Таким образом, контроль заболевания достигнут у 96,3% пациентов, что превышает аналогичный показатель в исследовании ERIVANCE BCC.

Ближайшей перспективой в исследовательской работе является изучение эффективности висмодегиба при множественной БКК (исследование MIKIE).

Благодаря определению молекулярных механизмов развития БКК впервые появилась возможность реальной помощи больным с неоперабельной и метастатической формами этого заболевания, которые долгие годы оставались лишены надежды на излечение и были социально изолированы. Выход инновационных молекул, первой из которых стал висмодегиб, позволяет рассчитывать на принципиально иную эффективность терапии больных неоперабельной и метастатической БКК. На сегодняшний день алгоритм лечения подобных больных следует рассматривать как «дерматолог–хирург–радиолог–химиотерапевт».

**Литература**


1. Lo JS, Snow SN, Reizner GT et al. Metastatic basal cell carcinoma: report of twelve cases with a review of the literature. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 715–9.
2. Ting PT, Kasper R, Arlette JP. Metastatic basal cell carcinoma: report of two cases and literature review. J Cutan Med Surg 2005; 9: 10–5.
3. Costantino D, Lowe L, Brown DL. Basosquamous carcinoma – an under-recognized, high-risk cutaneous neoplasm: case study and review of the literature. J Plan Reconstr Aesthet Surg 2006; 59: 424–8.
4. Kuijpers DI, Thissen MR, Neumann MH. Basal cell carcinoma: treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy. Am J Clin Detmotol 2002; 3: 247–59.
5. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Arch Dermatol 1999; 135: 1177–83.
6. Braun RP, Klumb F, Girard C et al. Three-dimensional reconstruction of basal cell carcinomas. Dermatol Surg 2004; 31: 562–6.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ МНИОИ им. П.А.Герцена Минздрава России, 2013.
8. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med 2005; 353: 2262–9.
9. Gailani MR, Leffell DJ, Ziegler A et al. Relationship between sunlight exposure and a key genetic alteration in basal cell carcinoma. J Natl Cancer Inst 1996; 88: 349–54.
10. Joshi AD, Forsyth MT, Fryeeld DC et al. Demographic and treatment characteristics for advanced basal cell carcinoma (aBCC) in an oncology outpatient setting. J Clin Oncol 2011; 29 (Suppl. 15): abstr. e19001.
11. Seo SH, Shim WH, Shin DH et al. Pulmonary metastasis of basal cell carcinoma. Ann Dermatol 2011; 23 (2): 213–6.
12. Von Hoff DD, LoRusso PM, Rudin CM et al. Inhibition of the hedgehog pathway in advanced basal-cell carcinoma. N Engl J Med 2009; 361: 1164–72.
13. Sekulic A, Migden M, Basset-Seguin N et al. Long-term safety and efficacy of vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma (aBCC): 18-month update of the pivotal ERIVANCE BCC study. Poster presented at: American Society of Clinical Oncology May 31 – June 4 2013. Chicago IL.
14. Grob J, Kunstfeld R, Dreno B et al. Vismodegib, a Hedgehog pathway inhibitor (HPI), in advanced basal cell carcinoma (aBCC): STEVIE study interim analysis in 300 patients. Poster presented at: American Society of Clinical Oncology May 31 – June 4, 2013. Chicago IL.


# Клинический пример успешного лечения лимфедемы у больной с постмастэктомическим синдромом


**В.С.Макарова**

Научно-практический центр реабилитации больных лимфедемой «Лимфа», Москва



**Резюме**

Лимфедема является одним из серьезных осложнений радикального лечения онкологических заболеваний, в том числе рака молочной железы. Применение комплексной физической противоотечной терапии в лечении лимфедем позволяет добиваться значительного регресса отека и стойкой ремиссии заболевания. В статье приводится клинический пример развития слоновости верхней конечности у больной с постмастэктомическим синдромом и результат успешного ее лечения.



**Ключевые слова:** лимфедема, лимфатический отек, лимфостаз, постмастэктомический синдром.


**A clinical example of successful treatment for lymphedema in a patient with postmastectomy syndrome**


V.S.Makarova



**Summary**

Lymphedema is one of the serious complications of radical treatment of cancer including breast cancer. The treatment of lymphedema can make significant regression of edema and sustained remission of the disease. The article provides a clinical example of elephantiasis of the upper extremity in patients with postmastectomy syndrome and its successful treatment outcome.



**Key words:** lymphedema, lymphatic edema, lymphostasis, postmastectomy syndrome.



**Сведения об авторе**

Макарова Вера Сергеевна – канд. мед. наук, лимфолог, НПЦ реабилитации больных лимфедемой «Лимфа». E-mail: vsmakarova@ya.ru


Лимфедема – прогрессирующее заболевание, характеризующееся отеком конечности (или конечностей) за счет скопления жидкости с высоким содержанием белка в интерстициальном пространстве, преимущественно в подкожно-жировой клетчатке, вследствие нарушения транспорта лимфы по лимфатическим сосудам. Наиболее тяжелой формой лимфедемы является слоновость (III стадия заболевания по M.Foldi).

Среди взрослого населения Российской Федерации наиболее часто лимфедема наблюдается у больных, перенесших комбинированное лечение онкологического заболевания. Радикальные операции по удалению опухоли предусматривают лимфодиссекцию (частичную или тотальную) регионарных лимфатических узлов, что приводит к нарушению анатомических путей транспорта лимфы.

Кроме того, комбинированное лечение онкологического заболевания включает в себя проведение лучевой терапии, последствием которой является асептическое воспаление мягких тканей в зоне облучения. При этом происходит грубое фиброзное перерождение подкожно-жировой клетчатки с облитерацией лимфатических сосудов. Известно, что транспорт лимфы от конечностей осуществляется в направлении от глубжележащих тканей (костной,

**Рис. 1. Больная В. до лечения.**

**Рис. 2. Та же больная после первого курса КФПТ.**

**Рис. 3. Та же больная после второго курса КФПТ в компрессионном трикотаже.**

**Рис. 4. Больная В. в компрессионном бандаже во время лечения.**

мышечной, фасций) к поверхностным, и основные лимфатические коллекторы проходят в подкожно-жировой клетчатке. В связи с этим становится понятным, почему лучевой фиброз подкожно-жировой клетчатки приводит к значительному усугублению нарушения транспорта лимфы от конечности и развитию лимфатического отека.

Особую группу онкологических больных составляют женщины с постмастэктомическим синдромом, который представляет собой совокупность проявлений на стороне проведенного оперативного лечения в виде постмастэктомического дефекта, рубцовых изменений мягких тканей, обусловливающих приводящую контрактуру плеча, брахиоплексита и/или нейропатии и, наконец, отека верхней конечности – лимфедемы. Одним из наиболее частых осложнений лимфедемы является возникновение рожистого воспаления, а в редких случаях при длительно существующем постмастэктомическом отеке развивается такое грозное осложнение, как лимфангиосаркома (синдром Стюарта–Тривса).

Хирургическое лечение лимфедемы при постмастэктомическом синдроме может представлять интерес в случаях сохранной функции лимфатических сосудов, структурной единицей которых является лимфангион. Однако когда появляется отек, это уже свидетельствует о недостаточности лимфатических коллекторов, а когда отек становится непреходящим, можно говорить уже о функциональной недостаточности лимфангиона. В этом случае хирургическое восстановление проходимости лимфатических сосудов (лимфо-лимфатические анастомозы) уже неэффективно. Следует отметить, что ряд хирургов-исследователей предпринимали попытки восстановления лимфатической проходимости во время основной операции – радикальной мастэктомии, однако назначаемая в последующем лучевая терапия приводила к локальному воспалению мягких тканей, облитерации лимфатических сосудов и анастомозов.

На современном этапе развития лимфологии единственно оправданным является консервативное лечение лимфедем, в том числе и постмастэктомических отеков. Это так называемая комплексная физическая противоотечная терапия (КФПТ), которая включает в себя специальный вид ручного массажа – мануальный лимфодренаж с наложением компрессионного бандажа, лечебную физкультуру (ЛФК) и уход за кожей. Компрессионный бандаж представляет собой наложение бинтов малой растяжимости с использованием различных прокладок. После проведенного курса больному надевают специально пошитый по индивидуальным меркам компрессионный трикотаж (в нашем случае рукав и перчатка) плоской вязки, что позволяет удерживать достигнутый результат.

За многие годы работы с больными, страдающими лимфатическими отеками различной степени тяжести, нами накоплен значительный опыт консервативного лечения лимфедем. В данной работе мы приводим клинический пример консервативного лечения пациентки с постмастэктомическим синдромом.

## Клинический случай

*Больная В. 1948 года рождения (65 лет).* Диагноз: I 97.2 Вторичная лимфедема левой верхней конечности, III стадия по M.Foeldi (слоновость), осложненная рожистыми воспалениями, манифестация в 2000 г. Состояние после комбинированного лечения рака левой молочной железы, стадия III, группа 3.

Сопутствующий диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II функционального класса, гипертоническая болезнь 3-й степени, риск 4. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Хронический калькулезный холецистит.

Жалобы при поступлении в НПЦ «Лимфа»: огромный отек левой руки, из-за чего больная не может находиться в устойчивом положении, свободно перемещаться, выраженные боли в области шеи.

Анамнез: в 1999 г. проведено комбинированное лечение рака левой молочной железы $T_3N_2M_0$ (радикальная мастэктомия по Маддену, химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия). Через год появился отек верхней левой конечности, который постепенно прогрессировал. Больная незначительное время носила компрессионный рукав. С 2010 г. отек левой верхней конечности значительно увеличился, особенно в области плеча.

При обследовании в 2012 г.: ультразвуковое ангиосканирование вен верхних конечностей 28.09: глубокие и подкожные вены проходимы, выраженный лимфостаз левого плеча. Рентгенография органов грудной клетки 29.08: Вывих левого плеча. Возрастные изменения органов грудной клетки. Онколог 28.09: данных за метастазы не выявлено.

Больная является инвалидом I группы. В наш реабилитационный центр больная обратилась в марте 2013 г.

При поступлении: Масса тела 140 кг. Состояние по основному заболеванию – тяжелое, активные движения в левом плечевом суставе невозможны из-за массивного отека, деформирующего анатомические контуры верхней конечности, общая двигательная активность больной также ограниченна. Отек плотный, преимущественно проксимальный, в виде огромной кожной складки в области плеча (более 100 см в диаметре). Симптом Стеммера сомнительный. Регионарные лимфоузлы не увеличены, подмышечная группа лимфоузлов не пальпируется. Температура кожи левой верхней конечности не изменена, чувствительность кожи несколько снижена в области плеча. На передней грудной стенке в области левой молочной железы до средней подмышечной линии послеоперационный рубец, бледный, безболезненный, спаян с подлежащими тканями.

Пациентке проведено два курса (в марте и мае-июне 2013 г.) КФПТ по M.Foldi, включающей:

1. Мануальный лимфодренаж №20.
2. Наложение компрессионного бандажа №20.
3. ЛФК.
4. Уход за кожей.

В результате проведенного лечения достигнуто значительное улучшение в состоянии больной, отек уменьшился на 54 см в объеме плеча после первого курса КФПТ (-13 кг) и на 20 см после второго курса лечения (-7 кг). В конце каждого курса лечения изготавливался компрессионный трикотаж плоской вязки (рукав и перчатка) по индивидуальным меркам, который позволил закрепить достигнутый результат (итоговое уменьшение отека на 74 см и снижение массы тела на 20 кг).

После двух курсов КФПТ состояние пациентки значительно улучшилось, она стала активной, много двигается, перестала нуждаться в посторонней помощи.

Многолетний опыт работы с больными, страдающими лимфедемой, ясно показывает, что применение КФПТ позволяет добиваться значительного регресса лимфатического отека, поддерживать стойкую ремиссию заболевания и значительно улучшать качество жизни наших пациентов.

## Литература


*1. Макарова В.С., Макаров В.К., Спиридонов И.Г. и др. Консервативное лечение лимфедем. 2-е изд. Под ред. Ю.Е.Выренкова. М.: АНО ЛИМФА, 2012.*

*2. Марлис Г. Диагностика и лечение периферической лимфедемы. Согласительный документ исполнительного комитета Международного общества лимфологов. Флеболимфология. 2003; 18: 2–6.*

*3. Мельников Р.А., Шабашова Н.Я., Семиглазов В.Ф. и др. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы. Вопр. онкологии. 1981; 7: 77–82.*

*4. Мясникова М.О. Постмастэктомическая лимфедема верхней конечности: 30-летний опыт диагностики и лечения. Вестн. лимфологии. 2010; 4: 27–32.*

*5. Мясникова М.О., Седов В.М. Роль динамической лимфосцинтиграфии в оценке лимфотока верхних конечностей у больных с постмастэктомической лимфедемой. Вестн. лимфологии. 2006; 1.*

*6. Орлов Р.С., Борисов А.В. Механизмы сократительной активности. Л., 1983.*

*7. Поташов Л.В., Бубнова Н.А., Орлов Р.С. и др. Хирургическая лимфология. СПб., 2000.*

*8. Пронин В.И., Розанов Ю.Л., Вельшер Л.З. Мастэктомия и ее последствия. М.: Медицина, 1985.*

*9. Шпехт Л.Е. Условия возникновения отека верхней конечности после мастэктомии. Современные проблемы онкологии. Под ред. А.И.Ракова. Л.: Медицина, 1966; с. 94–102.*

*10. Becker C. Лимфедема после мастэктомии: отдаленные результаты микрохирургической пересадки лимфатических узлов. Вопр. реконструкт. и пластич. хирургии. 2008; 2 (25): 5–10.*

*11. Foeldi E et al. Conservative treatment of lymphedema of the limbs. Weissleder Angiol 1985; 36: 171–80.*

*12. Foeldi M, Kubik S. Lehrbuch der Lymphologie. 6 ed. Urban & Fischer. Munchen, Jena 2005.*

*13. Foeldi M, Foeldi E. Das Lymphoedem: Vorbeugung und Behandlung. Munchen, Jena: Urban & Fischer 1999.*