

УДК 616-089

МИОПЛАСТИКА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИМФОРЕИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**М. В. Венедиктов¹,
О. З. Читая²,
С. Н. Воронов³,
Н. П. Лапочкина^{1*}, доктор медицинских наук,
В. А. Козлов²**

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 5

³ НУЗ ОАО РЖД «Отделенческая больница на станции г. Иваново», 153043, Россия, г. Иваново, ул. Полка Нормандия-Неман, д. 106

Ключевые слова: рак молочной железы, радикальная мастэктомия, аксиллярная лимфодиссекция, миопластика, лимфорея, профилактика постмастэктомического синдрома, метаболический синдром, ожирение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): lapochkina_n@mail.ru.

В России в структуре онкологических заболеваний органов репродуктивной системы рак молочной железы находится на первом месте. В 2014 г. он зарегистрирован у 64 939 женщин, из них 43 054 получили радикальное лечение. В послеоперационном периоде часто развивается длительная лимфорея, для коррекции которой предлагается мастэктомия с миопластикой. Аксиллярная лимфодиссекция образует полость, в которой скапливается жидкость, как следствие пересечения лимфотических сосудов и плохого прилегания кожных лоскутов к грудной стенке. Существуют различные варианты профилактики лимфореи: использование цитокинов в предоперационном периоде, дренирование, использование рассасывающегося клея, подшивание кожных лоскутов к подлежащим мышцам грудной стенки, а в послеоперационном периоде возможно введение склерозантов совместно с аспирацией жидкости из полости и ношение компрессионного белья. Все эти методики не лишены недостатков, что диктует необходимость дальнейшего поиска способов борьбы с длительной лимфореей. В настоящее время распространение получают различные варианты миопластик зоны аксиллярной лимфодиссекции: выделение лоскута широчайшей мышцы спины и подшивание на место удаленной клетчатки и к пересеченным лимфатическим сосудам подмышечной области; подшивание кожных лоскутов к подлежащим тканям; сочетание подшивания кожных лоскутов и раннего удаления дренажа; дренирование сквозной перфорированной трубкой, выведенной через грудную мышцу

на кожу по среднеключичной линии, а нижнего конца – по средней аксиллярной линии; обработка подмышечной зоны аутологичным фибрином, который обладает гемостатическим и адгезивным эффектом; парциальная миопластика. Существует также способ, при котором в конце операции малую грудную мышцу пересекают у реберной части и укрывают на подключичную вену, подшивая к латеральной части клетчатки аксиллярной впадины, тем самым тампонируя аксиллярную область, латеральный кожный лоскут подшивают к боковой поверхности передней грудной стенки. Однако все указанные способы нуждаются в дальнейшем изучении в связи с тем, что сопутствующие заболевания и состояния влияют на их эффективность.

Цель исследования – оценить влияние миопластики при радикальной мастэктомии больных раком молочной железы с метаболическим синдромом на длительность лимфореи в раннем послеоперационном периоде.

Обследованы 60 больных РМЖ (Т1-2, N0-1, M0, 1–2 стадии) и метаболическим синдромом, у которых проведена радикальная мастэктомия. Средний возраст женщин составил $53,5 \pm 1,5$ года. Все больные имели ожирение 1–3 ст. по абдоминальному типу. Средний ИМТ составил $36,091 \pm 0,224$ кг/м². В основной группе 70% женщин имели 2–3 степень ожирения. Из сопутствующих заболеваний зафиксированы гипертоническая болезнь 3 стадии и сахарный диабет 2 типа. В основную группу вошли 40 пациенток с РМЖ и метаболи-

ческим синдромом, которым была выполнена радикальная мастэктомия с миопластикой согласно патенту № 2385673, в группу сравнения – 20 больных РМЖ с метаболическим синдромом, которым была выполнена радикальная мастэктомия без миопластики.

В послеоперационном периоде больных с метаболическим синдромом после РМЭ с миопластикой была больше средняя длительность лимфорреи ($14,8 \pm 0,867$ и $8,5 \pm 0,118$ дня, соответственно; $p < 0,05$) и ее объем (2163 ± 335 мл и 834 ± 162 мл; $p < 0,01$). Дренажи из операционной раны у пациенток основной группы были удалены позднее ($15,4 \pm 0,655$ и $9,0 \pm 0,086$ дня; $p < 0,01$), чем в группе сравнения. У больных с ожирением 2–3 стадии в сравнении с больными с 1 стадией объем лимфорреи был больше (2445 ± 419 мл и 1503 ± 387 мл; $p > 0,05$) и позднее был удален дренаж в послеоперационном периоде ($16,857 \pm 1,087$ и $12,0 \pm 0,528$ дня, $p > 0,05$),

однако различия не были статистически значимыми. Выявлена прямая коррелятивная связь ИМТ с объемом ($r = +0,63$) и длительностью лимфорреи ($r = +0,69$), веса больных исследуемой группы с объемом ($r = +0,608$) и длительностью лимфорреи ($r = +0,71$), что подтверждает зависимость объема и длительности лимфорреи от степени ожирения. Факторами риска увеличения лимфорреи являются ожирение, сахарный диабет (увеличивает риск в 2,0 раза) и гипертоническая болезнь (увеличивает риск в 3,0 раза).

Таким образом, хотя радикальная мастэктомия с миопластикой является способом профилактики длительной лимфорреи у больных раком молочной железы, но метаболический синдром осложняет послеоперационный период больных РМЖ, увеличивая продолжительность лимфорреи, несмотря на выполнение миопластики. Выявлена зависимость продолжительности лимфорреи от массы тела и наличия сопутствующей патологии.

MYOPLASTY IN RADICAL MASTECTOMY AS PROPHYLAXIS OF PROLONGED LYMPHORRHEA IN PATIENTS WITH MAMMARY GLAND CANCER AND METABOLIC SYNDROME

M. V. Venediktov, O. Z. Chitaya, S. N. Voronov, N. P. Lapochkina, V. A. Kozlov

Key words: mammary gland cancer, radical mastectomy, axillar lymphodissection, myoplasty, lymphorrhoea, prophylaxis for postmastectomic syndrome, metabolic syndrome, obesity.