

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

© 2014 М.И.Тошева<sup>1</sup>, Р.И.Кочетков<sup>2</sup>, Д.С.Сидоров<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Похвистневская центральная больница города и района

<sup>2</sup>Самарский областной клинический онкологический диспансер

Статья поступила в редакцию 15.11.2013

В статье обосновывается необходимость первично-реконструктивных операций после радикальной мастэктомии как важной составляющей психологической коррекции у пациенток, страдающих онкопатологией молочной железы. Сравниваются психологические нарушения в зависимости от методики оперативного лечения. Выявляется существенное уменьшение проявлений постмастэктомического синдрома у пациенток с проведенной маммопластикой, что, несомненно, улучшает качество их жизни.

*Ключевые слова:* реконструктивно-пластические операции на молочной железе, качество жизни, коррекция психологических проявлений постмастэктомического синдрома.

*Введение.* Ведущие места по распространённости, заболеваемости и причин смертности населения сейчас принадлежат хроническим неинфекционным заболеваниям – сердечно-сосудистым и онкологическим. С каждым годом неумолимо констатируется увеличение числа вновь диагностируемых случаев злокачественных новообразований.

Рак молочной железы (РМЖ)<sup>1</sup> занимает лидирующее положение среди злокачественных опухолей у женщин. Статистика последних лет свидетельствует о неуклонном и интенсивном

росте заболеваемости РМЖ в разных странах, в том числе в России, занимает 3-е место среди всех причин смерти женского населения. Это составляет в среднем 2,1%, а в возрасте 35 – 54 лет – 9% всех онкологических заболеваний. В структуре смертности от злокачественных новообразований среди женщин РМЖ находится на первом месте. Среднегодовой темп прироста РМЖ у женщин составляет 2,6%. При таких темпах роста в ближайшие годы ожидается регистрация в мире более 1 млн. случаев РМЖ в год. Поражая, в основном, женщин в возрасте от 40 до 60 лет, РМЖ наносит значительный социальный и экономический ущерб. В развитых странах Европы и Северной Америки рак молочной железы является основной причиной смерти среди молодых и работоспособных женщин.

Перспектива улучшения результатов лечения больных РМЖ связана как с более ранним выявлением данного заболевания, так и с комплексным подходом к его лечению. Несмотря на развитие и совершенствование методики лучевой терапии, производства и внедрения в клиническую практику эффективных гормональных и лекарственных препаратов, оперативное лечение больных РМЖ остается доминирующим.

За время развития хирургии молочной железы было предложено множество вариантов операций при РМЖ. В 1891 г. W.Halsted впервые опубликовал данные о хирургическом лечении больных РМЖ по предложенной им методике – радикальной мастэктомии с удалением обеих грудных мышц. В 1894 г. W.Meyer представил свой опыт применения аналогичной операции. Так сложилась классическая операция Холстеда-Майера, в течение длительного

<sup>о</sup> Тошева Майя Игоревна, аспирант кафедры нервных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского, врач-невролог. E-mail: [paloma5@mail.ru](mailto:paloma5@mail.ru)

Кочетков Роман Иванович, кандидат медицинских наук, хирург-онколог отделения общей онкологии. E-mail: [paloma5@mail.ru](mailto:paloma5@mail.ru)

Сидоров Дмитрий Сергеевич, аспирант Самарского медицинского института «РЕАВИЗ», врач-хирург. E-mail: [paloma5@mail.ru](mailto:paloma5@mail.ru)

<sup>1</sup> Козлов С.В., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П. Начальный опыт реконструкции молочной железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) у больных раком молочной железы (РМЖ) // Материалы IX Межд. конгресса «Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы». Казань, 3 – 5 сентября 2009 года. – Казань: 2009. – С. 101 – 103; Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П. Кокорина М.С. Возможности использования приемов масторедукции у больных раком молочной железы // Материалы IX Международного конгресса «Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы». .... – С. 106 – 108; Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П. Восстановление молочной железы: нужно ли это пациентке? // Материалы IX Межд. конгресса «Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы». .... – С.108– 109.

времени считавшаяся основной в хирургическом лечении. В объем удаляемых тканей при этом типе операции включаются единым блоком: 1) молочная железа, 2) обе грудные мышцы, 3) лимфодиссекция 1 – 3 уровня.

Выполнение таких сверхрадикальных операций не улучшало результаты лечения, особенно при значительном местном распространении опухолевого процесса. У большого числа пациенток развивался постмастэктомический синдром, что приводило в 33 – 43% наблюдений к стойкой потере трудоспособности.

В настоящее время, сверхрадикальные мастэктомии стали достоянием истории. В значительной степени сужены показания к использованию радикальной мастэктомии по Холстеду-Майеру. К ним относятся: 1) прорастание опухоли фасции большой грудной мышцы или самой грудной мышцы; 2) большая местная распространенность процесса; 3) локализация опухоли в переходной складке в сочетании с обширной сосудистой инвазией и / или инфильтрацией опухолью окружающих тканей при интраоперационном выявлении метастатически измененных лимфатических узлов.

В 1948 г. доктор D.Patey и W.Dysson предложили свой вариант радикальной операции, предусматривающей сохранение большой грудной мышцы. Операция приобрела огромную популярность, так как отличалась меньшей травматичностью и лучшими функциональными результатами при сохранении радикализма. В объем удаляемых тканей при операции Пейти-Диссона входят: 1) молочная железа вместе с фасцией большой грудной мышцы; 2) малая грудная мышца; 3) лимфодиссекция 1 – 3 уровня.

Современные показания к операции Пейти-Диссона включают: 1) мультицентрический характер роста опухоли; 2) множественные микрокальцинаты на рентгенограммах; 3) центральную локализацию новообразования; 4) рак молочной железы, ассоциированный с беременностью.

Преимуществами операции с сохранением большой грудной мышцы считаются лучшее заживление раны, хорошие функциональные и косметические результаты, практически полное отсутствие лимфостазов верхней конечности. Следующим этапом в развитии щадящих методик операции было предложение J.Madden, 1965 г. удалять лимфатические узлы подмышечной и межпекторальной областей в едином блоке с молочной железой, сохраняя обе грудные мышцы. Этот метод остается актуальным до настоящего времени.

С целью решения медико-физиологических и психосоциальных проблем, возникающих в

результате радикальных мастэктомий, в последние три десятилетия стали интенсивно разрабатываться альтернативные подходы к лечению рака молочной железы, основной идеей которых явилось выполнение органосохраняющих, функционально-щадящих и реконструктивно-пластических операций только в хирургическом варианте или в сочетании с лучевой и/или химиогормонотерапией. Как альтернатива радикальной мастэктомии с целью создания благоприятных условий для восстановления железы, выполняются такие операции, как субтотальная радикальная резекция молочной железы, подкожная радикальная мастэктомия с сохранением кожи и сосково-ареолярного комплекса. При этих операциях иссекается кожа только в проекции опухоли. По объему удаляемой железистой ткани эти операции близки, а по сохранению большей части кожи и сосково-ареолярного комплекса они сходны. Вопрос сохранения кожи и сосково-ареолярного комплекса с целью улучшения результатов реконструкции остается спорным и до конца не решенным<sup>2</sup>.

Сроки реконструкции изменились в последнее время. Раньше считалось, что перед реконструкцией нужен безрецидивный промежуток 1 – 2 года. На сегодняшний день, усовершенствованная техника реконструктивных операций не мешает проведению дальнейшего лечения РМЖ<sup>3</sup>.

Реконструкция молочной железы является эффективным методом устранения психических расстройств и неотъемлемой частью медицинской, социальной и психологической реабилитации. По данным исследований после реконструкции психологическое состояние улучшается у 80 – 90 % женщин (уменьшается тревога, появляется чувство уверенности, желание строить планы на будущее), а многие пациентки согласились бы на проведение одномоментной реконструкции вместе с выполнением мастэктомии при наличии такой возможности. Показано, что информированность пациентки о возможности реконструкции на диагностическом этапе в предоперационном периоде также значительно улучшает ее психологическое со-

<sup>2</sup> *Евтягин В.В., Пак Д.Д.* Лечение локализованных форм рака молочной железы // Ранняя диагностика и лечение предраковых заболеваний органов репродуктивной системы. Сб. науч.тр. – М.: 2003. – С.29 – 30; *Пак Д.Д., Демидов В.П., Евтягин В.В.* Органосохраняющие, функционально-щадящие и реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы: Пособие для врачей. – М.: 2000.

<sup>3</sup> *Barlett W.* Ann. Surg. – 1917. – Vol. 66. – P. 208 – 211; *Barton F.J., English J.M., Kingsley W., Fietz M.* Plast. Reconstr. Surg. – 1991. – Vol. 88, № 3. – P. 389 – 392.

стояние. Вместе с тем в нашей стране лишь 3 – 5% женщин, перенесших мастэктомию и достаточно информированных о возможностях отсроченной реконструкции груди, изъявляют желание и проходят этот этап хирургической реабилитации. Часто отсутствие объективной информации и предубеждение некоторых онкологов против реконструкции являются причинами отказа от реконструкции молочной железы. Обширные хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапии, применяемые при лечении рака молочной железы, приводят к серьезным соматическим и психологическим нарушениям, которые объединяются в постмастэктомиический синдром, включающий постмастэктомиический дефект, лимфостаз верхней конечности, ограничение амплитуды движений в плечевом суставе, поражения периферической нервной системы, психологические нарушения<sup>4</sup>. В данной работе хотелось бы уделить внимание вопросам качества жизни пациенток, перенесших радикальную мастэктомию.

За последние десятилетия значительно расширились возможности современной маммологии, что связано с совершенствованием хирургической техники, анестезиологического обеспечения, развитием химиотерапевтического и радиологического методов лечения. Однако это не привело к существенному изменению прогноза качества жизни у этих больных. Те изменения, которые возникают после комплексной комбинированной терапии РМЖ, приводят к тому, что 20 – 60% получивших лечение женщин теряют трудоспособность и становятся инвалидами. У большей части женщин инвалидность является результатом тех функциональных и психических нарушений, которые вызваны самими последствиями лечения РМЖ.

В онкологии клиническая картина заболевания складывается из двух составляющих: соматической и психологической. Первая – это сама болезнь, вторая – реакция пациента и его окружения. Среди населения само слово «онкология» часто ассоциируется с фатальным исходом, болью и страданиями, что в значительной степени способно определять выраженность психогенных реакций и влиять на каче-

ство жизни. Онкологический больной – это человек, находящийся в стрессовой ситуации. Длительное, тяжелое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, перспектива калечащей операции, инвалидность, угроза смерти – все это разрушает привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяет систему ценностей, существенно перестраивает личность больного. Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы и пассивность онкологических больных придают особую специфику оценке качества жизни этих больных.

Долгое время не было единого подхода к определению термина «качество жизни». Термин «качество жизни» впервые появился в 1920 г., но вскоре был забыт. Снова он стал использоваться только в 60-х годах XX века, после того как ВОЗ ввела определение здоровья состояния полного физического, психического и социального благополучия. В настоящее время отдается предпочтение комплексному подходу к оценке качества жизни с включением как минимум 4 критериев: физического, функционального, психологического и социального здоровья. Ощущение здоровья для человека связывается, главным образом, с отсутствием симптомов основного заболевания. Функциональное здоровье характеризует самообслуживание, независимость и уровень физической активности. Таким образом, качество жизни – это комплексное восприятие человеком его здоровья и положения в обществе. Это динамический показатель, отражающий изменения в период болезни<sup>5</sup>.

Достаточно высокий процент психологических нарушений принадлежит тревоге. Вообще, тревога у онкобольных может быть связана с симптомами болезни и лечением. Нельзя не принимать во внимание тревогу перед каждым амбулаторным посещением врача. Особенно актуальной является тревога у женщин, страдающих раком молочной железы (РМЖ), обусловленная косметическим дефектом и утратой сексуальности после мастэктомии.

Так, после мастэктомии у женщин появляется чувство неполноценности, ущербности, ощущение потери женственности и привлекательности, что способствует развитию депрессии у 90% (из них у 25% – тяжелая) больных, у 30% исчезает половое влечение, у 22% ухудшаются личностно-семейные отношения (Рож-

<sup>4</sup> Егоров Ю.С., Соболевский В.А. Доклад: Современные аспекты лечения при постмастэктомиическом синдроме. Конференция с международным участием «Современная стратегия лечения ранних стадий и рака молочной железы» 15 – 16 октября 2013 года. Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.ronc.ru/ronc/news/programma-konferentsii-sovremennaya-strategiya-lecheniya-rannikh-stadij-rakamolochnoj-zhelezy-15-i-16-oktyabrya-2013-goda.html> (Дата обращения 19.11.2013).

<sup>5</sup> Елизаров Б.А., Зотов В.А., Тошева М.И. Результаты лечения больных с глиальными опухолями головного мозга // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л.Поленова. Том IV. Специальный выпуск. – СПб.: 2012. – С.242.

кова Н.И., Кондаков А.В., 2003; Болдова Е.Г., 2006). Это состояние плохо поддается медикаментозной коррекции и психотерапевтическому воздействию.

Учитывая эти данные, можно сказать, что женщины, закончившие специальное лечение по поводу рака молочной железы, и имеющие проявления постмастэктомического синдрома, нуждаются в проведении комплекса реабилитационных мероприятий, которые заключаются в лечении вторичного лимфостаза верхней конечности, плексита, коррекции вертеброгенных нарушений, экзопротезировании отсутствующей молочной железы, психологической коррекции<sup>6</sup>. Недостаточная информированность женщин о возможности развития, способах профилактики и лечения осложнений, способствуют их возникновению и несвоевременному лечению.

*Целью исследования* являлось влияние реконструктивно-пластических операций на уровень депрессии и тревоги у пациенток, перенесших радикальную мастэктомию.

*Материалы и методы.* В исследование включено 72 женщины от 33 до 67 лет, средний возраст 51 год. Респондентов разделили на две группы: в первую группу вошли 30 женщин в возрасте от 33 до 60 лет (средний возраст 44,8), которым была выполнена радикальная мастэктомия по поводу РМЖ с последующей маммопластикой. Вторую группу составили 42 пациентки, перенесших радикальную мастэктомию по поводу РМЖ в возрасте от 37 до 67 лет (средний возраст 55,4). Для сравнительной оценки качества жизни пациенток, перенесших радикальную мастэктомию и пациенток с одномоментной реконструктивно-пластической операцией, был дан анализ 72 истории болезни и проанкетированы 72 женщины. Пациентки получали лечение в отделении общей онкологии Самарского областного клинического онкологического диспансера в 2011 – 2013 годах. В исследовании использовались следующие опросники: 1) The Hospital Anxiety and Depression scale; 2) методика измерения уровня тревожности Жанет Тейлор; 3) шкала Гамильтона (HDRS) для оценки тревоги; 4) Оценка психологического состояния проводилась с помощью шкалы HADS, шкалы Гамильтона HDRS, методики измерения тревожности Жанет Тейлор.

*Результаты.* Изучая показатели шкал ка-

чества жизни женщин первой группы, которым была выполнена мастэктомия по поводу рака молочной железы с последующей маммопластикой, получили следующие данные (Рис.1 – 3).

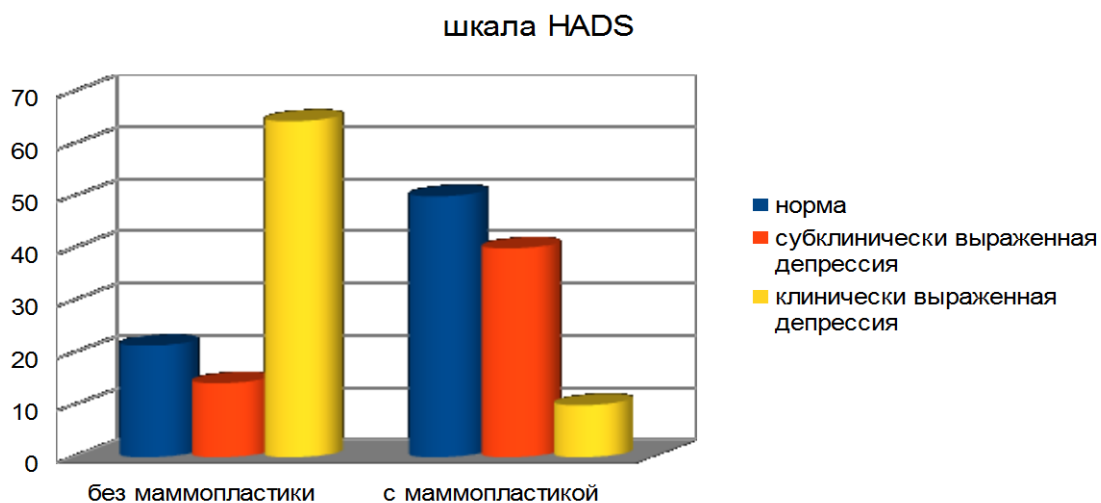
*Обсуждение результатов.* Сравнивая полученные в исследуемых группах результаты, можно отметить существенное положительное влияние реконструктивно-пластических операций после мастэктомии на психологическую составляющую качества жизни пациенток. Необходимо также уточнить, что на выбор женщин в пользу одномоментной маммопластики влияет уровень их образования, а также семейное положение. Так, в группе пациенток, перенесших радикальную мастэктомию с последующей маммопластикой, можно отметить: 1) образование: высшее – у 100% в группе; 2) семейное положение: замужем – 70% и не замужем – 30%.

В группе пациенток, перенесших мастэктомию без последующей реконструктивно-пластической операции, наблюдается следующее распределение: 1) образование: высшее – у 35,7%, средне-специальное – 64,3%; 2) семейное положение: замужем – 57,1% и не замужем – 42,9%.

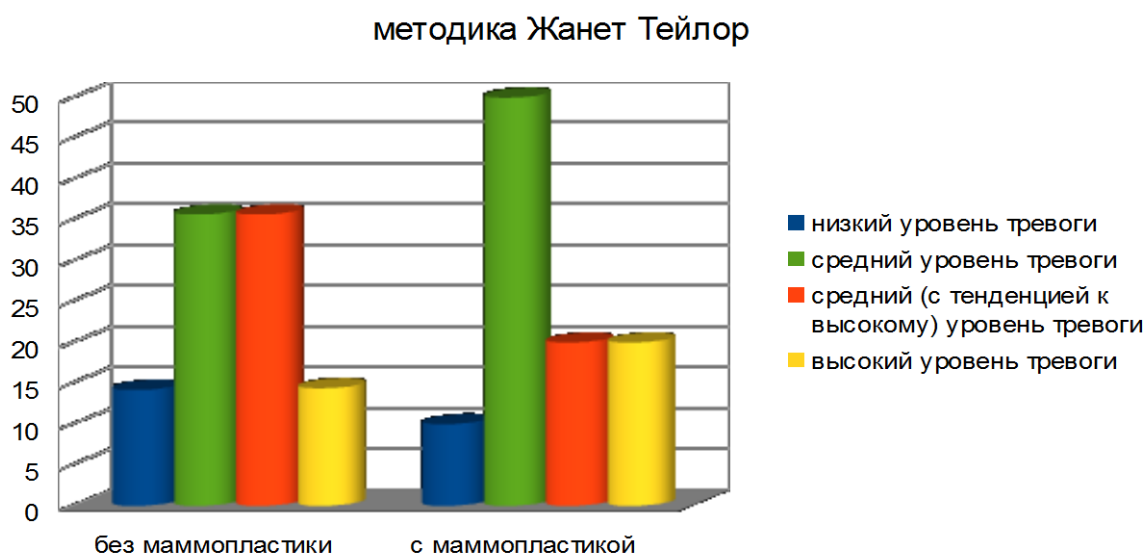
*Выводы.* 1) уровень депрессии и тревоги у женщин после мастэктомии с дальнейшей маммопластикой достоверно ниже, чем в группе женщин, отказавшихся от реконструктивно-пластической операции; 2) на выбор женщин в пользу реконструкции молочной железы влияет уровень образования и семейное положение.

Согласно определению ВОЗ – реабилитация – это система медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, правовых, социальных и иных мероприятий государства и общества в целом, направленная на создание условий и оптимизацию процессов сохранения или восстановления здоровья, трудоспособности, личностного и социального статуса больных и инвалидов в целях наиболее раннего и максимально эффективного возвращения их в обычные условия жизни вместе и наравне со здоровыми членами общества. На сегодняшний день, усовершенствованная техника реконструктивных операций не мешает проведению дальнейшего лечения РМЖ.

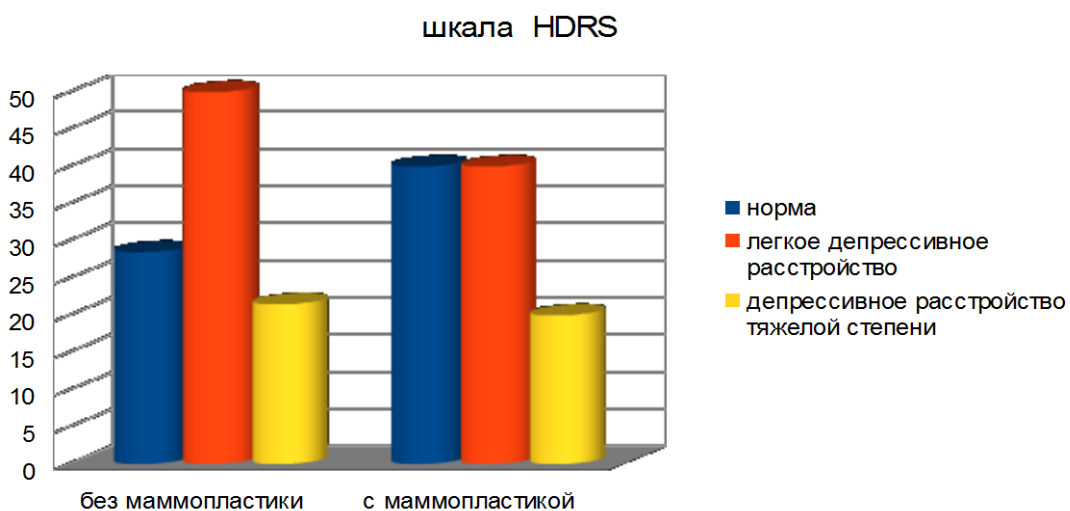
<sup>6</sup> Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М.: 2006. – С. 18–95; Никитина Е.В., Деметьева Н.А. Актуальные вопросы реабилитации женщин, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы. (Московский протезно-реабилитационный центр «Здоровье») [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://oncodome.narod.ru/society/v06-4.htm> (19.11.2013).



**Рис.1.** Сравнительная оценка выраженности депрессии в исследуемых группах пациенток



**Рис.2.** Сравнительная оценка уровня тревоги в двух исследуемых группах



**Рис.3.** Показатели уровня депрессивных расстройств в зависимости от методики лечения

Первичные реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы являются необходимыми и для полной реабилитации, возвращения к полноценной семейной, трудовой жизни. Всегда – чем эстетичнее результат, тем ярче реабилитационный эффект. Способы достижения этого эффекта различны, как с помощью собственных тканей пациентки (мышечные лоскуты), так и в комбинации с эндопротезами. Следует подчеркнуть, что выполнение одномоментной реконструкции возможно в условиях всего необходимого спектра комбинированного и комплексного лечения РМЖ и не ухудшает отдаленные результаты общей и безрецидивной выживаемости больных (Пак Д.Д., Соколов В.В., Ермощенкова М.В.,

Паньшина И.В., 2006). Вместе с тем требуется дальнейшая разработка критериев отбора больных для выполнения этих операций, методик оперативных вмешательств, способов ведения послеоперационного периода (Сидоров С.В., 1992)<sup>7</sup>. Прогресс хирургических методов позволяет индивидуально подобрать вариант радикального хирургического лечения в комбинации с реконструктивно-восстановительным этапом, тем самым достигая улучшения качества жизни.

<sup>7</sup> Сидоров С.В. Эндопротезирование молочной железы у онкологических больных с использованием большой грудной мышцы: Автореф. дис. .... канд. мед. наук. – М.: 1992. – С.34.

## THE IMPACT OF RECONSTRUCTIVE AND PLASTIC SURGERIES ON THE DEVELOPMENT OF POST MASTECTOMY SYNDROME

© 2014 M.I.Tosheva,<sup>1</sup> R.I.Kochetkov<sup>2</sup>, D.S.Sidorov<sup>1°</sup>

<sup>1</sup> Pokhvistnevo Central City and District Hospital

<sup>2</sup>Samara Region Clinical Oncologic Centre

The article proves the necessity of primary reconstructive surgeries after radical mastectomy as an important component of psychological correction of the patients suffering from mammary gland oncopathology. It compares women psychological disorders depending on the method of surgical treatment. It reveals a significant reduction of the manifestations of post mastectomy syndrome with patients after mammoplasty which certainly improves their quality of life.

*Keywords:* reconstructive plastic breast surgery, quality of life, psycho-correction of postmastectomy syndrome.

<sup>°</sup> *Maia Igorevna Tosheva, Postgraduate student of Department of diseases of nervous system, Saratov State Medical University, neurologist. E-mail: [paloma5@mail.ru](mailto:paloma5@mail.ru)*

*Roman Ivanovich Kochetkov, Candidate of medical sciences, Cancer surgeon, Department of general oncology.*

*E-mail: [paloma5@mail.ru](mailto:paloma5@mail.ru)*

*Dmitrii Sergeevich Sidorov, Postgraduate student of Samara Medical Institute REAVIZ, operating surgeon.*

*E-mail: [paloma5@mail.ru](mailto:paloma5@mail.ru)*