

Ожорбаев М.Т. ¹, Будлянский А.В. ¹, Худалева Е.А. ¹

Профилактика лимфорей после радикальных мастэктомий

¹ ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», Екатеринбург

Ozhorbaev M.T., Budlyansky A.V., Khudaleeva E.A.

Prevention of lymphorrhea after radical mastectomy

Резюме

В статье рассмотрены факторы риска и современные методы профилактики лимфорей у женщин после мастэктомии на основе анализа отечественной и иностранной литературы. Проанализированы результаты лечения больных после радикальной мастэктомии с пластикой подмышечной области малой грудной мышцей.

Ключевые слова: рак молочной железы, послеоперационная лимфорей, профилактика

Summary

The article considers risk factors and modern methods for the prevention of lymphorrhea in women after mastectomy based on the analysis of domestic and foreign literature. The results of treatment of patients after radical mastectomy with plastic surgery of the axillary region of the pectoralis minor muscle were analyzed.

Keywords: breast cancer, postoperative lymphorrhea, prevention

Введение

На сегодняшний день, рак молочной железы - одна из важных проблем современной медицины. Ежегодно во всем мире регистрируется более 1 млн новых случаев рака молочной железы. На 2018 г в России зарегистрировано 70682 новых случая заболевания, что составляет 20,9 % от всех впервые выявленных случаев злокачественных новообразований. В структуре смертности женщин от онкологических заболеваний у рака молочных желез также наибольший удельный вес (16,2 %) [4].

Хирургический метод является основным способом лечения рака молочной железы, при этом у 5-85% пациентов (по разным источникам) в ближайший послеоперационный период развивается такое осложнение, как длительная лимфорей, приводящая к развитию серомы - скоплению жидкости в подкожной клетчатке ушитой раны [10,11]. Поскольку лимфорей обычно разрешается в течение нескольких недель, многие хирурги рассматривают эту проблему как побочный эффект операции, а не серьезное осложнение [10]. Тем не менее, чрезмерное скопление жидкости приводит к растяжению и провисанию кожи, инфицированию раны, некрозу кожи [8].

На образование серомы влияет целый ряд факторов, таких как особенности пациента, особенности опухолевого процесса, объем оперативного вмешательства. Так, ожирение и сопутствующая гипертоническая болезнь увеличивают риск развития лимфоцеле [11], а наличие анемии, сахарного диабета, курение, размер молочных

желез, возраст не оказывают какого-либо влияния. Также и гормональный статус опухоли, ее локализация, размер не имеют существенной связи с образованием серомы [10].

Что касается объема оперативного вмешательства, расширенная радикальная мастэктомия увеличивает риски образования серомы, в то время как модифицированная мастэктомия с немедленной реконструкцией снижает шансы развития лимфорей. Не было обнаружено связи между образованием серомы и сохранением или удалением грудной фасции, объемом подмышечной лимфодиссекции [8].

В свою очередь, используемый хирургический инструмент также влияет на шансы образования серомы. Доказано, что использование электрокоагуляции в значительной степени связано с увеличением образования серомы, по сравнению с использованием скальпеля. В то же время, при работе с ультразвуковыми ножницами снижаются риски развития лимфоцеле [9].

Кроме названных факторов существуют хирургические методики, направленные на снижение частоты развития лимфорей в следствие закрытия «мертвого пространства» подмышечной области. Надежным методом профилактики образования лимфоцеле является дренирование - стандартная практика для закрытия «мертвого пространство». Однако на образование серомы не влияли интенсивность отрицательного давления всасывания или количество дренажей [10].

Исследования в области применения всевозможных герметиков показали неоднозначность данной методики. Так, использование аналогов соматостатина, таких как октреатид, приводит к снижению частоты образования сером, применение тетрациклина не влияет на послеоперационную лимфорею, а использование тромбина или фибринового клея, наоборот, повышают риски развития лимфоцеле [5, 10].

Кроме того, существуют физические методы профилактики лимфореи. На базе МНИОИ им. П.А. Герцена разработана методика интраоперационной профилактики лимфореи при радикальных мастэктомиях с использованием воздушно-плазменных потоков [2], а в Томском НИИ онкологии ведутся разработки в области магнитно-лазерной терапии [6]. Появляются также данные об использовании интраоперационно фотодинамической терапии [7].

Однако, наиболее актуальными остаются хирургические методы профилактики. Одним из таких методов является шовная фиксация лоскутов, предложенная еще Холстедом. Суть этой методики заключается в подшивании мобилизованных лоскутов к грудной стенке, что ведет не только к уменьшению «мертвого пространства», но и предотвращает отслаивание кожных лоскутов при дыхании.

Еще одной интересной хирургической методикой является миопластика подмышечно-подключично-подлопаточной области. С целью уменьшения объема и длительности лимфореи, а также предупреждения последующих ранних и поздних послеоперационных осложнений М.В. Ермошниковой и Д.Д. Паком разработана методика миопластики подмышечно-подключично-подлопаточной области широчайшей мышцей спины. Предлагаемый способ заключается в отсепаровке края широчайшей мышцы спины, удалении ее фасции с внутренней стороны, перемещении данного фрагмента мышцы и подшивании его в зону дефицита тканей, образующуюся вследствие лимфодиссекции [2].

Исмагиловым А.Х. предложена методика миопластики с использованием мобилизованной малой грудной мышцы. Суть методики заключается в пересечении малой грудной мышцы у места прикрепления к ребрам с подшиванием ее к латеральной части клетчатки подмышечной впадины. А латеральный кожный лоскут подшивают к боковой поверхности передней грудной мышцы [3].

Цель исследования — оценить эффективность радикальной мастэктомии с миопластикой подмышечной впадины малой грудной мышцей у больных раком молочной железы для профилактики лимфореи.

Материалы и методы

В процессе работы были проанализированы результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями молочной железы, госпитализированных в ГАУЗ СО СООД 1 онкологическое отделение для оперативного лечения с августа 2019 по ноябрь 2019 г.

Критерии включения в исследование: наличие у пациентов локализованных злокачественных новообразова-

ний молочной железы, требующих планового хирургического вмешательства.

Все больные были разделены на 3 группы: 1. Основная группа включила в себя 20 пациентов, без адьювантного лечения, с проведенным лечением в объеме радикальной мастэктомии с миопластикой подмышечной впадины малой грудной мышцей. 2-я группа сравнения, в которую вошли 16 больных, которым была выполнена Мастэктомия по Маддену с миопластикой подмышечной ямки после неoadьювантной химиотерапии и лучевой терапии. 3-я группа больных с метаболическим синдромом, 14 человек, у которых аналогичный объем операции.

Больным первой группе операцию завершали без установки активных дренажей. Во второй, третьей группе операции завершались с установкой активных дренажей. У больных в третьей группе установка активных дренажей и добавляли герметики.

Больным первой группе на 5-6 день выполняли УЗИ, при выявлении субклинических сером выполнялась аспирация. Во второй группе, дренажи удаляли на 5-7 день, контроль УЗИ через 2-3 дня, для выявления сером. В третьей группе после удаления дренажей на 5-7 день, еще имело место продолжение лимфореи. Герметики назначались на 18-20 дней. При выписке из стационара всем пациентам не требовалась пассивное дренирование.

В ходе исследования оценивались средний койко-день в госпитале, длительность лимфореи, частота возникновения послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение

Выполнение радикальной мастэктомии с миопластикой подмышечной впадины малой грудной мышцей позволило в 20 случаях из 50 (40%) обойтись без установки дренажей, в то время как в группе сравнения 100% операций заканчивались дренированием. Длительность лимфореи оценивалась по времени удаления дренажей. Так, во второй группе среднее время удаления дренажей составило 6,75 суток, а в третьей сравнения - 8,52 дней ($p < 0.05$).

Для анализа длительности пребывания больного в стационаре использовался такой показатель, как средний койко-день в госпитале. В основной группе он составил 8,75 койко-дней, в группе сравнения - 11,65 койко дней ($p < 0.05$).

Оценивая частоту возникновения послеоперационных осложнений, а именно образование сером, в основной группе было зарегистрировано 2 случая лимфоцеле, один из которых потребовал эвакуационной пункции лимфы. В то же время во второй группе 3 человека обратились с признаками серомы, эвакуированы под контролем УЗИ. В третьей группе 4 человека в образовании сером, разрешено аналогичным способом.

Выводы

1. Проблема профилактики лимфореи у женщин после радикальной мастэктомии остается актуальной на сегодняшний день. Постоянно разрабатываются новые методики, направленные на снижение частоты лимфореи.

2. Использование метода миопластики подмышечной впадины при радикальных мастэктомиях позволило уменьшить длительность лимфореи и время пребывания больного в госпитале, что приводит к снижению стоимости лечения и увеличению оборота койки.

3. Миопластики подмышечной впадины при радикальных мастэктомиях позволяет избежать пассивного дренирования сером в послеоперационном периоде, что

резко сокращает количество перевязок в амбулаторном этапе, позволяет раньше начать комбинированное и комплексное лечение. ■

Ожорбаев М.Т., Будлянский А.В., Худалева Е.А.,
ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», Екатеринбург

Литература:

1. Абунагимов В.М., Зикирходжаев А.Д., Трифан А.В. Влияние щадящей парциальной миопластики на профилактику послеоперационных осложнений и показатели лимфореи у больных раком молочной железы. *Онко-логия. Журнал им. П.А. Герцена*. 2017;6(6):27-31.
2. Ермощенкова М.В. Профилактика лимфореи после радикальных маст-эктомий с использованием хирургических методик и плазменной коагуляции: автореф. дисс. канд. мед. наук. М.; 2007
3. Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Шакирова Г.И. Мио-пластика при ради-кальной мастэктомии как метод профилактики длительной лимфо-реи. *Сибирский онкологический журнал*. 2008;2:51-52.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злока-чественные новооб-разования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) □ М.: МНИОИ им. П.А. Герцена □ филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Мин-здрава России, □ 2019. □ илл. □ 250 с.
5. Корнеев К.В. Современные направления профилак-тики лимфореи у больных раком молочной железы после радикальных мастэктомий (об-зор литерату-ры). *Вестник РНЦРР*. 2012. №12.
6. Кучерова Т.Я. Способ лечения выраженной и дли-тельной лимфорреи у больных после операций по по-воду рака молочной железы. Патент № 2443440 от 28.06.2010.
7. Фатуев О.З., Козлов Н.С., Королюк Г.М., Ратке И.А., Ронзин А.В., Сте-панянц Н.Г., Белов Е.Н., Сафронова В.В., Вагабова И.М. Новые подхо-ды к профилак-тике и лечению ранней и поздней послеоперационной лимфореи. *Исследования и практика в медицине*. 2019;6(1):60-74.
8. Katsumasa Kuroi, Kojiro Shimozuma, Tetsuya Taguchi, Hirohisa Imai, Hi-royasu Yamashiro, Shozo Ohsumi, Shinya Saito, Evidence-Based Risk Fac-tors for Seroma Formation in Breast Surgery, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Volume 36, Issue 4, April 2006, Pages 197–206
9. Michalik T, Matkowski R, Biecek P, Szynglarewicz B. The use of ultrasonic scalpel lowers the risk of post-mastectomy seroma formation in obese wom-en. *J Cancer*. 2019 Jun 9;10(15):3481-3485.
10. Srivastava V, Basu S, Shukla VK. Seroma formation after breast cancer surgery: what we have learned in the last two decades. *J Breast Cancer*. 2012;15:373–80.
11. Zieliński J, Jaworski R, Irga N, Kruszewski JW, Jaskiewicz J. Analysis of selected factors influencing seroma formation in breast cancer patients un-dergoing mastectomy. *Arch Med Sci*. 2013;9(1):86–92.
12. НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ЛИМФОГЕН-НОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ. Ганцев Ш.Х., Рахматуллина И.Р., Ишмуратов Р.Ш., Сул-танбаев А.В., Татунов М.А., Турсуметов Д.С., Яма-лов А.Ф. *Уральский медицинский журнал*. 2010. № 6 (71). С. 95-98.
13. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ШАПЕРОНА HSP27 КАК МОЛЕКУЛЯРНЫЙ МАРКЕР ЛИМФО-ГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧ-НОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Кайгородова Е.В., Перельмутер В.М., Завьялова М.В., Богатюк М.В., Слонимская Е.М., Чойнзонов Е.Л. *Уральский медицинский жур-нал*. 2014. № 8 (122). С. 37-39.
14. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНО-ГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКРО-МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПАЦИ-ЕНТОК С РАННИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Демидов С.М., Сазонов С.В., Демидов Д.А., Машков-цев К.А., Мещерякова Е.Ю., Лан С.А., Соколов А.П., Ожорбаев М.Т. *Уральский медицинский журнал*. 2014. № 2 (116). С. 51-53.