

О. В. Андрианов¹, А. И. Беневский¹, Е. Н. Малыгин², К. Р. Оганесян¹, Т. Ю. Марилова²,
М. А. Фролова²

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра онкологии РГМУ, Москва

²НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

В последние годы большое внимание уделяется профилактике и лечению рака молочной железы. Однако качество жизни больных, перенесших хирургическое лечение, остается неудовлетворительным. Современные хирургические подходы и своевременное начало реабилитационных мероприятий в значительной степени снижают частоту проявлений постмастэктомического синдрома. Показаны основные цели послеоперационной реабилитации. Описаны методы консервативного и хирургического лечения. Определен ряд комплексных мер, способствующих реабилитации женщин.

Ключевые слова: рак молочной железы, постмастэктомический синдром.

There was an increasing interest to prevention and treatment of breast cancer over the last years. However, quality of life of breast cancer patients undergoing surgery is poor. Today surgical approaches and early start of rehabilitation treatment reduce to a considerable degree manifestations of postmastectomy syndrome. The paper describes main objectives of postoperative rehabilitation, main conservative and surgical treatments. A set of measures is defined to ensure rehabilitation of women.

Key words: breast cancer, postmastectomy syndrome.

В последние годы уделяется большое внимание вопросам профилактики и лечения рака молочной железы (РМЖ). Отработаны различные методики, позволившие уменьшить выраженность послеоперационного дефекта, расширились представления о биологических особенностях РМЖ, найдены маркеры лекарственной чувствительности. Широкое практическое применение получило использование данных о содержании стероидных гормонов в опухоли для выбора метода гормонотерапии. Анализ материалов рандомизированных исследований доказал целесообразность использования адъювантной химио- и гормонотерапии при операбельных формах РМЖ [6], но качество жизни больных, перенесших радикальную мастэктомию, остается неудовлетворительным. Возникают не только психологические проблемы, но и стойкая инвалидизация, что оказывает решающее воздействие на поведение пациентки в быту и обществе [1]. По данным психологического анализа у 90% больных, перенесших радикальную мастэктомию, отмечалось чувство неполноценности, у 75% — страх смерти, депрессия, отчаяние. Исчезновение

полового влечения выявлено у 30% больных. У 22% больных после мастэктомии произошел межличностный конфликт с последующим распадом семьи [5]. Утрата молочной железы и любое другое отклонение ее по размерам и форме от эстетического идеала приводят к тяжелым психоэмоциональным страданиям, снижают самооценку пациенток в их повседневной жизни. Грубые рубцы на месте удаленной железы, в подмышечной, под- и надключичных областях, а также в зоне прохождения лимфатических коллекторов не только нарушают отток лимфы, но и приводят к неудовлетворительному косметическому эффекту.

По последним данным, у 90% больных, прооперированных по поводу РМЖ, наблюдается отек различной степени выраженности [2]. Основной причиной развития отека является подмышечная лимфаденэктомия. Ситуация в немалой степени усугубляется лучевой терапией. Дополнительными причинами могут являться инфекция, воспалительные процессы, нарушение режима ограничений физической нагрузки, ожирение. Лимфатический отек возникает как в ранние, так и в поздние сроки после операции и может сопровождаться нарушением венозного оттока. Развитие последнего происходит либо остро, либо постепенно. Он связан с нарастающим сдавлением вен рубцовыми тканями в подмышечной

и подключичной областях. У 9% женщин после мастэктомии наблюдаются нарушение нервной проводимости, обуславливающее анестезию, гипестезию или гиперестезию верхней конечности, боли, ограничение движений.

Современные хирургические подходы и своевременное начало реабилитационных мероприятий в значительной степени снижают частоту описанных выше проявлений постмастэктомического синдрома [1; 4]. Для медицинской реабилитации больных, перенесших радикальную мастэктомию, основные усилия направлены на профилактику и лечение лимфостаза, предупреждение и лечение контрактуры плечевого сустава, ликвидацию у небольшой части больных явлений пареза плечевого нервного сплетения на оперированной стороне. Послеоперационная реабилитация преследует три основные цели: предотвращение функциональных нарушений, восстановление косметического дефекта, психосоциальное и профессиональное восстановление. Физическая реабилитация включает мероприятия, направленные на усиление мышечной силы, минимизацию отека верхней конечности и восстановление физической активности любого типа. Все рекомендованные мероприятия по профилактике и лечению отека после радикальной мастэктомии выполняются больными амбулаторно. Пациентам дают рекомендации по диете (ограничение потребления жидкости и соли), уходу за верхней конечностью на стороне операции (профилактика мелких травм, запрещение инъекций и вакцинации в данную руку, защита от солнечных лучей, ограничение физических нагрузок), а также по лечению уже возникшего постмастэктомического отека (ношение компрессионного белья, придание руке возвышенного положения, массаж руки в направлении лимфovenозного оттока и др.).

Лечение отека верхней конечности в условиях стационара включает в себя лимфодренажный массаж и пневмомассаж, а также наиболее перспективные на сегодняшний день восстановительные операции — лимфovenозный анастомоз и липоаспирацию [2]. После радикальной мастэктомии верхнюю конечность укладывают в положении сгибания в локтевом суставе под углом 80—90° и ротации кнаружи. Мастэктомия с сохранением грудных мышц и органосохраняющие операции требуют меньший объем физической и психологической реабилитации.

К пластическим операциям на молочной железе до недавнего времени относились с большой осторожностью в связи с возможностью рецидива РМЖ. Лишь в 1985 г. J. Y. Petit и соавт. убедительно доказали отсутствие взаимосвязи между прогнозом рецидива РМЖ и восстановительной операцией. На сегодняшний день при отсутствии прогрессирования РМЖ и тяжелой соматической патологии реконструктивно-пластические операции, такие, как первичная пластика молочной железы (эндопротезирование выполняется одновременно с радикальной мастэктомией) и отсроченная пластика (реконструкция производится после радикальной мастэктомии спустя 6 мес и более), являются нормой [7; 8].

К наиболее перспективным методам реконструктивно-пластических операций можно отнести использование ректоабдоминального лоскута с микрососудистым анастомозом

и эндопротезированием с целью восполнения утраченного объема на месте удаленной молочной железы [2; 3].

В зависимости от объема мастэктомии физические упражнения могут быть начаты даже на следующие сутки после оперативного вмешательства. Лечащий врач и инструктор по лечебной физкультуре обучают пациентку комплексу необходимых упражнений, направленных на предотвращение развития мышечной и суставной контрактур. После удаления дренажа упражнения становятся более интенсивными, пациентка начинает занятия в зале лечебной физкультуры, которые продолжают в течение 2 нед после операции. Косметическое замещение возникшего дефекта может восполняться с помощью наружных протезов молочной железы. В отличие от эндопротезирования противопоказаний к использованию экзопротезов не существует. Они могут применяться независимо от возраста и прогноза заболевания. Постоянный экзопротез начинает использоваться сразу после полного заживления послеоперационной раны.

Пересмотр подходов к хирургическому лечению РМЖ, а также внедрение в практику методов неоадьювантной, адьювантной полихимиотерапии и химиолучевой терапии с полным комплексом послеоперационных реабилитационных мероприятий позволили перейти от широкого применения радикальных мастэктомий к органосохраняющим восстановительным операциям, что существенным образом улучшает качество жизни больных.

Выполнение органосохраняющих операций в сочетании с химиолучевой и гормональной терапией, применение реконструктивно-пластических операций, своевременное устранение контрактур, нормализация лимфovenозного оттока, а также ряд физиотерапевтических процедур могут в значительной степени способствовать физической, психологической и социальной реабилитации женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В., Амирасланов А. Т. Реабилитация онкологических больных, 1988. — М., Медицина. — С. 33—34.
2. Егоров Ю. С. Современные аспекты хирургического лечения постмастэктомического синдрома. Дис... д-ра мед. наук. — М., 2000.
3. Коренькова Е. В., Боровиков А. М. Пластика молочной железы как средство коррекции психосоциальных нарушений // Тез. докл. I межд. симп. по пласт. и реконстр. хир. в онкол., г. Москва, 19—21 марта 1997 г. — С. 152.
4. Летагин В. П., Лактионов К. П., Высоцкая И. В. и др. Рак молочной железы. — М., 1996.
5. Малыгин Е. Н., Марилова Т. Ю. Психологические аспекты пластики молочной железы // Тез. конф. «Вопр. пласт. хир. молочной железы», г. Москва, 1989. — С. 26.
6. Carlson G. W., Losken A., Moore B. et al. Results of immediate breast reconstruction after skin-sparing mastectomy // Ann. Plast. Surgery. — 2001. — Vol. 46, N 3. — P. 222—228.
7. Newman L. A., Kuerer H. M., Hunt K. K. et al. Presentation, treatment and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction // Ann. Surg. Oncol. — 1998. — Vol. 5, N 7. — P. 620—626.
8. Veronezi U., Banfi A., Sanvadori B. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial // Eur. J. Cancer. — 1990. — Vol. 26. — P. 668—670.