

# Постмастэктомическая лимфедема верхних конечностей: возможности консервативного лечения

А.Е. Андреева

адрес: Москва, ул. Мясницкая, д. 26, стр. 1, отделение 10, тел. 8 (495) 770-00-00

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 развивается 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 клинико-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 "доклинической", "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 ис-

## 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



