

УДК 618.19-006.6-053.9-089.87-084

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

С. М. Грибач, Н. В. Бородай

Київський обласний онкологічний диспансер,
Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р. Є. Кавецького НАН України, м. Київ

PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS AFTER RADICAL SURGICAL INTERVENTION FOR MAMMARY GLAND CANCER IN ELDERLY PATIENTS

S. M. Grybach, N. V. Boroday

Рак грудної залози (РГЗ) посідає одне з перших місць у структурі злоякісних пухлин у жінок. Частота виявлення РГЗ має тенденцію до збільшення в усьому світі. За даними Національного канцер—реєстру України, в структурі злоякісних новоутворень у 2012 р. частота РГЗ становила 23,1%, показник захворюваності — 67,1 на 100 тис населення [1]. Захворюваність на РГЗ має два піки: перший — у віці хворих від 40 до 45 років (предменопаузальний РГЗ), другий — після 50 — 55 років (постменопаузальний РГЗ) [2]. У віці 60 років і старше РГЗ виявляють у 30 — 45% пацієнток.

Одним з основних методів лікування хворих з приводу РГЗ є хірургічний, при використанні якого відзначають різні ускладнення з частотою від 32 до 78%. Найбільш частими ускладненнями є лімфоррея та утворення сероми [3], що пов'язане з виконанням регіонарної лімфодисекції та видаленням значного об'єму тканини грудної залози. Активне дренирування рани після радикальних операцій на грудній залозі, на жаль, не запобігає виникненню післяопераційних ускладнень [4, 5]. Накопичення ранової рідини в ділянці пахової ямки та під клаптями шкіри може бути причиною інфікування рани, розходження її країв, некрозу клаптів [2, 6]. Ці ускладнення погіршують прогноз онкологічного захворювання, зумовлюють збільшення тривалості лікування хворих у стаціонарі та відкладення початку ад'ювантної терапії.

Реферат

Проведене хірургічне лікування 80 хворих з приводу раку грудної залози (РГЗ). Проаналізована частота ускладнень після радикального хірургічного втручання у хворих похилого й молодого віку. Встановлено, що при використанні препарату Traumastem P у хворих на РГЗ похилого віку зменшуються об'єм та тривалість лімфорреї, що запобігає ускладненням в післяопераційному періоді.

Ключові слова: рак грудної залози; хірургічне лікування; лімфоррея; хворі похилого віку.

Abstract

Surgical treatment of 80 patients, suffering mammary gland cancer (MGC), was conducted. The complications rate in elderly and young patients after radical surgical treatment was analyzed. There was established, that while preparation Traumastem P application in elderly patients, suffering MGC, the lymphorrhea volume and duration are reducing, what prevents complications in postoperative period.

Key words: mammary gland cancer; surgical treatment; lymphorrhea; elderly patients.

Рекомендації щодо лікування РГЗ у хворих похилого віку суперечливі: від максимально радикального підходу до дуже поміркованого. На вибір методу лікування впливає і ставлення до нього самої пацієнтки. Пацієнтки похилого віку, як правило, дуже стримано сприймають можливість виконання радикального втручання, часто відмовляються від нього, віддаючи перевагу органозберігальним операціям у поєднанні з променевим та хіміогормональними методами лікування [7].

В доступній літературі ми не знайшли повідомлень про хірургічні ускладнення у хворих на РГЗ похилого віку. Розробка та клінічне застосування методів попередження післяопераційних ускладнень у хворих на РГЗ є актуальною проблемою клінічної онкології.

Мета дослідження: удосконалення методів попередження ускладнень після радикального хірургічно-

го втручання з приводу РГЗ у хворих похилого віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 80 хворих на РГЗ віком від 33 до 76 років, у середньому 54 роки, яких лікували у Київському обласному онкологічному диспансері з 2011 по 2013 р. Хворі розподілені на дві групи: основну (36 хворих на РГЗ старше 65 років) та контрольну (44 хворих на РГЗ молодше 65 років).

Всі хворі оперовані. У більшості пацієнток обох груп діагностований РГЗ II стадії — відповідно у 79,8 та 88%.

Після операції з приводу РГЗ у хворих аналізували частоту ускладнень, загальний об'єм лімфорреї, її тяжкість та тривалість. Лімфоррею об'ємом від 125 до 600 мл вважали незначною, від 601 до 800 мл — помірною, понад 801 мл — значною.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З приводу РГЗ в основній групі виконані такі операції: квадрантектomia з лімфодисекцією — у 6 (16,75) хворих; мастектомія за Мадденом — у 24 (66,6%), мастектомія за Пейті — у 6 (16,7%); у контрольній групі — відповідно у 16 (36,3%), 23 (52,3%) та 5 (11,4%).

Отже, в основній групі органозберігальні операції виконані у 16,7% хворих, більш розширені, до яких належать мастектомія за Мадденом та Пейті — у 83,3% хворих; у контрольній групі — відповідно у 36,3 та 63,7%.

Хірургічне втручання з приводу РГЗ супроводжується пахвово-підключично-підлопатковою лімфаденектомією з пересіченням значної кількості кровоносних і лімфатичних судин та утворенням порожнини, розміри якої впливають на частоту післяопераційних ускладнень [8]. Чим більше порожнина, тим більше вірогідність виникнення ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень. Внаслідок недостатнього прилягання клаптів шкіри до грудної стінки і пересічення значної кількості лімфатичних

судин в рані накопичується серозна й геморагічна рідина, що зумовлює формування лімфоцеле в зоні операційної рани. Частіше лімфоцеле локалізується у пахвовій ділянці, де-що рідше — в зоні відсепарованих клаптів шкіри [9]. Основними чинниками, що зумовлюють значну й тривалу лімфорею, вважають похилий вік (старше 65 років), ожиріння II–III ступеня, супутні захворювання, зокрема, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу [10].

Перебіг післяопераційного періоду вважали ускладненим при виникненні у хворих лімфореї, некрозу шкіри, нагноєння рани (табл. 1).

У хворих на РГЗ похилого віку частіше виявляли виражену лімфорею, молодого — незначну. У хворих на РГЗ похилого віку тривалість і об'єм лімфореї значно більші, ніж у хворих молодого віку.

Наявність тривалої та вираженої лімфореї у хворих на РГЗ похилого віку спонукала нас до застосування нових підходів до ведення післяопераційного періоду, спрямованих на попередження лімфореї.

Для запобігання цього ускладнення у 22 хворих на РГЗ похилого віку, яким здійснено радикальну мастек-

томію за Мадденом, місцево застосовували гемостатик Traumastem P безпосередньо в ділянці рани. Препарат в дозі 2 г використовували безпосередньо під час оперативного втручання. До складу порошку Traumastem P входить окиснена целюлоза. Механізм дії препарату полягає в тому, що під час взаємодії окисненої целюлози з кров'ю вона перетворюється на глейку масу — адгезивний гель, що механічно перешкоджає кровотечі. Це мінімізує втрату крові та частоту ускладнень, що виникають під час виконання операції, а також після неї. Застосування порошку сприяє прискоренню біологічних процесів загоєння і не впливає на частоту тромбоемболічних ускладнень, які часто виникають у хворих на РГЗ похилого віку.

Крім того, при контакті окисненої целюлози з кров'ю утворюється кисле середовище (рН 2,5 — 3,0), що також посилює її гемостатичні властивості. При цьому тромбоцити та еритроцити, з одного боку, є каркасом для утворення тромбоцитарного згустку, з іншого боку, гематин, що виділяється, створює кисле середовище у зоні операційної рани, це

Таблиця 1. Частота виникнення ускладнень у хворих після хірургічного лікування з приводу РГЗ

Показник	Частота виявлення в групах			
	контрольній		основній	
	абс.	%	абс.	%
Лімфорея				
незначна	14	32	7	19,4*
помірна	11	25	9	25
виражена	10	22,7	14	38,9*
Некроз шкіри	4	9	4	11,1
Нагноєння рани	8	18,2	6	16,6
Об'єм лімфореї, мл ($\bar{x} \pm m$)	980 ± 160		1430 ± 220*	
Тривалість лімфореї, днів	21		26	

Примітка. * - різниця показників достовірна у порівнянні з такими у контрольній групі (p < 0,05).

Таблиця 2. Частота та тривалість лімфореї у хворих на РГЗ похилого віку після хірургічного втручання та застосування Traumastem P.

Група хворих, у яких Traumastem P	Частота виникнення лімфореї						Об'єм лімфореї, мл ($\bar{x} \pm m$)	Тривалість лімфореї, днів
	незначної		помірної		вираженої			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Застосовували	10	40	5	21,6	6	24	1110 ± 190	20
Не застосовували	4	28,5	4	28,5	6	42,8	1510 ± 230	27

Примітка. * - різниця показників достовірна у порівнянні з такими у хворих без застосування препарату (p < 0,05).

забезпечує виражену протимікробну активність окисненої целюлози, в тому числі щодо антибіотикорезистентних мікроорганізмів.

Перевагою препаратів на основі окисненої целюлози, що використовують як гемостатичний засіб місцевої дії, є також її біологічна сумісність та швидке розсмоктування. Основними перевагами окисненої целюлози також є наявність в її складі іоногенних функціональних груп, здатних розсмоктуватися в організмі, відсутність в макромолекулі структур, здатних справляти токсичний вплив на організм (IV клас небезпеки — практично нетоксична сполука), наявність антимікробних та бактерицидних властивостей, відсутність власної біологічної активності. Отже, порошок Traumastem P, до складу якого входить окиснена целюлоза, є біосумісним атрав-

матичним засобом. Він повністю розпадається й виводиться з організму, не спричиняючи побічних імунних або алергічних реакцій, добре переноситься організмом. Об'єм препарату Traumastem P під час контакту з кров'ю не збільшується, тому немає потреби його евакуації з місця його застосування.

Об'єм лімфореї та тривалість евакуації лімфи у хворих на РГЗ похилого віку після хірургічного втручання з використанням гемостатика наведені у *табл. 2*.

Отже, застосування препарату Traumastem P у хворих на РГЗ похилого віку сприяло зменшенню об'єму лімфореї на 23%, її тривалості — на 7 діб у порівнянні з такими у хворих, яких лікували без застосування препарату.

Частота виникнення інфекційних ускладнень в групах суттєво не

різнилася, оскільки ці ускладнення більшою мірою пов'язані з дотриманням принципів асептики й антисептики під час виконання операції та призначенням антибактеріальних препаратів, що попереджають нагноєння, незалежно від віку хворих.

Таким чином, застосування запропонованої нами методики попередження післяопераційних ускладнень на основі використання гемостатика Traumastem P забезпечує зменшення об'єму лімфореї та тривалості евакуації лімфи, що дає можливість в оптимальні строки провести курси ад'ювантної поліхіміотерапії, зменшує тривалість лікування хворих у стаціонарі, що сприяє скороченню фінансових витрат лікувальної установи, справляє позитивний моральний вплив на хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національний канцер — реєстр [електронний ресурс] — К. 2012: www.ucr.gs.com.ua.
2. Хирургическая лимфология / Л. В. Поташов, Н. А. Бубнова, Р. С. Орлов [и др.] — СПб., 2002. — 273 с.
3. Билынский Б. Т. Серомы (лимфорея) после хирургического лечения рака молочной железы / Б. Т. Билынский, В. В. Савран // *Вопр. онкологии*. — 1999. — Т. 45, № 3. — С. 219 — 222.
4. Вачев А. Н. Хирургическая профилактика лимфореи после реконструкции 1—го сегмента подключичной и позвоночной артерий // А. Н. Вачев, Е. В. Фролова // *II съезд лимфологов России: тез. докл.* — СПб., 2005. — С. 59 — 60.
5. Lymphedema following breast cancer treatment, including sentinel lymph node biopsy / J. Armer, M. R. Fu, J. M. Wainstock [et al.] // *Lymphology*. — 2004. — Vol. 37, N 2. — P. 73 — 91.
6. Haines T. P. Early arm swelling after breast surgery: changes on both sides / T. P. Haines, P. Sinnamon // *Breast Cancer Res. Treat.* — 2007. — Vol. 101, N 1. — P. 105 — 112.
7. Бурлаков А. С. Радикальность или сохранение органа в хирургическом лечении рака молочной железы: косметика и онкология / А. С. Бурлаков // *Рос. онкол. журн.* — 2002. — № 2. — С. 8 — 12.
8. Канцалиев А. Л. Анатомические предпосылки в патогенезе развития постмастэктомического отека верхней конечности / А. Л. Канцалиев, А. Х. Урусбамбетов, Х. Р. Ахриев // *II съезд лимфологов России: тез. докл.* — СПб., 2005. — С. 135 — 136.
9. Слоним А. А. Осложнения хирургического лечения рака молочной железы у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Слоним. — М., 1988. — 18 с.
10. Савран В. В. Радикализм хирургического лечения рака молочной железы: особенности хирургической техники и профилактика осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / В. В. Савран; Львов. нац. мед. ун.—т им. Данила Галицкого. — Львов, 2005. — 24 с.

