

## ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕЕЙ

*Ганусевич О. Н.<sup>1</sup>, Нестерович Т. Н.<sup>1</sup>, Федоркевич И. В.<sup>2</sup>,  
Презов А. В.<sup>2</sup>, Яковенко А. С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Регионарная лимфодиссекция относится к стандартным оперативным вмешательствам при метастазах злокачественных опухолей кожи, мягких тканей, молочной железы в подмышечные, подвздошно-пахово-бедренные лимфатические узлы [1, 2, 3]. Ввиду того, что лимфатические сосуды крайне сложно визуализировать интраоперационно из-за медленного истечения и отсутствия у лимфы специфической окраски, лимфорея после лимфаденэктомий неизбежна. Даже, несмотря на совершенствование хирургической техники и выполнения менее травматичных операций, частота послеоперационной лимфореи остается высокой и достигает 85 % и выше [1, 2, 3]. Кроме того, развитию обильной и длительной лимфореи может способствовать ожирение, артериальная гипертензия, пожилой возраст, неoadъювантная лучевая и химиотерапия. Длительная лимфорея приводит к нарушению заживления раны, а ее лечение может занимать от 2 недель до 3–4 месяцев. Более успешному заживлению раны способствует адекватное дренирование в послеоперационном периоде, однако общепризнанной тактики ведения пациентов в настоящее время не существует [1, 2]. Послеоперационные осложнения ведут к отсрочке начала адъювантной терапии, сопровождаются более длительной госпитализацией пациентов, а, следовательно, и большими финансовыми затратами медицинского учреждения [1, 2, 3]. В связи с тем, что проблема лимфореи недостаточно освещена в литературе, представленный в данной статье наш опыт ведения таких пациентов в послеоперационном периоде, можно считать актуальным.

### **Цель**

Провести анализ ведения пациентов с послеоперационной лимфореей после оперативных вмешательств на регионарном лимфоколлекторе.

### **Материал и методы исследования**

Изучены результаты ведения 32 пациентов с послеоперационной лимфореей, оперированных в отделении общей онкологии и реабилитации Гомельского областного клинического онкологического диспансера (ГОКОД) в 2017 г.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В 2017 г. в отделении общей онкологии и реабилитации ГОКОД 32 пациентам в возрасте от 44 до 77 были выполнены различного вида лимфодиссекций по поводу метастатического поражения лимфоузлов. Среди оперированных пациентов женщин было 17 (53,1 %), мужчин — 15 (46,9 %). Всего было выполнено 35 регионарных лимфодиссекций (у 3 пациентов было двухстороннее метастатическое поражение лимфоузлов). Подмышечно-подлопаточно-подключичная лимфодиссекция произведена в 19 (54,3 %) случаях, пахово-бедренно-подвздошная — в 16 (45,7 %). В 28 (80 %) случаях регионарные лимфодиссекции были выполнены по поводу метастазов меланомы. В 4 (11,6 %) случаях — по поводу рака полового члена, по 1 (2,8 %) случаю — злокачественной фиброгистиоцитомы кожи правого бедра, гранулезноклеточной опухоли яичка и карциномы Меркеля.

В послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдалась лимфорея. Основным способом ее лечения являлось дренирование послеоперационной раны. В последующем, после удаления дренажа, выполнялись пункции зоны диссекции с целью аспирации лимфы. Сроки дренирования послеоперационной раны составили от 7 до 42 дней. Продолжительность же

лимфореи после подмышечно-подлопаточно-подключичной лимфодиссекции была от 11 до 33 дней, а после пахово-бедренно-подвздошной — от 17 до 50 дней.

Для сокращения сроков лимфореи нами было решено применить специализированное питание пациентов в послеоперационном периоде. В качестве такого питания мы использовали смесь на основе белка Resource® Optimum (Nestle, Швейцария). Применяли смесь в послеоперационном периоде в объеме 500 мл в сутки в дополнение к базовой диете. Данная методика ведения пациентов была использована в 3 случаях. В 1 случае у пациента, которому была выполнена подмышечно-подлопаточно-подключичная лимфодиссекция, лимфорея прекратилась на 8 сутки. В 2 случаях пациенткам выполнялась пахово-бедренно-подвздошная лимфодиссекция, при этом длительность лимфореи была 10 и 13 дней. Таким образом, применение специализированного питания в послеоперационном периоде позволило значительно сократить сроки послеоперационной лимфореи. Предложенная нами методика ведения пациентов, использовалась только в 3 случаях, но, учитывая удовлетворительные результаты, может быть рекомендована для дальнейшего изучения и практического применения.

#### **Выводы**

1. После оперативных вмешательств на регионарных лимфоузлах послеоперационная лимфорея наблюдалась в 100 % случаев.
2. Применение белковых смесей снизило длительность послеоперационной лимфореи.
3. Продолжительность лимфореи после подмышечно-подлопаточно-подключичной лимфодиссекции составляла от 11 до 33 дней, а после пахово-бедренно-подвздошной — от 17 до 50 дней без специализированного питания. С применением специализированного питания сроки послеоперационной лимфореи составили 8 и 13 дней, соответственно.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Impact of the ultrasonic scalpel on amount of drained lymph after axillary or inguinal lymphadenectomy / O. Gie [et al.] // BMC Surg. — 2017. — Vol. 17. — P. 27.
2. Решетов, И. В. Методы интраоперационной профилактики лимфореи у больных раком молочной железы / И. В. Решетов, В. В. Осипов, В. А. Хияева // Онкохирургия. — 2012. — Т. 4, № 2. — С. 93–97.
3. Prevention of seroma following inguinal lymph node dissection with prophylactic, incisional, negative-pressure wound therapy (SEROMA trial): study protocol for a randomized controlled trial / M. G. Jorgensen [et al.] // Trials. — 2018. — Vol. 19. — P. 441.

**УДК 612.173.3:579.842.11**

## **ВЛИЯНИЕ КЛОНИДИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОРМО- И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ЭНДОТОКСЕМИИ**

*Гладкова Ж. А.*

**Государственное научное учреждение  
«Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси»  
г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

С каждым годом увеличивается число пациентов с гипертонической болезнью, которая в настоящее время считается одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Самой эффективной терапией для предотвращения развития осложнений данного заболевания является прием антигипертензивных препаратов. Так, клонидин является антигипертензивным средством центрального действия. Механизм действия обусловлен стимуляцией постсинаптических  $\alpha_2$ -адренорецепторов сосудодвигательного центра продолговатого мозга и уменьшением потока симпатической импульсации к сосудам и сердцу на пресинаптическом уровне. Гипотензивный эффект обусловлен уменьшением частоты сердечных сокращений и сердечного выброса, также происходит увеличение почечного кровотока, повышается тонус сосудов мозга, уменьшается церебральная гемодинамика [1].

В ряде исследований выявлено участие неспецифического воспаления в развитии артериальной гипертензии [2, 3]. Особенности изменения частоты сердечных сокращений при одно-