

Список литературы:

1. Ермошенкова М.В. Профилактика лимфореи после радикальных мастэктомия с использованием хирургических методик и плазменной коагуляции: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2007.
2. Иванов В.Г., Семиглазов В.Ф., Селезнев И.К. Современные аспекты вакуумного дренирования рак после операции на молочной железе // Анналы хирургии. – М., 2006. – № 1.
3. Пак Д.Д., Ермошенкова М.В., Соколов В.В. Предупреждение длительной послеоперационной лимфореи на хирургическом этапе лечения рака молочной железы // Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения»: тезисы докладов. – СПб., 2005.
4. Рассказова Е.А., Ермошенкова М.В. Профилактика осложнений после реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы // Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения»: тезисы докладов. – СПб., 2005.
5. Соколов В.В., Пак Д.Л., Джубалиева С.К., Панышина И.В. Предупреждение длительной лимфореи после радикальных мастэктомий с использованием интраоперационного физического метода // III Международная ежегодная конференция «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы» – «Белые ночи Санкт-Петербурга» 21-23 июня 2006 г. – СПб.
6. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1998 г. – М., 2000.
7. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. – М., 2000. – 736 с.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЮ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

© Джинчвеладзе Д.Н.*, Важенин А.В.*

Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, г. Челябинск
МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск

В статье приведены непосредственные результаты лечения пациентов при раке молочной железы, метастазах меланомы в подмышечные,

* Врач-онколог.

* Главный врач Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Заслуженный врач РФ.

пахово-бедренные лимфоузлы при дренировании остаточной полости зонд-дренажом аспирационным.

В структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы (РМЖ) почти во всех экономически развитых странах занимает 1-е место [Аксель Е.М., 2009; Давыдов М.И., 2009; Чиссов В.И., 2004]. Исключением является Япония, где РМЖ находится на 3-м месте после рака желудка и колоректального рака [Parkin D., 1999]. В России доля РМЖ составила в 1999 г. 22,3 % [Трапезников Н.Н., 2000]. В 2007 г. в России зарегистрированы 51865 новых больных РМЖ. По сравнению с 2002 г. прирост составил 13,1 % [Аксель Е.М., 2009; Давыдов М.И., 2009].

В структуре онкологической заболеваемости злокачественная опухоль кожи – меланома, стоит на первом месте, причем в последние годы в России отмечается неуклонный рост заболевания [Аксель Е.М., 2009; Давыдов М.И., 2009]. Меланома кожи, отличается высокой склонностью к раннему лимфогенному метастазированию в регионарные лимфатические узлы, чаще всего в подмышечные и пахово-бедренные. Развитие местных регионарных метастазов резко ухудшает прогноз заболевания и результаты лечения [Чиссов В.И., 2004]. В 2007 г. в России зарегистрировано 7732 новых больных меланомой кожи. С 2002 по 2007 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 17 % [Аксель Е.М., 2009; Давыдов М.И., 2009].

Хирургический метод является одним из компонентов в лечении, как рака молочной железы, так и меланомы. Однако можно заметить, что в 20 – 87,5 % случаев он приводит к развитию ранних и поздних хирургических осложнений [Бенда К., 1987; Чиссов В.И., 2000; Лысенко В.М., 2000; Рамонова Л.П., 1991; Вачев, А.Н., 2005; Федин, А.А., 2005; O'Dwyer P.J., 1991; Tadych K., 1987; Terrell G.S., 1992; Vinton A.L., 1991].

Важным фактором, способствующим успешному заживлению раны, является создание условий для ее адекватного дренирования в послеоперационном периоде [Баллюзек Ф.В., 2005; Давыдов Ю.А., 1995]. Вместе с тем известно, что заживление раны, прежде всего, зависит от биологической жизнеспособности тканей и в меньшей степени от наличия микробов в раневой зоне. Поэтому даже лекарственное подавление микрофлоры не предотвращает повторного инфицирования раны [Давыдов Ю.А., 1995; Иванов В.Г., 2006]. Изучение гидродинамики дренажных систем и течения раневого процесса в условиях принудительной аспирации обнаруживает существенные их недостатки, увеличивая тем самым сроки пребывания пациентов в стационаре, отодвигая следующий этап лечения [Давыдов Ю.А., 1995; Иванов В.Г., 2006; Каншин Н.Н., 1980].

Ниже приведены непосредственные результаты лечения пациентов раком молочной железы, метастазами меланомы в подмышечные, пахово-бедренные лимфатические узлы. Остаточные полости после выполненных операции – мастэктомий, операции Дюкена, дренировались зонд-дрена-

жом аспирационным в основной группе и полихлорвиниловыми дренажами в группе сравнения.

Из таблицы следует (табл. 1), что пациенты в группах распределены равномерно, по численности в одноименных группах количество их статистически не отличается.

Таблица 1

Количество пациентов исследуемых групп

Название операции	Основная группа N = 192	Контрольная группа N = 189
Радикальные модифицированные мастэктомии	143*	141*
Операция Дюкена	49**	48**

Примечание: * $P \geq 0,05$; ** $P \geq 0,05$.

Пациенты основной группы за время госпитализации лихорадили в меньшей степени – за время всей госпитализации лихорадило 7 пациентов, средняя температура их составила $37,1^{\circ}\text{C} \pm 0,03$. В группе сравнения у 38 пациентов отмечалось повышение температуры тела, но не более субфебрильных цифр, средние цифры составили $37,2^{\circ}\text{C} \pm 0,20$ ($P \leq 0,05$).

Обильная лимфорея отмечалась после радикальной мастэктомии по Пейти – $236,6 \pm 30,6$ мл/сут., как в группе сравнения, так и в основной группе – $157,1 \pm 15,4$ мл/сут. При сравнении этих показателей, можно увидеть, что за первые сутки, в основной группе геморрагическое отделяемое у пациентов была меньше на 33,4 %. Это на 15 % больше, чем после радикальной мастэктомии по Мадден в группе сравнения ($199,34 \pm 22,7$ мл/сут) и на 34 % в основной. Длительность эвакуаций лимфы в основной группе была меньше на $2 \pm 1,16$ дня. На 28 % меньший, чем после радикальной мастэктомии по Пейти, отмечен объем лимфорей после радикальных резекций молочной железы в группе сравнения и на 36 % в основной. Наименьший объем лимфорей, по сравнению с другими видами радикальных мастэктомий, отмечен после мастэктомии по Холстеду – $163,3 \pm 15,2$ мл/сут в контрольной группе и $142,5 \pm 17,0$ в основной. Идентичный объем лимфорей отмечен после радикальных мастэктомий по Маддену и радикальных резекций молочной железы в основной группе, $154,8 \pm 10,5$ и $151,1 \pm 12,1$ соответственно.

Средний объем и длительность лимфорей в группе сравнения и основной группе в зависимости от вида оперативных вмешательств представлены в табл. 2.

Проведено сравнение лимфорей в группах у пациентов, которым было выполнено предоперационное лечение. Достоверно, что у больных с неоадьювантной лучевой терапией и химиотерапией отмечались больший объем и длительность лимфорей, по сравнению с пациентами без предоперационного лечения (табл. 3).

Таблица 2

Средний объем лимфы в исследуемых группах

Вид оперативного вмешательства	Объем лимфорей, мл/сут. $M \pm m$	
Группы	Контрольная группа	Основная группа
Радикальные модифицированные мастэктомии	$112,9 \pm 83,1^*$	$72,4 \pm 60,3^*$
Операция Дюкена	$123,5 \pm 81,6^{**}$	$82,2 \pm 64,9^{**}$

Примечание: * $P = 0,0006$; ** $P = 0,009$.

Таблица 3

Сравнительная характеристика лимфорей исследуемых групп, прошедших предоперационное лечение

Вид оперативного вмешательства	Объем лимфорей, мл/сут $M \pm m$	
	Контрольная группа	Основная группа
PMM	$N = 141$ $112,9 \pm 83,1^*$	$N = 143$ $77,1 \pm 67,7^*$
Химиолучевое лечение до операции	$N = 48$ $127,6 \pm 57,18^{**}$	$N = 49$ $102,1 \pm 66,8^{**}$

Примечание: * $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,05$.

Из вышеуказанных данных следует, что у пациентов, перенесших предоперационное лечение, количество лимфы было больше. Так в контрольной группе у пациентов прошедших предоперационное лечение, количество лимфы было на 4,4 % больше к 1-м суткам, далее этот показатель увеличивался и к 7-м суткам составил 10 %, а к 10 суткам – 50 %. В основной группе пациентов прошедших предоперационное лечение количество лимфы на 1-е сутки было больше на 7,8 %, к 7-м суткам показатель составил 51,2 %, а к 10 суткам количество лимфы у пациентов прошедших лечение было больше на 55,8 %.

Таблица 4

Структура и частота ранних раневых послеоперационных осложнений

Вид раннего осложнения	Вид операции	Гиперемия в области послеоперационной раны, %	Гиперемия с формированием воспалительного инфильтрата, %	Число больных с ранними раневыми осложнениями, %
Группа сравнения	Радикальные модифицированные мастэктомии	16,3*	11,3*	8,5*
	Операция Дюкена	7,8**	2,83**	6,25**
Основная группа	Радикальные модифицированные мастэктомии	12,5*	0*	5,72*
	Операция Дюкена	4,08**	0**	4,08**

Примечание: * $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,05$.

Сравнительный анализ частоты ранних послеоперационных осложнений у больных после лимфаденэктомий показал, что после дренирования остаточной полости зонд-дренажом аспирационным у данной категории больных, процентное число ранних послеоперационных осложнений был меньше (табл. 4).

Прослежена зависимость количества послеоперационной лимфорей от индекса массы тела больных (табл. 5).

Таблица 5

Количество лимфорей в зависимости от индекса массы тела

Вид оперативного вмешательства	Объем лимфорей, мл/сут $M \pm m$					
Группы	Группа сравнения			Основная группа		
Категория веса	Нормальный вес	Избыточный вес	Ожирение I, II, III ст.	Нормальный вес	Избыточный вес	Ожирение I, II, III ст.
РММ	$119,8 \pm 70,1^*$	$144,1 \pm 69,5^{**}$	$158,3 \pm 81,1^{***}$	$72,4 \pm 60,3^*$	$88,1 \pm 44,6^{**}$	$95,8 \pm 49,9^{***}$
ОД, ППБ ЛАЭ	$127,6 \pm 57,1^*$	$153,5 \pm 75,7^{**}$	$168,6 \pm 112,5^{***}$	$102,1 \pm 68,0^*$	$122,8 \pm 81,8^{**}$	$134,9 \pm 89,9^{***}$

Примечание: * $P \leq 0,005$; ** $P \leq 0,005$; *** $P \leq 0,005$.

Индекс массы тела (ИМТ) определялся по формуле:

$$ИМТ = m \text{ (кг)} / h^2 \text{ (м)}$$

где m – масса тела больного (в килограммах);

h – рост больного (в метрах).

Из полученных данных следует, что объем и длительность лимфорей возрастали прямопропорционально индексу массы тела больных: чем больше индекс массы тела, тем больше объем лимфорей.

Объем лимфы в зависимости от наличия сахарного диабета приведены в табл. 6.

Таблица 6

Количество лимфы в зависимости от наличия у больных сахарного диабета

Вид операции	Наличие сахарного диабета	
	Группа сравнения	Основная группа
	Объем лимфы, мл	Объем лимфы, мл
РММ	$226,5 \pm 48,3^*$	$174,3 \pm 32,7^*$
Всего больных	7	8

Примечание: * $P \leq 0,005$.

Продолжительность госпитализации пациентов исследуемых групп – приведены в табл. 7.

Из вышеуказанных данных, очевидно, что пациенты основной группы закончили лечение раньше и перешли на следующий этап лечения так же раньше пациентов контрольной группы.

Таблица 7

Количество дней госпитализации

Группы пациентов	РММ	ОД, пахово-подвздошно-бедренная ЛАЭ
Группа сравнения	19 ± 6,06*	24 ± 9,02**
Основная группа	15 ± 3,98*	21 ± 4,93**

Примечание: * $P \leq 0,005$; ** $P \leq 0,05$.

Полученные результаты подчеркивают эффективность разработанной методики профилактики лимфореи в отношении развития ранних послеоперационных осложнений.

В группах с применением методики дренирования ран зонд-дренажом аспирационным наблюдается меньший процент лимфореи. Сравнительный анализ пациентов прошедших предоперационное лечение и без него в основной группе, показал, что у больных перенесших химиолучевое лечение до операции, количество лимфы было больше. При сравнении пациентов контрольной и основной групп прошедших предоперационное лечение, можно увидеть, что у пациентов группы сравнения количество лимфатического отделяемого было больше на 27,1 % ($P \leq 0,05$).

Указанные данные наглядно показывают преимущество методики дренирования ран зонд-дренажом аспирационным. Данная методика дренирования ран, направленная на профилактику лимфореи при лимфаденэктомиях достоверно снижает процент ранних послеоперационных хирургических осложнений.

Список литературы:

1. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2007 г. / Е.М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3.
2. Баллюзек Ф.В. Превентивные лимфодренирующие вмешательства / Ф.В. Баллюзек, З.И. Ачба, Ш.М. Муминов // II съезд лимфологов России: тез. докл. – СПб., 2005. – С. 19-21.
3. Вачев А.Н. Лечение лимфореи после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей с применением синтетического сосудистого протеза / А.Н. Вачев, Н.Н. Серафимович // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева // Сердечно-сосудистые заболевания: I съезд лимфологов России. – 2003. – Т. 4, № 5. – С. 130.
4. Давыдов М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, – 2009. – Т. 20, № 3. – Прил. 1.
5. Злокачественные новообразования в России в 2002 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2004. – 256 с.

6. Иванов В.Г. Современные аспекты вакуумного дренирования ран после операции на молочной железе / В.Г. Иванов, В.Ф. Семиглазов, И.К. Селезнев // *Анналы хирургии*. – 2006. – № 1. – С. 34-36.
7. Каншин Н.Н. Закрытое лечение нагноительных процессов методом активного промывного дренирования // *Хирургия*. – 1980. – № 11. – С. 18-22.
8. Лысенко В.М. Лечение лимфоцеле при оперативных вмешательствах на магистральных венах / В.М. Лысенко, В.Г. Рядов, В.А. Тимофеев // *Конгресс лимфологов России: сб. материалов*. – М., 2000. – С. 63.
9. Рамонова Л.П. Ранние осложнения радикальной мастэктомии и их предупреждение: дисс. ... канд. мед. наук / Л.П. Рамонова. – М., 1991. – 120 с.
10. Трапезников Н.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1998 г. / Н.Н. Трапезников, Е.М. Аксель. – М., 2000.
11. Федин А.А. Сравнение методов лечения лимфореи паховой области / А.А. Федин, В.В. Владимирский // *II съезд лимфологов России: тез. докл.* – СПб., 2005. – С. 322-323.
12. Ovdwyer P.J. Effect of closing dead space on incidence of seroma after mastectomy / P.J. Ovdwyer, N.J. Higgins, A.G. James // *Surg. Gynecol Obstet* – 1991. – Vol. 172, № 1. – P. 55-56.
13. Parkin D. Global cancer statistic / D. Parkin, P. Pisani, J. Ferley et al. // *CA Cancer J. Clin.* – 1999. – Vol. 7. – P. 33-64.
14. Tadych K. Postmastectomy seromas and wound drainage / K. Tadych, W.L. Donegan // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1987. – Vol. 165, № 6. – P. 483-487.
15. Terrell G.S. Axillary versus combined axillary and pectoral drainage after modified radical mastectomy / G.S. Terrell, J.A. Singer // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1992. – Vol. 175, № 5. – P. 437-440.
16. Vinton A.L. Wound complications after modified radical mastectomy compared with tylectomy with axillary lymph node dissection / A.L. Vinton, L.W. Traverso // *Am. J. Surg.* – 1991. – Vol. 161, № 5 – P. 584-588.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ

© Котелевец Е.П.*

Рязанский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова, г. Рязань

В данной статье автор пытается обозначить существующие различия
в некоторых аспектах деятельности медицинских учреждений различ-

* Ассистент кафедры Микробиологии.