

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра

_____ Р.А. Часнойть
5 декабря 2006 г.
Регистрационный № 139-1106

**РАННЯЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T2-3N0-1M0 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. И.В. Залуцкий, канд. мед. наук А.Г. Жуковец,
канд. мед. наук Д.В. Овчинников, Н.О. Лопухова, канд. мед. наук Е.В.
Шаповал, канд. мед. наук Н.Н. Курилович

Минск 2007

Данная инструкция предназначена для врачей-онкологов, специализирующихся в области лечения и реабилитации больных раком молочной железы (МЖ).

Одним из ведущих компонентов реабилитации, особенно пациентов молодого возраста, являются органосохраняющие хирургические вмешательства и реконструктивно-восстановительные операции на молочной железе.

Выполнение маммопластики одновременно с радикальным хирургическим вмешательством на молочной железе в рамках программы реабилитации имеет как психологические, так и экономические преимущества.

Психологические преимущества:

- снижение страха перед возможной или неизбежной мастэктомией;
- уменьшение психологической травмы после мастэктомии;
- сохранение нормального образа тела.

Экономические:

- уменьшение длительности периода медицинской реабилитации, проводимой в условиях стационара;
- уменьшение количества операций и анестезиологических пособий и, соответственно, снижение общей стоимости лечения и реабилитации.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

- Наркозный аппарат.
- Аппарат для диатермокоагуляции сосудов.
- Хирургический инструментарий и шовный материал.
- Лекарственные препараты, влияющие на реологические свойства крови и микроциркуляцию (реополиглюкин, трентал, аспирин, гепарин).
- Лекарственные препараты для лечения хронической лимфovenозной недостаточности (экстракт иглицы + аскорбиновая кислота + гисперидинметилхалькон и др.)
- Аппарат для пневмокомпрессии конечности.
- Аппарат для локальной магнитотерапии.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Ранняя медицинская реабилитация с использованием реконструктивно-восстановительных операций показана больным раком МЖ T2-3N0-1M0 при индексе соотношения объема опухоли и молочной железы равном, или превышающем 0,12%.

Индекс соотношения объема опухоли и молочной железы (К) рассчитывается по модифицированной формуле, предложенной Летягиным (2002):

$$K = \frac{12V\pi^2}{l^3} 100\%,$$

где V – объем опухоли (определяется при ультразвуковом исследовании);

l – длина периметра окружности основания молочной железы.

В большинстве случаев при $K < 0,12\%$ эстетические результаты радикальной резекции вполне удовлетворительны, и реконструкция молочной железы не требуется.

Кроме того, реконструктивно-восстановительные операции в виде редукционной маммопластики, выполняемой одновременно с полной или частичной подкожной резекцией тканей пораженной молочной железы, показаны больным с ограничением физической активности и сколиозом вследствие чрезмерной нагрузки на позвоночник, обусловленной гипертрофией молочных желез.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

При проведении медицинской реабилитации больных раком молочной железы T2-3-N0-1-M0 выполняются реконструктивно-пластические операции, используются психологические, медикаментозные и физические методы (пневмокомпрессия, лимфодренирующий ручной массаж, магнитотерапия).

Медицинская реабилитация больных раком молочной железы включает несколько этапов:

1. *Подготовительный этап.* Заключается в выборе совместно с больной наиболее приемлемого варианта радикальной операции на молочной железе и реконструктивно-пластической операции (в том числе необходимости выполнения редукционной маммопластики на противоположной молочной железе). Проводится подготовка больной к хирургическому вмешательству, с целью уменьшения риска развития послеоперационных осложнений и психоневрологических нарушений (медикаментозные средства, психотерапия).

2. *Лечебный этап.* Заключается в выполнении радикального хирургического вмешательства с обоснованно минимальным удалением здоровых тканей железы. Основные реабилитационные мероприятия на этом этапе – выполнение органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций, проведение адекватного анестезиологического пособия.

3. *Ранний восстановительный этап.* На данном этапе определяют необходимый комплекс лечебно-восстановительных мер для получения оптимального лечебного эффекта и скорейшего восстановления жизнедеятельности пациентки. Основные реабилитационные мероприятия направлены на предупреждение развития общих и местных послеоперационных осложнений, раннюю физическую и психическую активизацию (медикаментозные средства, лечебная физкультура, психотерапия).

4. *Поздний восстановительный этап.* Реабилитационные мероприятия проводятся в виде самостоятельных курсов или же параллельно с адъювантной химио- или гормонотерапией. Основной задачей этого этапа

является предупреждение развития поздних осложнений специального лечения (вторичный лимфатический отек, нарушение функции плечевого сустава, психоневрологические нарушения). В этот период используются медикаментозные средства, лечебная физкультура, психотерапия, пневмокомпрессия, локальная магнитотерапия.

Первичные реконструктивно-восстановительные операции

С целью адекватного замещения удаленных тканей МЖ и придания ей естественных контуров и объема могут быть использованы: торакодорсальный лоскут (ТДЛ), поперечный ректоабдоминальный лоскут, собственные ткани молочной железы, а также их комбинации с имплантатами.

Наилучшие косметические результаты маммопластики с использованием торакодорсального лоскута (рис. 1) могут быть получены после радикальной резекции при небольших опухолях (до 3 см) в средней или большой по объему молочной железе и при локализации новообразования в ее верхней полусфере и наружных квадрантах.

После выполнения радикальной мастэктомии восстановление формы груди достигается путем транспозиции прямого или поперечного лоскута прямой мышцы живота (TRAM-лоскут) (рис. 2) или его микрохирургической аутотрансплантации.

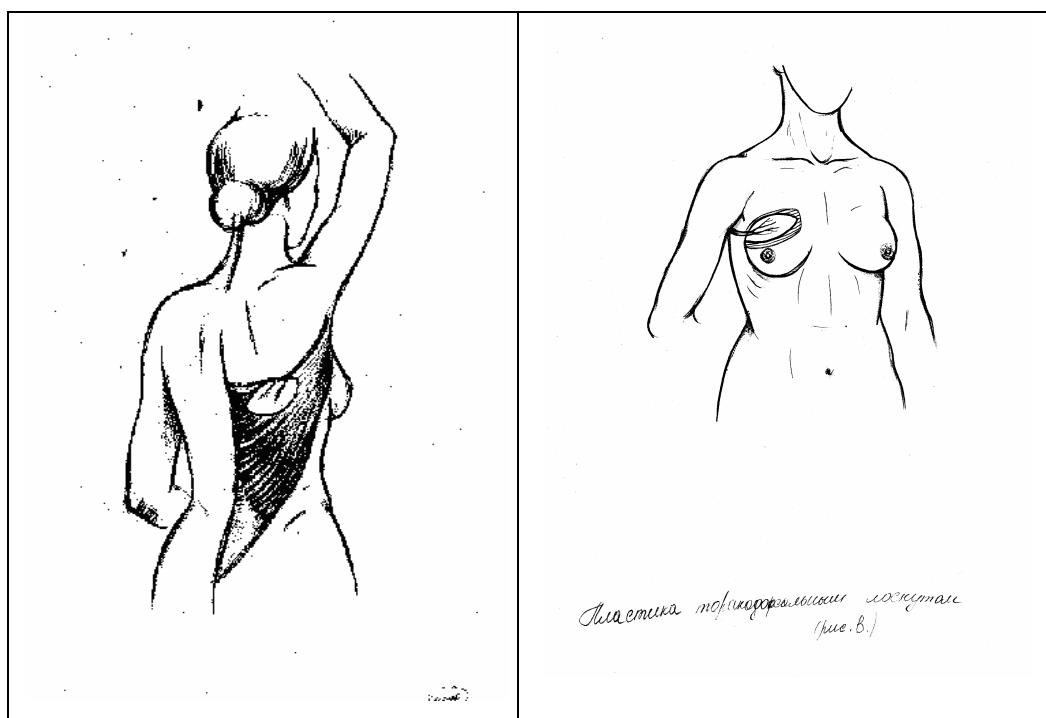


Рис. 1. Схема забора и транспозиции кожно-мышечного торакодорсального лоскута

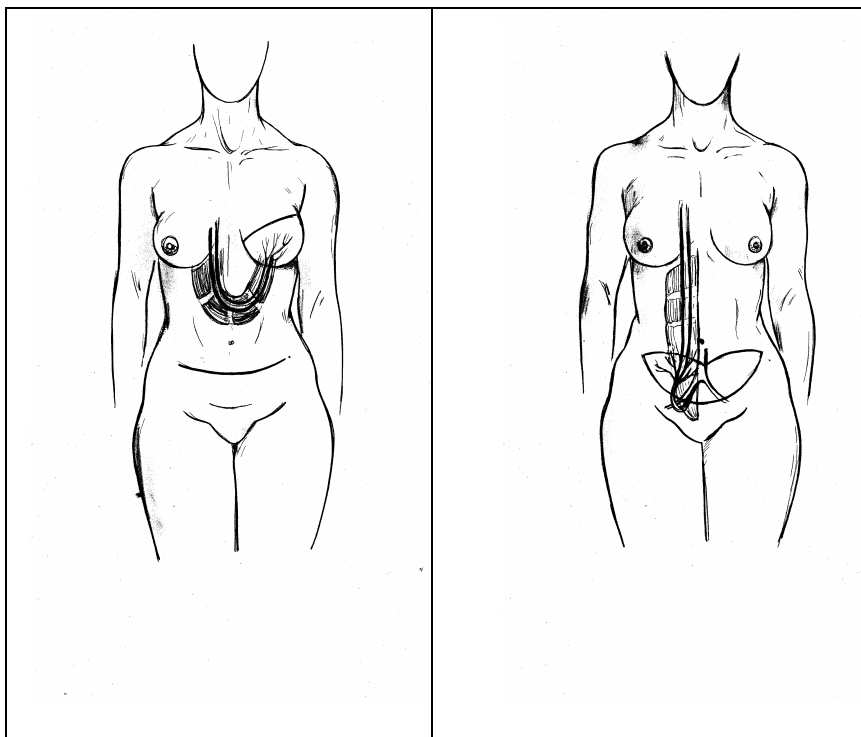


Рис. 2. Схема забора и транспозиции TRAM-лоскута

Техника выполнения маммопластики у больных раком молочной железы с использованием кожно-мышечного ТДЛ и TRAM-лоскута подробно изложена в инструкции по применению «Первичная маммопластика при комплексном лечении больных раком молочной железы I-II стадии» (рег. № 144-1103 от 02.06.2004 г.)

В настоящей инструкции дается описание дополнительных, в том числе оригинальных методов маммопластики, которые целесообразно использовать в системе реабилитации у больных раком молочной железы после радикальных операций с сохранением кожи. В этом случае создаются более благоприятные условия для хорошего эстетического результата маммопластики (сохраняются естественные границы молочной железы в области субмаммарной складки, отсутствуют рубцы в области декольте и контраст между кожей грудной стенки и лоскутом).

Методика маммопластики с использованием торакодорсального мышечного лоскута после подкожной радикальной резекции

До операции маркируют проекцию опухоли на кожу молочной железы, место биопсийного канала и предполагаемую зону резекции тканей МЖ. Определяют возможность сохранения сосково-ареолярного комплекса (САК). Разрез кожи проводится от внутренних квадрантов, окаймляя ареолу через всю железу к подмышечной впадине по средней подмышечной линии. Отдельно двумя полуовальными сходящимися разрезами очерчивают место биопсийного канала. Мобилизуют кожно-жировой лоскут над резецируемой частью молочной железы. При этом участок кожи с отверстием биопсийного канала оставляют на месте. Электроножом резецируют часть МЖ с опухолью вместе с фасцией большой грудной мышцы и в едином блоке осуществляют подмышечно-подлопаточно-подключичную диссекцию клетчатки с

лимфоузлами. Далее, через тот же доступ, производят субтотальный забор торакодорсальной мышцы на сосудистой ножке в соответствии с имеющимися потребностями. В том случае, если ареолу пришлось удалить, на мышечном лоскуте оставляют островковый кожный лоскут диаметром 4 см для пластики ареолы (рис. 3). Двигательный нерв мышцы пересекают. Порцию мышцы размещают в ложе иссеченных тканей молочной железы и фиксируют швами. Кожно-жировой лоскут молочной железы возвращается на место и фиксируется послойно швами. Кожная рана после иссечения биопсийного канала ушивается. Зона операции дренируется двумя дренажными трубками для щадящей аспирации. Дренажи удаляются при объеме лимфорееи 10-20 мл. При неосложненном течении послеоперационного периода швы на молочной железе снимаются на 10-14-е сут.

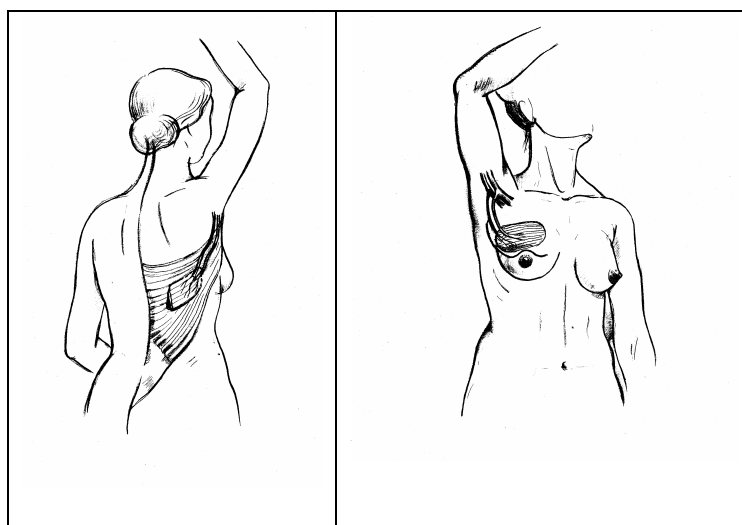


Рисунок 3 – Схема забора и транспозиции мышечного торакодорсального лоскута

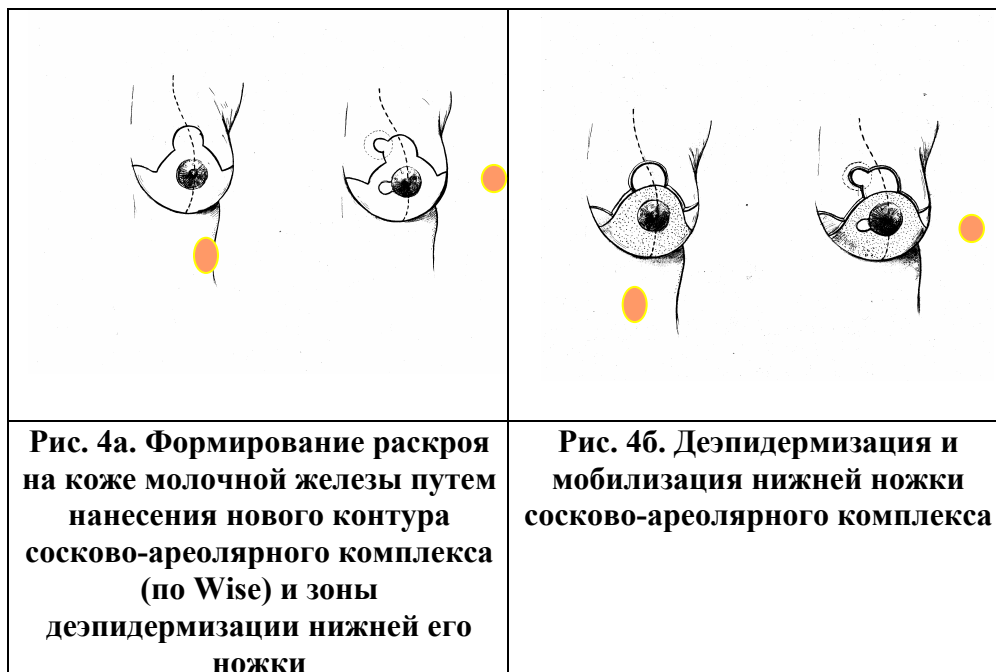
У больных с МЖ малых размеров можно полностью восполнить недостающий объем железы с хорошим эстетическим результатом путем транспозиции широчайшей мышцы спины после подкожной мастэктомии.

Методика маммопластики с использованием собственных тканей молочной железы после радикальной подкожной мастэктомии или квадрантэктомии

Эта методика позволяет восстановить форму и объем груди у пациенток с гипертрофией молочных желез и макромастией путем редуцирующей маммопластики, выполняемой одновременно с полной или частичной подкожной резекцией тканей пораженной молочной железы.

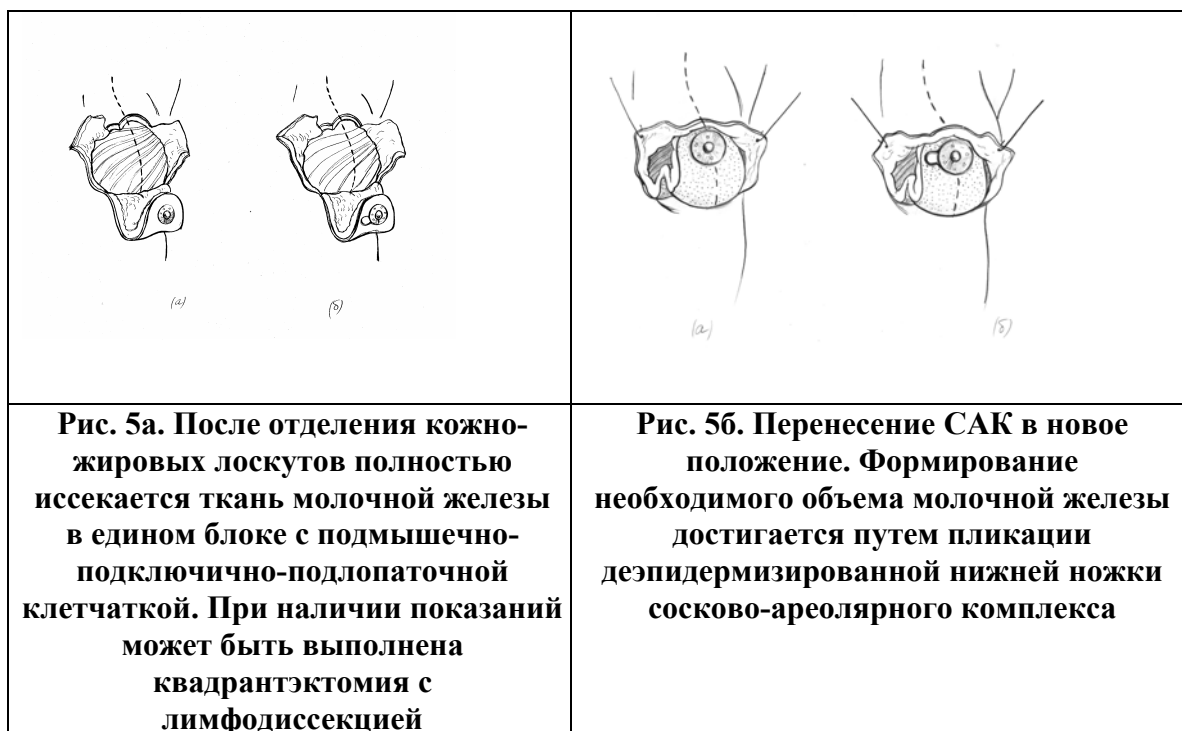
На молочную железу наносится разметка раскройки кожи в форме «замочной скважины» (Wise R.J.) в положении пациентки стоя, при этом кожно-жировой лоскут над опухолью (с биопсийным каналом) очерчивается отдельно с целью его включения в блок удаляемых тканей. При локализации опухоли в нижних квадрантах иссечение биопсийного канала не представляет сложности, т. к. он расположен в зоне деэпидермизируемой

широкой питающей ножки сосково-ареолярного комплекса и его иссечение не нарушает целостности формируемого кожного чехла молочной железы. При расположении опухоли в верхних квадрантах требуется модифицировать разметку для удаления биопсийного канала и устранения дефекта кожи на лоскуте за счет островковой кожной площадки ножки САК (рис. 4а, б).



Планирование островковой кожной площадки ножки САК необходимо также для пластики ареолы при необходимости ее иссечения, которая, как правило, возникает при центральной локализации опухоли. После рассечения кожи и подкожной клетчатки кожно-жировые лоскуты отделяются: вниз – до субмаммарной складки, медиально и латерально – до боковых границ основания молочной железы, кверху – до уровня верхней границы молочной железы. Молочную железу вместе с опухолью и фасцией отслаивают от грудной стенки вверх до уровня субмаммарной складки, и далее до верхней ее границы

После этого железа удаляется единым блоком с подмышечно-подлопаточно-подключичной клетчаткой и кожной площадкой над опухолью (рис. 5а). Широкую кожно-жировую ножку, идущую от субмаммарной области к сосково-ареолярному комплексу, деэпидермизируют за исключением участка, который используется для устранения дефекта кожи, иссеченной над опухолью. После этого сосково-ареолярный комплекс с дополнительной кожной площадкой перемещается и фиксируется в свою новую позицию кверху на ножке из деэпидермизированной кожи (рис. 5б).



Медиальный и латеральный кожно-жировые лоскуты сшиваются между собой под ареолой и восстанавливают кожный чехол молочной железы (рис. 6). Объем молочной железы формируется за счет пликации ножки САК и жировой клетчатки на кожных лоскутах.

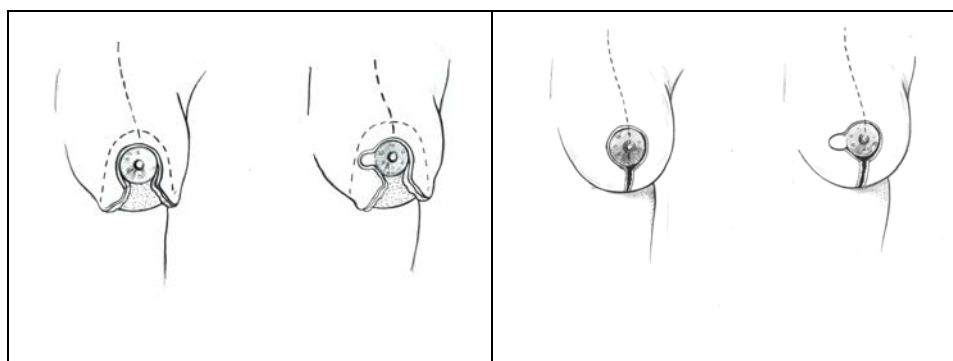


Рис. 6. Кожно-жировые лоскуты сближаются и сшиваются между собой и ореолой. Послеоперационный рубец имеет форму «якоря» или инвертированного «Т». Одномоментно выполняется редуцирующая маммопластика на второй молочной железе

Зона операции дренируется двумя дренажными трубками для щадящей аспирации. Дренажи удаляются при объеме лимфорееи 10-20 мл. При неосложненном течении послеоперационного периода швы на молочной железе снимаются на 10-14-е сут.

При объеме молочной железы менее 500 мл и длине периметра основания молочной железы менее 50 см у пациенток нормального и пониженного питания не удастся адекватно восстановить объем молочной

железы только собственными тканями. В таких случаях с целью аугментации возможно использование силиконового эндопротеза молочной железы. При этом лимфаденэктомия выполняется через отдельный разрез, что обусловлено необходимостью разделения ран в области молочной железы и подмышечной впадины. Данный прием предупреждает возможную транспозицию имплантата в подмышечную область.

Медикаментозные средства

Медикаментозные средства в системе реабилитации больных раком молочной железы применяются ограниченно. В раннем послеоперационном периоде после маммопластики с использованием дистанционных лоскутов или микрохирургической аутотрансплантации с целью улучшения кровоснабжения лоскутов и предупреждения тромбоза микрососудистых анастомозов назначаются малые дозы аспирина (0,25 г/сут), реополиглюкин (500 мл/сут), трентал (100-200 мг/сут) в течение 3-5 дней после операции. Венолимфотонические препараты (цикло-3 форт, детралекс и др.) целесообразно назначать при сохранении или прогрессировании лимфатического отека руки через 6 мес. после операции. Лекарственные средства назначают в том случае, если фиксируемое различие в длине окружности здоровой и больной конечности хотя бы в одном измерении превышает 1-1,5 см. При этом первое измерение на конечности должно быть выполнено до хирургического вмешательства.

Лечебная физкультура

Лечебная физкультура является одним из обязательных компонентов реабилитации больных раком молочной железы и одним из наиболее мощных активизирующих пациента факторов. Особое внимание уделяется нагрузке на мышцы плеча. При ее назначении учитывается вариант маммопластики (табл. 1, 2).

Таблица 1

Разработка плечевого сустава после маммопластики с применением торакодорсального лоскута или подкожной мастэктомии с одномоментной редуccionной маммопластикой

Время после операции	Рекомендуемый объем движений		
	Сгибание	Отведение	Ротация
1-3 сут.	40-45°	40-45°	До толерантности
4-6 сут.	45-90°	45°	До толерантности
с 7-х сут	До толерантности	До толерантности	До толерантности

После снятия швов проводится общеукрепляющая лечебная физкультура в щадящем режиме и дальнейшая разработка плечевого сустава. Лечебная физкультура в тренирующем режиме назначается после завершения курсов адьювантной химиотерапии при хорошем общем состоянии пациентки.

Лечебная физкультура при маммопластике с применением
ректоабдоминального лоскута

Время после операции	Рекомендуемый объем движений
0-10 (14) сут.	Осторожные движения в плече (сгибание, разгибание, ротация) до появления незначительной болезненности. Запрещение натуживания и поворотов туловища
11(15)-28 сут.	Разработка плечевого сустава. Ограничение напряжения живота
С 5-6-й недели	Общеукрепляющая лечебная физкультура в щадящем режиме (туловище/конечности) с активной разработкой движений в плечевом суставе

При составлении комплекса упражнений для пациенток в позднем послеоперационном и восстановительном периоде необходимо учитывать общий уровень тренированности, возраст, наличие сопутствующих заболеваний. Особое внимание уделяется умеренной нагрузке на мышцы плечевого пояса и спины. Противопоказанием к лечебной физкультуре является наличие тромбофлебита и флебита вен верхней конечности. На момент выписки пациентка должна овладеть основными упражнениями для дальнейшего их использования в домашних условиях не менее 6 мес. (до полного восстановления объема движений в плечевом суставе).

Психотерапия

При выборе метода психотерапии, в том числе музыкотерапии, предпочтение отдается занятиям в группах по 3-5 человек. Индивидуальная психокоррекционная работа, учитывая ограниченные сроки пребывания больной в стационаре, проводится при выраженном невротическом состоянии.

Физиотерапия

Пневматическая компрессия конечности с последовательным ее сдавлением от дистальных ее отделов к проксимальным является одним из основных компонентов лечения лимфедемы. Применяется индивидуально на позднем восстановительном этапе при сохранении или нарастании лимфатического отека руки через 6 мес. после операции. Пневмокомпрессия проводится ежедневно по 40-90 мин в режиме «нарастающая волна». Назначается 2 курса по 15-20 процедур с интервалом в 1-2 мес. Давление воздуха, подаваемого в рукав, подбирается индивидуально в диапазоне 50-80 мм рт. ст. В последующем осуществляется поддерживающая терапия 1-2 раза в год. Пневматическая компрессия противопоказана при активном инфекционном процессе, тромбофлебите и тромбозе глубоких вен конечности.

В качестве альтернативы пневмокомпрессии возможно проведение лимфодренажного мануального массажа. Рекомендуется 1-2 курса массажа. Количество процедур на курс лечения варьирует от 10 до 20.

Оценка эффективности реабилитации

Эффективность ранней медицинской реабилитации с использованием реконструктивно-восстановительных операций оценивается непосредственно по частоте и тяжести ранних послеоперационных осложнений, косметическому исходу операции и динамике клинико-функциональных данных через 6 мес. после хирургического вмешательства.

Хороший эффект достигается при полном восстановлении функции верхней конечности (ФК 0) или наличии незначительных функциональных нарушений (ФК I), характеризующихся отсутствием послеоперационных осложнений, незначительной функциональной недостаточностью плечевого сустава на оперированной стороне, компенсацией лимфатического оттока от руки, достаточностью силового схвата кисти оперированной руки.

Удовлетворительный эффект достигается при умеренных функциональных нарушениях (ФК II), определяющихся наличием нетяжелых послеоперационных осложнений, умеренной функциональной недостаточностью плечевого сустава на оперированной руке, легкими нарушениями лимфатического оттока, незначительным снижением силы кисти.

Неудовлетворительный эффект характеризуется развитием значительных функциональных нарушений конечности на стороне операции и определяется развитием: тяжелых местных послеоперационных осложнений, выраженным функциональным дефицитом функции плечевого сустава, декомпенсацией лимфатического оттока от руки, снижением силы кисти до 60% относительно здоровой руки.

Плохой эффект медицинской реабилитации также определяется при развитии резко выраженных функциональных нарушений (ФК IV), приводящих к инвалидизации больных (табл. 3).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Одной из грубейших ошибок при реализации программы ранней медицинской реабилитации является неполное информирование женщины о возможностях реконструкции молочной железы одновременно с радикальной операцией. Не следует также использовать информацию о возможности развития местных осложнений при выполнении одномоментной маммопластики для аргументации отказа от реконструктивной операции, если для этого нет объективных медицинских причин (синхронные первично-множественные злокачественные опухоли, X-XI степень операционного риска, наличие общих противопоказаний к хирургическому лечению, активные формы сопутствующих заболеваний). Пациентка должна самостоятельно дать информированное согласие на реконструкцию груди.

Основными методами профилактики послеоперационных осложнений являются: совершенствование хирургической техники, правильный отбор пациентов, объема удаления тканей молочной железы и адекватных методов ее реконструкции.

Ранняя физическая активизация больной после выполнения маммопластики с использованием TRAM-лоскута (особенно у курящих женщин и страдающих ожирением) может привести к образованию грыжи передней брюшной стенки.

Основным методом предупреждения осложнения является тщательное ушивание апоневроза путем создания его дубликатуры или его укрепление лавсановой/проленовой сеткой (при необходимости).

Возможными осложнениями после радикальной подкожной мастэктомии, выполняемой одновременно с редуccionной маммопластикой, являются краевые некрозы кожи.

Профилактика краевых некрозов состоит в информировании пациентки о недопустимости курения перед операцией и сразу после нее, тщательном выполнении предоперационной разметки, бережной препаровке кожно-жировых лоскутов и назначении в послеоперационном периоде дезагрегантов крови. Имплантат молочной железы, установленный с целью компенсаторной аугментации, может быть инфицирован как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в более поздние сроки. Профилактикой данного осложнения является санация пациента от очагов хронической инфекции до операции, рациональная антибиотикопрофилактика, а также своевременное удаление дренажей. Не рекомендуется устанавливать имплантаты женщинам, которым планируется проведение послеоперационной лучевой терапии на область молочной железы.

Ошибкой при проведении ранней медицинской реабилитации является отсутствие контроля над степенью подвижности в плечевом суставе и объемом конечности на стороне операции (данная информация должна обязательно вноситься в амбулаторную карту больной).

Не следует применять пневмокомпрессию и препараты из группы вено-лимфотоников с целью предупреждения развития лимфедемы у больных с ранним (послеоперационным) лимфатическим отеком или со стабильным максимальным увеличением окружности конечности в одном из измерений до 1 см.

Таблица 3

Оценка эффективности медицинской реабилитации женщин после завершения радикального лечения рака молочной железы

Оцениваемые параметры	Критерии			
	ФК I (незначительные функциональные нарушения)	ФК II (умеренные функциональные нарушения)	ФК III (значительные функциональные нарушения)	ФК IV (резко выраженные функциональные нарушения)
Структура, исход местных послеоперационных осложнений	Отсутствие послеоперационных осложнений	Краевой некроз лоскутов с расхождением швов, скопления серозной жидкости и лимфы в подлокутном пространстве. Легкая плечевая плексопатия	Частичный некроз лоскутов, ведущий к деформации груди, длительная лимфорей, тромбофлебит. Умеренная плечевая плексопатия	Полный некроз лоскутов, прогрессирующий лимфатический отек, образование грубых рубцов, болевой синдром, обусловленный плечевой плексопатией
Оценка вида молочной железы	Незначительные видимые дефекты МЖ (рубцы, деформации). Симметрия или незначительная асимметрия желез. Непрерывная субмаммарная складка с ровной или слегка неправильной кривизной	Умеренно заметные дефекты МЖ (рубцы, деформации). Умеренная асимметрия желез. Неровная субмаммарная складка	Очень заметные дефекты МЖ (рубцы, деформации). Выраженная асимметрия желез. Неопределяемая субмаммарная складка	Отсутствие МЖ
Объем движений в плечевом суставе через 6 мес. после операции:				

<i>сгибание</i>	115	100	80	30
<i>разгибание</i>	30	20	15	5
<i>отведение</i>	115	100	80	20
Степень компенсации лимфатического оттока от руки	Компенсация лимфатического оттока от руки: линейные измерения длины окружности руки оперированной конечности и контрлатеральной конечности равновелики или не превышают 1-1,5 см	Легкие нарушения лимфатического оттока: разница в объеме конечностей менее 2 см, полностью исчезает за период ночного отдыха	Умеренное нарушение лимфатического оттока: быстрое нарастание чувства распираания в дистальных отделах, прогрессирующее уплотнение подкожно-жировой клетчатки и гиперпигментация кожи. Разница в объеме конечностей до 6 см	Выраженные нарушения лимфатического оттока: атрофия кожи, склероз подкожной клетчатки, дерматиты, трофические язвы. Разница в объеме конечностей более 6 см
Сила мышц кисти	Не снижена	Незначительно снижена: по данным кистевой динамометрии на 10-20% относительно здоровой руки	Умеренно снижена: по данным кистевой динамометрии на 20-60% относительно здоровой руки	Выраженно снижена: по данным кистевой динамометрии на более 60% относительно здоровой руки

**ВРЕМЕННЫЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T2-3N0-1M1**

Наименование нозологических форм заболеваний, шифр по МКБ, ФК нарушений ()	Реабилитационно-экспертная диагностика		Мероприятия медицинской реабилитации			Продолжительность курса медицинской реабилитации, кратность курсов	Критерии эффективности медицинской реабилитации
	обязательная	дополнительная	перечень мероприятий	продолжительность	количество в течение курса		
1	2	3	4	5	6	7	8
(C50) Рак молочной железы	<p>Осмотр: хирурга-онколога, химиотерапевта, реабилитолога, психолога</p> <p>Общеклинические и биохимические лабораторные исследования</p> <p>ЭКГ</p> <p>Измерение подвижности в плечевых суставах</p> <p>Измерение объема</p>	<p>Консультация: невропатолога, физиотерапевта, психотерапевта, радиолога</p> <p>Фотографирование пациента до и после реконструктивной операции</p> <p>R-графия шейного отдела позвоночника</p> <p>Динамометрия</p> <p>Измерение объема руки на стороне операции</p>	<p>Хирургические и технические приемы</p> <ul style="list-style-type: none"> • тщательный гемостаз • бережное отношение с тканями (кожным лоскутам, подключичной вене, нервным стволам плечевого сплетения) • сохранение торакодорсальных сосудов • сохранение грудных мышц, кожи молочной железы (по возможности) • применение аутоканей для устранения послеоперационного дефекта железы или полной реконструкции груди • активное дренирование подлопаточных пространств • пункционная эвакуация скопления серозной жидкости и лимфы в подлопаточных пространствах <ul style="list-style-type: none"> • элевация руки после операции • душ-массаж руки на стороне операции 	<p>Во время выполнения радикальной операции на молочной железе</p> <p>7-10 дней</p> <p>До облитерации лимфоцисты</p> <p>На время сна</p> <p>20 мин ежедневно после снятия швов</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>Индивидуально</p> <p>5-10</p>	<p>1 курс в течение 6 мес.</p>	<p>Улучшение клинико-функционального состояния больной:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уменьшение частоты и тяжести послеоперационных осложнений • увеличение объема движений в плечевом суставе на стороне операции • отсутствие компенсаторной деформации позвоночника и плечевого пояса • уменьшение частоты и выраженности раннего и позднего

	<p>опухоли и длины периметра основания молочной железы</p>		<p style="text-align: center;">Лечебная физкультура</p> <ul style="list-style-type: none"> • дыхательная гимнастика; • индивидуальные и групповые занятия в щадяще-тренирующем и тренирующем режиме, обучение самостоятельным занятиям. <p style="text-align: center;">Психотерапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • индивидуальная психокоррекционная работа • групповая терапия • музыкотерапия <p style="text-align: center;">Медикаментозная терапия (индивидуально)</p> <ul style="list-style-type: none"> • средства, улучшающие микроциркуляцию в пересаженных комплексах тканей (пентоксифиллин, дипиридамо, ксантинола никотинат) • средства для лечения хронической лимфo-венозной недостаточности (по показаниям) <p style="text-align: center;">Школа больного</p> <ul style="list-style-type: none"> • лучевая терапия (особенности лечения, осложнения) • химиотерапия (особенности лечения, осложнения) • лимфатический отек руки (профилактика и лечение) • обучение навыкам самообследования здоровой молочной железы и регионарных лимфатических узлов • лечебная физкультура после мастэктомии 	<p>по 3-5 мин (до 20 мин)</p> <p>по 10-20 мин до 1-2 раз в день</p> <p>30-40 мин (индивидуально)</p> <p>20-30 мин</p> <p>С 1-х послеоперационных суток</p> <p>30 дней</p> <p>20 мин</p> <p>20 мин</p> <p>20 мин</p> <p>10 мин</p> <p>20 мин</p>	<p>В течение всего курса</p> <p>10-14</p> <p>3-5</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>		<p>лимфатического отека руки</p> <ul style="list-style-type: none"> • отсутствие психологических реакций и нарушений, обусловленных послеоперационным дефектом <p>Восстановление способности к самообслуживанию</p> <p>Достижение мотивации на социальную и трудовую реабилитацию</p>
--	--	--	---	---	---	--	--

