

эффективно достичь этих результатов с помощью современных средств экзопротезирования. Опытный консультант-методист способен подобрать для каждой женщины индивидуально наиболее подходящий по форме, размеру и весу экзопротез молочной железы. Все это позволяет ускорить восстановление психоэмоционального состояния и возвращение к полноценной жизни.

При выполнении физиотерапевтических процедур могут быть использованы следующие аппаратные методы:

- компрессионная терапия, включающая использование пневмомассажера «Лимфа-Э» для снятия отека и ношение компрессионных рукавов;

- фотодиодная терапия на аппарате «Терафот» для коррекции местного иммунодефицита и лечения рожистых воспалений.

В состав комплексной реабилитации необходимо включить занятия ЛФК и гидрокинезотерапию в условиях плавательного бассейна. Лечебная физкультура проводится для разработки рубцовой контрактуры плечевого сустава, лечения остеохондроза шейного и плечевого отделов позвоночника. Занятия необходимо проводить ежедневно, последовательно, один раз в день по 20-30 мин. На первых занятиях больные должны выполнять упражнения медленно, с небольшой амплитудой движений.

Один раз в неделю целесообразно проводить занятия с группой женщин в бассейне. Терапевтический эффект упражнений в водной среде обусловлен:

- снижением веса тела в воде;
- релаксацией мышц и связочного аппарата;
- действием гидростатического давления на сосуды;

- положительным влиянием на психоэмоциональную сферу.

Активные движения в воде оказывают положительное влияние на гемодинамику, помогают венозному и лимфатическому оттоку, уменьшая отеки конечности.

По данным А.В. Кондакова [3] эффективность программы комплексной реабилитации в условиях кабинета (по критериям снижения числа постоперационных осложнений) составляет 72,1%.

Выводы:

Для Тюменской области является актуальным организация кабинета реабилитации женщин после радикального лечения по поводу рака молочной железы на базе областного онкологического диспансера и/или маммологического

центра. Использование достаточно простых и доступных методов реабилитации позволяет повысить качество жизни женщин в постоперационном периоде и снизить число возможных осложнений.

Литература:

1. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с., ил.
2. Зотов П.Б., Наумов М.М., Чернецова Л.Ф. Клинические особенности и факторы риска рожистой инфекции у больных раком молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2010. № №4. – С. 91-92.
3. Кондаков А.В. Об организации кабинета реабилитации женщин после мастэктомии // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Организационные, медицинские и технические аспекты клинической маммологии». Под ред. академика РАМН, проф. В.П. Харченко. – Москва. – 2007. – С. 73–75.
4. Летагин В.П., Высоцкая И.В. Реабилитация больных, перенесших радикальную мастэктомию // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2008. – № 4. – С. 12–15.
5. Пронин В.И., Розанов Ю.Л., Вельшер Л.З. Мастэктомия и ее последствия. – М.: Медицина, 1985.
6. Сняжков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3–6.
7. Сняжков А.Г., Царев О.Н., Васильев Л.А., Сидоров Е.В. Оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 12–13.
8. Стаханов М.Л. Постмастэктомический синдром, классификация, диагностика, лечение, профилактика. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М.: 2001. – 150 с.
9. Турунцева А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований на территории Тюменской области (без автономных округов) в 2011 году // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 25–26.
10. Федоров Н.М., Царев О.Н., Чижик А.В., Муктубаева А.Ж. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 26–28.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ МАММОЛОГИИ

О.Н. Царев, А.В. Чижик

Тюменский ООД, г. Тюмень

За последние 30 лет, по всему миру отмечалось ежегодное увеличение заболеваемости раком молочной железы на 3,1%. В 2013 году, по оценкам, ожидается свыше 1,65 млн. новых случаев рака молочной железы по сравнению с 600000 в 1980 году [1, 2]. Рак молочной железы занимает лидирующую позицию среди всех

злокачественных опухолей, поэтому важнейшей задачей в области охраны здоровья женщин является совершенствование маммологической службы. Не так давно количество диагностических хирургических вмешательств на молочной железе было достаточно высоким [1, 2]. Недостаточная информативность используемых методов приводила к 28-30% диагностических ошибок. Эта же причина обуславливала низкую выявляемость рака первой стадии – 13-16% случаев [1, 2], что определяло высокий показатель смертности. Развитие науки обогащает медицину новыми технологиями, и, несомненно, в новой эре, появились новые направления диагностики и лечения. В последние годы в России, среди женщин с впервые установленным диагнозом рак молочной железы, ранние стадии заболевания выявляются более чем у 60%. Важно отметить высокое значение этого показателя по югу Тюменской области: в 2010 г. он составил 69,17% от общего числа пациентов, взятых на учет [3, 4].

В этой статье мы предлагаем обзор современных рекомендаций по клиническому ведению раннего рака молочной железы, включая профилактику, диагностику и лечение. Мы также включили некоторые из новых и инновационных методик, которые еще не стали стандартными. Борьба со смертностью от рака груди начинается с профилактики. Профилактика рака молочной железы должна быть основана на точной оценке риска. С помощью имеющейся модели, отбирается когорта пациентов с высоким риском. Для таких пациентов, исследование мутации генов, например BRCA тестирование, становится все более важным и распространенным. В случаях генетических мутаций, вмешательства, направленные на профилактику рака молочной железы, являются желательными. Ранее операция была единственным вариантом для снижения риска, но теперь обсуждается перспектива применения антигормональной терапии. Кроме того, доказано, что с помощью изменения образа жизни каждая отдельная женщина может уменьшить ее личный риск развития рака молочной железы. Эти опции обеспечивают пациента и врача целым рядом эффективных стратегий снижения риска. Вполне возможно, что будут разработаны новые биомаркеры, которые будут далее улучшать оценку риска для отдельных пациентов и в дальнейшем позволит нам адаптировать наши рекомендации по профилактике [5].

Огромное значение имеет скрининг. Цель скрининга является выявление больных и их лечение прежде, чем заболевание приобретет системное распространение. Возможности лучевых методов диагностики способствуют выявлению ранних форм патологических изменений, позитивно изменяя структуру заболеваемости. Их рациональное использование позволяет экономить значительные средства на дорогостоящем лечении запущенных форм заболеваний и их осложнений, а высвободившиеся ресурсы направить на профилактику [1, 2].

Морфологическая оценка диагностических тканей и операционного материала имеет решающее значение для понимания прогноза заболевания и для определения тактики лечения. Стадия диагноза основана на размере первичной опухоли, местной распространенности и наличия отдаленных метастазов (система TNM классификации). Постановка стадии по данной системе обеспечивает клинициста основной прогностической информацией и рекомендациями и по лечению. Мы, к счастью, теперь имеем другие маркеры, такие как пролиферативный фактор Ki-67 и генетические маркеры, например Oncotype DX, что предоставляет дополнительную точность прогноза и позволяет более обоснованно подходить к лечению [6, 7].

Лечение рака молочной железы продолжает основываться на хирургию, химиотерапию, гормональную терапию и лучевую терапию, каждый метод остается опорой в общем плане лечения. Изменения в рекомендациях для каждого из этих компонентов основаны на оценках местных, региональных или системных рецидивов. Каждый из этих методов лечения стал более целенаправленным. Хирургическое лечение в настоящее время включает усовершенствованный выбор сохранения груди. Используемые диагностические тесты и неоадьювантная терапия позволяют хирургам все чаще выполнять органосохраняющие операции, уменьшать степень хирургического воздействия на региональные лимфатические узлы. Те же понятия применяются к использованию лучевой терапии: ликвидация радиационного лечения или снижение степени излучения стала возможной благодаря выявлению ранних форм заболевания. Системная адьювантная терапия также стала более целенаправленной, что позволяет значительной части пациентов избежать химиотерапии с использованием гормональной терапии. Кроме того, появляются новые цитостатические препараты, которые обес-

печивают улучшенный системный контроль со снижением риска рецидива.

Один из самых приятных аспектов лечения пациентов с раком молочной железы является то, что на каждой стадии процесса мы можем предложить различные варианты с разными уровнями риска и преимуществами, тем самым принимать взвешенные решения. Это является результатом обширных исследований, усилий в разработке аспектов профилактики, диагностики и лечения.

Литература:

1. Рожкова Н.И., Харченко В.П. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация. Выпуск 3: Лучевая синдромная диагностика заболеваний молочной железы. – М.: Фирма СТРОМ, 2000. – 166 с.
2. Рожкова Н.И. Рентгендиагностика заболеваний молочной железы. – М.: М, 1993. – 224 с.
3. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
4. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
5. Харченко В.П., Рожкова Н.И., Прокопенко С.П. Интервенционная сонография молочной железы // Мат. к сб. тезисов конференции «Состояние, перспективы развития маммологической службы РФ и роль общественных организаций». – М.: М, 2005. – С. 87-88.
6. Ikeda N., Miyoshi Y., Motomura K. and al. Prognostic significance of occult bone marrow micrometastases of breast cancer detected by quantitative polymerase chain reaction for cytokeratin 19 mRNA // Jpn. J. Cancer Res. – 2000. – № 91. – P. 918-924.
7. Weinberg R.A. The biology of cancer // New-York: Garland Science, 2007. – 57 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

О.Н. Царёв, Ю.И. Гольдман, И.М. Казыева

Тюменский ООД, Тюмень

Рак молочной железы (РМЖ) является самой частой злокачественной опухолью у женщин [7, 11]. Ежегодно в России регистрируется более 54 тысяч новых больных [9]. Для выполнения органосохраняющей операции – радикальной резекции молочной железы (РР) необходимо наличие нескольких условий, которые мы находим сегодня не более чем у 30% пациенток.

Радикальная мастэктомия (РМЭ) ведет к тягелому косметическому дефекту и, как следствие, к серьезной психической травме. Иногда страх потерять молочную железу оказывается сильнее страха перед самой болезнью и заставляет пациентку отказываться от радикального лечения. Психотерапия и применение наружного протезирования не устраняют всех проблем [6]. И только реконструктивно – пластические операции по восстановлению утраченной молочной железы и ликвидации физического дефекта позволяют наиболее полно решить имеющиеся проблемы и говорить о достойной реабилитации онкологической больной. Достижение хорошего косметического эффекта и эстетической симметрии молочных желёз требует выполнения операции на реконструируемой железе в 2–3 этапа и, в большинстве случаев, коррекции объёма и формы контралатеральной молочной железы. Именно такой подход позволяет улучшить качество жизни наших пациенток, что является одной из приоритетных задач онкологии на современном этапе [10].

Операции по реконструкции молочной железы после РМЭ стали широко применяться с 70-х годов прошлого века. Сегодня в ряде клиник Европы и Америки удаление молочной железы сопровождается её реконструкцией в 70-80 % случаев [1, 2, 5].

Реконструкция может осуществляться искусственными материалами (экспандер, перманентный экспандер, эндопротез), тканевыми лоскутами (чаще торако-дорзальным или ректо-абдоминальным), а также комбинированным способом, когда одновременно используются имплант и тканевый лоскут. По срокам проведения операция может быть одномоментной (первичная пластика) или отсроченной [3, 4].

В последнее время растёт качество и доступность экспандеров и эндопротезов, увеличивается их ассортимент. Операции с использованием искусственных материалов значительно менее травматичны. Они всё чаще проводятся сразу после мастэктомии, т.е. выполняется первичная пластика молочной железы. Тканевые лоскуты начинают больше применяться при комбинированных и повторных реконструкциях.

С накоплением опыта повышаются требования к эстетическому результату операции. Хирурги стремятся воссоздать физиологический птоз, подчеркнутую субмаммарную складку (СМС), соответствующую консистенцию молочной железы, а также, реконструировать сосково-ареоларный комплекс. На контралатеральной