

ОСОБЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛІМФОРЕЇ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

В. В. Камарчук, проф., д.м.н., кафедра торакоабдомінальної хірургії Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна,

В. В. Макаров, проф., д.м.н. кафедра хірургії №1 Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30042019/6472

ARTICLE INFO

Received: 11 February 2019

Accepted: 22 April 2019

Published: 30 April 2019

KEYWORDS

mastectomy,
lymphorrhea,
conservative treatment.

ABSTRACT

In order to reduce imparai after performing mastectomy, we have proposed a scheme of intravenous drip of Solu - medrol: 125 mg once a day for 3 days, followed by an interval every other day until the ninth day of the postoperative period.

The use of this scheme of conservative treatment allowed to stop the clinical manifestations of imparai on the tenth day of the postoperative period.

Citation: V. V. Kamarchuk, V. V. Makarov (2019) Features of Conservative Treatment of Lymphoritis After Mastectomy. *World Science*. 4(44), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30042019/6472

Copyright: © 2019 V. V. Kamarchuk, V. V. Makarov. This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Проблема раку грудної залози є однією з головних в клінічній онкології і до теперішнього часу залишається досить актуальною.

Незважаючи на впровадження в клінічну практику нових методів діагностики і лікування, рак грудної залози (РГЗ) зберігає своє положення лідера серед всіх злоякісних пухлин у жінок [1, 8, 11].

Частота ранніх післяопераційних ускладнень після радикальних операцій на грудній залозі з приводу злоякісної патології (лімфорея, кровотеча, діастаз країв рани, гематома, нагноєння післяопераційної рани, некроз країв рани та ін.) залишається високою і становить 0,5-19,3% випадків [2, 4, 10].

Постійним раннім ускладненням хірургічного лікування раку молочної залози є лімфорея (ЛР). Причинами її, незалежно від обсягу хірургічного втручання, на грудній залозі, є неминучий перетин лімфатичних колекторів та пахвова, підключична, підлопаткова лімфаденектомія, що призводять до утворення порожнини, розміри якої впливають на частоту післяопераційних ускладнень [10].

Внаслідок недостатнього прилягання шкірних клаптів до грудної стінки і перетину значного числа лімфатичних судин в рані накопичується серозна, і геморагічна рідина, що, в свою чергу, сприяє формуванню сероми в області післяопераційної рани. Найчастіше серома локалізується в пахвовій западині і дещо рідше в області широко відсепарованих шкірних клаптів. Скупчення рідини в значних кількостях може привести до інфікування рани і інших локальних ускладнень, таких як некроз шкіри, неспроможність країв рани. Проведена в передопераційному періоді променева або поліхіміотерапія ще більш посилюють перебіг раньового процесу і відсоток раньових ускладнень збільшується в 2-3 рази [5]. Об'ємна лімфорея, що трансформувалася в серому призводить до грубого і хаотичного розростання рубцевої сполучної тканини в областях лімфаденектомії, в ділянках відсепарованих шкірних

клаптів, що сприяє розвитку постмастектоміческого синдрому. Післяопераційні ускладнення ведуть до відстрочення початку ад'ювантної терапії, супроводжуються більш тривалою госпіталізацією хворих (збільшенням ліжко-дня), а, отже, великими фінансовими витратами [3].

Запропоновано велику кількість профілактичних та лікувальних інтраопераційних і післяопераційних засобів і методів, спрямованих на зменшення тривалості та об'єму лімфореї після різних хірургічних втручань на грудній залозі, проте багато з них недостатньо результативні [10].

Останнім часом деякі дослідники приділяють значну увагу стероїдній терапії у профілактиці та лікуванні післяопераційної лімфореї у хворих після виконаної мастектомії [7, 9, 12].

На сучасному етапі використання глюкокортикостероїдів є важливим напрямком в лікуванні багатьох захворювань. Ретельний моніторинг стану пацієнтів під час лікування, своєчасне виявлення показань та протипоказань, факторів ризику, а також суворе виконання рекомендацій щодо раціонального застосування цих препаратів сприяють підвищенню безпеки глюкокортикоїдної терапії, збільшення тривалості та поліпшення якості життя хворих [7, 9, 12].

Важливим моментом в терапії лімфореї є також використання вазоконстрикторних фармакологічних засобів. Одночасною вазоконстрикторною та протизапальною фармакологічною дією володіє метилпреднізолон (хімічна формула: $C_{22}H_{30}O_5$). Негеномний ефект Солу-медролу є результатом прямої фізико-хімічної взаємодії з біологічними мембранами і стероїд-селективними мембранними рецепторами. Негеномні ефекти ГКС розвиваються під впливом дуже високих дозувань і проявляються через кілька секунд або хвилин після внутрішньовенного введення. Негеномний протизапальний ефект глюкокортикоїдів пов'язують зі стабілізацією лізосомальних мембран, зменшенням проникності клітинних мембран, зниженням капілярної проникності і локального кровотоку в ділянках запалення, зниженням здатності імунних комплексів проникати через базальну мембрану, пригніченням міграції та акумуляції лейкоцитів у вогнищі запалення, гальмуванням росту фібробластів, придушенням синтезу колагену і т.п. [7, 9, 12].

Солу-медрол – синтетичний аналог гормону кори надниркових залоз, що впливає на вуглеводний і білковий обмін. Він володіє протизапальною, антиалергічною, імуносупресивною активністю. Під дією солумедролом відбувається зменшення кількості імуноактивних клітин навколо запального вогнища, зменшення вазодилатації, стабілізація лізосомальних мембран, пригнічення фагоцитозу, зниження продукції простагландинів і споріднених їм речовин. При застосуванні Солу-медролу досягається швидкий клінічний ефект.

Метою дослідження стало вивчення ефективності застосування Солу-медролу у профілактиці та лікуванні тривалої і об'ємної післяопераційної лімфореї після радикальної мастектомії з лімфодісекцією.

Матеріали та методи дослідження.

У роботі представлені результати комплексного лікування 74 хворих з РГЗ за період з 2006 по 2016 роки, що знаходилися на лікуванні у відділенні торакоабдомінальної хірургії ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України» міста Харкова.

Нами було вивчено дані 38 історій хвороб пацієнок з РГЗ, з 2006 по 2011 роки, яким були виконані радикальні оперативні втручання на грудній залозі за класичною методикою без застосування будь-яких додаткових інтраопераційних методів профілактики лімфореї. Операція у даних хворих завершувалася установкою вакуум-дренажів. Зазначені хворі склали групу порівняння, у яких проводилась традиційна консервативна терапія: антибактеріальна, знеболювальна, антикоагулянтна, інфузійна та симптоматична терапія, а також туге бинтування післяопераційної зони еластичним бинтом.

Проведено вивчення результатів лікування 36 пацієнок, які перебували на лікуванні з 2012 по 2016 роки і склали основну групу. У хворих основної групи проводилась окрім вище зазначених традиційної хірургічної та консервативної терапії з урахуванням прогностично несприятливих факторів ризику виникнення лімфореї в післяопераційному періоді доповнювали консервативні засоби введенням Солу-медролу.

Ґрунтуючись на фармакологічних властивостях Солу-медролу, досвіді закордонних фахівців, спостереженні лабораторних та клінічних змін у хворих основної групи з метою лікування лімфореї використовували даний препарат наступним чином: 125 мг препарату вводилося один раз на добу внутрішньовенно крапельно повільно на 250 мл фізіологічного

розчину або 5% розчині глюкози протягом 30-60 хв зі швидкістю 60 крапель/хв щоденно на третю, четверту та п'яту добу післяопераційного періоду, а надалі – на сьому та дев'яту добу. Згідно з рекомендаціями I Європейського Симпозіуму з глюкокортикостероїдної терапії (2001) таке дозування Солу-медролу відповідає дуже високим дозам (>100 мг на добу).

Схема вище зазначеного внутрішньовенного краплинного введення Солу-медролу протягом 3 діб поспіль з наступним інтервалом через день до дев'ятої післяопераційної доби. За рахунок такого короткого проміжку часу лікування і сумарного дозування Солу-медролом менше 1000 мг на протязі загального курсу лікування не спостерігається органічного пригнічення функції кори наднирників. Клінічний ефект такої «міні-пульс-терапії» зберігається від 4 до 12 і більше тижнів, що відіграє велику роль в профілактиці лімфореї в віддаленому післяопераційному періоді.

Всім хворим інтраопераційно були установлені подвійні низько вакуумні дренажі, що дозволяли окрім евакуації рідини з післяопераційної рани відстежувати щодобовий об'єм лімфореї після мастектомії. Вакуумне дренування у хворих проводилось шляхом інтраопераційного встановлення трубчатих дренажів парастернально та в ділянку пахвової області. Слід зазначити, що тривалість лімфореї ми рахували за кількістю днів з моменту оперативного втручання до видалення останнього дренажу у хворої, а загальний об'єм евакуйованої лімфи підраховувався за сумою щоденних її об'ємів в обох дренажних місткостях («гармошка») для раньової відділяємої рідини.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою персонального комп'ютера PC-AT IBM 586 з використанням методу варіаційної статистики, кореляційного аналізу. Використовувалися модифікації пакета програм Statistica 5.0, Stsgrf, Biostat [2].

Результати дослідження та їх обговорення.

Всім хворим основної групи на третю післяопераційну добу для визначення подальшої консервативної тактики проводились додаткові клініко-лабораторні дослідження, що дозволяли оцінити тенденцію до особливостей післяопераційного перебігу у хворих на рак грудної залози після мастектомії, а саме показників інтенсивності лімфореї. Клінічним критерієм була оцінка об'єму лімфореї на третю добу післяопераційного періоду – якщо не відмічалось до зменшення обсягу лімфореї, то вважали це негативною прогностичною ознакою. Клінічними критеріями ефективності застосування Солу-медролу за зазначеною вище схемою в післяопераційному періоді у хворих з раком грудної залози вважали: тривалість та об'єм лімфореї.

Всім хворим інтраопераційно були установлені подвійні низько вакуумні дренажі, що дозволяли окрім евакуації рідини з післяопераційної рани відстежувати щодобовий об'єм лімфореї після мастектомії. Вакуумне дренування у хворих проводилось шляхом інтраопераційного встановлення трубчатих дренажів парастернально та в ділянку пахвової області.

Видалення дренажу у пацієнок проводилось при загальному добовому об'ємі лімфореї у вакуумній «гармошці» ≤ 40 мл/добу. У пацієнок основної групи та групи порівняння виконувалося дренування післяопераційної рани двома трубчатими дренажами – в парастернальній та аксілярній ділянках.

У всіх випадках на 4-5 добу першим видалявся парастернальний дренаж, що розташовувався вздовж рани. Видалення ж аксілярного дренажу у хворих групи порівняння виконувалося у проміжку з 9-ї по 16-ту доби в залежності від добового обсягу лімфореї, а у хворих основної групи – з 6-ї по 10-ту післяопераційну добу, що свідчить про ефективність застосування Солу-медролу у пацієнок основної групи.

На ранніх етапах післяопераційного періоду у всіх досліджуваних хворих відзначались явища продуктивної лімфореї.

У хворих групи порівняння відзначався мінімальний термін продуктивної лімфореї в продовж 9-ти діб, а максимальний – 16-ти діб. У пацієнок основної групи відзначався мінімальний термін продуктивної лімфореї в продовж 6-ти діб, а максимальний – 10-ти діб.

Таким чином, застосування Солу-медролу в основній групі дозволив знизити мінімальний термін продуктивної лімфореї на три доби, а максимальний – на 6 діб, що свідчить про ефективність запропонованого методу консервативної післяопераційної терапії.

При цьому середній термін утриманням останнього дренажу в основній групі складає 7,9 днів, а в групі порівняння – 13,06 днів. Зниження цього показника в основній групі на 5,96 днів також відображає значно сприятливіший післяопераційний перебіг у хворих основної групи.

В наших дослідженнях протипоказань до використання Солу-медролу у хворих не було. Побічних ефектів та ускладнень на введення препарату не спостерігалось.

Висновки. Таким чином, припинення клінічних проявів лімфореї на десяту добу (в основній групі максимальна кількість днів утримування дренажу у пацієток – 10) свідчать про ефективність фармакологічних лікувальних засобів (застосування Солу-медролу) у хворих після мастектомії, що застосовувались у пацієток основної групи.

Також у пацієток основної групи відносно групи порівняння вдалося зменшити термін утримання останнього дренажу на 5,96 діб.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барсуков В. Ю. Рак молочной железы: современные принципы диагностики и комплексной терапии / В. Ю. Барсуков, В. Н. Плохов, Н. П. Чеснокова. – Саратов: Саратовский медицинский университет, 2008. – 309 с.
2. Влияние различных видов органосохраняющих операций на длительность лимфорреи у больных раком молочной железы / А. В. Дорошенко, Е. Ю. Гарбуков, Ю. Л. Кокорина, Н. А. Тарабановская. // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – №1. – С. 41.
3. Давыдов М. И. Клиническая маммология: практическое руководство / М. И. Давыдов, В. П. Летягин. – Москва: АБВ-пресс, 2010. – 154 с.
4. Добренький М. Н. Влияние конституциональных особенностей больных, объёма хирургического вмешательства и неoadьювантной терапии на прогнозирование течения постмастэктомической лимфорреи / М. Н. Добренький, Е. М. Добренькая. // Фундаментальные исследования. – 2009. – №9. – С. 42–43
5. Захарова И. А. Неoadьювантная химиотерапия в комплексном лечении местнораспространенного рака молочной железы / И. А. Захарова, А. П. Загадаев // Материалы научной конференции университета / И. А. Захарова, А. П. Загадаев. – Рязань: 2010. – С. 131–133.
6. Исмагилов А. Х. Улучшение непосредственных результатов лечения больных раком молочной железы путём разработки профилактических мер для снижения лимфорреи / А. Х. Исмагилов, Р. Ш. Хасанов, Г. И. Шакирова // Материалы 4-й международной научной конференции "Онкология - XXI век". – Пермь, 2009. – С. 42.
7. Литвиненко А. В. Общие принципы системной глюкокортикоидной терапии / А. В. Литвиненко. // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – №1. – С. 60–64.
2. Портной С. М. Современные принципы лечения больных первично-операбельным раком молочной железы / С. М. Портной. // Вестник Московского Онкологического Общества. – 2010. – №4. – С. 2–4.
3. Buttgerit F. Genomic and nongenomic effects of glucocorticoids / F. Buttgerit, C. Stahn. // Nature Clinical Practice Rheumatology. – 2008. – №10. – P. 525–533.
4. Donkervoort S. C. A case of chylous fistula after axillary dissection in breast-conserving treatment for breast cancer / S. C. Donkervoort, D. Roos, P. J. Borgstein. // Clinical Breast Cancer. – 2006. – №2. – P. 171 – 172.
5. Hayat M. A. Methods of cancer diagnosis, therapy, and prognosis: Breast carcinoma / M. A. Hayat. – Heidelberg: Springer Science, 2008. – 695 p.
6. Okholm M. No effect of steroids on seroma formation after mastectomy / M. Okholm, C. K. Axelsson. // Danish Medical Bulletin. – 2011. – №2. – P.1–5.