

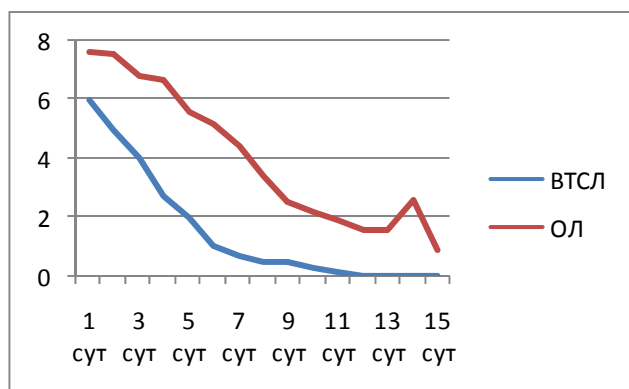


Рис. 2. Динамика болевого синдрома в обеих группах оперированных пациентов

Болевой синдром в послеоперационном периоде оценивался по визуальной аналоговой шкале боли (рис. 2). В группе ВТС уровень боли к 5-6 суткам после операции снижался до 1, а к моменту выписки большинство пациентов не отмечали болевого синдрома. В группе ТО к 5-6 суткам уровень боли был выше 5, и к моменту выписки из стационара болевой синдром сохранялся.

Выводы.

ВТС показали себя безопасными хирургическими вмешательствами. Несмотря на большую продолжительность, ВТС характеризовались меньшим количеством осложнений, менее длительным временем стояния дренажа в плевральной полости и с менее выраженным послеоперационным болевым синдромом, что уменьшает сроки реабилитации пациента. При этом онкологические принципы радикализма при выполнении ВТС не компрометируются. Это позволяет предложить, при ранних формах периферического рака легкого, ВТС как альтернативу традиционной ТО.

Литература:

1. Акопов А.Л., Левашев Ю.Н. Эксплоративные торакотомии: причины неоперабельности немелкоклеточного рака легкого // Вопросы онкологии. – 2002. – Том 48, № 1. – С. 78-82.
2. Давыдов М.И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торакоабдоминальной клинике // Вопросы онкологии. – 2002. Том 48, №4-5. – С. 468-479.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Блохина РАМН. – 2009. – Том 20, №3. – С. 158.
4. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого – М., 1994. – С 216.
5. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Рак легкого: руководство. – М., 2009. – С. 39.
6. Bilfinger T.V., Baram D. Sublobar resection in nonsmall cell lung carcinoma // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2008. – Vol. 14. – P. 292-296.
7. De Leyn P., Lardinois D., Van Schil P.E. et al. ESTS guidelines for preoperative lymph node staging for non-small cell lung cancer // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2007. – Vol. 32, № 1. – P. 1-8.
8. Schuchert M.J., Pettiford B.L., Keeley S. et al. Anatomic segmentectomy in the treatment of stage I non-small cell lung cancer // Ann Thorac Surg. – 2007. – Vol. 84 – P. 926-932.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КАБИНЕТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.М. Федоров, М.М. Наумов,
В.И. Павлова, О.Н. Царев

Тюменская ГМА, г. Тюмень
Тюменский ООД, г. Тюмень

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее частой онкологической патологией. Ежегодно в мире данной патологией заболевает более 1,2 млн. женщин, в России соответственно регистрируются более 57 тыс. новых случаев заболевания и более 23,3 тыс. смертей от РМЖ. Заболеваемость раком молочной железы в РФ в 2011 г. составила 74,8 на 100 тыс. населения, в структуре заболеваемости женского населения на его долю приходится 20,4%. В Тюменской области в 2012 году выявлено 477 случаев РМЖ, заболеваемость составила 73,38 на 100 тыс. населения. Практически все пациентки получают различную комплексную терапию, один из основных компонентов которой – хирургическое

вмешательство. Количество женщин, прооперированных по поводу рака молочной железы возрастает ежегодно на 10% [4, 6, 9, 10].

Несмотря на рост числа больных, у которых удалось сохранить молочную железу (выполнить органосохраняющую операцию), радикальная мастэктомия продолжает оставаться основным видом операционных вмешательств при РМЖ. В то же время количество больных РМЖ в России, которым выполнены различные виды пластики молочной железы, остается незначительным (1-15%, в Тюменском ООД – 10-12%). Потеря молочной железы, особенно в молодом возрасте, для многих пациенток является психологически трудно преодолимой ситуацией. Утерянная эстетическая и сексуальная привлекательность очень часто ведет к «уходу в болезнь», разрыву социальных связей, создавая профессиональные, бытовые и семейные проблемы. Основным осложнением радикального противоопухолевого лечения первичного рака молочной железы является нарушение лимфооттока из верхней конечности на стороне операции. Клинически данное нарушение проявляется в виде лимфатического отека верхней конечности, возникает после радикальной мастэктомии в 10-46,1% случаев, а при ее сочетании с лучевой терапией – в 58,9-87,5% случаев, причем в 15,0-17,1% случаев встречается лимфатический отек тяжелой степени [1, 5, 7, 8].

На фоне нарушения лимфообращения, когда резко снижена транспортная функция лимфатической системы и изменен межтканевый обмен, развиваются инфекционные осложнения типа рожистого воспаления. Его появлению способствуют патологические разрастания соединительной ткани, что создает субстрат для существования инфекции в случае ее попадания в ткани. Наиболее частая инфицированность отмечена в дистальных отделах конечности.

Рожистое воспаление, особенно при рецидивирующем течении, которое встречается у 12-45% больных, приводит к развитию глубоких трофических расстройств, тромбозам, остеопорозу, остеосклерозу, усугубляет дальнейшее нарушение лимфообращения, ведет к формированию слоновости [2].

Другими осложнениями радикального противоопухолевого лечения рака молочной железы, также ведущими к инвалидизации больных, являются в 23-57,5% случаев ограничение подвижности в плечевом суставе на стороне опе-

рации, в 10-73% – различной степени выраженности плечевой плексит [1].

Таким образом, необходимость применения комплексной реабилитационной программы не вызывает сомнений.

В настоящее время в нашей стране, а так же и в Тюменской области, система реабилитации женщин после радикального лечения рака молочной железы остается недостаточно развитой. В связи с этим создание специализированных кабинетов реабилитации, задачей которых является система медико-социальных мероприятий, направленных на возвращение женщин к обычной повседневной жизни, в Тюменской области, несомненно, является актуальной задачей.

Кабинеты реабилитации целесообразно включать в состав онкологических или маммологических диспансеров.

Основным назначением кабинетов реабилитации является профилактика и лечение постоперационных осложнений в амбулаторно - поликлинических условиях. В соответствии с основной задачей кабинет осуществляет следующие функции:

- ведет амбулаторный прием пациенток по направлениям врачей-онкологов,
- осуществляет подбор средств реабилитации (экзопротезов, специального белья, компрессионного трикотажа) в соответствии с инструкцией,
- проводит физиотерапевтические процедуры по лечению лимфатических отеков, контрактур, тугоподвижности суставов;
- дает рекомендации по лечебной гимнастике, гидрокинезотерапии, функциональному питанию, профилактике лимфедемы.

Структура кабинета определяется его технологией и может включать в себя кабинет врачебного приема, физиотерапевтический кабинет, кабинет психотерапии. При организации кабинета в структуре городской поликлиники возможно использование ее соответствующих подразделений.

Штатное расписание кабинета определяется объемом работы и может включать следующие должности: врач-онколог, врач-физиотерапевт или средний медработник по физиотерапии, консультант по подбору средств реабилитации, психотерапевт.

Основной задачей кабинета профилактики является приобретение уверенности больной РМЖ в себе и своих силах, а так же восстановление ее здоровья и женственности. В кабинете реабилитации можно достаточно быстро и эф-

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