

3. Крылов В.Н., Агафонов А.В., Кривцов Н.И., Лебедев В.И. и др. Теория и средства апитерапии. - М.: Комильфо, 2007. - 296 с.
4. Дуджак Г.В., Коркушко Г.В., Коркушко О.В. Возрастные особенности изменения реологических свойств крови при введении адреналина // Проблемы старения и долголетия. - 2009. - №4. - С.373-380.
5. Шахматов И.И., Вдовин В.М., Киселев В.И. Состояние системы гемостаза при различных видах гипоксического воздействия // Бюллетень СО РАМН. - 2010. – Т. 30, №2. - С.131-138.
6. Назарова Л.Е., Дьякова И.Н., Абисалова И.Л. Влияние феруловой кислоты на свертываемость крови крыс в опытах *in vitro* // Психофармакология и биологическая наркология: материалы III съезда фармакологов России. – 2007. - Т. 7, №4. - Режим доступа: <http://www.psychopharmacology.ru/index.php/PPBN/article/view/774> (дата обращения 06.12.2012).

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Иванов П.М.¹, Бровцев О.В.², Лопатин Р.О.³, Кулыгина А.В.⁴, Лопатина М.В.⁵

¹Доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова»;
^{2,3,4,5}ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация

Рак молочной железы занимает первое место среди женщин по заболеваемости злокачественными новообразованиями. Лечение и реабилитация таких пациенток остается сложной проблемой современной онкологии. Часто используется метод радикальной мастэктомии, который влечет за собой физические и эмоциональные последствия, важнейшими из которых являются утрата органа, потеря женственности. Важным вопросом, в частности, для больных молодого возраста, считается реабилитация.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивная операция, реабилитация

Keywords: cancer of the mammary gland, reconstructive surgery, rehabilitation.

Проблема онкопатологии высоко актуальна на сегодняшний день. В 2010 г. в России было выявлено 516 874 новых случая злокачественного новообразования, женщины составили 54,0%, мужчины - 46,0%. Абсолютное число заболевших в 2010 г. на 15,2% больше, чем в 2000 г (448 602), что свидетельствует о росте заболеваемости онкопатологией в России. На конец 2010г. в территориальных специализированных онкологических учреждениях России состояли на учете 2 794 189 больных. Совокупный показатель распространенности злокачественных новообразований составил 1 968,9 на 100 000 населения. В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (14,3%). Высока, в частности, и актуальность проблемы рака молочной железы (РМЖ), что связано с частой встречаемостью РМЖ: второе место в общей структуре заболеваемости ЗН(11,1%) и первое место у женского населения (20,5%) [6].

Лечение РМЖ и реабилитация пациенток остается сложной проблемой современной онкологии. В настоящее время часто используется метод радикальной мастэктомии, который влечет за собой физические и эмоциональные последствия, важнейшими из которых являются утрата органа, потеря женственности, привлекательности и приводит к необратимым изменениям в социальной жизни [3,5,8]. Особенно актуален этот вопрос у пациенток молодого возраста. Данная проблема актуальна и в связи с возможностью развития психических нарушений при РМЖ. По разным оценкам, средняя распространенность психических нарушений при РМЖ оценивается в пределах 30–45%, а опухолей гинекологической сферы – 17–25% [9]. Патогенез психических нарушений у онкологических пациентов сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу больных мощных астенизирующих экзогенно-органических и психотравмирующих влияний. Во многих работах авторы указывают на возможные факторы, предрасполагающие к развитию психических нарушений у онкологических больных. К ним относятся эндокринные и метаболические нарушения, возникающие в ходе течения и терапии онкологического заболевания [14], использование в онкологии препаратов, непосредственно влияющих на психику [13], тяжесть общего соматического статуса при ЗН [12], радикальные оперативные методы лечения, длительность течения заболевания и др. Злокачественные новообразования молочной железы, помимо общих факторов, присущих всем ЗН, несут проблемы, характерные именно для данной группы, обусловленные угрозой утраты привлекательности, женственности, значительным снижением самооценки, ощущением потери ценности для окружающих. Развитие подобных нарушений приводит к снижению такого важного критерия как «качество жизни», что в свою очередь может негативно повлиять на клиническое течение, прогноз и выживаемость [11].

Важным вопросом, в частности, для больных РМЖ молодого возраста, считается реабилитация, которую осуществляет группа специалистов: хирург, радиолог, химиотерапевт, психолог, физиотерапевт. Реабилитация начинается с момента начала лечения, от выбора хирургического разреза до ведения послеоперационного периода, занятий лечебной физкультурой по специальной программе. Возникновение ранних или поздних послеоперационных осложнений существенно влияет на психологическое состояние пациентки [3,5,8,10,15]. После выписки из стационара больным, перенесшим операцию на молочной железе, рекомендуется: не прекращать выполнять упражнения, принимать теплые ванны, ограничивать нагрузки на «больную» конечность, проводить периодическую элевацию руки, стараться избегать повреждений и микротравм. Реконструкция молочной железы, как говорилось ранее, также является одним из этапов реабилитации и может положительно повлиять на прогноз[3,20]. Она выполняется непосредственно или спустя некоторое время (отложенная реконструкция) после удаления молочной железы [1,2,7].

Возвращение пациенток к активной жизни происходит достаточно эффективно. Противопоказаниями после лечения РМЖ могут быть: локальная и общая вибрация, производственный шум, источники локального нагревания или охлаждения, инфракрасное излучение, электромагнитное поле радиочастот, лазерное излучение, токсические вещества, постоянная физическая нагрузка, нервное перенапряжение. Таким образом, реабилитация больных РМЖ, в особенности молодого возраста, должна начинаться на догоспитальном этапе, продолжаться в условиях стационара и после выписки из него не менее 6–12 месяцев. Использование различных современных возможностей и методов влияния на качество жизни пациенток являются конечной целью реабилитации больных РМЖ [4,5,8].

Литература

1. Блохин С.Н. Первичные реконструктивно-пластические операции в комплексном лечении больных раком молочной железы // Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1996. – 29 с.
2. Бурлаков А.С. Восстановительная хирургия в лечении больных раком молочной железы. // Вестник Московского онкологического общества. – 2002. – №9. – С. 1–8.
3. Егоров Ю.С. Современные аспекты хирургического лечения постмастэктомического синдрома: Дис. д-ра мед. наук. – М., 2000. – 196 с

4. Летягин В.П. Опухоли молочных желез // Маммология. – 2005. – №1. – С. 14–22.
5. Пасов В.В. Вопросы качества жизни, социальной реабилитации и психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы // Медико–социальная экспертиза и реабилитация. – 2001.– №3. – С. 36–39.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году. М.:2012.
7. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения РМЖ и формирование при них механизмов психологической защиты: Автореф. дис. канд. псих. наук. – Челябинск, 2000. – С.25.
8. Agha–Mohammadi, S., C. D. L. Cruz, Hurwitz, D. J. Breast reconstruction with alloplastic implants // Journal of Surgical Oncology. – Nov. 2006 – 94 – 6. – P. 471–478
9. Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B. et al. Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low–Income Women With Breast or Gynecologic Cancer // J Clin Oncol. - 2005. № 23 (13). – P.3052–60.
10. Hanby, M., Ryder, K., Hamed, H., Fentiman, I.S. Breast carcinoma in women age 25 years or less // Cancer. – Feb. 2002. № 94(3). – P. 606–614.
11. Harrison, J, Maguire, P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients // Brit J Psychiat. - 1994. № 165. - P.593–8.
12. Manne, S. L., Pape, S. J., Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients spouses // Health Psychol. - 2001; 20. - P.452–7.
13. Raison, C. L, Miller, A. H. Depression in cancer: mechanisms and disease progression // Biol Psychiat 2003. № 54. – P.283–94.
14. Roy–Byrne, PP, Davidso KW, Kessler RC et al. Anxiety Disorders and Comorbid Medical Illness // Focus. - 2008. № 6. - P.467–85.
15. Scanlon E.F. The role of reconstruction in breast cancer // Cancer. - 1991. № 68(5 Suppl). – P. 1144–1147.

Иванов П.М.¹, Бровцев О.В.², Лопатин Р.О.³, Кулыгина А.В.⁴, Лопатина М.В.⁵

¹Доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова»;
^{2, 3, 4, 5}ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ

Аннотация

Рак почки занимает 10 место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований, а по уровню прироста уступает только раку предстательной железы. Хирургический подход на данный момент остается единственным эффективным методом лечения рака почки, не смотря на появление новых методов и схем консервативной терапии.

Ключевые слова: рак почки, нефрэктомия, резекция почки

Keywords: kidney cancer, nephrectomy, resection of the kidney

На сегодняшний день проблема онкопатологии остается высоко актуальной. В 2010 г. в России было выявлено 516 874 новых случая злокачественного новообразования, женщины составили 54,0%, мужчины - 46,0%. Абсолютное число заболевших в 2010 г. на 15,2% больше, чем в 2000 г (448 602), что свидетельствует о росте заболеваемости онкопатологией в России. В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (14,3%) [2].

При этом рак почки занимает 10 место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований, а по уровню прироста уступает только раку предстательной железы. В структуре смертности населения России от онкологических заболеваний рак почки среди мужчин составляет 2,7%, среди женщин – 2,1%. В США ежегодно регистрируется 30 тыс. новых случаев заболевания, при этом рак почки служит причиной смерти 12 тыс. человек [1].

Хирургический подход до сих пор остается единственным эффективным методом лечения рака почки. При этом показания к оперативному вмешательству в последние годы претерпели серьезные изменения. Значительно возросла частота применения органосохраняющего лечения, существенно расширились показания к хирургической тактике при местнораспространенных и диссеминированных формах заболевания.

В связи с повышением внимания к вопросам качества жизни в последние годы отмечается тенденция к увеличению доли органосохраняющих вмешательств при онкоурологических заболеваниях. Открытая резекция почки ассоциирована с несколько более высокой частотой осложнений, чем нефрэктомия, однако позволяет сохранить больший объем функционирующей почечной паренхимы, снизить риск почечной недостаточности и частоту применения гемодиализа. В последние годы произошел пересмотр подходов к селекции больных, которым планируется резекция почки. В частности, органосохраняющее лечение с удовлетворительными результатами выполняется при опухолях более 7 см, интрапаренхиматозных новообразованиях (с использованием интраоперационного ультразвукового исследования), множественных опухолевых узлах [8]. В некоторых центрах все чаще применяется экстракорпоральная резекция почки [9].

Наиболее распространенным показанием к лапароскопической резекции почки являются экстрапаренхиматозные опухоли <4 см. Однако в связи с развитием хирургической техники (эндоскопическое пережатие почечной ножки, гипотермия с помощью холодной перфузии выделительной системы почки через мочеточниковый катетер или почечной артерии через катетер, предварительно проведенный через бедренную артерию, различные методы гемостаза) постепенно увеличивается частота выполнения лапароскопических органосохраняющих операций при опухолях более 4 см, располагающихся в толще паренхимы и почечном синусе. Частота осложнений эндоскопической резекции почки остается более высокой, чем открытой, при сравнимых онкологических результатах [7].

По–прежнему значительное внимание привлекает вопрос величины безопасного отступа от края опухоли при выполнении органосохраняющих операций на почке. В нескольких работах отмечено отсутствие влияния данного фактора на онкологические результаты лечения. Более того, лишь в небольшом проценте случаев положительный край резекции приводит к развитию местного рецидива [3]. Аблативные методы лечения опухолей почки в настоящее время остаются экспериментальными [6].

Лимфаденэктомия при раке почки подразумевает удаление всей жировой клетчатки с лимфатическими узлами, окружающей ипсилатеральные магистральные сосуды. В рандомизированном исследовании EORTC 30881 (European Organization for Research and Treatment of Cancer), сравнивавшем результаты нефрэктомии с и без лимфаденэктомии при локализованном раке почки, частота метастазов в визуально неизмененных лимфоузлах составила лишь 3,3% при равной частоте осложнений в обеих группах. В связи с этим в настоящее время лимфодиссекция при опухолях pT1–2 может считаться диагностической, а не лечебной процедурой для большинства пациентов [5].

Исследования показали, что удаление солитарных и единичных метастазов рака почки существенно улучшает выживаемость и улучшает качество жизни. В первую очередь это относится к пациентам с симптоматическими поражениями скелета и головного мозга. Резекция костных поражений выполняется для коррекции и предотвращения патологических переломов, сохранения двигательной активности, устранения болей, устранения компрессии спинного мозга при метастазах в позвоночник [4].