

Постмастэктомический отек верхней конечности. Диагностика и лечение

Профессор Мясникова. М. О.
Государственный медицинский
университет им. акад. И. П. Павлова,
кафедра факультетской хирургии,
Санкт-Петербург

Несмотря на успехи современной онкологии, внедрение в клиническую практику новейших средств диагностики и лечения, рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время сохраняет свое лидирующее положение среди всех злокачественных опухолей у женщин. В России ежедневно РМЖ заболевает 106 женщин, прирост же вновь заболевших за последние 10 лет составляет 5,8% [1].

Постмастэктомический отек конечности (ПМОК) является составной частью так называемого постмастэктомического синдрома, комплекса функциональных и косметических нарушений, возникающих в результате радикального противоопухолевого лечения рака молочной железы. В 1921 году Halsted первым предложил термин для определения ПМОК «elephantiasis chirurgica» и дал классическое его описание. С этого времени ПМОК становится объектом изучения.

По разным статистикам, независимо от выбранных методов лечения у 20–80% больных РМЖ после радикального лечения развивается ПМОК [2, 3, 4, 5]. В настоящее время в мире насчитывается около 20 млн больных с постмастэктомической лимфедемой, и количество их постоянно возрастает.

Причины возникновения ПМОК связаны с особенностью всех радикальных операций на молочной железе, выполняющихся с обязательной подмышечной лимфаденэктомией, при которой неизбежно пересекаются коллекторные лимфатические сосуды, осуществляющие лимфатический отток от верхней конечности.

Появлению ПМОК способствует также лучевая терапия, вызывающая фиброзные дегенеративные изменения в мягких тканях конечности, приводящие к сдавлению как лимфатических структур, так, в ряде случаев, и v.subclavia, вызывая ее гемодинамически значимые стенозы.

Длительный застой лимфы, являющейся благоприятной питательной средой для бактериальных агентов, создает условия для развития рожистого воспаления. Последнее, в свою очередь, ухудшает лимфо-

обращение конечности и приводит к развитию грубых рубцовых изменений кожи, подкожной клетчатки и фасции. Прогрессирование заболевания приводит к обезображиванию конечности и развитию «слонюности».

Дополнительными факторами, влияющими на частоту развития ПМОК, являются индивидуальные особенности больных с РМЖ. При этом важнейшей из них следует считать индивидуальную вариантную характеристику лимфотока конечности. Согласно полученным данным, примерно 20% людей обладают врожденными анатомическими компенсаторными механизмами, позволяющими сохранить достаточный лимфатический дренаж конечности даже после пересечения коллекторных лимфатических сосудов. Этому способствуют так называемые «вставочные» лимфатические узлы, не функционирующие в норме. Эта группа пациентов обычно переносит лечение РМЖ без формирования ПМОК. У остальных пациентов развитие ПМОК прогнозируемо. У 20% больных процесс развивается особенно быстро и носит выраженный фиброзный характер. Как правило, это пациенты с диффузным типом лимфотока, у которых отсутствуют хорошо выраженные коллекторные лимфатические сосуды.

Таким образом, ранняя диагностика нарушений лимфотока верхней конечности после лечения РМЖ позволяет поставить диагноз, определить перспективы развития заболевания и наметить необходимую программу лечения.

Клиническое обследование больных с ПМОК традиционно начинается с определения степени увеличения объема конечности. При этом величина окружности руки, измеренная на стандартных уровнях, не всегда говорит о тяжести процесса. Важное значение в связи с этим имеют дополнительные методы диагностики ПМОК: динамическая лимфосцинтиграфия, позволяющая получить прижизненное контрастирование функционально полноценных лимфатических сосудов и узлов; флеботонометрия (измерение интравенозного давления в поверхностных венах конечности); а также флебография; ультразвуковое исследование мягких тканей конечности и, в ряде случаев, компьютерная томография. Лимфосцинтиграфия и флеботонометрия составляют минимальный диагностиче-

ский алгоритм, позволяющий в амбулаторных условиях прогнозировать дальнейшее течение заболевания и наметить индивидуальный план лечения в каждом конкретном случае.

В течение 20 лет в клинике пользовались собственной классификацией ПМОК, позволяющей определить индивидуальную тактику лечения в каждом конкретном случае.

Выделяется несколько стадий: стадия доклинических изменений (0 ст.), стадия преходящих отеков (1 ст.), мягких (2 ст.), плотных (3 ст.) и деформирующих отеков (4 ст.).

«Преходящий» отек характеризуется непостоянным увеличением объема конечности с периодическим возвращением ее размеров к исходным. Подвижность кожи полностью сохранена, она легко берется в складку.

«Мягкий» отек конечности сохраняется постоянно. Кожа берется в складку, но не смещается по отношению к подлежащим тканям. При надавливании на нее остается хорошо видимая глубокая ямка.

«Плотный» отек характеризуется стойким увеличением объема конечности. Мягкие ткани напряжены и плотны на ощупь. Кожа в складку не берется и не смещается по отношению к подлежащим тканям. При надавливании на кожу видимой ямки на ней не остается. Нередко имеются участки гиперпигментированной кожи.

«Деформирующий» отек характеризуется обезображиванием конечности за счет избыточного разрастания мягких тканей. Возможно образование псевдоопухолевых форм заболевания. Движения в суставах конечности ограничены вследствие изменения мягких тканей. Нередки явления гиперкератоза.

Многoletние наблюдения подтвердили отсутствие корреляционной зависимости между длительностью существования отека верхней конечности и его стадией.

Лечение ПМОК следует начинать с момента его диагностики. Как правило, ПМОК в 0 и 1 стадиях лечатся консервативно. Комплексная терапия на этом этапе предусматривает правильную организацию жизненного пространства (режим труда, отдыха и т.д.), применение компрессионного трикотажа, широкое использование лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур, включая дозированную чередую-

Амбулаторная Хирургия. Стационарозамещающие технологии № 3 (27) сентябрь 2007

<http://www.remedium.ru>

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

щую пневмокомпрессию, плавание, курсовое применение лимфотоников и препаратов, улучшающих микроциркуляцию.

2 стадия, наряду с продолжающейся консервативной терапией, нередко требует хирургического вмешательства. Операцией выбора следует считать наложение лимфовенозных анастомозов (ЛВА) с применением стандартной микрохирургической техники. Использование операционного микроскопа, специальных инструментов и нитей 10/0–11/0 позволяет при формировании соустья анастомозировать лимфатические сосуды диаметром менее 0,5 мм. Операция выполняется под местной анестезией и практически не имеет противопоказаний и осложнений. В течение 20 лет в клинике выполнено более 300 операций подобного типа с отдаленными удовлетворительными результатами (10 и более лет) в 60% случаев.

3 стадия ПМОК характеризуется развитием в мягких тканях конечности достаточно выраженных фиброзных изменений. В этих случаях добиться хорошего функционального и косметического результата путем наложения только ЛВА практически невозможно. Для этих пациентов в клинике разработаны и с успехом применяются варианты сочетанного хирургического лечения, предусматривающие последовательное выполнение нескольких оперативных вмешательств. Как правило, на первом этапе выполняется наложение ЛВА в локтевой или подмышечной области, позволяющее нормализовать дренажную функцию конечности. Вторым этапом выполняется резекционно-реконструктивная операция, направленная на удаление избыточных фиброзно измененных мягких тканей конечности. При этом предварительное наложение ЛВА сокращает интраоперационные потери жидкости и крови и способствует уменьшению травматичности резекционной операции и более гладкому течению послеоперационного периода.

4 стадия, как правило, сопровождается обезображиванием конечности. В ряде случаев формируются так называемые «псевдоопухолевые» формы ПМОК, пред-

ставляющие собой разрастания фиброзных тканей в виде ограниченных участков массой от 2 до 12 кг. Операцией выбора в этих случаях являются операции резекционного типа. Следует отметить, что, несмотря на травматичность операции этого типа не позволяют получить устойчивого хорошего результата в отдаленные сроки и могут рассматриваться как способ временно уменьшения объема конечности с целью улучшения функционального состояния конечности. При наличии противопоказаний к оперативному вмешательству у этой группы больных следует проводить комплексную консервативную терапию, целью которой является стабилизация объема конечности.

Комплексная консервативная терапия независимо от стадии заболевания обычно проводится в амбулаторных условиях или в стационарах «одного дня». При этом важным условием ее эффективности является формирование у больных правильных психологических установок, нацеливающих пациенток на продолжительное лечение с постоянно повторяющимися курсами, а также на правильную оценку его результатов. Неоправданное ожидание быстрого эффекта от любого из применяемых методов лечения ПМОК может привести к полному отказу больной от его продолжения и значительному ухудшению косметического и функционального состояния конечности.

Основными задачами консервативной терапии в лечении ПМОК являются:

- стимуляция сократительной способности мышечных элементов стенки лимфатических коллекторов,
- механическое вытеснение застойной лимфы из мягких тканей конечности,
- улучшение реологических свойств лимфы и крови и метаболизма отечных тканей конечности,
- противовоспалительное действие.

Патогенетически обоснованными методами являются компрессионное лечение (чередующаяся пневматическая компрессия и эластическая компрессия с помощью специальных бинтов и лечебного трикота-

жа) и фармакотерапия.

Чередующаяся пневмокомпрессия выполняется больным с помощью специальной аппаратуры. Перед процедурой проводится кратковременный (10–15 минут) ручной массаж конечности приемами поглаживания и легкого растягивания. Воздействие осуществляется в режиме «нарастающей волны», характеризующейся последовательным нагнетанием воздуха в секции манжет в направлении от дистальных отделов конечности к проксимальным. Курс лечения определялся индивидуально для каждой больной и обычно составлял от 10 до 14 процедур.

Компрессионные бинты и компрессионный трикотаж традиционно используются практически у всех больных с постмастэктомической лимфедемой и рассчитаны на ежедневное применение. Продолжительность лечения определяется индивидуально в каждом конкретном случае, нередко требуется пожизненное применение компрессионных рукавов. Как правило, используются лечебные компрессионные рукава II или III класса компрессии (25,1–46,5 мм. рт. ст.).

Медикаментозная терапия является обязательной составной частью консервативной терапии ПМОК и включает несколько групп препаратов. Основными из них являются лекарственные средства, стимулирующие лимфодренажную функцию конечности и воздействующие одновременно на венозный тонус, улучшая тем самым лимфатический отток. Кроме того, используются по показаниям антибиотики, десенсебилизирующие препараты, иммуномодуляторы.

Таким образом, в настоящее время имеется реальная возможность прогнозирования и успешного лечения ПМОК. Благоприятному результату способствует раннее обращение пациенток, проведение комплексного обследования с обязательным выполнением динамической лимфосцинтиграфии, а также диспансерное наблюдение и определение индивидуальной программы лечения в каждом конкретном случае.

Литература

1. Возный Э. К., Добровольская Н. Ю., Гончарова И. М. Лечение Э. К., Добровольская Н. Ю., Гончарова И. М. Лечение метастазов рака молочной железы в печень без использования препаратов таксанового ряда. // *Вопр. онкол.* 1999. № 2. С. 189–192.
2. Мельников Р. А., Шабашова Н. Я., Семиглазов В. Ф. и др. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы. // *Вопр. онкол.* 1981. № 7. С. 77–82.
3. Пронин В. И., Розанов Ю. Л., Вельшер Л. З. Мастэктомия и ее последствия. М: Медицина, 1985. С. 95.
4. Шлехт Л. Е. Условия возникновения отека верхней конечности после мастэктомии. // В кн. «Современные проблемы онкологии. Л: Медицина, 1966. С. 94–102.
5. Golner E., Gass P., Hass J.P. The importance of volumetry, lymphoscintigraphy and computer tomography in the diagnosis of brachial edema after mastectomy. // *Lymphology.* 1988. Vol. 21. P. 134–143.