
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК: 618.19-006.6-089.168.1-08-039.71

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. Анохин

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Росздрава,
Смоленский областной онкологический клинический диспансер
214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: semkina-onk@list.ru*

Представлены результаты применения комбинированного способа профилактики послеоперационной лимфореи при органосохраняющих операциях у 23 больных раком молочной железы I–II стадии. Данный способ сокращает длительность послеоперационного периода и продолжительность лимфореи.

Ключевые слова: рак молочной железы, послеоперационная лимфорея.

PREVENTION OF COMPLICATIONS AFTER ORGAN-PRESERVING SURGERIES FOR BREAST CANCER

A.S. Anokhin

*Smolensk State Medical Academy,
Smolensk Regional Cancer Center*

28, Krupskaya Street, 214019-Smolensk, e-mail: semkina-onk@list.ru

The paper presents the results of using combined modality in prevention of postoperative lymphorea in 23 patients with stage I-II breast cancer who underwent organ-preserving surgery. This method allows the length of postoperative period and duration of lymphorea to be reduced.

Key words: breast cancer, postoperative lymphorea.

Рак молочной железы (РМЖ) у женщин является одной из главных причин смертности женского населения во всём мире и занимает первое место в структуре злокачественных новообразований [3, 7, 8]. К 2020 г. прогнозируют увеличение ежегодной заболеваемости РМЖ до 2 000 000 [6]. Усовершенствование ранней диагностики и систематическое использование адъювантной терапии существенно улучшили результаты лечения больных ранним РМЖ, что отразилось на продолжающемся снижении уровня смертности от РМЖ в ряде западных стран. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) РМЖ также занимает первое место. В 2008 г. распространённость РМЖ на 100 000 населения составила 328,8, зарегистрированы 52 469 новых больных, I–II стадия диагностирована у 62,7% больных [1].

В лечении РМЖ хирургический метод является доминирующим. В последние годы произошла эволюция хирургических подходов от радикальной мастэктомии Холстеда до органосохраняющих операций. Потеря органа у 96,1 % больных приводит к психическим нарушениям. Это аффективные расстройства (расстройства настроения), дисморфоманические и дисморфофобические расстройства (сверхценное отношение к дефектам тела и страх потери молочной железы), нозофобические расстройства (страх рецидива опухоли). Основными причинами возникновения указанных расстройств являются установление диагноза РМЖ и выраженный постмастэктомический дефект, и в последующем – социальная дезадаптация (потеря работы, выход на инвалидность, распад семьи, эмоциональная изоляция и т. п.) [7, 8].

Возможность применения экономных, орга-

носохраняющих операций, прежде всего, связана с увеличением числа больных с начальными формами рака, совершенствованием методов комбинированного лечения злокачественных опухолей. Органосохраняющие операции (радикальные резекции, лампэктомии, широкое иссечение опухоли, квадрантэктомии) почти всегда сопровождаются подключично-подмышечно-подлопаточной лимфаденэктомией [5, 7], что неизбежно приводит к пересечению большого количества лимфатических сосудов данных областей и приводит к лимфореи, которая в большинстве случаев длится 8–14 дней, но у 30 % больных – 30–60 дней. Объём лимфореи после радикальной резекции достигает 1,59–1,72 литров при средней длительности 17–20 дней [2, 4]. Обильная и длительная лимфорея приводит к развитию воспалительных изменений в области послеоперационной раны, нагноению, расхождению краев раны, способствует выраженным рубцовым изменениям в областях лимфаденэктомии.

Таким образом, несмотря на уменьшение объёма оперативного вмешательства в сторону органосохраняющих операций при РМЖ начальных стадий и множество предложенных лечебных и профилактических мероприятий послеоперационная лимфорея по-прежнему остаётся хирургической проблемой, ухудшая качество жизни после органосохраняющих операций.

В Смоленском областном онкологическом клиническом диспансере, в хирургическом отделении № 2 за период с 2009 по 2010 г. выполнены 23 органосохраняющие операции (радикальные резекции) у больных раком молочной железы, из них I стадия ($T_1N_0M_0$) диагностирована у 6 пациенток, IIa стадия ($T_{1-2}N_{0-1}M_0$) – у 10, IIb стадия ($T_{2-3}N_{0-1}M_0$) – у 7 женщин. Возраст пациенток колебался от 37 до 70 лет, в среднем – 53,5 года; масса от 62 до 105 кг, в среднем – 83,5 кг; индекс массы тела от 15,4 до 32,4, в среднем – 23,9.

У 22 больных опухоль располагалась в верхненаружном квадранте и, как правило, радикальную резекцию производили из одного разреза с удалением опухоли и подмышечно-подлопаточно-подключичной клетчатки единым блоком. У 1 больной опухоль располагалась в

нижневнутреннем квадранте, и операцию производили из двух разрезов. Для уменьшения лимфореи применяли комбинированный метод (хирургический – пластику местными тканями и биологический – применение коллагеновой губки, покрытой фибрином и тромбином). Осложнений после всех 23 операций не наблюдалось, функции верхних конечностей не нарушены. Ни в одном случае необходимости в установке дренажа в ране не возникало. Средние сроки пребывания в стационаре 10–13 дней.

В качестве эффективности предложенной методики приводим клиническое наблюдение.

Больная Б., 37 лет, вес 74 кг, индекс массы тела 21,2, поступила в хирургическое отделение №2 Смоленского областного онкологического клинического диспансера 15.12.09. При клиническом обследовании у больной обнаружен рак правой молочной железы I стадии ($T_1N_0M_0$), подтверждённый морфологическим исследованием. Маммографически опухоль диаметром до 1,5 см, располагалась в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Отсутствие мультицентричного роста, узловой тип опухоли, малый размер опухоли при 3 размере молочных желёз, желание больной сохранить молочную железу явились показанием для оперативного органосохраняющего лечения.

Операция выполнена 18.12.09 в объёме радикальной резекции правой молочной железы. Двумя полуовальными разрезами в верхненаружном квадранте правой молочной железы удален сектор вместе с опухолью, в пределах здоровых тканей, отступя от её видимых границ на 3,5 см, в едином блоке с фасцией большой грудной мышцы, с лимфоузлами и клетчаткой подключично-подмышечно-подлопаточной областей. После чего был применён комбинированный метод профилактики лимфореи: пластика местными тканями и тампонада коллагеновой губкой, покрытой фибрином и тромбином. Рана ушита послойно без постановки дренажа. Гистологическое заключение №№ 25870–90: низкодифференцированный инфильтрирующий протоковый рак молочной железы. В подключичных, подмышечных, подлопаточных лимфоузлах метастазов нет. В краях резекции опухолевого роста нет.

Ближайший послеоперационный период

протекал без осложнений. перевязка осуществлялась 2 раза: в 1-е сут после операции выполнялась в виде тугого бинтования и на 11-е сут в день выписки, когда были сняты швы. Рана зажила первичным натяжением. Больная была направлена на дальнейшее лечение: полихимиотерапию и лучевую терапию. При контрольном УЗИ правой подмышечной области в день выписки определялась жидкость (лимфа) в объёме менее 3,0 мл, в связи с чем пункцию не производили. Через 10 дней при УЗИ-контроле подмышечной области жидкости (лимфы) не обнаружено.

Таким образом, предложенный способ профилактики лимфореи при органосохраняющих операциях по поводу рака молочной железы уменьшает образование лимфы в операционной ране, при этом длительность операции не уступает классической радикальной резекции. Данный способ сокращает послеоперационный период и общее пребывание больной в

стационаре, а также уменьшает расход перевязочного материала, в связи с чем экономически выгоден.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. 2010. № 7. С. 13–58.
2. Добренский М.Н., Добренская Е.М. Влияние конституциональных особенностей больных, объёма хирургического вмешательства и неоадьювантной терапии на прогнозирование течения постмастэктомической лимфореи // Фундаментальные исследования. 2009. № 9. С. 42–44.
3. Касчиато Д. Онкология / Пер. с англ. М.: Практика, 2008. 332 с.
4. Пак Д.Д., Ермоценкова М.В., Сарибекян Э.К. Одномоментная миопластика при радикальной мастэктомии для профилактики послеоперационных осложнений. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2008.
5. Рак молочной железы / Под ред. В.Ф. Семиглазова. М.: МЕДпресс-информ, 2009. С. 2–4, 27, 94.
6. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 271 с.
7. Sheppard C. Breast cancer follow-up: literature review and discussion // Eur. J. Oncol. Nurs. 2007. Vol. 11 (4). P. 340–347.
8. Mallinger J.B., Griggs J.J., Ghields C.G. Family communication and mental health after breast cancer // Eur. J. Cancer Care. 2006. Vol. 15 (4). P. 355–361.

Поступила 1.02.11