

A procedure for drainage-free radical mastectomy is proposed, which can significantly reduce not only the incidence of postoperative lymphorrhea (from 10 to 4.2%), but also its average duration (from 9 to 4 days). No postoperative wound complications accelerate healing and accordingly decrease the length of bed rest. This determines the economic benefits of the proposed procedure and makes it possible to continue combined or complex treatment.

Key words: breast cancer, radical mastectomy, lymphorrhea, prevention

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) является проблемой здравоохранения практически всех стран мира. Органосохраняющие операции заслуженно считают одним из стандартов лечения раннего РМЖ, однако они не всегда могут обеспечить эффективность, равную таковой при применении модифицированной радикальной мастэктомии (РМЭ) [1]. Наряду с этим у многих больных имеются противопоказания к выполнению органосохраняющих вмешательств, например, наличие местнораспространенного РМЖ, центральная локализация опухоли, диффузные формы рака и др. Таким образом, именно РМЭ в различных ее модификациях продолжает оставаться наиболее часто выполняемой операцией. Наиболее распространенным осложнением, возникающим при осуществлении как органосохраняющих операций на молочной железе, так и при РМЭ, является лимфорея. Выраженность и длительность ее варьируют [2–4]. Длительно существующая лимфорея опасна присоединением вторичной инфекции, а также усугубляет развитие лимфедемы верхней конечности [5]. Различными авторами предлагаются хирургические приемы, позволяющие предупредить развитие лимфорей и тем самым улучшить непосредственные результаты операции. По данным литературы, хороший результат был получен при применении высокоэнергетического лазера для обработки раневой поверхности после выполнения РМЭ [6]. Аналогичные результаты зафиксированы при обработке подключично-подкрыльцово-подлопаточной зоны воздушноплазменными потоками [7]. Некоторые авторы предлагают закрывать полость, образованную в результате осуществления подмышечной лимфодиссекции, миопластикой малой грудной мышцы [8] и фрагментом широчайшей мышцы спины [9]. В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте был разработан и внедрен в ежедневную практику способ ушивания раны при РМЭ без активного ее дренирования в послеоперационном периоде. Результаты многолетнего применения методики показали, что частота развития лимфорей снизилась с 33,3 (при использовании стандартных методик) до 10%, а средние сроки заживления – с 14 до 8,9 сут [10, 11]. Однако в последние годы в связи с внедрением нового шовного ма-

териала и медицинской техники возникла необходимость в изменении привычной нам методики.

Цель исследования – оценка непосредственных результатов хирургического лечения РМЖ, выполненного по предложенной отделением методике.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили 656 больных верифицированным РМЖ, которым на этапе комплексного лечения была выполнена РМЭ: 356 пациенткам (основная группа) – по разработанной отделением методике и 300 (контрольная группа) – модифицированная бездренажная РМЭ по Маддену. Сравниваемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, степени распространенности опухолевого процесса, особенностям конституции.

Предложенная методика отличается от модифицированной бездренажной РМЭ по Маддену следующим: после удаления опухоли и пораженных тканей единым блоком раневую поверхность и всю зону лимфосекреции обрабатывают электрокоагулятором в режиме спрей-коагуляции (рис. 1).

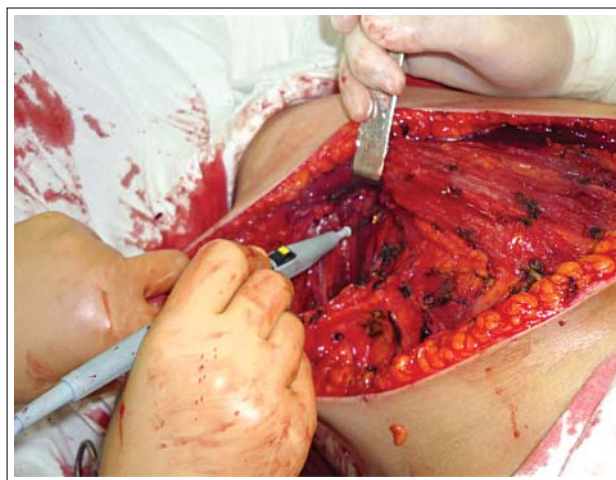


Рис. 1. Этап обработки раневой поверхности и зоны лимфосекреции электрокоагулятором в режиме спрей-коагуляции

Кожные лоскуты плотно подшивают к грудной стенке отдельными швами в шахматном порядке, начиная от верхушки подкрыльцовой области к ее основанию (рис. 2).

Подкожную клетчатку верхнего и нижнего лоскутов сшивают непрерывным обвивным швом



Рис. 2. Этап ушивания подкрыльцовой области



Рис. 3. Этап наложения обвивного шва



Рис. 4. Конечный вид раны

с фиксацией через 3–4 стежка к подлежащей мышце, путем наложения шва в перпендикулярном направлении к линии разреза, подхватывая порции большой грудной мышцы или межреберных мышц, накладывают непрерывный внутрикожный шов из рассасывающегося материала (рис. 3).

Операционную рану ушивают наглухо (рис. 4).

Результаты

В основной группе больных, которым было выполнено хирургическое лечение с применением предложенной методики, возникновение лимфореи в послеоперационном периоде зарегистрировано в 15 (4,2 %) случаях. В контрольной группе послеоперационный период осложнился развитием лимфореи у 30 (10 %) пациенток. При этом при использовании предложенной методики достоверно уменьшилась средняя длительность лимфореи: в основной группе она составила 4, а в контрольной — 9 дней. Все это в сочетании с применением рассасывающихся шовных материалов на кожу привело к значительному снижению средней длительности пребывания больной на койке. В основной группе этот показатель составил 8, а в контрольной — 13 дней.

Выводы

1. Выполнение РМЭ по разработанной методике позволяет достоверно уменьшить не только частоту случаев возникновения послеоперационной лимфореи, но и ее продолжительность.

2. Отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны ускоряет заживление и, соответственно, сокращает сроки пребывания больной на койке. Это обуславливает экономическую выгоду предложенной методики и позволяет без промедления продолжить проведение комбинированного или комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Портной С.М. Информационный бюллетень Московского онкологического общества, 2010 (4):567.
2. Барский А.В. Применение вакуум-дренирования и вопросы реабилитации больных после мастэктомии по поводу рака. В кн.: Новые технические решения в онкологии. Под ред. А.В. Барского, Д.В. Голуб. Куйбышев, 1981; с. 11–2.
3. Вольтер Л.З. Активное дренирование операционной раны после радикальной мастэктомии, выполненной в плане комбинированного лечения. В кн.: Применение физических методов лечения в клинической онкологии. Под ред. Л.З. Вольтер. М.: Медицина, 1984; с. 35–7.
4. Луговской Э.А., Тимофеев Ю.М. Дре-

5. Дорошенко А.В. Влияние различных видов органосохраняющих операций на длительность лимфореи у больных раком молочной железы. Сиб онкол журн 2008; (Прил 1):41.
6. Невожай В.И., Ткачева В.Ф. Способ предупреждения лимфореи после радикальной мастэктомии у больных раком молочной железы. Патент РФ, 2005.
7. Пак Д.Д., Соколов В.В. Воздушно-плазменные потоки при радикальных мастэктомиях для профилактики послеоперационных осложнений. Онкохирургия 2008;(1):113.
8. Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Шакирова Г.И. и др. Миопластика как ме-

9. Пак Д.Д., Ермошенкова Е.В. Пластика подключично-подмышечно-подлопаточной области при радикальных мастэктомиях. Онкохирургия 2008;(1):113–4.
10. Панков А.К. и др. Профилактика осложнений в ране после радикальной мастэктомии. Новое в решении проблем онкологии, М., 1990; с. 111–5.
11. Ващенко Л.Н. Оптимизация хирургического лечения рака молочной железы путем модификации стандартных методик радикальной мастэктомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.