

ЛЕКЦІЯ 7

ТЕМА: ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Зміст

1. Різновиди хірургічних втручань
2. Пост хірургічні ускладнення та дефекти

Ризик є частиною будь-якої операції. Хоча наука та медичні технології зробили операцію безпечною та надійною варіант лікування, завжди є ризик потенційних проблем і побічних ефектів. У багатьох випадках, однак, позитивний ефект від операції переважає ризики. Це одна з причин, чому дізнатися про вашу раку та лікування раку дуже важливо. Чим більше ви знаєте про хірургії раку, більш інформовані ваш вибір буде. Будьте впевнені, щоб обговорити наступні можливі ускладнення з вашою командою надання допомоги при раку перед проходженням лікування.

Кріохірургія. Ця операція техніка використовує вкрай низьких температур, щоб вбити ракові клітини. Кріохірургія використовується найчастіше з раком шкіри і раком шийки матки. У залежності від того, пухлина всередині або поза тіла, рідкий азот знаходиться на шкірі або на інструмент, званий кріозонда (який вставляється в тіло так, щоб вона стосувалася пухлини). Кріохірургія в даний час оцінюється як хірургічного лікування декількох видів раку.

Лазерна хірургія. Цей метод використовує пучків світлової енергії, а не інструменти для видалення дуже маленьких раків (без пошкодження навколишніх тканин), щоб зменшити або знищити пухлини, або для активації наркотики, щоб вбити ракові клітини. Лазерна хірургія є дуже точні процедури, які можуть бути використані для лікування ділянки тіла, які важко досягти, в тому числі шкіри, шийки матки, прямої кишки і гортані.

Електрохірургія. Рак шкіри і раку порожнини рота, іноді обробляли електрохірургії. Цей метод використовує електричний струм для знищення ракових клітин.

Мікроскопічно контрольована хірургія. Ця операція корисна, коли рак зачіпає делікатні частини тіла, такі, як очі. Шари шкіри віддаляються, і розглянуті мікроскопічно до ракові клітини не можуть бути виявлені.

З метою лікування раку молочної залози проводиться – мастектомія.

Хірургічне лікування раку молочної залози неминуче призводить до розвитку низки ускладнень і функціональних порушень верхньої кінцівки на стороні мастектомії. Більш того, останнім часом у ряді публікацій з'явилося поняття «Постмастектомічний синдром» (ПМС), що характеризує комплекс функціональних та косметичних порушень, які виникають внаслідок радикального протипухлинного лікування раку молочної залози та включає в себе постмастектомічний дефект (ПМД), постмастектомічний набряк (ПМН), обмеження амплітуди рухів у плечовому суглобі, ураження периферичної нервової системи та депресію

Усі післяопераційні ускладнення, можна умовно розділити на ранні, які з'являються в ранні терміни після лікування, пізні та загальні.

Так, ранні ускладнення (приблизно в 1/3 хворих) виникнення яких, зазвичай, продовжує в часі перебіг післяопераційного періоду, потребують значного напруження захисних сил організму та знесилюють його, іноді призводячи до віддалення термінів супутньої протипухлинної терапії та реабілітації, що в майбутньому може бути причиною розвитку лімфостазу, болювого синдрому та контрактури плечового суглобу на стороні операції. До ранніх післяопераційних ускладнень належить лімфорей, серома, ранній післяопераційний набряк верхньої кінцівки, інфікування післяопераційної рани, розходження країв рани та краєвий некроз шкірних клаптів, а до пізніших – набряк, парез плечового нервового сплетіння, контрактуру плечового суглоба, параліч і лімфостаз верхньої кінцівки, парестезії та біль в ділянці грудної стінки та інші. Важливість їх профілактики і лікування в плані реалізації програми реабілітації полягає у тому, що у ряді випадків ускладнення призводять до втрати працездатності хворого й інвалідизації.

Ускладнення, які виникають у пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді, поділяють на дві групи:

- 1) ускладнення пов'язані з об'ємом, характером і технікою хірургічного втручання;
- 2) ускладнення, які виникають поза зоною оперативного втручання і є наслідком супутніх захворювань.

Протягом першого року після операції практично у половини хворих виникають ті або інші ускладнення, але переважно легкого ступеня, внаслідок чого не роблять істотного впливу на фізичну, емоційну і трудову активність жінок.

Встановлено, що виникнення раневих ускладнень залежить від біохімічних порушень в організмі та перебігу операційного процесу. Саме з рівнем цих порушень пов'язана тривалість та величина лімфорей, яка негативно впливає на перебіг репаративних процесів

Лімфорей є найбільш частим раннім післяопераційним ускладненням і спостерігається у 1/3 хворих (17,9-78,4% випадків). Це ускладнення проявляється виділенням лімфи з лімфатичних судин внаслідок їх пошкодження або захворювання. При відкритих ушкодженнях (післяопераційних ранах) лімфорей проявляється виділенням з рани прозорої або рожевої рідини, яка потім, в результаті інфікування може стати каламутною з подальшим утворенням гнійного процесу.

У комплексі відновних заходів велике значення має також *профілактика розвитку інфекції*, оскільки хворі схильні до небезпеки інфікування кінцівки на стороні операції. Фактором розвитку такого ускладнення є порушення правил асептики та антисептики, незадовільний гемостаз, недостатнє дренирування післяопераційної рани та тривала лімфорей, яка може спровокувати середовище для розвитку мікроорганізмів. Хворим рекомендовано уникати дрібних травм, порізів, подряпин, опіків, які можуть призвести до вторинних ускладнень.

Бешихоподібне запалення виникає, переважно, при рецидивуючому перебігу захворювання, яке зустрічається у 12-45% хворих, або, на фоні розвитку інфекційного процесу. Дане ускладнення може виникати і в ранні, і в пізні терміни після операції та призвести до розвитку глибоких трофічних розладів, тромбоемболічних ускладнень, розвитку остеопорозу, остеосклерозу, активізації

порушення кровообігу та розвитку слоновості. Однією з основних причин розвитку даного ускладнення є наявність хронічного лімфатичного набряку кінцівки. Ще одним раннім ускладненням є розходження країв рани та краєвий некроз шкірних клаптів(10,9-25,6% випадків).

Некроз шкірних клаптів – порівняно рідкісне ускладнення, яке пов'язане в переважній більшості з тромбозом дрібних кровоносних судин. Некроз тканин може виникати внаслідок дії на них шкідливих зовнішніх та внутрішніх агентів (механічних, фізичних, хімічних та біологічних).

Приблизно у 15% пацієнтів може розвинути *ранній набряк кінцівки* легкого або середнього ступеню важкості, який швидко проходить. Це ускладнення може виникати на фоні гострого тромбофлебиту вен верхньої кінцівки, неправильного вибору напрямку шкірного розрізу, технічних помилок при операції або ж наявності лімфо реї (86,2%).

При аналізі пізніх післяопераційних ускладнень нами встановлено, що *парез плечового нервового сплетіння* є одним з рідкісних ускладнень, яке виникає в результаті хірургічних втручань або променевої терапії. Важкість моторних порушень і втрата чутливості знаходяться у прямій залежності від ступеня пошкодження плечового нервового сплетення. Ураження плечового нервового сплетіння супроводжується розладами чутливості і рухів відповідних відділів тіла. Діагноз ґрунтується на характерній клінічній картині — порушення відповідних рухів, глибоких рефлексів і чутливості за периферичним типом та наявність вегетативно-трофічних розладів.

Шийно-плечовий плексит є одним з ускладнень, що виникає в результаті пошкодження нервових стовбурів під час оперативного втручання травм, здавлення плечового сплетіння головою плечової кістки при вивиху плечового суглоба, інфекції, переохолодження або внаслідок післяпроменевого фіброзу із залученням нервів в рубцювальний процес. Це ускладнення, що спостерігається в 0,1% хворих, виявляється моторними порушеннями, втратою чутливості і больовим синдромом, важкість якого залежить від ступеня пошкодження нервового сплетіння. Больова та температурна чутливість відновлюється протягом 3-4х років, а тактильна чутливість проявляється через 5-6 років.

Плечолопатковий періартрит виникає при спонділозі шийного відділу хребта, який супроводжується нейродистрофічним синдромом: біль в ділянці ший, надпліччі, розлади чутливості, інколи атрофія м'язів. Проявляється вираженими больовими симптомами при рухах руки в плечовому суглобі і нахилі голови, хворобливістю точок в над- і підключичній ямці, а також по ходу судинно-нервового пучка, зниженням або випадінням рефлексів і трофічними розладами

Одним з пізніших ускладнень, які можуть виникати є *паралічі м'язів плечового поясу*. Так, можуть проявитись паралічі переднього зубчастого, трапецієподібного та ромбоподібного м'язів, паралічі Дюшена-Ерба та Дежерін-Клюмпке, периферійний параліч згиначів кисті та пальців, випадіння чутливості на внутрішній частині плеча, передпліччя та кисті.

Через деякий час після радикального лікування в ряду хворих може виникнути *лімфостаз* (набряк верхньої кінцівці на стороні операції), який є одним з основних та найважчих пізніх післяопераційних ускладнень. За літературними даними, частота цього ускладнення коливається від 13 до 64,6%

(Лімфостаз розвивається в різні терміни після операції. У найближчому післяопераційному періоді з'являється набряк, який швидко проходить.

Набряк, що з'являється через декілька тижнів після операції, може виявитися стійким і прогресувати при недотриманні гігієнічних вимог та класифікуватись, як *лімфостаз*. Він розвивається внаслідок порушення судинної мікроциркуляції, викликаного видаленням підключичного, пахвового і підлопаткового лімфатичних колекторів, тривалого спазму судин з подальшим тромбозом, тромбофлебітом і лімфангітом, гнійно-некротичних ускладнень в зоні операційної рани, тривалої лімфореї, бешихоподібного запалення верхньої кінцівки на оперованій стороні, тощо

Безпосередньо після операції виникає *порушення функції верхньої кінцівки*, обумовлене вираженим больовим синдромом, та видаленням великого масиву м'яких тканин у ділянці плечового суглобу та рубцювального процесу. У 23—57,5% випадків зустрічаються ускладнення у вигляді *контрактури плечового суглобу*, яка може виникати на фоні рубцювального процесу та супроводжуватись зморщуванням суглобової капсули та розвитком артрозу, внаслідок чого може виникати больовий синдром. Вони частіше спостерігаються в хворих, яким не проводилися реабілітаційні заходи в необхідному об'ємі. Так, за даними Healey, при обстеженні 271 хворих, оперованих з приводу раку молочної залози, в 91 (33,6%) простежувалося обмеження рухливості в плечовому суглобі, з них 22 (8,2%), навіть, не могли відвести руку на 90°, а проаналізувавши результати комбінованого лікування 1346 хворих, Basic і співав., виявили в 458 (34 %) - часткове, а в 27 (2 %) - різке обмеження рухів в плечовому суглобі. Обмеження рухливості в плечовому суглобі надалі веде до атрофії м'язів плечового поясу, деформації грудної клітки на стороні операції і зміни постави. Фізична реабілітація, розпочата в ранньому післяопераційному періоді, є визначальним моментом у відновленні нормальної функції плечового суглобу і зміцненні м'язів.

Деформуючий артроз - хронічний запальний процес суглобу, що викликає біль, деформацію і порушення його функції. З'являються хруст, біль, обмеження руху (контрактура), збільшення суглоба в об'ємі. Як пізні ускладнення може виникати після оперативного втручання, променевої і хіміотерапії, а також при наявності контрактур та лімфостазу.

Більшість хворих в перший рік після операції переживають неприємні відчуття в ділянці грудної стінки (*парестезії, гіперестезії, фантомні відчуття* і ін.), які є наслідком утворення невринома на кінцях перетнутих дрібних чутливих нервів. Ці ускладнення, як правило, носять легкий характер, не позначаючись істотно на стані хворого, і з часом зникають без будь-якої терапії.

При радикальних операціях утворюється косметичний дефект грудної стінки, компенсаторні деформації хребта та плечового поясу, що можуть проявлятися остеохондрозом хребта, чи його загостренням, з вторинним корінцевим больовим синдромом (41,8%). У хворих може розвинути остеопороз плечової кістки та лопатки (6%), як наслідок променевої та гормональної терапії.

У хворих на рак молочної залози перебіг усього лікувального періоду супроводжується важким психологічним стресом. З'являється відчуття втрати жіночності, і, як наслідок, неповноцінності та меншовартості.) У післяопераційному періоді з психопатологічних синдромів переважає апатичний та астенодепресивний, який поступово переходить у тривожно-депресивний

синдром (ТДС). У таких хворих загострюється почуття вразливості, плаксивості, роздратованості, вони не мають бажання та бояться думати про майбутнє, іноді виникають суїцидальні настрої. Можливе погіршення пам'яті, розсіяність та інтелектуальне виснаження

Під впливом оперативного втручання у хворих на рак молочної залози розвивається депресія, астенизація, знижується життєвий тонус та погіршується якість життя, які в певних випадках можуть стати причиною повернення хвороби або стійкої втрати працездатності.

Рекомендована література

Базова

1. Білінський Б. Т. Онкологія : [підручник] / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. – К. : Здоров'я, 2004. – 528 с.
2. Мика К. Реабілітація после удаленія молочной железы / пер. с польск. К. Мика. – М. : Мед. литература, 2008. – 144 с.
3. Грушина Т. И. – Реабілітація в онкології: фізіотерапія. – М., «ТЭОТАР-Медиа», 2006. – с. 46-59.
4. Дрижак В. І. Рак молочної залози : [навч. посіб.] / В. І. Дрижак, М. І. Домбрович. – Т. : Укрмедкнига, 2005. – 152 с.
5. Дрижак В. І. Реабілітація хворих на рак грудної залози після виконання мастектомії / Дрижак В. І., Бабанли Ш. Р., Демборинський І. В. // Клінічна хірургія. – 1998. – № 5. – С. 26–27.

Допоміжна

1. Бабик, А. И. Постмастэктомический отек - комплексная проблема требующая комплексного подхода [Текст] / А.И. Бабик // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2006. - №2. - С. 62-66.
2. Билынский Б. Т. Серомы (лимфорея) после хирургического лечения рака молочной железы / Билынский Б. Т., Савран В. В., Савран В. Р. // Вопросы онкологии. – 1999. – Т. 45, № 3. – С. 219–222.

Контрольні питання.

- Особливості виникнення ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень
- Що таке некроз, назвати різновиди
- Які два види набряків виникають після оперативного втручання
- В чому різниця між серомою та лімфо реєю.