



Кемеровская государственная медицинская академия

Е. П. Комкова, Ю. А. Магарилл, Н. Е. Авданина

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА)

Методические рекомендации

**Кемерово
КемГМА
2011**

Департамент охраны здоровья населения
администрации Кемеровской области
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава



Е. П. Комкова, Ю. А. Магарилл, Н. Е. Авданина

**РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА)**

Методические рекомендации

Кемерово
КемГМА
2011

Реабилитация больных раком молочной железы (лечение лимфатического отека) : метод. рек. / Е. П. Комкова, Ю. А. Магарилл, Н. Е. Авданина; Департамент охраны здоровья администрации Кем. обл.; ГОУ ВПО КемГМА Росздрава. – Кемерово : КемГМА, 2011. – 11 с.

Методические рекомендации подготовлены в отделении восстановительного лечения ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» Кемерова совместно с кафедрой онкологии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава и бюро № 3 общего профиля ТГУ ФГУ ГБ МСЭ по Кемеровской области.

Рецензенты:

Байбулатов Р. А. – д-р мед. наук, проф. кафедры онкологии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава;

Лишов Е. В. – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии и урологии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, главный хирург ДОЗН КО.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	5
ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА	6
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ	8
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	10
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	11

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитация больных раком молочной железы после радикального лечения (хирургического, лучевого, химиотерапевтического) – одна из важных проблем клинической онкологии. Ограничение подвижности в плечевом поясе, появление лимфатического отека верхней конечности, болевой синдром затрудняют возвращение к труду и реадaptацию большинства пациенток без специальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Решение данной проблемы позволяет не только улучшить качество жизни пролеченных больных, но и увеличить число социально адаптированных пациенток, способных вернуться к общественно полезной деятельности.

Основным осложнением радикального противоопухолевого лечения первичного рака молочной железы является нарушение лимфооттока из верхней конечности на стороне операции, клинически проявляющееся в виде отека. По данным различных авторов, отек возникает после радикальной мастэктомии в 10–46 % случаев, при сочетании с лучевой терапией – 59–87 % случаев [1–5].

В патогенезе лимфатического отека выделяется изолированное повреждение лимфатического аппарата, одновременное повреждение лимфатического аппарата и магистральных вен и изолированное повреждение магистральных вен. Непосредственно после радикальной мастэктомии в большинстве случаев лимфатический отек не появляется, а проходит латентный период от 1–2 недель до нескольких лет. Это объясняется образованием межсосудистых анастомозов между дистальными и проксимальными отделами лимфатических путей. В дальнейшем, при несостоятельности анастомозов, происходят расширение лимфатических сосудов, замедление тока лимфы, обратный ток лимфы в дистальные отделы.

Помимо нарушения лимфооттока после радикального лечения наблюдается нарушение венозного оттока, что ведет к повышению венозного давления, усилению фильтрации воды в ткани, увеличению интерстициального давления. Патологический застой крови в венах вызывает уменьшение диффузии кислорода в ткани и усиление внутрисосудистого тромбообразования [2].

На фоне нарушения лимфообращения развиваются инфекционные осложнения воспалительного характера, появлению которых способствуют патологические разрастания соединительной

ткани. Воспаление приводит к развитию глубоких трофических расстройств, тромбозам, осложнениям и углублению нарушений лимфообращения.

Лечение лимфатического отека у больных после радикального лечения рака молочной железы представляет трудную задачу, что подтверждают многочисленные оперативные и консервативные методы, предлагаемые для ее решения [1–8].

В связи с тем, что хирургическое лечение травматично, многостадийно и не всегда приводит к желаемым функциональным и косметическим результатам, на передний план выходят консервативные методы лечения лимфатического отека верхней конечности.

В разработанных методических рекомендациях дается описание и анализ эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий для купирования лимфатического отека верхней конечности больным раком молочной железы в отделении восстановительного лечения областного клинического онкологического диспансера Кемерово.

Методические рекомендации могут быть использованы врачами онкологических диспансеров, поликлиник, хосписа, при обучении студентов в медицинских колледжах, вузах и при постдипломном обучении.

СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В группе наблюдения было 576 больных раком молочной железы (средний возраст – $48 \pm 0,47$), направленных в отделение восстановительного лечения областного клинического онкологического диспансера г. Кемерово для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Больные с первой стадией рака молочной железы составили 19,3 % (111), второй – 44,1 % (254), третьей – 20,1 % (116), четвертой – 16,5 % (95). Радикальное оперативное лечение было проведено всем пациенткам, лучевая терапия в плане комбинированного и комплексного лечения – 73,8 % (425), химиотерапия – 10,2 % (59) больных.

Критерием отбора больных для лечения было формирование у них лимфатического отека различной степени выраженности.

Лимфатический отек первой степени выявлен в 64,9 % (374) случаев, второй – в 31,7 % (183), третьей – в 3,4 % (19) случаев.

дренажа, а также улучшения периферического кровообращения и микроциркуляции.

Назначали: детралекс, по 500 мкг 2 раза в сутки не менее двух месяцев (флебодиа 600, по 1 таблетке в сутки); трентал, по 0,4 г 2–3 раза в день в течение месяца. Для местного применения использовали мази (гели): лиотон, венитан, венозол, венолайф, троксевазин.

Хорошие результаты показало сочетанное применение противотромбофлебитического сбора (алфит-актив № 18 или фитол 4) и мази соответствующего действия (фитол-4), изготовленных по рецептам Алтайского онкофитоцентра.

«Дренирующий» массаж отечной конечности проводили по общеизвестным методикам, не допуская глубокого разминания, поколачивания, вибрации, чтобы не вызвать резкого притока крови. Критерием правильно выполненного массажа было отсутствие гиперемии на массируемой конечности. Для усиления лечебного эффекта при массаже использовали вышеперечисленные мази (гели).

Лечебная физкультура, назначаемая наблюдаемым пациенткам, соответствовала требованиям «тренировочного» периода (свыше 3 недель после операции), основная задача которого – реадaptация больных к дальнейшей жизни, работе, физическим нагрузкам.

При лимфатическом отеке под влиянием физических упражнений улучшается крово- и лимфообращение, повышается тонус лимфатических сосудов, начинают работать резервные коллатерали. Ток лимфы увеличивается также за счет движений грудной клетки, изменения давления в брюшной полости. В связи с этим при построении индивидуальной программы ЛФК большое внимание уделяли нагрузке на мышцы плечевого пояса и спины, подвижности позвоночника, восстановлению в полном объеме движений в плечевом поясе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий была динамика клинических проявлений лимфатического отека. Согласно полученным результатам, больные были условно разделены на 3 группы.

В 1-й группе (124 больных – 21,5 %) признаки лимфатического отека полностью ликвидированы. В большинстве случаев (112) это пациентки молодого возраста (до 45 лет) с I–II стадией опухолевого

Повторные лечебно-реабилитационные мероприятия были проведены в отделении восстановительного лечения 199 пациенткам (34,5 %).

Таким образом, дифференцированное применение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью купирования лимфатического отека позволило судить об их эффективности, подтвержденной клинико-динамическим исследованием.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечебно-реабилитационные программы, направленные на купирование или снижение выраженности лимфатического отека у больных раком молочной железы после радикального лечения, должны иметь комплексный характер и включать: пневматическую компрессию отека конечности; медикаментозную терапию (общего и местного действия) для улучшения микроциркуляции и повышения тонуса сосудистой стенки; «дренирующий» массаж конечности; ЛФК; использование компрессионного трикотажа и контроль водно-солевого режима.

2. При разработке индивидуальной программы лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на купирование лимфатического отека, необходимо учитывать стадию опухолевого процесса, длительность отека, наличие послеоперационных осложнений в анамнезе, план и особенности специального противоопухолевого лечения.

3. С целью оптимизации процесса терапии лимфатического отека, его прогноза, улучшения качества жизни больных раком молочной железы после радикального лечения целесообразно активное раннее выявление симптомов отека.

4. Для повышения качества помощи больным раком молочной железы следует привлекать к ранней диагностике лимфатического отека онкологов (хирургов, радиологов, химиотерапевтов), хирургов и терапевтов общей лечебной сети и включать в программы подготовки врачей, участвующих в проведении специального и симптоматического лечения онкологических больных, современные и доступные к применению в широкой практике лечебно-реабилитационные подходы.

Учебное издание

*Комкова Елена Павловна
Магарилл Юрий Абрамович
Авданина Надежда Евстафьевна*

**РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА)**

Методические рекомендации

*Корректор, технический редактор – Вавилова К. М.
Художественный редактор – Сапова Т. А.
Ответственный редактор – Комкова Е. П.*

Подписано в печать 16.03.2011. Тираж 100 экз. Формат 21×30½.
Условных печатных листов 0,6. Печать трафаретная.

Отпечатано редакционно-издательским отделом
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а. <http://www.kemsma.ru/rio/>
Требования к авторам: <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>