

УДК 616.438-006:618.19-089.87

ВЛИЯНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

²Суздальцев И.В., ¹Блохин С.Н., ²Надеин К.В.

¹ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России», Москва;

²ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Минздрава России», Ставрополь, e-mail: kvnadein@mail.ru

Рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкологической патологией у женского населения большинства стран Северной Америки и Европы. В нашей стране РМЖ занимает первое место в структуре онкологических заболеваний с 1985 г. Значительное ухудшение качества жизни у данной группы больных связано не только с онкологическим заболеванием, но и с утратой важного органа, каким является молочная железа. Реабилитация больных после радикального лечения РМЖ является актуальной проблемой. С помощью русской версии опросника SF-36 изучено качество жизни пациенток, перенесших реконструкцию молочной железы после радикального лечения РМЖ. Получены статистически значимые различия в контрольной группе и группе сравнения, свидетельствующие о значительном ухудшении качества жизни после радикального лечения РМЖ. Качество жизни пациентов достоверно улучшается после проведения реконструктивно-пластических операций. Между тем показатели всех шкал у больных после реконструкции молочной железы остаются ниже, чем у здоровых женщин, что диктует необходимость проведения психосоциального компонента реабилитации больных РМЖ.

Ключевые слова: рак молочной железы, мастэктомия, реконструкция молочной железы, качество жизни

DEPENDENCY BETWEEN RECONSTRUCTIVE-PLASTIC SURGERIES AND PATIENTS' LIFE QUALITY AFTER RADICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

²Suzdaltsev I.V., ¹Blokhin S.N., ²Nadein K.V.

¹State Budgetary Educational Institution for Higher Professional Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of Ministry for Healthcare and Social Welfare, Moscow;

²The Stavropol state medical academy, of Ministry for Healthcare and Social Welfare, Stavropol, e-mail: kvnadein@mail.ru

Breast cancer represents the leading oncologic pathology among the female population in most North-American and European countries. In our country breast cancer has been on the top of the list of all cancers since 1985. Significant deterioration in life quality of patients is related not to the oncologic malady only yet to the loss of the important organ – the mammary gland. Rehabilitation of patients surviving breast cancer treatment is an urgent issue. There is contradictory data available on the rehabilitating effect of reconstructive-plastic surgeries. The life quality of the patients who underwent breast reconstruction after radical breast cancer treatment has been studied. The major group included 103 patients who, after radical breast cancer treatment, went through delayed reconstructive-plastic surgeries. The comparison group included 101 patients who received radical breast cancer treatment yet with no further reconstructive plastics. The control group was 50 women who had no mammary gland issue in their medical history. The Russian version of the SF-36-Questionnaire (Short Form 36 Health Quality Survey) was used. The statistically meaningful differences obtained in the control group vs. the comparison group serve evidence of significant deterioration of the life quality among those who underwent radical breast cancer treatment. There is evident proof of the fact that the patients who underwent reconstructive-plastic surgery had their life quality improved. However, after reconstructive-plastic breast surgery all the indices in the patients still remain at a lower level if compared to healthy women. Surgical reconstruction of mammary gland will not completely resolve the issues that patients with breast cancer face. After the reconstructive-plastic surgeries such patients need psycho-social support, just like it is the case with those who did not receive the reconstructive-plastic part of the rehabilitation.

Keywords: breast cancer, mastectomy, breast reconstruction, quality of life

Рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкологической патологией у женского населения. В 2008 г. его доля в России составила 20% от всех злокачественных заболеваний. В 2008 г. в России на 100 тыс. населения насчитывалось 318,9 больных РМЖ. С 1998 по 2008 гг. прирост стандартизованных показателей заболеваемости составил 15,02% [5].

Радикальная мастэктомия приводит к развитию тяжелых невротических рас-

стройств, депрессий различной степени выраженности у 81–96% больных [3, 10].

В связи с определенными успехами в лечении РМЖ, улучшении показателей общей и безрецидивной выживаемости все более актуальным становится вопрос качества жизни (КЖ) больных РМЖ [2]. Качество жизни, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является «многомерной, сложной структурой, включающей восприятие индивидом свое-

го физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также свое отношение к значимым характеристикам окружающей среды» [4].

Ухудшение КЖ больных РМЖ доказываются многочисленными исследованиями [11]. В то же время о реабилитирующем эффекте реконструктивно-пластических операций имеются разноречивые данные. Ряд авторов отмечают значительное улучшение КЖ после реконструкции молочной железы [6, 8], другие же не обнаруживают значимых различий в группах больных с реконструкцией и без нее [7, 9].

В отечественной литературе имеются единичные сообщения о качестве жизни у больных раком молочной железы с выполненными реконструктивно-пластическими операциями [1]. Необходимо продолжить исследование влияния реконструкции молочной железы на качество жизни больных РМЖ.

Цель – изучить качество жизни пациенток, перенесших реконструкцию молоч-

ной железы после радикального лечения рака молочной железы и провести сравнительный анализ качества жизни пациенток основной группы, группы сравнения и контрольной группы.

В работе представлены результаты обследования и хирургического лечения 204 больных с гистологически доказанным РМЖ. Всем больным в период с 1994 по 2004 годы выполнено радикальное оперативное лечение. Больные разделены на 2 группы. Основную группу составили 103 больных в возрасте от 28 до 64 лет, которым после радикального лечения рака молочной железы выполнялись отсроченные реконструктивно-пластические операции. В группу сравнения вошла 101 пациентка (возраст 21–68 лет) после радикального лечения рака молочной железы без реконструктивно-пластического этапа. Контрольную группу составили 50 женщин в возрасте от 21 до 62 лет, не имеющих в анамнезе заболеваний молочной железы.

Статистически значимых различий по возрастным характеристикам в исследуемых группах не было (табл. 1).

Таблица 1

Возраст больных

Возраст (в годах)	Контрольная группа (n = 50)		Основная группа (n = 103)		Группа сравнения (n = 101)		Достоверность различий, P*
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
20–29	2	4	6	5,7	5	4,95	p = 0,862
30–39	18	36	35	34,3	31	30,7	p = 0,674
40–49	23	46	52	50,4	53	52,5	p = 0,897
50–59	3	6	7	6,7	8	7,9	p = 0,921
60 и старше	4	8	3	2,9	4	3,9	p = 0,367
Итого	50	100	103	100	101	100	

Примечание. * – с использованием критерия χ^2 .

Возраст женщин варьировался от 23 до 67 лет. Как видно из представленных данных, подавляющее большинство пациенток было в возрасте от 30 до 49 лет: основная группа – 87 пациенток (84,46%), группа сравнения – 84 пациентки (83,1%), контрольная

группа – 41 (82%). Таким образом, большинство пациенток находилось в наиболее социально-активном и творческом периоде.

Статистически значимых различий по стадии онкопроцесса в основной группе и группе сравнения не было (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от стадии онкопроцесса

Стадия	Основная группа (n = 103)		Группа сравнения (n = 101)		Достоверность различий, P*
	Абс.	%	Абс.	%	
I	22	21,3	19	18,8	p = 0,892
II А	25	24,3	24	23,7	p = 0,932
II Б	30	29,2	32	31,7	p = 0,968
III А	18	17,5	17	16,8	p = 0,863
III Б	8	7,7	9	8,9	p = 0,852
Итого	103	100	101	100	

Пациенткам основной группы выполнена отсроченная реконструкция молочной железы в сроки от 6 месяцев до 7 лет после мастэктомии. 59 пациенткам (57,3%) выполнена пластика поперечным ректоабдоминальным

лоскутом (TRAM-пластика), у 24 пациенток (23,3%) молочная железа восстановлена с помощью торакодорсального лоскута, 20 пациенткам (19,4%) реконструкция выполнена установкой силиконового имплантата.

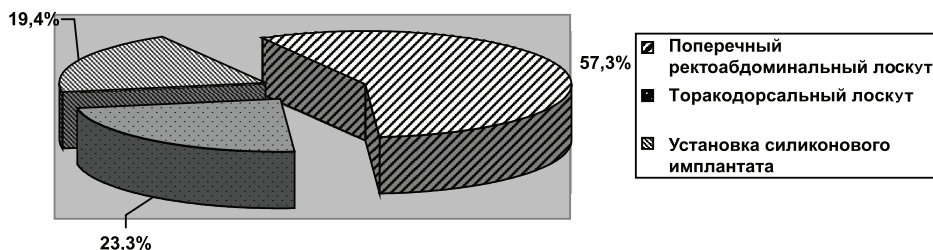


Рис. 1. Способы реконструкции молочной железы

Изучение качества жизни проведено у 55 больных основной группы, у 52 больных группы сравнения и у 50 здоровых женщин (контрольная группа). Пациентки основной группы и группы сравнения были опрошены на плановых осмотрах или с помощью рассылаемых анкет через 6 и более лет после оперативного вмешательства.

Для оценки уровня качества жизни использовалась русская версия опросника

SF-36 (Short Form 36 Health Quality Survey). Анкета опросника состоит из 8 шкал, максимальное значение каждой из которых составляло 100 баллов, где за 0 принималось отсутствие здоровья, а за 100 – полное здоровье. После обработки данных опросника рассчитывали относительные и средние величины по шкалам для каждой группы сравнения. Результаты исследования представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели качества жизни пациенток по шкалам опросника SF-36

Шкалы SF-36	Контрольная группа	Группа сравнения	Основная группа	Достоверность различий, P
Общее состояние здоровья (ОЗ)	77,4 ± 2,3	43,5 ± 6,2	60,1 ± 7,1	p < 0,01
Физическое функционирование (ФФ)	88,6 ± 1,4	39,4 ± 4,9	62,4 ± 5,2	p < 0,01
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ)	71,2 ± 5,4	27,8 ± 7,2	56,8 ± 4,9	p < 0,01
Интенсивность боли (ИБ)	81,6 ± 4,2	47,5 ± 4,7	62,2 ± 6,9	p < 0,05
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ)	62,7 ± 6,4	34,1 ± 5,4	53,1 ± 6,7	p < 0,01
Социальное функционирование (СФ)	77,5 ± 3,4	46,8 ± 8,2	62,8 ± 5,8	p < 0,01
Жизненная активность (ЖА)	69,4 ± 7,1	47,8 ± 6,5	58,9 ± 5,8	p < 0,05
Психическое здоровье (ПЗ)	73,2 ± 5,1	53,6 ± 5,3	61,8 ± 7,3	p < 0,05

Примечание. Сравнение групп проводилось с использованием критерия χ^2 .

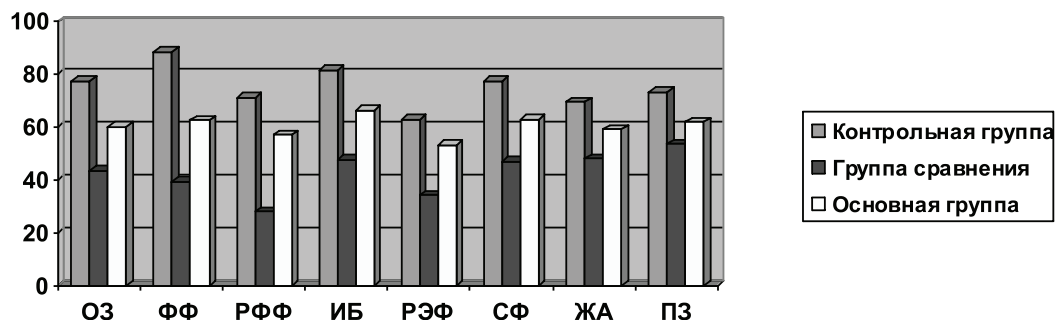


Рис. 2. Усредненный профиль качества жизни пациентов основной группы, группы сравнения и контрольной групп по шкалам опросника SF-36

Сравнительный анализ демонстрирует статистически значимые различия ($p < 0,05$) в контрольной группе и группе сравнения, свидетельствующие о значительном ухудшении качества жизни после радикального лечения РМЖ. Изменения затрагивают как составляющие психологического, так и физического компонентов. Наибольшие различия отмечаются в следующих шкалах: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и социальное функционирование.

Значительно отличались ($p < 0,01$) показатели по шкале «физическое функционирование», отражающие степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.): $88,6 \pm 1,4$ в контрольной группе, $39,4 \pm 4,9$ балла в группе сравнения. Ухудшение показателей данной шкалы происходит в результате следующих факторов: интраоперационная травма сосудисто-нервного сплетения, удаление лимфатических сосудов, формирование грубых послеоперационных рубцов, осложнений лучевой терапии (рубцовые изменения мягких тканей, рубцовые контрактуры плечевого сустава), осложнений оперативного лечения (лимфоррея, расхождение краев раны, краевой некроз кожи, нагноение и др.)

Физическое состояние больных после радикального лечения РМЖ оказывает значительное влияние на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности). Таким образом, отмечается существенное ухудшение показателей шкалы «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»: $71,2 \pm 5,4$ балла в контрольной группе и $27,8 \pm 7,2$ балла в группе сравнения. Вышеперечисленными причинами объясняется и ухудшение показателей по шкале «интенсивность боли»: $81,6 \pm 4,2$ балла – контрольная группа, $47,5 \pm 4,7$ – группа сравнения.

Ухудшение показателей по шкале «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($62,7 \pm 6,4$ баллов контрольная группа и $34,1 \pm 5,4$ группа сравнения) отражают изменения психологического статуса больных после РЛ РМЖ и демонстрируют, в какой степени эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объ-

ема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).

РЛ РМЖ существенно ограничивает социальную активность больных, что отражено в низких показателях в группе сравнения по шкале «социальное функционирование»: $77,5 \pm 3,4$ контрольная группа против $46,8 \pm 8,2$ группы сравнения.

Низкие показатели по данным шкалам свидетельствуют о значительном ограничении повседневной деятельности и социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния пациенток, перенесших мастэктомию или радикальную резекцию молочной железы по поводу РМЖ.

Качество жизни пациентов достоверно ($p < 0,05$) улучшается после проведения реконструктивно-пластических операций. Наиболее значимые изменения отмечались в следующих шкалах: физическое функционирование – $62,4 \pm 5,2$ балла основная группа и $39,4 \pm 4,9$ группа сравнения; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, – $56,8 \pm 4,9$ баллов у пациенток после реконструкции молочной железы и $27,8 \pm 7,2$ баллов в группе сравнения; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, – $53,1 \pm 6,7$ и $34,1 \pm 5,4$ баллов основной и контрольной групп соответственно.

Между тем показатели всех шкал у больных после реконструкции молочной железы остаются ниже, чем у здоровых женщин. Различия в качестве жизни здоровых женщин и пациенток после реконструкции молочной железы свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования как реконструктивно-пластических операций, так и психосоциального компонента реабилитации больных РМЖ.

Выводы

1. Утрата молочной железы после мастэктомии или ее выраженная деформация в результате радикальных резекций являются тяжелой психической травмой для большинства женщин.

2. Реконструкция молочной железы – эффективный способ реабилитации пациенток, перенесших радикальное лечение рака молочной железы. Однако хирургическое восстановление молочной железы не решает в полной мере всех проблем, с которыми сталкиваются больные РМЖ. Больные РМЖ после реконструктивно-пластических операций нуждаются в психосоциальной поддержке также, как и пациентки без реконструктивно-пластического компонента реабилитации.

Список литературы

1. Исмагилов А.Х. Хирургический компонент в комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы центральной и медиальной локализации: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Казань, 2004. – 32 с.
2. Кампова-Полевая Е.Б. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. / Е.Б. Кампова-Полевая, С.С. Чистяков. – М., 2006. – 511 с.
3. Касимова Л.Н. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / Л.Н. Касимова, Т.В. Илюхина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 21–25.
4. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. – 293 с.
5. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2008г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2010. – 256 с.
6. Bellino S., Fenocchio M., Zizza M. et. al. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics // *Plast Reconstr Surg.* – 2011 Jan; 127(1):10–7.
7. Harcourt D.M., Rumsey N.J., Ambler N.R. et. al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study // *Plast Reconstr Surg.* – 2003 Mar; 111(3):1060–8.
8. Heneghan H.M., Prichard R.S., Lyons R., et. al. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy – a comparison with patients undergoing breast conserving surgery // *Eur J Surg Oncol.* – 2011 Nov; 37(11):937–43.
9. Metcalf K.A., Semple J., Quan M.L., et. al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction // *Ann Surg Oncol.* – 2012 Jan; 19(1):233–41.
10. Rowland J.H., Massie M.J. Psychological aspects of breast cancer. In: Holland J.C., Breitbart W. et al., eds. *Textbook of Psycho-oncology.* – New York: Oxford University Press, 1998.
11. Van der Steeg A.F., De Vries I., Roukema J.A. Anxious personality and breast cancer: possible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy // *World J Surg.* – 2010 Jul; 34(7):1453–60.
3. Kasimova L.N. Rezultaty psihopatologicheskogo i psihologicheskogo issledovaniya onkologicheskikh bol'nyh. 2007. no. 3. pp. 21–25.
4. Osnovy politiki dostizheniya zdorovja dlja vseh v Evropeyskom regione VOZ. Evropeyskaja serija po dostizheniju zdorovja dlja vseh. no. 6, 1999, 293 p.
5. Chissov V.I. Zlokachestvennyje novoobrazovanija v Rossii v 2008g. (zabolevaemost' i smertnost'). M., 2010. 256 p.
6. Bellino S., Fenocchio M., Zizza M. et. al. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Jan; 127(1):10–7.
7. Harcourt D.M., Rumsey N.J., Ambler N.R. et. al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Mar; 111(3):1060–8.
8. Heneghan H.M., Prichard R.S., Lyons R., et. al. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy – a comparison with patients undergoing breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol.* 2011 Nov; 37(11):937–43.
9. Metcalf K.A., Semple J., Quan M.L., et. al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol.* 2012 Jan; 19(1):233–41.
10. Rowland J.H., Massie M.J. Psychological aspects of breast cancer. In: Holland J.C., Breitbart W. et al., eds. *Textbook of Psycho-oncology.* New York: Oxford University Press. 1998.
11. Van der Steeg A.F., De Vries I., Roukema J.A. Anxious personality and breast cancer: possible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy. *World J Surg.* 2010 Jul; 34(7):1453–60.

References

1. Ismagilov A.H. Hirurgicheskij component v kombinirovannom i kompleksnom lechenii raka molochnoy zhelezy tsentral'noy i medial'noy lokalizatsii: avtoref. Dis. dokt. med. nauk. Kazan'. 2004. 32 p.
2. Kampova-Polevaja E.B. Klinicheskaja mammologija. Sovremennoe sostojanie problemy. 2006. 511 p.

Рецензенты:

Чернов В.Н., д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой общей хирургии, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону;

Бондарь Т.П., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой физико-химических основ медицины и клинической лабораторной диагностики, ГОУ ВПО «Ставропольский государственный университет», г. Ставрополь.

Работа поступила в редакцию 18.03.2013.