

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

<sup>1</sup> НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва  
<sup>2</sup> Кафедра пластической и реконструктивной микрохирургии РМАПО, Москва

С 1989 по 2002 г. на кафедре пластической и реконструктивной микрохирургии РМАПО и в отделении восстановительного лечения РОНЦ им. Н. Н. Блохина проходили лечение 445 больных с постмастэктомическим синдромом. Были использованы различные методики реконструкции контуров молочной железы. Проанализированы результаты восстановления лимфатического, венозного дренажа, нервной проводимости в верхней конечности. Применялись различные методы консервативного и хирургического лечения. Из хирургических методик предпочтение отдавалось микрохирургии. В последние годы активно развивается метод мануального лимфодренажа, который позволяет у этой сложной категории больных отказаться от объемных микрохирургических вмешательств.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, постмастэктомический синдром, лимфатический отек.

A total of 445 patients with postmastectomy syndrome were managed at the Plasty and Reconstruction Microsurgery Clinic, RMAPE, and Rehabilitation Department, N. N. Blokhin CRC, during 1989 to 2003. Various types of breast reconstruction were used. Reconstruction results of lymph and venous drain, upper limb nerve conductance are analyzed. A variety of conservative and surgical procedures were performed. Microsurgery was proven an optimal surgical treatment. Over the last years manual lymph drainage techniques were in progress that allowed wide microsurgical procedures to be avoided in this patient category.

**Key words:** breast cancer, postmastectomy syndrome, lymphedema.

Постмастэктомический синдром — это сложный комплекс симптомов, включающий в себя, помимо грубых послеоперационных рубцов нередко с постлучевыми язвами в области удаленной молочной железы, патологию со стороны верхней конечности в виде лимфатического отека, нарушения венозного оттока и нервной проводимости. Кроме того, не следует забывать и о психосоциальном дефекте, который ведет к дезадаптации в обществе и семье [2].

С развитием онкологии снизилось число возможных осложнений после мастэктомии. Хирургическая тактика становится менее агрессивной, практически не выполняются операции по Холстеду, все больше и больше проводится органосохраняющих резекций. Значительно меньше осложнений дает лучевая терапия. Последние годы мы практически не наблюдаем постлучевых язв, грубых рубцовых изменений на грудной стенке и в аксиллярной зоне. В результате уменьшилось количество постлучевых плексопатий. Однако по-прежнему проблема возникновения отека после мастэктомии остается актуальной. По данным литературы, статистика

послеоперационных отеков крайне противоречива: от полного отсутствия до 80—90% после лечения рака молочной железы [1]. Мы считаем, что агрессивная тактика хирургического лечения и проведение лучевой терапии в послеоперационном периоде могут быть причиной лимфатического отека после мастэктомии. Часто мы наблюдали возникновение лимфатического отека после проведения химиотерапии в отдаленном послеоперационном периоде.

### Материалы и методы

С 1989 по 2002 г. на кафедре пластической и реконструктивной микрохирургии наблюдали 445 пациенток с постмастэктомическим синдромом. Основную группу больных составили пациентки, у которых отек возник в первый год после мастэктомии. Однако мы наблюдали пациенток с отеком, возникшим и в более поздние сроки. Почти всем больным выполняли лимфосцинтиграфию и ультразвуковое доплеровское сканирование магистральных сосудов. Прямую лимфографию не выполняли, считая этот метод агрессивным и небезопасным для лимфатических сосудов. У большинства пациенток наблюдался изолированный лимфатический отек либо лимфатический отек в сочетании с венозной недостаточностью.

Таблица 1

## Хирургическое лечение постмастэктомического синдрома

Резекционные операции	Дренирующие операции
Одномоментное удаление избыточных тканей	Дренирование кожным лоскутом
Многоэтапные резекции	Лимфангиопластика
Липосакция	Формирование лимфовенозных анастомозов
	Трансплантация лимфатических сосудов
	Трансплантация «лимфатических лоскутов»

До 2000 г. основным методом лечения постмастэктомических отеков был хирургический, и мы ежегодно выполняли более 50 операций формирования лимфовенозных анастомозов с проведением комплекса консервативных мероприятий в послеоперационном периоде. В настоящее время мы все больше внимания уделяем консервативным методам лечения (лимфодренаж, бандажирование, лечебная физкультура), начиная проводить их с профилактической целью сразу же после мастэктомии. Последние годы мы отказались от пневмокомпрессии, полностью заменив ее на мануальный лимфодренаж [3].

Оперативные вмешательства можно разделить на две большие группы: резекционные и дренирующие операции (табл. 1). Хирургическое лечение мы проводим только в тех случаях, когда не удается добиться значительного уменьшения отека консервативными методами. Традиционные редуцирующие операции мы не выполняем, ограничиваясь лимфоаспирацией или этапными резекциями избыточной кожи и подкожной клетчатки с дальнейшим бандажированием. Одной из самых распространенных дренирующих операций является операция формирования лимфовенозных анастомозов. Как правило, это вмешательство проводится под местной анестезией в области локтевой ямки. Анастомозы мы формируем по типу конец в конец, обязательно под клапан вены, для предотвращения рефлюкса венозной крови.

При рецидиве отека, особенно при сочетании лимфатического отека с венозной недостаточностью, в определенном проценте наблюдений выполняются дренирующие операции. Сейчас это операции трансплантации лимфатических структур, так называемых лимфатических лоскутов [4; 5]. К ним относятся лоскут большого сальника, аксиллярный лоскут и паховый лоскут (табл. 2). При мобилизации лоскута большого сальника важным моментом считается включение в трансплантат лимфатических узлов большой кривизны желудка. Кровоснабжение лоскута осуществляется за счет правых желудочно-сальниковых сосудов. При поднятии аксиллярного лоскута проводится инъекция красителя в область боковой поверхности грудной клетки. Выделяются одним блоком прокрашенные лимфатические сосуды, проходящие в жировой клетчатке по боковой поверхности грудной клетки. Сосуды выделяются до аксиллярных лимфатических узлов,

которые обязательно включаются в лоскут. Кровоснабжение лоскута осуществляется за счет боковых грудных сосудов. Аналогично выделяется паховый лоскут. В трансплантат включаются лимфатические сосуды внутренней поверхности бедра с паховыми лимфатическими узлами. Кровообращение лоскута осуществляется по поверхностным эпигастральным сосудам. Первым этапом выполняется иссечение грубых рубцов в аксиллярной и подключичной областях. Из рубцов обязательно выделяются сосуды и нервные стволы. Вторым этапом проводят транспозицию или трансплантацию лоскута. Лоскут располагают так, чтобы его проксимальный и дистальный отделы помещались в здоровой клетчатке, выходя за пределы иссекаемого рубца.

В последнее время все чаще стали появляться пациентки с лимфатическим отеком, развившимся после проведения курса химиотерапии (через 1 и более лет после операций). Этот отек характеризуется выраженным фиброзом клетчатки аксиллярной зоны, зачастую с венозной недостаточностью и плексопатией. Консервативное лечение, как правило, малоэффективно, поэтому выполняется иссечение грубых рубцов в сочетании с трансплантацией лоскутов, богатых лимфатическими структурами.

## Результаты

Результаты лечения оценивались как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции. При проведении мастэктомии самым тщательным образом выполняют лимфаденэктомию из подмышечной области, стараясь не травмировать соседние ткани. Мы считаем, что комплекс консервативного лечения наиболее оптимально начинать сразу после мастэктомии. Все больные должны получать мануальный лимфатический дренаж, бандажирование конечности и курс лечебной гимнастики. В раннем послеоперационном периоде мы практически не отмечаем развитие отека.

В последние годы изменился подход к лечению лимфатических отеков после мастэктомии. В течение долгого времени лечение лимфатического отека начинали с операции, а консервативное лечение проводили в послеоперационном периоде. Следует отметить, что в последнее время мы практически не выполняем резекционные операции, стараясь проводить дренирующие, в подавляющем большинстве случаев формирование лимфовенозных анастомозов. При выраженном фиброзе аксиллярной зоны, когда лимфатический отек сочетается

Таблица 2

## Трансплантация «лимфатических лоскутов»

Лоскут	Абс.
Лоскут большого сальника	47
Аксиллярный лоскут	22
Паховый лоскут	3
Всего	72

с проблемами венозного оттока, мы все чаще выполняем иссечение грубых рубцово-измененных тканей с последующей трансплантацией тканей, содержащих лимфатические структуры, — так называемые лимфатические лоскуты.

С 2000 г. доля больных, подвергнутых оперативному лечению, значительно снизилась. Мы практически отказались от такой популярной операции, как формирование лимфовенозных анастомозов. Мы начали активно применять мануальный лимфодренаж не только при первичном лимфатическом, но и при вторичном постмастэктомическом отеке. Лимфодренаж мы начинаем сразу же после мастэктомии или позднее, когда пациентка первый раз поступает к нам с лимфатическим отеком. Очень большое внимание мы уделяем бандажированию конечности, при этом мы используем только бинты малой растяжимости, часто применяем различные прокладки из латекса. Полной редукции отека мы не наблюдали, но его значительное уменьшение мы отметили практически во всех случаях.

При изолированном консервативном лечении, включающем полный комплекс восстановительных методик, отмечается значительная редукция отека, но это не исключает проведения повторных курсов лечения. Многие пациентки считают такую тактику приемлемой и готовы обращаться

к врачу 2—3 раза в год. К оперативному лечению мы прибегаем только при выраженном отеке с фиброзом тканей. Нами выполняются как редукционные операции, направленные на улучшение контура конечности, так и операции по созданию дополнительного дренажа лимфы. Среди этих операций мы отдаем предпочтение трансплантации лимфатических лоскутов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Абалмасов К. Г.* // Хирургическое лечение лимфатических отеков конечностей и половых органов. Дис... д-ра мед. наук. — М., 1991.
2. *Егоров Ю. С.* // Современные аспекты хирургического лечения постмастэктомического синдрома. Дис... д-ра мед. наук. — М., 2000.
3. *Foldi M.* The therapy of lymphedema. // *The European Journal of Lymphology.* — 1994. — Vol. 5, N 16. — P. 43—51.
4. *Trevidic P., Cormier J. M.* Lymphatic axillare free flap. // *Abs. book XIII Int. Congress of Lymphology, Paris, France, 1991.* — P. 11—17.
5. *Uhlschmid G., Clodius L.* New use for free transplantation of the greater omentum. // *Dev. Chir.* — 1978. — Vol. 49, N 11. — P. 714—718.

Поступила 09.06.03