по De Querven; отслоен кожно-жировой лоскут. Кивательная мышца поднята по Ariyan. Выявлен одиночный метастатический узел размерами около 4 × 4 × 3 см, срастающийся опухолевым инфильтратом с внутренней яремной веной и блуждающим нервом. Над ключицей под эндоневральным обезболиванием (Sol. Lidocaini 2% 2 мл) пересечен блуждающий нерв и пересечена между лигаатурами внутренняя яремная вена. Общая сонная артерия отведена медиально. При выделении опухолевого узла с прилежащими к нему тканями иссечена часть капсулы щитовидной железы. В верхнем отделе раны пересечен блуждающий нерв также под эндоневральной анестезией (Sol. Lidocaini 2% 2 мл) и между лигаатурами внутренняя яремная вена. После этого отсечен сформированный блок тканей. Кивательная мышца уложена на место и фиксирована кетгутовыми швами. Гемостаз по ходу операции. Швы на кожу из шелка. Асептическая повязка с дренажами.

Гистологическое заключение № 17396-01. Характер материала — резецированный блок тканей. Микроскопия: М РМЖ инфильтрирующего долькового типа

умеренной степени дифференцировки, распространяющегося в жировой клетчатке и частично врастающего в ткани лимфатического узла.

Послеоперационное течение без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. 17.10.2006 г. выписана под амбулаторное наблюдение хирурга и онколога. При последующем наблюдении в течение более 1,5 года данных относительно регионарного рецидива заболевания не отмечено.

В начале июля 2008 г. появились опухолевые узелки в области правого заднего треугольника шеи, которые постепенно увеличивались. 30.09.2008 г. (медицинская карта № 17569/660) госпитализирована в челюстно-лицевое хирургическое отделение с жалобами на наличие безболезненных увеличенных опухолевых узлов в области правого заднего треугольника шеи. Со стороны общего статуса больной — без особенностей, за исключением нарушений, вызванных предыдущими операциями.

Местный статус. В нижней трети правого заднего треугольника шеи и по ходу добавочного нерва определяются опухолевые узлы размером до 1 см. Некоторые из них срастаются с кожей и потому ограниченно смещаемые, некоторые располагаются в подкожной клетчатке, подвижные. Пальпация опухолевых узлов не вызывает болевой реакции, кожа над ними не изменена.

Диагноз. Поздние М первично-множественного метастазного РМЖ в правом заднем треугольнике шеи. Состояние после комбинированного лечения.

30.09.2008 г. произведена операция: электрорезекция клетчатки заднего треугольника шеи и надостной области справа вместе с находящимися в ней опухолевыми узлами и прилежащей к ним кожей. Под наркозом электроножом произведен разрез в нижней трети шеи справа с иссечением горизонтальной части предыдущего послеоперационного рубца и с иссечением кожи над срастающимися с ней опухолевыми узлами. Отслоен кожно-жировой лоскут. Электроножом иссечена клетчатка в заднем треугольнике шеи, над добавочным нервом (нерв сохранен) и в надостной области с находящимися в ней опухолевыми узлами. Гемостаз по ходу операции. Рана ушита шелком с дренажами. Асептическая повязка.

На гистологическое исследование отправлено 5 препаратов, вырезанных из блока удаленных тканей. **Лимфатический узел из области добавочного нерва** (ПГЗ № 17596-99): в препарате — жировая клетчатка с небольшими лимфоузлами, в которых определяется хронический лимфаденит и реактивная гиперплазия лимфоидной ткани. **Участок кожи с опухолевым узлом** (ПГЗ № 17600-603): в препарате — кожа с обширными М в дерме и подкожной клетчатке РМЖ инфильтрирующего долькового типа. **Опухолевый узел из надключичной области** (ПГЗ № 17588-90): в препаратах — жировая клетчатка с мелкими М РМЖ инфильтрирующего долькового типа. **Участок кожи с опухолевым узлом** (ПГЗ № 17604-607): в препаратах — кожа с обширными М в дерме и подкожной клетчатке РМЖ инфильтрирующего долькового типа.

трирующего долькового типа. **Опухолевый узел из клетчатки надостной области** (ПГЗ № 17591-95): крупный М РМЖ инфильтрирующего долькового типа.

Заживление послеоперационной раны произошло первичным натяжением в обычные сроки. Выписана 08.10.2008 г. под амбулаторное наблюдение.

Следует отметить, что хотя метастазные первичные злокачественные опухоли органов репродуктивной системы (рак молочной железы, матки, яичника) и толстой кишки и являются наиболее распространенными среди полинеоплазий [3, 4], данное наблюдение относится к чрезвычайно редким как по длительности течения заболевания, так и по характеру метастазирования РМЖ. Описанный случай подтверждает мнение о непрогнозируемости отдаленного метастазирования РМЖ и оправдывает тактику оперативного лечения по отношению к одиночному позднему отдаленному М (селективная шейная диссекция). Наблюдаемое в дальнейшем метастазирование преимущественно не в лимфатические узлы, а в дерму и жировую клетчатку позволяет предположить факт эмболизации мелких лимфатических или кровеносных сосудов раковыми комплексами, их фиксации на стенке сосуда и распространения на прилежащие ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрюшин ЮН, Выренков ЮЕ. Лимфатическая система головы и шеи. М, 1967. 77с.
2. Ханц Фениш. Карманный атлас анатомии человека на основе Международной номенклатуры. Минск: Высшая школа, 1996: 254.
3. Бохман ЯВ. Первично-множественные злокачественные опухоли. В: Руководство по онкогинекологии. Москва, 2002: 47–59.
4. Мерабишвили ВМ, Рыбин ЕП, Максимов СЯ. Популяционный риск заболеваемости первично-множественными злокачественными опухолями органов репродуктивной системы и толстой кишки. В: Первично-множественные злокачественные опухоли. Ленинград, 1987: 57–63.

LATE METASTASIS OF THE METACHRONOUS BREAST CANCER IN THE TISSUE OF RIGHT HALF OF THE NECK

V.G. Tsentilo, E.V. Kraynikova

Summary. We are observing a patient with metachronous multiple-primary breast cancer metastasis in the right half of the neck. Two years after operation of the solitary distant metastasis the multiple metastases appeared on the back neck triangle.

Key Words: metachronous multiple-primary malignant tumors, breast cancer, metastases.

Адрес для переписки:

Центило В.Г.
86100, Макеевка, ул. Рудничная, 26
Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького, кафедра стоматологии факультета интернатуры и последипломного образования