7. Тагиева Т.Т. Доброкачественные заболевания молочных желез у женщин позднего репродуктивного возраста: возможности трансдермальной гестагенной терапии. Гинекология 2005;7(4):196–9.
8. Freeman E.W. Evaluation of a unique oral contraceptive (Yasmin) in the management of premenstrual dysphoric disorder. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002;7(Suppl):27–34; discuss 42–3.
9. Прилепская В.Н., Назаров Н.М. Новые технологии в контрацепции: гормональные рилизинг-системы. Гинекология 2005;7(1):41.
10. Sillem M., Schneidereit R., Heithecker R. et al. Use of an oral contraceptive containing drospirenone in an extended regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003;8:162–9.
11.Зубкин В.И. Патогенез, диагностика, комплексное лечение и профилактика рецидивов доброкачественных дисплазий молочных желез: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004.
12. Kompekt Uhl., Bernhard. Gynakologie und gehirtshilte compakt: Alles fur station und facharitroufung; 33 Tabelleu/Bernhard Uhl. Stuttgard, NY: Thieme, 1997; p. 228–34.
13. Williams C.L., Stancel G.M. Estrogens and progestins. In: Goodman and Gilman’s pharmacological basis of therapeutics. 9th ed. J.G. Hardman, L.E. Limbird, P.B. Molinoff et al eds. NY: McGraw-Hill, 1996; p. 1411–76.
14. Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатия и рак молочной железы. Краткое руководство. М., 2005.
15. Taubert H.-D. Kontrazeption mit hormonen I ein leitfadeu fur die praxis; 43 Nab. H.-D. Taubert, H. Kuhl. 2 Uberarb und erw Aufl. Stuttgart, NY: Thime, 1995; p.378–80.
16. Del Falero G., Tufarulo L., Cianaio M.L. et al. Mammography changes associated with hormone replacement therapy in post-menopausal patients. Radiol Med (Torino)1994;30(5):210–3.
17. Малыгин Я.В. Фиброзно-кистозная болезнь. Учебно-методические рекомендации. СПб.: Изд-во Н-Л, 2005.
18. Wyatt K., Dimmock P., Jones P. et al. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. Br Med J 2001;323:1–8.
19. Tiemstra J.D., Patel K. Hormonal therapy in management of premenstrual syndrome. J Am Board Fam Pract 1998;11(5):378–81.
20. Chan A.F., Mortola J.F., Wood S.H., Yen S.S. Persistence of remenstrual syndrome during low-dose administration of the progesterone antagonist RU 486. Obstet Gynecol 1994;84(6):1021–4356.
21. Dhar V., Murphy B.E. Double-blind randomized crossover trial of luteal phase estrogens (Premarin) in the premenstrual syndrome. Psychoneuroendocrinology 1990;15:489–93.
22. Conner P., Soderqvist G., Skoog L. et al. Proliferation of mammary epithelial cells in fine needle aspirate from healthy postmenopausal women during sequential HRT. Climacteric 1999;2(Suppl 1):306.
23. Антонова И.Б., Ашрафян Л.А., Моцкобили Л.А., Чазова Н.Л. Состояние эндометрия и диагностическая тактика у больных раком молочной железы на фоне длительной антиэстрогенной терапии. В кн.: Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии. Мат-лы 2-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М., 2003; с. 252–3.

Усовершенствование бездренажной радикальной мастэктомии как путь улучшения непосредственных результатов оперативного лечения

Ю.С. Сидоренко, В.Н. Касьяненко, Ю.С. Шатова, О.М. Семилеткин, Е.С. Босенко
ФГУ РНИОИ Росмедтехнологий, Ростов-на-Дону

Контакты: *Владимир Николаевич Касьяненко ohmjrostovdon@rambler.ru*

Предложена методика выполнения бездренажной радикальной мастэктомии, позволяющая достоверно уменьшить не только частоту случаев возникновения послеоперационной лимфореи (с 10 до 4,2%), но и среднюю ее продолжительность (с 9 до 4 дней). Отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны ускоряет заживление и, соответственно, сокращает сроки пребывания больной на койке. Это обусловливает экономическую выгоду предложенной методики и позволяет без промедления продолжить проведение комбинированного или комплексного лечения.

Ключевые слова: *рак молочной железы, радикальная мастэктомия, лимфорея, профилактика*

Refinement of drainage-free radical mastectomy as a way to improve direct results of surgical treatment

Yu.S. Sidorenko, N.V. Kasyanenko, Yu.S. Shatova, O.M. Semiletkin, E.S. Bosenko
Rostov Cancer Research Institute, Russian Agency for Medical Technologies, Rostov-on-Don

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 лимфореи 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 мышцей [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 лимфореи 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 материала 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 вплотную 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 обусловливает 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. Дренирование операционной раны после мастэктомий. Вопр онкол 1981;10:85–6.
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 метод профилактики длительной лимфореи после радикальных операций при раке молочной железы. Онкохирургия 2008;(1):108.
9. Пак Д.Д., Ермощенкова 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.