

УДК 616.19-006.6-089-06

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В. В. Белова, кандидат медицинских наук,
С. В. Вялкова,
С. В. Блеклов,
И. П. Ястребцева*, доктор медицинских наук,
С. О. Фокичева,
С. В. Николаева

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Приведен клинический пример реабилитации больной в условиях клиники ИвГМА с участием мультидисциплинарной бригады по индивидуальной программе, построенной по модульной системе. Описанный случай интересен клиницистам в связи с достаточно редкой симптоматикой – поражением периферической нервной системы в виде компрессионно-ишемической брахиоплексопатии и вторичными компрессионно-ишемическими изменениями в области карпального канала. Данный пример наглядно демонстрирует, что все женщины, прошедшие специальное лечение по поводу рака молочной железы и имеющие проявления постмастэктомического синдрома, нуждаются в проведении комплекса реабилитационных мероприятий в ранние сроки.

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

* Ответственный за переписку (corresponding author): ip.2007@mail.ru

В лечении больных раком молочной железы за последние годы достигнут определенный успех, в основном за счет выявления заболевания на ранних стадиях, благодаря проводимому в большинстве российских городов маммографическому скринингу. Обширные хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапия, применяемые при лечении рака молочной железы, радикально решают основную задачу, но приводят к серьезным соматическим и психологическим нарушениям, которые объединяются в постмастэктомический синдром. Он включает постмастэктомический дефект, лимфостаз верхней конечности, ограничение амплитуды движений в плечевом суставе и вертебральные деформации, поражения периферической нервной системы в виде плечевых плекситов и невропатий, депрессию. В связи с тем, что более половины заболевших женщин составляют лица трудоспособного возраста, очень важно обеспечить им возвращение к обычной жизни. Вопрос улучшения качества их жизни становится наиболее актуальным: перенесшие радикальную мастэктомию страдают от чувства неполноценности, депрессии и отчаяния, у многих распадаются семьи.

В клинике ИвГМА осуществляется реабилитационная помощь женщинам с постмастэктомическим синдромом согласно действующим стандартам. Приведем клинический пример ре-

абилитации больной в условиях клиники. Пациентка С., 59 лет, по специальности страховой агент, находилась на лечении с 14.11.2016 по 25.11.2016 в отделении медицинской реабилитации клиники ИвГМА с жалобами на жгучие и ноющие боли в левой руке и ограничение движений в левом плечевом суставе, отёк левой руки, онемение и слабость в левой кисти (преимущественно в 1–3-м пальцах) и ограничение движений в суставах кисти.

Анамнез заболевания: при осмотре терапевтом 26.08.2016 у пациентки выявлено округлое образование в левой молочной железе и дано направление на консультацию к онкологу в ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер». 02.09.2016 выполнена радикальная мастэктомия слева по поводу рака (операция по Маддену). По данным гистологического обследования: инвазивный протоковый рак С2, лимфоузлы без опухолевого роста. Назначен томаксифен в дозе 20 мг/сут. Сразу после операции появились отек левой руки, боль и ограничение движений в суставах левой руки, слабость и онемение в левой кисти. Лечение по месту жительства без эффекта. Направлена в клинику ИвГМА на реабилитационное лечение.

При поступлении в отделение медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций пе-

риферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата клиники академии пациентка осмотрена специалистами мультидисциплинарной бригады (невролог, психолог, врач лечебной физкультуры, физиотерапевт, эрготерапевт). При осмотре в неврологическом статусе выявлены ограничения в левом плечевом суставе: активные и пассивные движения: S – 40°–0°–90°; F – 80°–0°–0°, активные и пассивные движения ограничены в левом лучезапястном суставе: F – 5°–0°–10°, S – 10°–0°–20°, активные и пассивные движения ограничены в пястно-фаланговых и в межфаланговых суставах. Не может противопоставить 1-й палец 5-му (1-й палец доходит до основания основной фаланги 2-го пальца). Не может сжать левую кисть в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигают ладони на 10 см). Напряжение и болезненность паравerteбральных мышц на уровне C5–C7 слева, надостных и подзатылочных мышц, периартикулярных тканей левых плечевого, лучезапястного, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. Сила мышечных групп левой кисти – 2 балла, тесты Фалена и Тиннеля на уровне карпального канала слева положительные. Глубокие рефлексy S < D. Патологических знаков нет. Чувствительность: гипестезия на левой руке преимущественно выражена на ладонной поверхности левой кисти (максимально в 1–3-м пальцах).

Для объективной оценки состояния были проведены антропометрические измерения длины окружностей (см) верхних конечностей на симметричных уровнях – верхней и нижней трети плеча, локтевого сустава, середины предплечья, лучезапястного сустава, кисти; измерена сила кисти обеих конечностей с помощью динамометра; определена амплитуда движений в плечевых суставах с помощью угломера во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Сила и выносливость мышц пораженной конечности оценивались на универсальном комплексе для функциональной оценки, диагностики и реабилитации опорно-двигательного аппарата Primus RS (BTE Technologies, Inc., США). Проводилась поверхностная электромиография (ЭМГ) с фиксацией амплитудных значений дельтовидной мышцы. Степень выраженности болевых проявлений по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – 7 баллов, что соответствует боли b280.2-3 по международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). С целью выявления гемодинамически значимых нарушений проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) и лазерный анализ капиллярного кровотока (ЛАКК) сосудов верхних конечностей. По данным УЗДС патологии артерий и вен не выявлено. Степень

выраженности тревожно-депрессивных нарушений по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (HADS) – 8 баллов.

При постановке реабилитационного диагноза (по МКБ-10 и МКФ) рассматривались пункты основных частей данной классификации: сила мышц проксимального отдела пораженной руки – b730.1, дистального – b730.3; подвижность плечевого сустава – b710.3, лучезапястного – b710.4; оценка функции эмоций: тревога – b152.1, депрессия – b130.1; оценка самообслуживания и бытовой жизни – d510.4, выполнение работы по дому – d640.4.

С учетом данных проведенных обследований оценивались факторы риска и реабилитационный потенциал. Заключение специалистов мультидисциплинарной бригады: «Постмастэктомический синдром. Отечно-нейропатическая форма с компрессией нерва плечевого сплетения. Брахиоплексопатия слева с преимущественным поражением срединного нерва. Выраженный вялый парез мышц левой кисти, периартроз плечевого, лучезапястного суставов, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов слева НФС 2–3 ст., цервикобрахиалгия слева. Синдром невропатической боли умеренной степени. Лимфостаз левой верхней конечности 1–2 ст. после радикальной мастэктомии от 02.09.16 (операция по Маддену) и в процессе комбинированного лечения рака левой молочной железы. T2N0M0. Основной функциональный дефект: парез мышц левой кисти, периартроз плечевого, лучезапястного суставов, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов слева, лимфостаз левой верхней конечности, синдром невропатической боли. Реабилитационный диагноз: выраженные нарушения функции левой верхней конечности, выраженные нарушения самообслуживания и бытовой жизни, субклинически выраженные тревога и депрессия. Цель реабилитации: уменьшение болевого синдрома; увеличение силы мышц, моторики левой кисти; амплитуды движений в суставах; восстановление навыка бытового самообслуживания; улучшение психоэмоционального состояния». Индивидуальная программа реабилитации строилась по модульной системе: дыхательная гимнастика; групповая и индивидуальная гимнастика для формирования мышечного корсета на шейном уровне; процедуры двигательного праксиса (комплекс упражнений для увеличения амплитуды движений в плечевом суставе и для улучшения мелкой моторики пальцев руки и подвижности суставов кисти); эрготерапия; механотерапия (Кардиомед 700, велоэргометр для рук с реверсом); роботизированная терапия (Armeo-spring); физиолечение с целью улучшения микро-

циркуляции и уменьшения отёка верхней конечности, а также уменьшения болевых проявлений (пневмомассаж, магнитотерапия); массаж левой руки; индивидуальная и групповая психотерапия (дыхательные упражнения, сеансы ауторелаксации). Комплекс реабилитационных мероприятий включал медикаментозную терапию: препараты, улучшающие микроциркуляцию в тканях и венозный отток, противовоспалительные, миорелаксирующие средства.

По окончании курса реабилитации пациентка отмечала улучшение: пропали боли, увеличилась толерантность к нагрузкам, объем движений в суставах, сила мышц кисти, уменьшился отек левой руки, улучшилась мелкая моторика левой кисти, общее настроение и сон. Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS составил 5 баллов. Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась на основании клинико-неврологического осмотра с заполнением МКФ. Одним из критериев оценки эффективности лечения стала разность между длиной окружности пораженной и здоровой конечностей, сразу после окончания лечения она уменьшилась на разных уровнях на 1–2 см. Комплексная терапия привела к улучшению характеристик отека: происходила его трансформация из смешанного (где участки мягкого отёка чередовались с твёрдыми) в мягкий, а из мягкого в преходящий. Увеличилась реактивность сосудов и возрос резервный капиллярный кровоток по данным ЛАКК. Одновременно с уменьшением отека наблюдалось нивелирование явлений тугоподвижности в плечевом суставе верхней конечности на стороне радикальной операции. Увеличилась сила мышц кисти с 2 до 3,5 балла и увеличилась амплитуда движений в левом плечевом суставе с 80° до 130°. Пациентка может противопоставить 1-й палец 4-му, не может сжать левую кисть в кулак (дистальные

фаланги пальцев не достигают ладони на 5 см, а при поступлении на 10 см). Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ уменьшилась в 2 раза. По окончании курса реабилитации с помощью поверхностной ЭМГ установлено увеличение амплитуды ответов на 11% и частоты на 4% с дельтовидной мышцы, увеличение амплитуды на 6% и частоты на 17% с надостной мышцы. Улучшились показатели активности и участия по разделам мобильности (d4) и самообслуживания (d5) по МКФ: больная могла самостоятельно причёсывать волосы левой рукой, хватывать предметы пальцами левой руки).

Вышеописанный случай интересен клиницистам в связи с поражением периферической нервной системы в виде компрессионно-ишемической брахиоплексопатии слева. Кроме того, у пациентки развились вторичные компрессионно-ишемические изменения в области карпального канала. Данный пример наглядно демонстрирует, что все женщины, прошедшие специальное лечение по поводу рака молочной железы и имеющие проявления постмастэктомического синдрома, нуждаются в проведении комплекса реабилитационных мероприятий в ранние сроки. Данная тактика позволит предотвратить возникновение выраженных осложнений и нарастание их степени. Основная проблема, с которой приходится сталкиваться, это недостаточная информированность женщин о возможности развития, способах профилактики и лечения осложнений. В этой связи особую актуальность обретают организационные вопросы реабилитации этого контингента лиц.

Таким образом, своевременное начало индивидуальной комплексной программы реабилитации женщин с постмастэктомическим синдромом способствует значительному улучшению их функционального состояния.

REHABILITATION IN PATIENTS WITH POSTMASTECTOMY SYNDROME: A CLINICAL CASE

V. V. Belova, S. V. Vyalkova, S. V. Bleklov, I. P. Yastrebseva, S. O. Fokicheva, S. V. Nikolaeva

ABSTRACT

A clinical case of rehabilitation in a patient with the participation of multidisciplinary team upon the individual program which was developed by module system is described. The described case might be interested to the clinicians in connection with rather rare symptomatology namely the injury of peripheral nervous system in the form of compression ischemic brachioplexopathy and secondary compression ischemic alterations in the zone of carpal canal. This case clearly demonstrated that all women who undergone special treatment for mammary glands cancer and who had the manifestations of postmastectomy syndrome needed the administration of rehabilitation measures complex at early stages.

Key words: postmastectomy syndrome, rehabilitation, mammary glands cancer.