

ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКАЯ ЛИМФЕДЕМА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

М.О. Мясникова

Кафедра хирургии СПбГМУ им. академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Постмастэктомический отек конечности (ПМОК) является составной частью так называемого постмастэктомического синдрома, комплекса функциональных и косметических нарушений, возникающих в результате радикального хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ).

Несмотря на успехи современной онкологии, внедрение в клиническую практику новейших средств диагностики и лечения, РМЖ сохраняет лидирующее положение среди всех злокачественных опухолей у женщин. К 2010 г. прогнозируется рост заболевания до 1,45 млн человек [1]. В России ежедневно РМЖ заболевает 106 женщин [2]. Так, в 2001 г. в России зарегистрировано 45 257 пациенток со злокачественными новообразованиями молочных желез.

По разным статистическим данным, независимо от выбранных методов лечения, у 10-80% больных РМЖ после курса терапии разовьется ПМОК [3-9]. Значительно ухудшающий качество жизни пациентов, более 90% из которых находятся в трудоспособном возрасте, ПМОК является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой.

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

Появлению ПМОК в ряде случаев может способствовать также лучевая терапия, вызывающая фиброзные дегенеративные изменения в мягких тканях конечности, приводящие к нарушению лимфотока. Длительный застой лимфы, являющейся благоприятной питательной средой для бактериальных агентов, создает условия для развития рожистого воспаления. Последнее в свою очередь ухудшает лимфообращение конечности и приводит к развитию грубых рубцовых изменений кожи, подкожной клетчатки и фасции. Прогрессирование заболевания приводит к обезображиванию конечности и развитию "слоновости".

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. По нашим 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 и раннее начало его лечения являются принципиальным для каждой второй пациентки, перенесшей радикальное противоопухолевое лечение РМЖ.

Клиническое обследование больных с ПМОК традиционно начинается с определения степени увеличения объема конечности. При этом тяжесть процесса ранее, как правило, определяли по величине окружности руки, измеренной на стандартных уровнях. Однако имеющийся опыт свидетельствует о том, что подобный подход не позволяет сделать правильный тактический выбор, так как значительные размеры отека не всегда отражают далеко зашедший процесс. В связи с этим в течение 18 лет мы пользуемся клинко-хирургической классификацией ПМОК, учитывающей степень напряжения и гидрофильность мягких тканей конечности, а также наличие или отсутствие стеноза подключичной вены и венозной гипертензии. Выделенные нами стадии "доклиническая", "преходящего", "мягкого", "плотного" и "деформирующего" отека легко определяются клинически и, по нашему мнению, обуславливают тактику лечения.

Клиническое обследование дополняется специальными методами исследования, важнейшими из которых являются 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.

Лечение ПМОК остается довольно сложной задачей. Наличие многих методов, используемых для коррекции объема конечности, свидетельствует об отсутствии единого подхода к этой проблеме, а конечные результаты лечения не всегда удовлетворяют.

Важное место при лечении ПМОК играет консервативная терапия, которая может использоваться как самостоятельный метод лечения или дополнять оперативное вмешательство. Ее цель, учитывая особенности патогенеза отека верхней конечности, - повышение тонуса и мышечной активности лимфатических сосудов, раскрытие не функционирующих в норме лимфовенозных (ЛВА) и лимфо-лимфатических анастомозов и формирование коллатеральных путей лимфотока. Следует отметить, что важным условием успешного консервативного лечения является формирование у больных с отеком конечности правильных психологических установок, ориентирующих 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.

Как самостоятельный метод лечения консервативная терапия показана прежде всего больным с начальными проявлениями ПМОК (в доклинической и I стадии заболевания), особенно у пациенток с прогностически неблагоприятным диффузным типом лимфотока конечности (по данным лимфосцинтиграфии). Во II и III стадиях заболевания ее можно использовать в качестве альтернативного хирургическому вмешательству метода, если выполнение лимфодренирующей операции невозможно (отсутствие коллекторных лимфатических сосудов, дистальный уровень блока лимфотока) или пациентка отказывается от ее проведения. У больных с выраженными фиброзными изменениями

кожи и подкожной клетчатки консервативное лечение в качестве монотерапии показано для стабилизации или улучшения функционального состояния конечности.

При сочетании с хирургическими методами лечения комплексную консервативную терапию можно применять в до- и послеоперационном периоде. При этом ее используют в качестве предоперационной подготовки, так как это способствует успешной послеоперационной реабилитации больных.

Задачами консервативной терапии при 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, а также метаболизма отечных тканей конечности,
- противовоспалительное действие.

Ее основными патогенетически обоснованными методами являются компрессионное лечение (чередующаяся пневматическая компрессия и эластическая компрессия с помощью специальных бинтов и лечебного трикотажа) и фармакотерапия.

Мы использовали два метода компрессионной терапии: 1) чередующуюся пневмокомпрессию, 2) лечение компрессионными бинтами и компрессионным трикотажем.

Чередующаяся пневмокомпрессия

Чередующуюся пневмокомпрессию выполняли больным с помощью отечественного аппарата "АПКУ-5". Перед процедурой проводили кратковременный (10-15 мин) ручной массаж конечности приемами поглаживания и легкого растягивания. Воздействие проводили в режиме "нарастающей волны", характеризующемся последовательным нагнетанием воздуха в секции манжет в направлении от дистальных отделов конечности к проксимальным. Рабочее давление составило 40-60 мм рт. ст., а в первые 2-3 процедуры в послеоперационном периоде - 30-40 мм рт. ст. Время нагнетания воздуха в каждую секцию составило 15-20 с, пауза - 10-15 с. Средняя продолжительность процедуры - 30-40 мин. После процедуры проводили кратковременное (5-10 мин) занятие гимнастикой, сжатие и разжатие кулака, медленное сильное сгибание и разгибание запястья, подъем руки вверх и отведение ее за голову. Курс лечения определяли индивидуально для каждой больной (обычно от 10 до 14 процедур).

Дозированную чередующуюся пневмокомпрессию назначали 240 больным, в том числе 90 в разных сочетаниях с микрохирургическими и резекционными операциями. Накопленный опыт убедил нас в необходимости дифференцированного подхода к этим сочетаниям. Оказалось, что пневмокомпрессия наиболее эффективна в послеоперационном периоде наложения ЛВА, а ее использование в виде предоперационного курса несколько ухудшает гемодинамические условия, в которых оказывается вновь сформированный ЛВА (см. таблицу).

Результаты сочетания микрохирургического наложения ЛВА и пневматической компрессии верхней конечности

Метод лечения	Хороший результат		Удовлетворительный результат		Плохой результат		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пневматическая компрессия и ЛВА	9	30	17	56,7	4	13,3	30	100
ЛВА и пневматическая компрессия	12	40	17	56,7	1	3,3	30	100
ЛВА	11	36,7	17	56,7	2	6,6	30	100

Компрессионные бинты и компрессионный трикотаж. Этот вид лечения традиционно применяют практически при лечении всех больных с постмастэктомической лимфедемой. Бинтование конечности эластичными бинтами производится ежедневно. Уровень наложения компрессионного биндажа и продолжительность лечения определяют индивидуально в каждом конкретном случае.

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 лимфатический отток. Кроме того, по показаниям используют антибиотики, десенсибилизирующие препараты, иммуномодуляторы.

В течение продолжительного времени препаратами выбора группы лимфотоников являются медикаментозные средства на основе биофлавоноида диосмина, обладающего поливалентным действием, что определяет высокую эффективность препарата при лимфатических отеках конечности.

Потенцируя физиологический эффект норадреналина, диосмин способствует повышению частоты и амплитуды перистальтики лимфатических сосудов, повышает онкотическое давление лимфы и способствует усилению лимфотока, в целом снижает проницаемость капилляров и оказывает прямое защитное действие на микроциркуляторное русло, и, кроме того, обладает выраженным противовоспалительным эффектом, блокируя синтез медиаторов воспаления (простагландины PGE-2, PGE-2a, тромбоксан B2) и снижает вязкость крови.

В настоящее время круг флеботоников на основе диосмина расширяется. В течение 2 лет мы применяем препарат Диосмин для лечения пациенток с ПМОК в I и II стадии заболевания (по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 2 мес). Период наблюдения в среднем составляет 12 мес. Получены хорошие клинические результаты: уменьшение отека, улучшение функции конечности. Побочных действий не зарегистрировано.

Большое значение в комплексной консервативной терапии играет профилактика рецидивирующего рожистого воспаления. В этом отношении незаменима антибактериальная, десенсибилизирующая и иммунокорректирующая терапия, которую проводят циклами 1-2 раза в год.

Таким образом, комплексная консервативная терапия является важнейшей составной частью лечения постмастэктомической лимфедемы конечности. Она позволяет добиться хороших результатов у больных с ранними формами ПМОК и является необходимым дополнением к хирургическому лечению.

Литература

1. Parkin D, Pisani P, Ferley J et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 1999; 49:33-642. Возный ЭК, Добровольская НЮ., Гончарова ИМ. Лечение метастазов рака молочной железы в печень без использования препаратов таксанового ряда. Вопр. онкол. 1999; 45 (2): 189-91.
2. Егоров Ю.С. Современные аспекты хирургического лечения постмастэктомического синдрома. Автореф. дис.. д-ра. мед. наук. М, 2000.
3. Мельников РА., Шабайюва НЯ., Семиглазов В.Ф. и др. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы. Вопр. онкол. 1981; 7: 77-82.
4. Пронин ВИ., Розанов ЮЛ., ВельшерЛЗ. Мастэктомия и ее последствия. М.: Медицина, 1985.
5. РамоноваЛЛ. Ранние осложнения радикальной мастэктомии и их предупреждение. Автореф. ... дис. _ канд.мед. наук.М, 1991.
6. ШпехтЛЕ. Условия возникновения отека верхней конечности после мастэктомии. Современные проблемы онкологии.Л.: Медицина, 1966; 94-102.
7. Casley -Smith Judith Casley-Smith JRR. Lymphaticovenous insufficiency and its conservative treatment. Phlebolympnolog\> 1995; 6:9-13.
8. GoltnerE, Gass P, HassJP. The impotance ofvolumetry, lymphoscintigraphy and computer tomography in the diagnosis of brachial edema after mastectomy. Lymphology 1988; 21: 134-4310. Petrek JA, Senie RT, Peters M, Rosen PP. Lymphedema in a cohort of breast carcinoma survivors 20years after diagnosis. Cancer2001; 92 (6): 1368-77