

УДК 616-092:618.19

doi:10.18720/SPBPU/2/id22-284

Елена Васильевна Лешке

Александр Борисович Шишкин

Елена Евгеньевна Макарова

Елена Викторовна Дроздова

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая
больница Российской академии наук,
Санкт-Петербург*

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Аннотация. В России рак молочной железы (РМЖ) является ведущим онкологическим заболеванием и составляет 20,9 % от всех злокачественных новообразований [1]. Реабилитация пациенток, которым поставлен диагноз РМЖ и начато лечение, является одной из приоритетных задач на сегодняшний день. В статье представлены результаты реабилитационного лечения пациентов с постмастэктомическим синдромом.

Ключевые слова: рак молочной железы, медицинская реабилитация, постмастэктомический синдром.

Elena V. Leshke

Alexandr B. Shisikin

Elena E. Makarova

Elena V. Drozdova

*Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences,
Saint-Petersburg*

MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-MASTECTOMY SYNDROME

Abstract. In Russia, breast cancer (breast cancer) is the leading oncological disease and accounts for 20.9 % of all malignant neoplasms. Rehabilitation

of patients who have been diagnosed with breast cancer and started treatment is one of the priorities today. The article presents the results of rehabilitation treatment of patients with post-mastectomy syndrome.

Keywords: breast cancer, medical rehabilitation, post-mastectomy syndrome.

Пациентка с установленным диагнозом рак молочной железы (РМЖ), проходит через тяжелое, агрессивное лечение и нуждается в раннем проведении медицинской реабилитации (МР). Медицинская реабилитация – представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество[2]. Этапная модель МР позволяет осуществлять дифференцированный подход к реализации реабилитационных мероприятий.

1-й этап: начинается в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов.

2-й этап: осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

3-й этап: осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях [2]. Для формулировки реабилитационного диагноза основе международной классификации функционирования (МКФ) и систематизации реабилитационного процесса в целом создается мультидисциплинарная команда (МДРК), являющейся структурно-функциональной единицей подразделения, в которой проводится МР.

Разработка индивидуальной программы реабилитации, включающей медикаментозную терапию; лечебное питание; лечебную физкультуру; физиотерапию; коррекцию психического состояния осуществляется при участии врача онколога-маммолога. Необходимыми компонентами МР являются сбалансированное питание, питьевой режим, физическая активность, психологическая устойчивость, позитивный настрой на выздоровление, приверженность к лечению не только пациентки, но и ее родственников. Необходимо выделить предреабилитацию, когда есть время подготовить организм к операции и избежать возможных осложнений, связанных с лечением. Проведение предреабилитации значительно ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания в стационаре после операции и снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Предреабилитация включает в себя физическую подготовку (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование больных [3].

Постмастэктомический синдром – это осложнения органического и функционального характера, развивающиеся у пациенток после радикального лечения РМЖ. Клиническими вариантами постмастэктомического синдрома являются: отечный (в виде отека верхней конечности вследствие нарушения лимфооттока и венозных нарушений); нейропатический (с преобладанием клинических проявлений компрессии нервов плечевого сплетения); церебральный

(с признаками нарушения кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне); патобиомеханический (с функциональными суставными блокадами в области шейного, грудного отделов позвоночника, грубыми нарушениями подвижности в плечевом суставе) [4, 5]; смешанный [6].

Осложнения, которые возникают в ранний период после проведенной мастэктомии, удлиняют период восстановления пациенток и препятствуют началу реабилитационных мероприятий [7]. Частота осложнений распределяется по мнению авторов таким образом: лимфорея (до 78,4 % случаев), расхождение краев раны и краевой некроз кожи (до 25,6 % случаев), нагноение (до 3,0 % случаев) [4, 8, 9]. В появлении раннего отека в 80 % случаев предшествует лимфорея, а вот поздний отек в более чем в 90 % случаев связан с нарушением венозного оттока, лучевой терапией, развитием рубцов, которые компримируют сосудисто-нервный пучок [5, 9, 10, 11]. В связи с этим актуальным является разработка индивидуальных программ и раннее начало реабилитационных мероприятий этой группы пациентов.

Материал и методы

Медицинская реабилитация в СПб больнице РАН в период с января по октябрь 2022 года проведена 25 пациентам с диагнозом РМЖ, постмастэктомический синдром; возраст составил от 35 до 76 лет (средний возраст – 55 лет). Исключение составили женщины с рецидивом заболевания или метастазированием. Все пациенты поступали с жалобами на отечность верхней конечности, боль и ограничение подвижности в плечевом суставе на стороне мастэктомии, боль и скованность в шейном и грудном отделах позвоночника. Клинические проявления ПМЭС представлены в таблице 1.

Наиболее часто встречался смешанный вариант (сочетание отечного и нейропатического или отечного и церебрального вариантов – у 11 (44 %) пациентов. Отечный вариант встречался у 8 пациентов (32 %), связан с развитием эндартериита, фиброзом сосудов и дальнейшим стенозом/окклюзией подмышечной и подключичной вен, склерозом стенок лимфатических сосудов, облитерацией их просвета и снижением резорбционной способности. Кроме этого,

Таблица 1

Клинические проявления ПМЭС у обследованных больных

| Варианты ПМЭС | Количество больных (n = 25) | |
|-----------------|-----------------------------|----|
| | абс | % |
| отечный | 8 | 32 |
| нейропатический | 5 | 20 |
| церебральный | 1 | 4 |
| смешанный | 11 | 44 |

патогенетическим механизмом нарушения кровообращения являлось прямое лучевое повреждение сосудов и их компрессия вследствие выраженного лучевого фиброза тканей, что согласуется с данными литературы [9]. Нейропатический вариант ПМЭС выявлен у 5 (20 %) пациентов и был связан с туннельной невропатией ветвей преимущественно нижнего вторичного пучка плечевого сплетения на стороне мастэктомии. Церебральный вариант ПМЭС наблюдался в меньшем количестве случаев – у 1 (4 %) больных.

МР начиналась через 5–7 дней после выполненной мастэктомии. Силами МДРК с участием врача ФРМ, невролога, физиотерапевта, врача ЛФК, клинического психолога была разработана индивидуальная реабилитационная программа, включающая использование по показаниям: прессотерапии, магнитотерапии, лечебной физкультуры; проводился дренажный массаж и мягкий массаж в области послеоперационной раны. Медикаментозное лечение включало спазмолитики, венотоники, препараты кальция, витамина Д, антигистаминные препараты. Для профилактики лимфедемы рекомендовалось исключение подъема тяжести (более 2 кг), избегать измерения артериального давления и взятия крови из вены на стороне операции, контроль веса; уход за кожными покровами для профилактики рожистого воспаления. Также осуществлялся подбор индивидуального эластического изделия (компрессионного рукава) с градуированным давлением, которое было выполнено из синтетического дышащего материала в виде удлиненной перчатки для

создания давления на скомпрометированную конечность: максимального — в области кисти, минимального — в области надплечья.

После проведенного реабилитационного лечения отмечалось улучшение общего состояния, нормализация психоэмоционального статуса. У большинства наших пациенток значительно уменьшился отек конечности с I–II уровня до I по классификации отека по Абалмасову К.Г. Выявлено снижение болевого синдрома по ВАШ на 50–60 %. Снижение выраженности сегментарных чувствительных нарушений свидетельствовало об уменьшении степени компрессии сосудисто-нервного пучка; улучшение тонуса мышц шеи, воротниковой зоны и плечевого пояса с увеличением объема активных и пассивных движений в плечевом суставе указывало на регресс патобиомеханических нарушений.

Выводы: Раннее начало реабилитационных мероприятий, ведет к значительному уменьшению возможных осложнений, более раннему возвращению пациенток молодого возраста к труду, к их физическому и психологическому здоровью.

Список литературы

1. **Грушина Т. И.** Психологические аспекты физической реабилитации больных раком молочной железы с поздним постмастэктомическим отеком // Паллиативная медицина и реабилитация. 2016. № 4. С. 25.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
3. Ассоциация онкологов России. Клинические рекомендации Злокачественные новообразования молочной железы 2021 год.
4. **Стражев С. В.** Медицинская реабилитация больных с постмастэктомическим синдромом. Дисс. докт. мед.наук. М., 2012. — 244 с.
5. **Шихкеримов Р. К.** Неврологические, биомеханические и сосудистые расстройства в формировании и проявлениях постмастэктомического синдрома. Клиника, диагностика, лечение. Дисс. докт. мед.наук. 2013. 279 с.
6. Strengths of early physical rehabilitation programs in surgical breast cancer patients: results of a randomized control study Antonio Testa, C Iannace, L Di Libero, F Caracciolo From International Conference for Healthcare and Medical Students 2012 Dublin, Ireland. 2-3 November 2012.

7. «Клинические рекомендации «Лимфоотек после мастэктомии» (утв. Минздравом России) от 2018 г.

8. **Белова В. В.** Реабилитация пациентов с постмастэктомическим синдромом: клинический пример // Вестник Ивановской медицинской академии. 2017. Т. 22. № 2. С. 49–51

9. **Танжарыков Е.С.** Послеоперационная консервативная реабилитация больных раком молочной железы / Е. С. Танжарыков, А. А. Хожаев, И. В. Мещанинова // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016. С. 248–250

10. **Грушина Т. И.** Психологические аспекты физической реабилитации больных раком молочной железы с поздним постмастэктомическим отеком // Паллиативная медицина и реабилитация. 2016. № 4. С. 25.

11. **Грушина Т. И.** Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 240 с.

Сведения об авторах

Лешке Елена Васильевна, врач невролог, рефлексотерапевт, врач физической и реабилитационной медицины неврологического отделения Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: leshke_ev@mail.ru

Шишкин Александр Борисович, кандидат медицинских наук, заведующий неврологическим отделением Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: ABShishkin@mail.ru

Макарова Елена Евгеньевна, врач лечебной физкультуры Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: ee@spbbran.ru

Дроздова Елена Викторовна, заведующая отделением физиотерапии и водолечения Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: lenju78@mail.ru

Elena V. Leshke, Neurologist, Reflexologist, Doctor of Physical and Rehabilitation Medicine of the Neurological Department of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: leshke_ev@mail.ru

Alexander B. Shishkin, Candidate of Sciences in Medicine, Head of the Neurological Department of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: ABShishkin@mail.ru

Elena E. Makarova, Physiotherapist of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: ee@spbbran.ru

Elena V. Drozdova, Head of the Department of Physiotherapy and Hydrotherapy of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: lenju78@mail.ru