

УДК: 616-006.66 (611.69)

МЕСТО И РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Х.Н. АБДУЛЛАЕВ, З.Р. СОХИБОВА, Ж.Р. НУРОВ, Д.К. ХУДОЙБЕРДИЕВ

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

КЎКРАК БЕЗИ САРАТОННИИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ ВА ЎРНИ

Х.Н. АБДУЛЛАЕВ, З.Р. СОХИБОВА, Ж.Р. НУРОВ, Д.К. ХУДОЙБЕРДИЕВ

Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шаҳри

PLACE AND ROLE OF REHABILITATION MEASURES IN THE COMPLEX TREATMENT OF BREAST CANCER

KH.N. ABDULLAYEV, Z.R. SOKHIBOVA, J.R. NUROV, D.K. KHUDOYBERDIYEV

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

В Бухарском филиале Республиканского специализированном научно-практическом центре онкологии и радиологии широко применяются реабилитационные мероприятия. Реабилитационные мероприятия в основном применяются первичным больным, когда они впервые обращаются к специалистам в поликлинику. Составляется комплексный, оптимальный план лечения [2, 5, 7, 24]. Во время стационарного лечения больных с целью предупреждения послеоперационных осложнений необходим выбор схемы лучевого и химиотерапевтического лечения, нежное обращение во время операции с тканями, рациональное использование вакуумной системой в подмышечной области.

В случае гладкого, без осложнённого окончания операции и послеоперационного периода индивидуально (без сопутствующих заболеваний варикозное расширение вен конечностей, сердечных, почечных и другие заболевания) с первых дней после операций активизируется больной, разрешается самостоятельная ходьба по палатам, по специально разработанной схеме продолжают реабилитационные занятия [4, 8, 21].

Особенно обращают внимание и рекомендуют на активное движение (разработка) плечевого и локтевого суставов с операционной стороны. До выписки больной из стационара все необходимые реабилитационные занятия в полном объёме выполняются под контролем лечащего врача [1, 6, 23].

Перед выпиской больной из стационара лечащим врачом проводится обстоятельная беседа, где подробно объясняется о необходимости продолжения занятий в домашних условиях, также использование палочек, мячиков в раннем и позднем послеоперационном периоде. Осложнения после лечения рака молочной железы делятся на ранние и поздние периоды. К ранним послеопе-

рационным осложнениям относятся лимфорея, нагноение послеоперационных ран, краевой некроз кожных лоскутов [3, 7, 25].

Лимфорея – является самым частым послеоперационным осложнением в среднем наблюдается у $\frac{1}{4}$ больных. После использования одноклапанного и двухклапанного дренирования подмышечной области отмечается уменьшение этих осложнений. Это осложнение часто встречается в надпочечниковой (гипернефроид) и инволютивной формах рака молочной железы [5, 21]. В основном эти осложнения встречаются у пожилых женщин, при ожирении, когда снижена регенеративная деятельность тканей и у больных получавших в предоперационном периоде ДТГТ-лучевую терапию [9, 16, 20].

Для профилактики лимфорей необходимо во время операции нежное, щадящее обращение с тканями, тщательный гемостаз, обеспечение функционирования вакуумного дренажа. Адекватное дренирование приводит к хорошему функционированию дренажа и в раннем послеоперационном периоде обеспечивает соединение (прилипание) кожи к грудной стенке и этим достигается быстрое первичное заживление послеоперационных ран [3, 17].

В предыдущие годы у женщин перенесших радикальную мастэктомию ранний послеоперационный отёк руки в среднем наблюдали 8-10 % случаев. В последние годы эти осложнения встречаются очень редко в связи хорошей предоперационной реабилитации, улучшение техники операции и в связи с увеличением количества органосохраняющих и пластических операций. Отёк руки (верхняя конечность) в основном встречается в легкой и средней степени и характеризуется быстрым исчезновением [8, 19]. Это является в основном осложнением острого тромбоза. Это осложнение связано в основном с техниче-

скими погрешностями во время операции. Гнойные осложнения послеоперационных ран, по нашему мнению, в основном встречаются из-за не полного соблюдения правил асептики и антисептики, невыполнение тщательного гемостаза отсутствие адекватного, непрерывного функционирования дренажных трубок. Эти осложнения чаще всего встречаются у больных получавших в предоперационном периоде лучевую терапию [2, 7, 22]. Для профилактики возникновения послеоперационных ран после радикальной мастэктомии категоричным образом необходимо соблюдать правила асептики и антисептики, адекватное дренирование раны, предупреждение (предотвращение) лимфореи и т.д.

Основной причиной некроза кожного лоскута является чрезвычайное истончение кожи, вследствие чего наступление тромбоза капиллярных сосудов во время операции.

Некроз кожи можно предотвратить путём выбора разреза кожи, нежного обращения (во время операции) тканями, лоскутом кожи, у пожилых и особенно с сопутствующими заболеваниями, когда в послеоперационном периоде необходимо применять вакуумное дренирование [16, 18].

При поздних послеоперационных осложнениях у больных часто появляются отёк руки, контрактура, парез, парестезии, боли в грудной клетке [2, 8, 20].

Больным наблюдавшим в клинике из перечисленных осложнений только в 1-2 % случаев встречаются некоторые из этих осложнений. Необходимо отметить, что перечисленные осложнения бывают в легкой степени, и быстро проходят после занятия и лечения почти не влияют на физическую и эмоциональную деятельность женщин.

Перед выпиской из стационара домой для предупреждения поздних осложнений подробно объясняют следующие рекомендации:

1. В течение 3-4 х месяцев после операции регулярно занятия физической культурой (специальная гимнастика, на руки больной вручается в виде буклета)

2. В течение 2 х недель принимать горячую ванну или душ. (38-40°) с последующим занятием лечебной гимнастикой.

3. Руки с операционной стороны, оберегать, не давать нагрузку, в течение 6-12 месяцев не поднимать тяжелый груз.

4. Руку со стороны операции оберегать (беречь) от микротравм и ранения (прокол иглой, разрезы, ожоги и т.д.)

С целью наблюдения и проверки выполнения выше указанных рекомендаций 1 раз в 3- месяца больные должны явиться на осмотр к лечащим врачам.

К поздним послеоперационным осложнениям с оперированной стороны относятся “отёк” (лимфостаз) [3, 14].

В зависимости от увеличения объёма средней трети окружности плеча руки с оперированной стороны делятся на следующие стадии:

I стадия – легкая (окружность плеча больше до 2см, чем противоположная сторона),

II стадия – средняя (окружность плеча на 2-6 см больше) и

III – стадия (окружность плеча 6 см и больше) [3, 8, 21].

Как известно, появление на кожи руке рожистоподобных воспалений являются начальным периодом поздних послеоперационных отеков. С целью предупреждения этих осложнений необходимо предупредить больных женщин о том, что, они должны оберегаться от инъекций, венопункций, микротравм, порез, царапин и т.д.

Больным, когда появляются поздние отёки руки назначаются следующие лечебные мероприятия:

1. Без солевая диета
2. Мочегонные препараты (гипотиазид по 25 мг ежедневно 4-5 дней.
3. Лёгкий массаж (направленный в верх)
4. Процедуры физической культуры (гимнастики)
5. В случае появления рожистоподобного воспаления проводить эти процедуры.

Появление шейно-плечевого плексита связанный повреждением нервных волокон или появлением после лучевого фиброзированного рубца, эти осложнения встречаются очень редко по мнению некоторых авторов менее 0,1 %, в нашем случае не наблюдались.

В заключении необходимо отметить благодаря реабилитационным мероприятиям больные женщины перенесшие радикальную операцию благополучно возвращаются к своему коллективу, снова начинают выполнять полезную трудовую деятельность. В психическом сознании женщин появляются доверие о полном выздоровлении от болезни.

Литература:

1. Аксель Е. М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2006. – №. 1.
2. Артамонова Е. В. Роль иммунофенотипирования опухолевых клеток в диагностике и прогнозе рака молочной железы //Иммунология гемопоза. – 2009. – №. 1. – С. 8-51.
3. Дружков О. Б. и др. Оптимизация резекционных методов хирургического компонента в комплексном лечении рака молочной железы //Медицинский альманах. – 2010. – №. 3.

4. Ермилова В. Д. Роль современной патоморфологии в характеристике рака молочной железы //Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. – №. 1. – С. 15-20.
5. Иванов В. Г. Эпидемиологические факторы риска, ранняя диагностика рака молочной железы //Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. – №. 1. – С. 1-5.
6. Имянитов Е. Н. Наследственный рак молочной железы //Практическая онкология. – 2010. – Т. 11. – №. 4. – С. 258-266.
7. Комарова Л. Е. Маммографический скрининг и его роль в снижении смертности от рака молочной железы //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2006. – №. 3.
8. Кулигина Е. Ш. Эпидемиологические и молекулярные аспекты рака молочной железы //Практическая онкология. – 2010. – Т. 11. – №. 4. – С. 203-216.
9. Летягин В. П., Высоцкая И. В., Ким Е. А. Факторы риска развития рака молочной железы //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2006. – №. 4.
10. Любченко Л. Н. Наследственный рак молочной железы и/или яичников: ДНК-диагностика, индивидуальный прогноз, лечение и профилактика //Дис.... д-ра мед. наук. М. – 2009.
11. Моисеенко В. М. Естественная история" роста рака молочной железы //Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. – №. 1. – С. 6-14.
12. Моисеенко В. М., Семиглазов В. Ф., Тюляндин С. А. Современное лекарственное лечение местно-распространенного и метастатического рака молочной железы //СПб.: Грифон. – 1997. – Т. 2.
13. Мусабаева Л. И. и др. Нейтронная и нейтронно-фотонная терапия в лечении местнораспространенных форм рака молочной железы и местных рецидивов //Практическая медицина. – 2009. – №. 36.
14. Мусабаева Л. И., Старцева Ж. А. Интраоперационная электронная и дистанционная гамма-терапия рака молочной железы I-II стадии заболевания (обзор литературы) //Сибирский онкологический журнал. – 2011. – №. 2.
15. Портной С. М. Лечение местнораспространенного рака молочной железы //Сибирский онкологический журнал. – 2008. – №. S2.
16. Родионов В. В., Сметник А. А. Доброкачественные заболевания молочных желез //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2018. – №. 1 (19).
17. Садыков С. С. и др. Исследование маркерного водораздела для выделения области рака молочной железы //Алгоритмы, методы и системы обработки данных. – 2013. – №. 1. – С. 56-64.
18. Семиглазов В. Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы //Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. – №. 3. – С. 288-291.
19. Семиглазов В. Ф. Стратегические и практические подходы к решению проблемы рака молочной железы //Вопросы онкологии. – 2012. – Т. 58. – №. 2. – С. 148-152.
20. Тюляндин С. А. Системная терапия операбельного рака молочной железы //Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. – №. 1. – С. 29-37.
21. Хасанов Р. Ш. и др. Организационные методики снижения смертности от злокачественных новообразований визуальных локализаций //Поволжский онкологический вестник. – 2010. – №. 1.
22. Хамитова Г. В., Хуснутдинов Ш. М., Леонтьева О. С. Морфологические изменения в опухоли после ультразвукового воздействия //Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №. 4.
23. Duan H., Johnston S. A., Luhui S. Pre-symptomatic detection and early treatment of mammary cancer with anti-PD-L1 in a mouse mode. – 2017.
24. Provinciali M. et al. Booster immunizations with DNA plasmids encoding HER-2/neu prevent spontaneous mammary cancer in HER-2/neu transgenic mice over life span //Scientific reports. – 2017. – Т. 7. – №. 1. – С. 3078.
25. Song H. et al. Inhibition of tumor progression by oral piceatannol in mouse 4T1 mammary cancer is associated with decreased angiogenesis and macrophage infiltration //The Journal of nutritional biochemistry. – 2015. – Т. 26. – №. 11. – С. 1368-1378.
26. Tiwari R. V., Parajuli P., Sylvester P. W. γ -Tocotrienol-induced autophagy in malignant mammary cancer cells //Experimental Biology and Medicine. – 2014. – Т. 239. – №. 1. – С. 33-44.