

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Олег Борисович Дружков, Ильгиз Габдуллович Гатауллин,
Борис Константинович Дружков, Максим Олегович Дружков*

*Республиканский клинический онкологический диспансер (главврач — проф. Р.Ш. Хасанов), г. Казань,
Республиканский госпиталь ветеранов войн (главврач — Ф.Н. Закиров), г. Казань*

Реферат

Проанализированы результаты хирургического лечения 982 больных с доброкачественной патологией молочных желез. Наряду с традиционной секторальной резекцией с 1990 г. эти операции выполняются и без наложения швов на тело молочной железы, при этом отсутствует грубое рубцевание, сокращаются сроки репарации, имеют место косметически удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: молочная железа, доброкачественные опухоли, хирургическое лечение.

В числе многочисленных диагностических исследований, применяемых при подозрении на рак молочной железы, наиболее результативной и окончательной является эксцизионная биопсия со срочным гистологическим исследованием. Вероятно, именно это положение послужило причиной тому, что уже при пальпаторном определении узлового образования в молочной железе нередко ставится показание к выполнению эксцизии без проведения дополнительных дифференциально-диагностических исследований. Выполнению этих задач издавна служила секторальная резекция. Эта хирургическая операция стала наиболее частой как в числе хирургических вмешательств, выполняемых на молочной железе, так и в онкологической практике в целом. Так, по данным Л.А. Ли и В.В. Мартынюка [4], ежегодно в стране производятся сотни тысяч секторальных резекций молочных желёз не только в специализированных онкологических учреждениях, но и в общей лечебной сети, порой в отсутствии адекватной патогистологической службы. Суть этой операции заключается в сквозном, широком иссечении сектора молочной железы от кожи до ретромаммарной фасции [6]. Она была признана «золотым стандартом» в диагностике рака молочной железы. Кроме того, показаниями к выполнению секторальной резекции молочной железы послужили и заведомо доброкачественные образования — узловатая фиброзно-кистозная мастопатия, хронический мастит, фиброаденомы, липомы. Таким образом, секторальная резекция молочной железы стала лечебно-диагностическим вмешательством.

Вместе с тем в последние годы появились публикации с критическими замечаниями по поводу как необоснованности столь широкого выполнения этой операции в клинической практике, так и её отрицательных последствий. Среди них чаще называются следующие: избыточность иссекаемых тканей, деформация молочной железы, приводящая не только к нарушению физиологической функции, но и к эстетической ущербности, а также возможность развития «рубцового рака» в резецированной молочной железе [2, 5, 8]. Возникла потребность в новых методах резекционной хирургии молочных желёз, которые могли бы исключить изложенные выше недостатки классической секторальной резекции. Оптимизацию хирургического метода лечения мы представляем как придание наиболее благоприятных свойств различным хирургическим вмешательствам, применяемым для лечения доброкачественных заболеваний молочной железы.

Целью нашего исследования являлось усовершенствование методов хирургического лечения доброкачественных новообразований молочной железы.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 982 больных с доброкачественной патологией молочных желез. Наряду с традиционной секторальной резекцией, с 1990 г. при доброкачественных образованиях молочной железы мы выполняем эти операции и без наложения швов на тело молочной железы. Техника операции заключается только в рассечении кожи и подкожной жировой клетчатки с учетом кожных линий Лангера до передней поверхности тела над узловым образованием. Тупым и острым путем подкожную жировую клетчатку отсепааровывают от тела молочной железы в стороны вместе с кожей. Затем выполняют иссечение узлового образования двумя сходящимися дуговыми разрезами с отступом от его границ на расстояние до 1 см или по типу вылушивания липомы либо ювенильной фиброаденомы. Рану тела молочной железы ушивают, лишь слегка соединяя одиночными, редкими швами края поверхностной фасции молочной железы.

В рану тела молочной железы укладывают двухпросветный аспирационный дренаж, отводящий конец которого выводят наружу, через ретромаммарное пространство и прокол кожи по инфрамаммарной складке. Отличительной чертой этой операции является отказ от шва тела молочной железы и максимальное сбережение интактных тканей. Швы накладывают только на подкожную клетчатку и кожу.

Эта операция нами выполнена у 578 больных. В послеоперационном периоде рану вели на сменяемых системах вакуумного дренирования. На первом этапе для дренирования раны применяли двухпросветный дренаж М.З. Сигала [7], проведенный непосредственно через зону гравитационного скопления раневого экссудата используя воздушоструйный отсос. Применение этого дренажа обеспечивает аспирацию раневого экссудата, без присасывания к дренажу тканей раневой полости. Обычно через 2 суток при уменьшении или прекращении экссудации внутреннюю трубку дренажа извлекают, а к наружной присоединяют вакуумную аспирацию по Редону, обеспечивающую тесное соприкосновение тканей раневой полости вокруг дренажа. С этого дня начинает развиваться асептический, слипчивый воспалительный раневой процесс, который обычно заканчивается к седьмому послеоперационному дню [1, 3]. Обычно к этому дню или даже раньше полностью прекращается экссудация и поэтому дренаж удаляют. Все это время молочная железа остается свободной от бинтования или ношения бюстгалтера, что обеспечивает срастание тканей в естественном положении молочной железы и сохранение ее симметрии с контрлатеральной молочной железой. Для предупреждения смещения срастающихся поверхностей после удаления дренажа накладывают повязку эластическим бинтом с подкладыванием небольшого ватно-марлевого валика над иссеченным телом молочной железы по типу «селективно давящей повязки» по М.З. Сигалу.

Наши наблюдения подтверждают эффективность описанных выше манипуляций в предупреждении развития недостатков обычной секторальной резекции. При этом следует отметить отсутствие грубого рубцевания, сокращение сроков репарации, косметически удовлетворительный результат. Однако бесшовное ведение раны тела молочной железы требует постоянного контроля за работой дренажей. Мы этому обучали самих больных. Нарушение в системе дренирования (обтура-

ция сгустком крови) может привести к образованию гематомы (серомы) в раневой полости, что в нескольких наблюдениях потребовало раскрытия раны, ее санации и повторного наложения швов.

Бесшовное ведение послеоперационной раны тела молочной железы после секторальной резекции позволяет получить удовлетворительные косметические результаты, сократить сроки заживления послеоперационной раны, избежать рубцовых осложнений, в том числе «рубцовый рак».

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. — М.: ГЭОТАР — МЕД, 2004. — 608 с.
2. Голов Л.Б. Синдром патологической секреции — проявления двух различных патологических процессов (клинико-рентгено-морфологические параллели)// Маммология. — 1993. — № 1. — С. 12—21.
3. Ибатуллин И.А. Гомеостаз и артериальная гипертензия. Руководство для врачей. — К., Медицина, 2000. — 380 с.
4. Ли Л. А., Мартынюк В.В. //Росс. мед. журн. — 1999. — № 3. — С. 16—19.
5. Мизаушев Б.А., Каздохова Ж.Х. Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения фиброаденом у девушек-подростков// Вестн. хир. — 2004. — Т.163. — № 3. — С. 35 — 39.
6. Петерсон Б.Е. Атлас онкологических операций. — М., 1987. — 536 с.
7. Сигал М.З. Вопросы совершенствования хирургической операции в преподавании. «О потенциале злокачественных рубцовых тканей»//Труды гос. ин. усоверш. врачей им. В.И. Ленина. — Казань, 1989. — С 112—115.
9. Юсупов С.И.Д., Копыльцов А.А. Осложнения после пластических и реконструктивных операций при рубцовой деформации молочных желез// Маммология. — 1997. — № 4. — С. 37—43.

Поступила 24.03.09.

OPTIMIZATION OF THE PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN MAMMARY DISEASE

O.B. Druzhkov, I.G. Gataullin, B.K. Druzhkov, M.O. Druzhkov

Summary

Analyzed were the results of surgical treatment of 982 patients with benign mammary pathology. Along with the traditional sectoral resection beginning from 1990, these operations are performed without suturing the body of the mammary gland, gross cicatrization is absent, the reparation period is shorter, cosmetically satisfactory results are evident.

Key words: mammary gland, benign tumors, surgical treatment.