



Ф. Н. Ильченко,
Т. Э. Усманова,
А. С. Филатов

ГУ «Крымский государственный
медицинский университет
им. С. И. Георгиевского»,
г. Симферополь

© Коллектив авторов

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Резюме. Изучены осложнения послеоперационного периода и отдаленные результаты хирургического лечения 64 больных с доброкачественными узловыми образованиями молочных желез. Из осложнений раннего послеоперационного периода выявлены гематомы (1,56 %) и воспалительный инфильтрат (3,1 %), характерные для пациенток раннего репродуктивного возраста, при проведении оперативного вмешательства во 2-й половине менструального цикла под местной анестезией в объеме стандартной или экономной секторальной резекции молочной железы. В позднем послеоперационном периоде выявлены кистозное расширение протоков в зоне операции (3,1 %), обострение предменструального синдрома (1,56 %), рецидивы доброкачественных узловых образований молочной железы вне зоны операции (4,66 %), которые в 77,8 % случаев были обусловлены отсутствием длительной патогенетической консервативной терапии после выполнения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: доброкачественные узловые образования молочной железы, хирургическое лечение, послеоперационные осложнения.

Введение

В последние годы отмечается тенденция к неуклонному росту доброкачественных заболеваний молочной железы (МЖ). Женщины в возрасте от 30 до 50 лет в 20–60 % страдают мастопатией и различными доброкачественными узловыми образованиями молочных желез (ДУОМЖ) [2]. Более 80 % выявленных узловых образований МЖ являются доброкачественными новообразованиями (фиброаденомы, узловые мастопатии, внутрипротоковые папилломы и т. д.) [3].

Хирургический метод остается основным в лечении пациентов с ДУОМЖ [5]. На сегодняшний день в традиционном хирургическом лечении ДУОМЖ используют следующие виды оперативных вмешательств: стандартная секторальная резекция (ССР), экономная секторальная резекция (ЭСР), квадрантэктомия, лампэктомия, энуклеация фиброаденом (ЭФА). В случае кист МЖ в зависимости от клинических особенностей проводится лечебная пункция, либо ССР. В последнее время отмечается значительный прогресс в эволюции хирургического лечения ДУОМЖ.

Несмотря на усовершенствование методов хирургического лечения ДУОМЖ, ряд авторов указывают на послеоперационные осложнения, которые могут быть как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде.

Так, частота ранних послеоперационных осложнений после выполнения ССР МЖ составляет 3,5–7 % и обусловлена формированием гематом, сером и воспалительными процессами в ране. Перечисленные эксудативные осложнения, в соответствии с основными принципами хирургии, имеют прямую зависимость от адекватности гемостаза в ране [1, 2, 4].

В позднем послеоперационном периоде, возможно формирование гипертрофического или келлоидного рубца, развитие психо-эмоциональных расстройств, обусловленных неудовлетворенными результатами хирургического лечения [2, 4, 6]. Проведение обширных оперативных вмешательств по поводу ДУОМЖ в более поздние сроки после операции может привести к косметическим дефектам МЖ, нарушению лактационной функции в результате развития рубцовой ткани. Кроме того, натяжение тканей может способствовать возникновению злокачественной опухоли в зоне рубцевания.

Таким образом, послеоперационные осложнения, причины и факторы, способствующие их появлению в разные временные промежутки с момента проведения оперативного вмешательства у больных с ДУОМЖ, несмотря на достижения современной хирургии МЖ, остаются весьма актуальными.



Цель исследования

Изучение отдаленных результатов, частоты и особенностей послеоперационных осложнений у больных с ДУОМЖ.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ раннего послеоперационного периода и отдаленных результатов хирургического лечения 64 пациенток с ДУОМЖ репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), из которых фиброаденомы (ФА) выявлены в 52 случаях, узловатая мастопатия (УМ) — в 1 случае, внутритротоковая папиллома (ВПП) — в 1 случае, нагноившаяся посттравматическая киста (ПТК) — в 2 случаях. Средний возраст больных составил $(26,25 \pm 0,9)$ лет. Предоперационный диагностический алгоритм обследования больных с ДУОМЖ включал: клиническое обследование ($N=64$), ультразвуковое исследование (УЗИ) ($N=64$), маммографию ($N=9$), трепан-биопсию солидного образования с использованием толстой иглы под УЗ-навигацией с помощью аппарата Magnum с проведением морфологического (гистологического и иммуногистохимического) исследования ткани трепан-биоптата ($N=38$), изучение фоновых заболеваний (исследование органов малого таза, щитовидной железы и гепатобилиарной системы) ($N=64$). Хирургическое лечение планировали в 1-й половине менструального цикла (МЦ) ($N=44$).

Для УЗИ использован цифровой ультразвуковой сканер экспертного класса Toshiba Xario SSA-660A с линейными датчиками 7,5 и 10,0 МГц, с помощью которого на дооперационном этапе ($N=64$) производилась предварительная УЗ-разметка образования с переносом его поперечника и длинника на поверхность кожных покровов МЖ, а в послеоперационном периоде — УЗ-контроль состояния тканей МЖ в зоне оперативного вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение

Больных раннего репродуктивного возраста (15–30 лет) было 79,7 % (51 женщина), позднего репродуктивного возраста (31–49 лет) — 20,3 % (13 женщин). Оперативное лечение в условиях стационара одного дня было выполнено в 46,7 % случаях, остальные больные (53,1 %) находились на стационарном режиме в течение одних суток, затем были переведены на дневное пребывание в стационаре, в целом на $(5,1 \pm 2,2)$ дня. На основании результатов ультразвукового и клинического обследования наиболее частой локализацией ДУОМЖ оказался верхне-наружный квадрант МЖ — у 24 больных (37,5 %).

С учетом данных клинического обследования и УЗ-разметки ДУОМЖ было запланировано и выполнено 44 оперативных вмешатель-

ства из периареолярного доступа, из инфрамаммарного доступа — 2 случая, в 4 случаях при двусторонней локализации узловых образований оперативные вмешательства произведены из периареолярного и дугообразного доступов непосредственно над образованием МЖ. Дугообразный доступ в целом применили в 12 случаях, аксилярный доступ выполнен в 2 случаях. Без сомнения, у каждой больной мы планировали возможность выполнения оперативного вмешательства из наиболее выгодного в эстетическом плане периареолярного доступа. Так, в 9 случаях периареолярный доступ был запланирован при отдаленном расположении узлового образования от края ареолы, на расстоянии более чем на 3 см. При множественных фиброаденомах стремились к удалению нескольких образований из одного доступа ($N=3$). В этих случаях производили подкожное тунелирование над передним листком поверхностной фасции до противоположного края доброкачественного образования и удаляли последнее через сформированный канал.

Под местной анестезией прооперировано 15 женщин (23,4 %), анестезиологическое пособие (внутривенная анестезия, масочный наркоз) применили у 49 пациенток (76,6 %). Общая анестезия особо предпочтительна во время выполнения хирургических манипуляций в области сосково-ареолярного комплекса. Проведение оперативного вмешательства под местной анестезией периареолярным доступом чрезвычайно не комфортно для больной. При любом оперативном доступе с тунелированием подкожной клетчатки инфильтрация тканевой анестетиком затрудняет идентификацию узлового образования, увеличивает продолжительность операции и повышает ее травматичность. Выше сказанное нашло подтверждение и в нашем исследовании. Использование местной анестезии увеличивало длительность оперативного вмешательства до $(53,6 \pm 5,5)$ мин, в то время как операция под внутривенным наркозом продолжалась $(30,7 \pm 1,5)$ мин.

Всего выполнено 23 энуклеации (35,94 %) при 22 фиброаденомах МЖ и в 1 случае при кисте (выполнена энуклеация кисты с капсулой). ССР выполнена у 10 больных (во всех случаях при узловых мастопатиях, в 1 случае при кисте МЖ, расположенной в толще железистой ткани). Железистую ткань в этих случаях обычно ушивали Викрил-рапидом 3/0. У 30 больных удаление узлового образования произведено в объеме ЭСР при ФА МЖ, которые располагались интрамаммарно или у основания МЖ. При ВПП в одном случае выполнена микродуктэктомия с предварительной предоперационной маркировкой кровотока метиленовым синим. Периареолярным доступом с частичной мобилизацией и отве-

дением ареолы кожним крючком обнажались центральные протоки. Проток, содержащий краситель, иссекался вместе с подлежащей железистой тканью. Дренажное послеоперационное ранение производили с помощью резинового выпускника. На кожу накладывали внутрикожный шов Проленом 4/0. Средний размер выделенных и удаляемых узловых образований МЖ при макроскопической интраоперационной оценке составил (22,6±0,9) мм.

Осложнения раннего послеоперационного периода наблюдали в 3 случаях, которые были представлены воспалительным инфильтратом (2 случая) и гематомой (1 случай) (табл. № 1).

После оперативного лечения больным с ДУОМЖ проводилась длительная (в течение 2-х лет) патогенетическая консервативная терапия. У больных с воспалительными и пролиферативными изменениями в тканях ДУОМЖ, подтвержденных гистологическими и иммуногистохимическими исследованиями трепан-биоптатов и операционного материала, в комплекс консервативных мероприятий была включена и противовоспалительная терапия (N=23), начиная с предоперационного периода (N=14).

Проведение оперативных вмешательств в первой фазе МЦ снижает риск возникновения ранних послеоперационных осложнений. Кроме того, взятие материала в 1-й фазе МЦ обеспечивает получение достоверных результатов морфологического исследования, так как во 2-й половине МЦ в ткани МЖ имеют место физиологические пролиферативные изменения, которые сложно дифференцировать с истинными патологическими процессами [4].

На амбулаторном этапе лечения с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений применяли УЗ-контроль за течением раневого процесса на 5–7–14 день, а для оценки проведения последующей этиопатогенетической терапии — через 2,6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. В раннем послеоперационном периоде под УЗ-контролем выполнялось пунктирование зоны операции с аспирацией раневого экссудата.

В позднем послеоперационном периоде на контрольном УЗИ МЖ в 2 случаях в проекции зоны оперативного вмешательства обнаружено кистозное расширение протока. Гипертрофические рубцы и изменения контуров оперированной МЖ через 1 год с момента операции выявлены не были. Среди женщин, которые в последующем родили, не было выявлено проблем с лактационной функцией оперированной МЖ.

При анализе отдаленных результатов хирургического лечения имели место рецидивы ДУОМЖ вне зоны оперативного вмешательства (N= 3), обострение предменструального синдрома (N=2). Следует отметить, что перечисленные неблагоприятные проявления в отдаленные сроки с момента операции были выявлены у 5 больных, которые после оперативного лечения, несмотря на рекомендации лечащего врача, не находились на диспансерном наблюдении и, соответственно, не проводили рекомендуемую патогенетическую терапию. Рецидивы ДУОМЖ и малигнизация в проекции послеоперационного рубца в течение 5 лет выявлены не были.

Таблица 1

Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде в зависимости от особенностей проведенного хирургического лечения

Осложнение	Фаза МЦ		Возраст, лет		Обезболивание		Объем оперативного вмешательства			Выполнение тунелирования операционного канала		Ушивание железистой ткани МЖ	
	1-я	2-я	15-30	31-49	Местное	Общее	ЭФА	ССР МЖ	ЭСР МЖ	да	нет	да	нет
Гематома	—	1	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1
Воспалительный инфильтрат	—	2	1	1	2	—	—	1	1	2	—	1	1
Всего	44	20	51	13	15	49	23	10	31	12	52	49	15

Таблица 2

Частота осложнений в позднем послеоперационном периоде и отдаленные результаты лечения ДУОМЖ

Осложнения	Фаза МЦ		Возраст, лет		Объем оперативного вмешательства			Консервативная терапия в послеоперационном периоде	
	1-я	2-я	15-30	31-49	ЭФА	ССР МЖ	ЭСР МЖ	Консервативная терапия не проведена	Консервативная терапия проведена
Кистозное расширение протоков	—	2	2	—	—	2	—	1	1
Обострение предменструального синдрома	1	1	2	—	1	—	1	2	—
Рецидив ДУОМЖ вне зоны операции	—	3	2	1	3	—	—	3	—
Всего	44	20	51	13	23	10	31	9	55



Выводы

1. При выполнении миниинвазивного хирургического лечения больных с ДУОМЖ с соблюдением эстетических принципов проводимого оперативного вмешательства процент осложнений послеоперационного периода минимален, а отдаленные результаты при проведении патогенетического комплексного лечения являются хорошими и благоприятными.

2. Из осложнений раннего послеоперационного периода выявлены гематомы (1,56 % — 1 случай) и воспалительный инфильтрат (3,1 % —

2 случая), которые были характерны для пациенток раннего репродуктивного возраста (15–30 лет), при проведении оперативного вмешательства во второй половине МЦ под местной анестезией в объеме ССР или ЭСР.

3. В позднем послеоперационном периоде выявлены: кистозное расширение протоков в зоне операции (3,1 %), обострение предменструального синдрома (3,1 %), рецидивы ДУОМЖ вне зоны операции (4,6 %), которые в 77,8 % случаев были обусловлены отсутствием патогенетической консервативной терапии после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриева С. С. Возможность использования и эффективность лазерного излучения ближнего инфракрасного диапазона в хирургии доброкачественных узловых образований молочных желез / С. С. Ануфриева // Медицина Урала. — 2007. — № 4. — С. 17–18
2. Глушкова И. В. Роль лучевых методов диагностики в снижении послеоперационных осложнений (келлоидных рубцов) при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний молочных желез : Дис. ... канд. мед. Наук : специальность 14.00.19 / И. В. Глушкова; «Кубанская государственная медицинская академия имени Красной армии». — М., 2003. — 92 с.
3. Зорин Е. А. Малоинвазивные вмешательства при доброкачественных узловых образованиях молочной железы : Дис. ... канд. мед. наук: специальность 14.00.27 / Е. А. Зорин; «Российский университет дружбы народов». — М., 2008. — 110 с.
4. Иванов О. А. Основы клинической маммологии. Учебно-методическое пособие / О. А. Иванов, В. Г. Акишкин, Ю. В. Оганесян [и др.]. — Астрахань, 2008. — 99 с.
5. Куклин И. А. Оптимизация хирургического лечения и реабилитации при опухолях молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : специальность 14.00.27 / И. А. Куклин ; «Российская академия медицинских наук». — Иркутск, 2009. — 167 с.
6. Kirill V. Gordon Aspects of Medical and Psychological Rehabilitation of Patients after Aesthetic Breast Surgery / Kirill V. Gordon, Eduard S. Khudoev // European Journal of Medicine.— 2013. — Vol. 1, № 1. — P. 15–21.



УСКЛАДНЕННЯ ТА
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ
ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ДОБРОЯКІСНИМИ
ВУЗЛОВИМИ
УТВОРЕННЯМИ
МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

*Ф. М. Ільченко,
Т. Е. Усманова,
О. С. Філатов*

Резюме. Вивчено ускладнення післяопераційного періоду та віддалені результати хірургічного лікування 64 хворих з доброякісними вузловими утвореннями молочних залоз. З ускладнень раннього післяопераційного періоду виявлено гематоми (1,56 %) і запальний інфільтрат (3,1 %), які характерні для пацієнок раннього репродуктивного віку, при проведенні оперативного втручання в другій половині менструального циклу під місцевою анестезією в обсязі стандартної або економічної секторальної резекції молочної залози. У пізньому післяопераційному періоді були виявлені кістозні розширення протока в зоні операції (3,1 %), загострення передменструального синдрому (1,56 %), рецидиви доброякісних вузлових утворень молочних залоз поза зоною операції (4,66 %), які в 77,8 % випадків були обумовлені відсутністю тривалої патогенетичної консервативної терапії після виконання оперативного втручання.

Ключові слова: доброякісні вузлові утворення молочної залози, хірургічне лікування, післяопераційні ускладнення.

COMPLICATIONS AND
LONG-TERM RESULTS OF
SURGICAL TREATMENT OF
PATIENTS WITH BENIGN
BREAST TUMORS

*F. N. Ilchenko,
T. E. Usmanova,
A. S. Filatov*

Summary. Studied postoperative complications and long-term results of surgical treatment of 64 patients with benign breast tumors. Complications of early postoperative period revealed a hematoma (1,56 %) and inflammatory infiltrate (3,1 %), typical of the early patients of reproductive age during surgery in the second half of the menstrual cycle under local anesthesia in the volume of standard or economical sector resection of the breast. In the late postoperative period were identified cystic duct expansion in the area of operation (3,1 %), exacerbation of premenstrual syndrome (1,56 %), recurrent benign breast tumors outside operation zone (4,66 %) and in 77,8 % of cases were due to lack of long-term pathogenetic conservative therapy after operations.

Key words: benign breast tumors, surgical treatment, postoperative complications.