

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Т. Э. Усманова

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь

OPTIMIZATION OF APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN BREST GLAND TUMOURS

T. E. Usmanova

По данным литературы, в структуре узловых образований ГЖ доброкачественными являются более 80% [1]. Проблема совершенствования выбора оптимальной лечебной тактики при ДУОГЖ актуальна в современной хирургической практике [2].

В течение длительного времени наиболее распространенной операцией по поводу ДУОГЖ была СР с использованием радиарного доступа (РД) [1, 3]. Однако косметические результаты такой операции, особенно при локализации опухоли в верхних квадрантах ГЖ, не удовлетворяли ни хирурга, ни пациенток [3 — 5]. В настоящее время применение СР обусловлено тем, что операция проста в техническом плане, в течение многих лет ее считали стандартом в лечебно-диагностическом алгоритме при узловых образованиях ГЖ как более радикальное оперативное вмешательство.

Единого мнения относительно способа зашивания остаточной полости после СР ГЖ нет. Одни авторы рекомендуют не сшивать края раны, поскольку натяжение тканей в отдаленном периоде может обуславливать возникновение злокачественной опухоли в зоне рубцевания; другие — предлагают различные модификации швов: отдельные узловые, П-подобные, в виде восьмерки, съемный внутренний шов [3].

Несмотря на постоянное совершенствование методов хирургического лечения больных по поводу ДУОГЖ, проблема ранних и поздних послеоперационных осложнений актуальна [3].

Реферат

Проанализированы результаты лечения 95 больных по поводу доброкачественных узловых образований (ДУО) грудных желез (ГЖ). Для улучшения результатов их лечения использовали хирургические приемы, позволяющие уменьшить травматичность оперативных вмешательств. Применение предоперационной ультразвуковой (УЗ) маркировки ДУОГЖ, косметически выгодных малотравматичных доступов, УЗ диссектора, наложение комбинированного косметического шва на железистую ткань после секторальной резекции (СР ЖГ) способствовало улучшению результатов оперативного лечения, что подтверждено благоприятным течением раннего послеоперационного периода.

Ключевые слова: доброкачественные узловые образования грудной железы; хирургическое лечение; секторальная резекция; послеоперационные осложнения.

Abstract

The results of 95 patients treatment with benign breast gland tumours (BBGT) were studied. For improve the results of treatment the introduction of surgical techniques that reduce the invasiveness of operations were applied. The performance of preoperative ultrasound (US) marking BB GT, cosmetically non-traumatic incisions, US dissector, combined cosmetic suture apply for the glandular tissue after sectoral resection of breast gland contribute to improving the results of surgical treatment, which is confirmed by the auspicious course of the early postoperative period.

Key words: benign breast gland tumours; surgical treatment; sectoral resection; post-operative complications.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных по поводу ДУОГЖ путем внедрения хирургических приемов, позволяющих уменьшить травматичность оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 95 больных репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет) по поводу ДУОГЖ. В основную группу включены 64 больных, хирургическое лечение которых включало соблюдение хирургических приемов, обеспечивающих выполнение миниинвазивного оперативного вмешательства на ГЖ в 1-ю фазу менструального цикла; в контрольную

группу — 31 больная, оперативное лечение которых предусматривало СР с использованием РД.

Диагноз ДУОГЖ до операции подтвержден результатами клинического обследования, ультразвукового исследования (УЗИ) ГЖ, тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии под контролем УЗИ с цитологическим исследованием, трепан-биопсии ГЖ под УЗ навигацией с использованием толстой иглы и аппарата Magnum с последующим морфологическим исследованием ткани с 5-го по 10-й день менструального цикла. Для УЗИ использован цифровой УЗ сканер экспертного класса Toshiba Xario SSA-660A с линейными датчиками с частотой 7,5 и 10 МГц, с помощью кото-

рого у больных основной группы осуществляли предварительную разметку образования, переносили его поперечник и длинник на кожу ГЖ, после операции — проводили УЗ контроль зоны оперативного вмешательства.

Оперативные вмешательства в контрольной группе выполняли с использованием РД, в основной группе — периареолярного (ПД), субмаммарного (СМД), проекционного дугообразного (ПДД) и аксиллярного (АД) доступов в объеме СР и экономной секторальной резекции (ЭСР) ГЖ, энуклеации образования с применением местного обезболивания или внутривенного наркоза.

Железистую ткань зашивали путем наложения одиночного узлового шва, множественных узловых швов, однорядного непрерывного шва, двухрядного непрерывного шва, являющегося составной частью предложенного нами комбинированного косметического шва (заявка № u2014 03483 от 04.04.14).

Способ наложения комбинированного косметического шва. Мобилизовали переднюю и заднюю поверхности ГЖ, отделяя передний листок поверхностной грудной фасции (ПЛ ПГФ) от подкожной основы и задний листок поверхностной грудной фасции (ЗЛ ПГФ) в ретромаммарной клетчатке от поверхностного листка глубокой грудной фасции (фасции большой грудной мышцы) для предотвращения натяжения по линии швов и формирования оптимального послеоперационного рубца. На первом этапе накладывали вертикальный шов по направлению от ПЛ ПГФ к ЗЛ ПГФ. На противоположной стороне в шов захватывали только ЗЛ ПГФ с частью железистой ткани. Шов продолжали вдоль раневого канала, точно адаптируя глубокие слои ГЖ и ЗЛ ПГФ. В конце раневого канала вертикальным швом переходили от ЗЛ ПГФ к ПЛ ПГФ. После адаптации глубоких слоев железистой ткани накладывали поверхностный ряд швов с захватом ПЛ ПГФ и поверхностных слоев ГЖ. После перехода на ПЛ ПГФ нить затягивали и фиксировали зажимом. Поверхностный ряд швов завершали на стороне, проти-

воположной началу его наложения. При затягивании концов нитей двухрядного непрерывного шва достигали точной адаптации краев раны ГЖ. Далее накладывали третий (интрадермальный) непрерывный адаптирующий шов с применением монофиламентной нити (ghjky 4/0), сопоставляли кожу с выколом и вколом за пределами раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе для уменьшения травматичности оперативного вмешательства по поводу ДУОГЖ применяли такие приемы: предоперационную УЗ маркировку узлового образования, малотравматичные косметически выгодные операционные доступы, использование УЗ диссектора, наложение комбинированного косметического шва после СР ГЖ.

С учетом данных УЗ разметки ДУОГЖ в основной группе запланированы и выполнены оперативные вмешательства с использованием ПД — у 44 больных, СМД — у 2, ПДД — у 12, АД — у 2; ПД и ПДД — у 4 при двусторонней локализации ДУОГЖ. У 9 больных основной группы с применением ПД удалено узловое образование, расположенное на значительном отдалении (более 3 см) от края околососкового кружка ГЖ. Для этого проведено подкожное туннелирование над ПЛ ПГФ до противоположного края ДУОГЖ с удалением его через сформированный операционный канал. Точная УЗ маркировка ДУОГЖ позволила в основной группе удалять "большие" узлы, диаметр которых при макроскопической интраоперационной оценке составил в среднем ($22,6 \pm 0,9$) мм, с применением относительно небольшого доступа.

При использовании местной анестезии у 15 (23,4%) больных основной группы длительность оперативного вмешательства увеличивалась до ($53,6 \pm 5,5$) мин, при внутривенном наркозе у 49 (76,6%) больных она составила ($30,7 \pm 1,5$) мин. В контрольной группе длительность операции под местной анестезией у 23 (74,2%) больных составила ($25,5 \pm 1,3$) мин, внутривенного наркоза у

8 (25,8%) — ($25,7 \pm 2,01$) мин. При выполнении оперативного вмешательства под местной анестезией послеоперационные осложнения в основной группе возникли у 3 (4,7%) больных, под внутривенным наркозом — у всех пациентов течение послеоперационного периода без осложнений. При несоблюдении принципов миниинвазивности и правил эстетической хирургии ГЖ в контрольной группе длительность операции значительно меньше по сравнению с таковой в основной группе: под общим обезболиванием — на 20%, под местной анестезией — на 50% (в 2 раза). В основной группе соблюдение принципов миниинвазивного оперативного вмешательства требовало больше времени.

В основной группе у 23 больных выполнена энуклеация образования ГЖ, в том числе у 22 — по поводу фиброаденомы ГЖ, у 1 — кисты (с капсулой). СР выполнена у 10 больных (у всех — по поводу узловой мастопатии, 1 — кисты ГЖ, расположенной в толще железистой ткани) с применением ПД, ПДД и СМД. У 31 больной основной группы узловое образование удалено в объеме ЭСР по поводу фиброаденомы ГЖ, которая располагалась интрамаммарно или у основания железы, либо при невозможности вылуценья узла из капсулы, а также у 1 — по поводу внутрипротоковой папилломы с предварительным прокрашиванием протока метиленовым синим. Все оперативные вмешательства в контрольной группе выполнены с применением РД в объеме СР — у 30 (96,7%) и ЭСР ГЖ — у 1 (3,2%).

Рассекали подкожную основу, капсулу, при необходимости — и ткань ГЖ "тупым" и "острым" путем с применением УЗ диссектора, в контрольной группе — скальпеля или монополярной коагуляции. Под контролем пальца и зрения узел захватывали щипком. Рану расширяли крючками и иссекали ДУОГЖ с тканью ГЖ в объеме СР или ЭСР, либо выполняли энуклеацию.

В основной группе у 10 (15,6%) больных на ткань ГЖ после СР накладывали двухрядный непрерывный вертикальный шов с использо-

ванием нити викрил—рапид 3/0 как составную часть предложенного нами комбинированного косметического шва. В контрольной группе у 31 больной на железистую ткань после СР — у 30, ЭСР — у 1 наложены одиночные узловые швы. После ЭСР в основной группе на ткани ГЖ накладывали непрерывный однорядный шов с применением нити викрил—рапид 3/0. После энуклеации ДУОГЖ (у 23 больных) у 9 наложен одиночный узловой шов при больших размерах узлового образования.

В основной группе, независимо от способа зашивания железистой ткани, для сопоставления кожи применяли интрадермальный непрерывный адаптирующий шов нитью пролен 4/0. При большой длине ПД после наложения шва кожи для большей эстетичности будущего рубца и лучшей адаптации краев раны у 14 (21,9%) больных осуществлена его дополнительная фиксация адгезивным пластырем (Steri—Strip) с натяжением в нужном направлении.

По данным УЗИ и клинической оценки раннего послеоперационного периода установлены различия зоны операции в зависимости от особенностей отдельных этапов ее выполнения. В контрольной группе после СР ГЖ с применением РД у 12 больных обнаружено ограниченное скопление жидкости в проекции зоны операции, в основной группе такого осложнения не было.

В основной группе частота осложнений раннего послеоперационного периода составила 4,7%, воспалительный инфильтрат возник у 2 больных, гематома — у 1. Эти осложнения возникли при выполнении оперативного вмешательства во 2-й половине менструального цикла, под местной анестезией, туннелировании операционного канала и операциях в объеме СР и ЭСР.

Формирование у 12 (38,7%) больных контрольной группы на 3-и сутки после операции воспалительного инфильтрата в проекции раны можно объяснить, во-первых, трав-

матичностью операции (доступ и объем) и большим количеством рассасывающегося шовного материала, оставленного в ране, учитывая технику наложения множественных узловых швов при зашивании железистой ткани после СР. При наличии воспалительного инфильтрата отмечена более выраженная гиперемия в проекции операционной раны. На 5-е сутки воспалительный инфильтрат обнаружен у 7 больных, на 7-е сутки — у 4, на 10-е сутки — у 2. Болезненность в проекции операционной раны и локальный отек ГЖ сохранялись в течение всего раннего послеоперационного периода, их выявляли в 1-е сутки — у 21 (67,7%) пациентки, на 3-5-е сутки — у 20 (64,5%), на 10-е сутки — у 16 (51,6%). Экссудацию из операционной раны на 2-3-и сутки наблюдали у 10 (32,3%) больных, на 5-е сутки — у 6 (29,03%) в виде скудного сукровичного отделяемого, к 6-м суткам отделяемого не было.

В основной группе боль и локальный отек в зоне операции наиболее выражены в течение 3 сут после СР или ЭСР ГЖ — у 15 (23,4%) больных, на 5-е сутки — у 2 (3,1%). Экссудацию из операционной раны в основной группе до 5-х суток отмечали у 2 (3,1%) пациенток, технической особенностью оперативного вмешательства у которых было туннелирование операционного канала. Воспалительный инфильтрат обнаружен на 2-е сутки, постепенно регрессировал к 5-м суткам. На 7-е сутки экссудация прекратилась. Температура тела в пределах субфебрильной (37,2 — 37,5 °С) в основной группе отмечена у 1 (1,6%) больной в 1-е сутки, в контрольной группе — у 2 (6,5%), нормализовалась ко 2-м суткам после операции.

Особенности течения послеоперационного периода обусловили и более длительное лечение больных контрольной группы в хирургическом стационаре — в среднем (8,2 ± 1,03) дня. Хирургическое лечение в условиях дневного стационара в основной группе проведено у 30 (46,9%) пациентов, 34 (53,1%) — лечили в стационаре в течение 1 сут,

затем переведены в дневной стационар, в целом продолжительность лечения (5,1 ± 2,2) дня.

Таким образом, большая травматичность операции вследствие ее объема, выполнение РД и способ зашивания железистой ткани путем наложения множественных одиночных узловых швов обусловили менее благоприятное течение раннего послеоперационного периода в контрольной группе по сравнению с таковым в основной группе, в которой частота послеоперационных осложнений минимальна.

Выводы

1. Применение таких хирургических приемов, как предоперационная УЗ маркировка узлового образования, удаление ДУОГЖ в объеме энуклеации или ЭСР с использованием косметически выгодных операционных доступов, УЗ диссектора, наложение комбинированного косметического шва для зашивания железистой ткани после СР, дополнительная фиксация раны кожи адгезивным пластырем Steri—Strip позволили уменьшить травматичность оперативных вмешательств и риск возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде, улучшить результаты хирургического лечения больных.

2. Наложение комбинированного косметического шва раны ГЖ после СР без натяжения, с идеальной адаптацией краев раны путем использования многослойной техники сшивания способствовало уменьшению частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде, улучшению косметических характеристик рубца после заживления ран.

3. Выполнение миниинвазивных оперативных вмешательств на ГЖ по поводу ДУОГЖ с учетом предложенных хирургических приемов обеспечило уменьшение продолжительности лечения больных в стационаре с (8,2 ± 1,03) дня при СР с использованием РД до 1 сут — у 46,9% пациенток и (5,1 ± 2,2) дня в дневном стационаре — у 53,1% пациенток основной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В. Н. Эволюция хирургии доброкачественных узловых образований молочной железы / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Е. А. Зорин // Эндоск. хирургия. — 2007. — № 4. — С. 58 — 62.
2. Оптимізація алгоритму діагностики доброякісних вузлових новоутворень молочних залоз / В. Г. Дубініна, С. Г. Четвериков, О. В. Заволока [та ін.] // Хірургія України. — 2013. — № 4. — С. 88 — 91.
3. Оптимизация принципов хирургического лечения доброкачественных заболеваний молочной железы / Б. О. Дружков, И. Г. Гатаулин, Б. К. Дружков, М. О. Дружков // Казан. мед. журн. — 2010. — Т. 91, № 1. — С. 120 — 121.
4. Адамян А. Т. Периареолярный доступ для секторальной резекции молочной железы / А. Т. Адамян, Р. А. Шагиахметова // Вопр. онкологии. — 1990. — № 2. — С. 29 — 31.
5. Зорин Е. А. Малоинвазивные вмешательства при доброкачественных узловых образованиях молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.27 / Е. А. Зорин; Рос. ун-т дружбы народов. — М., 2008. — 32 с.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.