

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А.С. Ванесян

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия,
кафедра онкологии и хирургии, г. Казань

Ванесян Анна Спартаковна,
аспирант кафедры онкологии и хирургии,
420000, Россия, Республика Татарстан, г.Казань,
ул. Сибирский тракт, д. 28,
тел: 8 (843) 238-42-99,
e-mail: anna_vanesyan@yahoo.com

Целью данного исследования явилось изучение влияния одномоментных реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы центральной и медиальной локализации при помощи опросника MOS SF-36. На вопросы опросника самостоятельно ответили 216 женщин. В результате исследования выявлено, что мастэктомия ухудшает качество жизни по сравнению со здоровыми женщинами, однако, одномоментные пластические реконструктивные операции улучшают качество жизни до уровня показателей, которые наблюдаются у здоровых женщин.

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

THE INVESTIGATION OF THE INFLUENCE OF THE BREAST RECONSTRUCTION ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CENTRAL-MEDIAL BREAST CANCER

A.S. Vanesyan

Kazan State Medical Academy,
Department of Oncology and Surgery

The aim of this study was to determine the influence of breast reconstruction on the quality of life of patients with central-medial breast cancer via the questionnaire MOS SF-36. 216 women independently answered to the questions of questionnaire. As a result, we found out, that mastectomy actually worsens quality of life in comparison with the healthy women. However, when combined with immediate breast reconstruction, mastectomy provides quality of life, comparable to that of healthy women.

The key words: quality of life, breast cancer, mastectomy, immediate breast reconstruction, body image.

Введение

В течение последнего десятилетия клиницисты пришли к выводу, что, несмотря на то, что общая выживаемость и безрецидивный период являются предопределяющими факторами для онкологических пациентов, фундаментальным фактором в конечном счете является качество жизни [5].

Качество жизни является многомерным понятием и характеризует, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие боль-

ного изменяется под влиянием заболевания и его лечения [7]. Психотерапия и применение наружного протезирования не устраняют эти проблемы, поэтому восстановление формы молочной железы является перспективным направлением реабилитации таких больных [1,2,11].

Реконструкция молочной железы играет важную роль в физическом, эмоциональном и психологическом восстановлении женщин с раком молочной железы после перенесенной радикальной операции.

При локализации опухоли в центральных и медиальных квадрантах молочной железы одним из очагов регионарного метастазирования является парастеральный коллектор, что подразумевает расширение объема радикальной мастэктомии. Парастеральная лимфатическая диссекция в нашей клинике выполняется с 1959 года: сначала в виде расширенных мастэктомий по Урбану-Холдину, а с 1995 на базе РКОД МЗ РТ была разработана процедура видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекции [2].

Целью данного исследования являлось изучение влияния одномоментных реконструктивно-пластических операций на качество жизни пациентов с раком молочной железы центральной и медиальной локализации при помощи опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey).

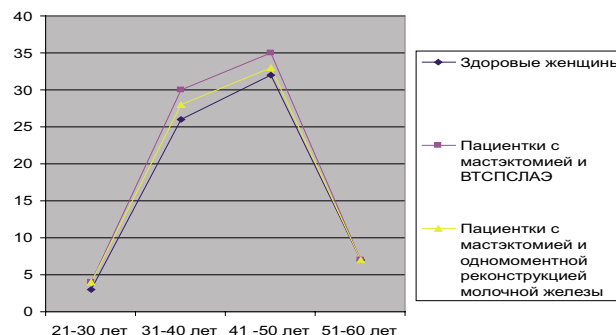
Материалы и методы

Для оценки влияния одномоментных реконструктивно-пластических операций на качество жизни женщин был использован опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey).

SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевое функционирование, связанное с физическим статусом, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [17]. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

На вопросы опросника SF-36 самостоятельно ответили 216 женщин (от 24 до 58 лет, средний возраст $43,67 \pm 1,33$). Мы разделили респондентов на три группы: в первую группу вошли 68 женщин в возрасте от 24 до 54 лет (средний возраст $41,5 \pm 1,106$), у которых не было выявлено какой-либо патологии, связанной с молочной железой. Данные женщины были отобраны на профилактических осмотрах. Во вторую группу вошли 76 пациенток с мастэктомией и видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекцией в возрасте от 25 до 56 лет (средний возраст $44,9 \pm 1,617$). Третью группу составили 72 пациента в возрасте от 30 до 58 лет (средний возраст $44,615 \pm 1,256$), которым были выполнены различные варианты реконструктивно-пластических операций. Пациенты второй и третьей группы были опрошены на плановых осмотрах, минимум через 2 года после оперативного вмешательства. Некоторые авторы [3,19] подчеркивают, что послеоперационная социальная дезадаптация,

стресс и травматический шок, которые с одной стороны обусловлены диагнозом «рак молочной железы», а с другой стороны – его лечением, особенно ярко выражены в течение первых двух лет после операции. Распределение больных по возрастным категориям приведено в рис. 1.



ВТСПЛАЭ* – видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия

Рис. 1. Распределение больных по возрастным группам

Как видно из диаграммы, во всех трех группах распределение больных по возрастным группам однородное, и большинство респондентов располагается в возрастной группе от 41 до 50 лет (46,3%). Наши результаты подтверждаются статистическими данными [3], так как максимальная заболеваемость раком молочной железы приходится на возрастную группу от 40 до 54 лет (29,4%).

Достоверной разницы между возрастными показателями трех групп не выявлено ($p > 0,05$), что позволяет делать вывод об однородности сравниваемых групп.

Результаты и обсуждение

Средние показатели шкал качества жизни в группе здоровых женщин распределились следующим образом; PF (физическое функционирование) - $86,067 \pm 1,719$ (разброс данных: от 62,5 до 100); RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) - $73,367 \pm 6,671$ (от 0 до 100); BP (телесная боль) - $77,8 \pm 4,069$ (от 35 до 100); GH (общее состояние здоровья) - $62,667 \pm 3,165$ (от 40 до 95); VT (жизненная активность) - $66,042 \pm 2,350$ (от 20 до 85); SF (социальное функционирование) - $76,767 \pm 3,611$ (от 25 до 100); RP (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием) - $77,633 \pm 6,364$ (от 0 до 100); MH (психическое здоровье) - $64,667 \pm 3,075$ (от 20 до 96).

Мы решили изобразить эти данные в виде лепестковой диаграммы. Получилась следующая картина (рис. 2).

Как видно из диаграммы (рис. 2), наиболее высокие показатели у здоровых женщин соответствуют шкалам: физическое функционирование, телесная боль, социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием.

Далее мы решили изучить показатели шкал качества жизни женщин той же возрастной группы,

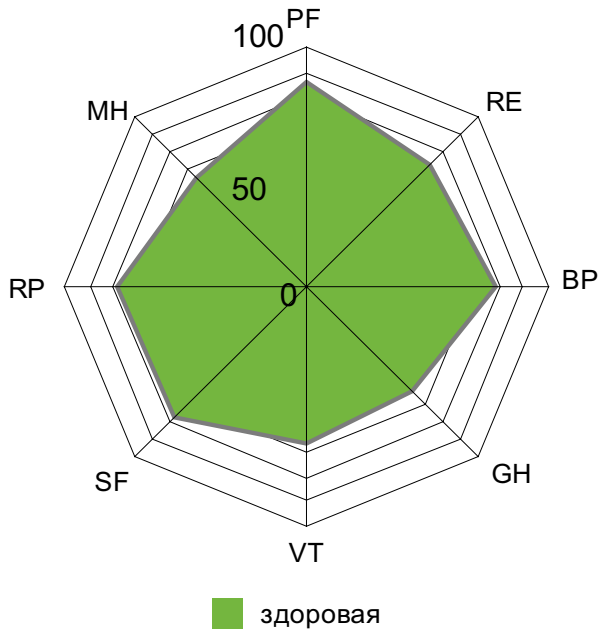


Рис. 2. Средние значения параметров качества жизни в группе здоровых женщин

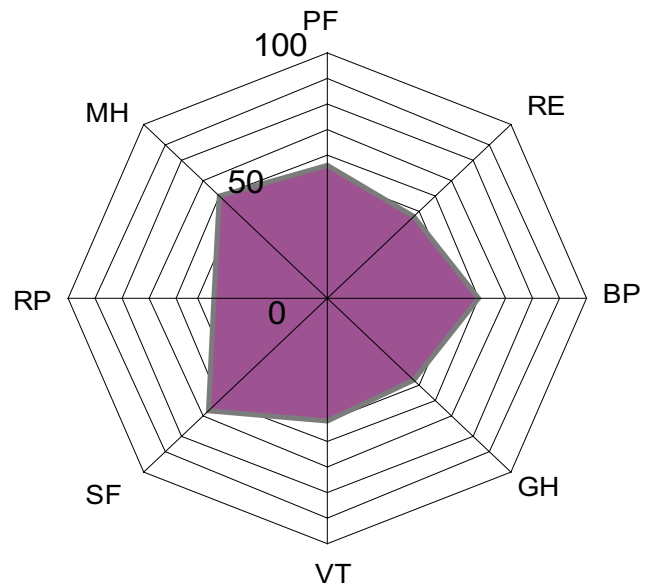


Рис. 3. Средние значения параметров качества жизни в группе пациентов с мастэктомией и видеоторакоскопической парастеральной лимфаденэктомией

которым была выполнена мастэктомия по поводу рака молочной железы, и которые отказались от реконструкции молочной железы и получили следующие данные: PF (физическое функционирование) - $54,211 \pm 4,364$ (от 0 до 95); RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) - $45,658 \pm 7,054$ (от 0 до 100); BP (телесная боль) - $57,474 \pm 4,208$ (от 0 до 100); GH (общее состояние здоровья) - $45,289 \pm 2,62$ (от 5 до 77); VT (жизненная активность) - $50,526 \pm 3,497$ (от 10 до 80); SF (социальное функционирование) - $63,763 \pm 4,208$ (от 0 до 100); RP (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием) - $43 \pm 6,889$ (от 0 до 100); MH (психическое здоровье) - $58,842 \pm 2,967$ (от 12 до 84).

На лепестковой диаграмме это выглядит следующим образом (рис. 3).

Из диаграммы очевидно, что по сравнению с другими показателями шкал опросника качества жизни SF-36 самые большие значения соответствуют шкалам BP (телесная боль), SF (социальное функционирование) и MH (психическое здоровье). Постмастэктомический болевой синдром бывает выраженным в течение нескольких месяцев после мастэктомии (от 30 дней до 6 месяцев), и лишь у 10-30% переходит в хронический болевой синдром, приводящий к нарушению повседневной деятельности пациентки [8]. Следовательно, у подавляющего большинства пациенток (70-90%) через 2 года после перенесенного оперативного вмешательства болевой синдром и его интенсивность не будут в значительной степени ограничивать повседневную активность.

С целью сравнения группы здоровых женщин с группой пациенток, перенесших мастэктомию, мы сопоставим данные, представленные на рис. 2 и рис. 3, и получили следующие (рис. 4) данные.

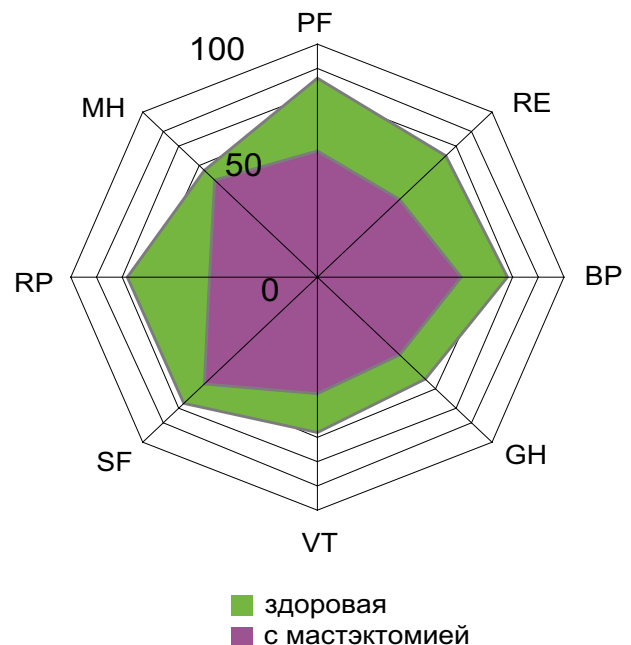


Рис. 4. Средние показатели шкал опросника качества жизни SF-36 в группе здоровых женщин и пациенток с мастэктомией

Как видно из рисунка 4, качество жизни пациенток с мастэктомией достоверно хуже качества жизни здоровых женщин той же возрастной группы. Статистически достоверная разница обнаружена по всем параметрам ($p < 0,05$). Картина уменьшается и деформируется, а параметры распределяются неравномерно.

Особенно ярко продемонстрировано уменьшение показателя RP (Role-Physical Functioning - ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность пациентки с мастэктомией значительно ограничена ее физическим состоянием даже через 2 года после перенесенной операции.

Эти данные еще раз доказывают предположение, что мастэктомия является серьезным калечащим вмешательством, приводящим к длительным психологическим и физическим нарушениям.

Параметры качества жизни пациенток с мастэктомией, видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией и одномоментной реконструкцией молочной железы распределились следующим образом: PF (физическое функционирование) - $81,538 \pm 3,267$ (от 20 до 100); RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) - $70,769 \pm 6,5$ (от 0 до 100); BP (телесная боль) - $76,962 \pm 5,074$ (31-100); GH (общее состояние здоровья) - $63,731 \pm 3,151$ (от 30 до 85); VT (жизненная активность) - $69,231 \pm 2,506$ (от 35 до 85); SF (социальное функционирование) - $76,5 \pm 4,965$ (от 0 до 100); RP (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием) - $69,231 \pm 7,378$ (от 0 до 100); MH (психическое здоровье) - $71,769 \pm 2,745$ (28-92).

Чтобы анализировать влияние одномоментных реконструктивно-пластических операций на качество жизни женщин, больных раком молочной железы, мы решили отобразить данные в виде лепестковой диаграммы (рис. 5).

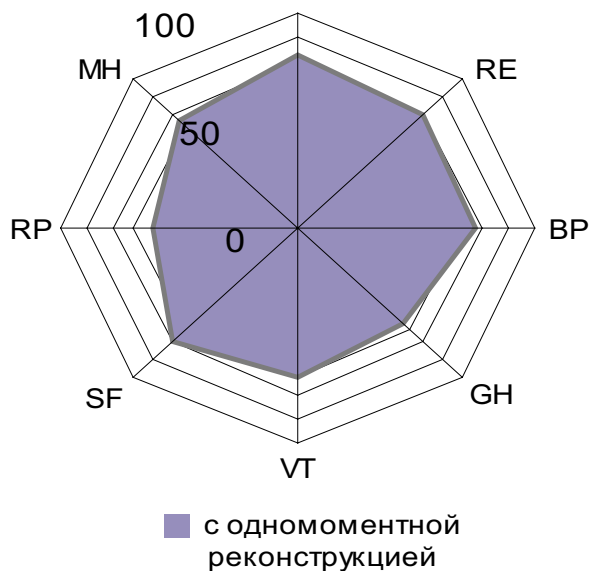


Рис. 5. Средние показатели шкал опросника качества жизни SF-36 в группе пациенток с мастэктомией и одномоментной реконструкцией молочной железы

Как видно из диаграммы, максимальные значения соответствуют шкалам PF (физическое функционирование), BP (телесная боль) и SF (социальное функционирование). Высокие показатели по шкале PF указывают на то, что пациенты с одномоментной

реконструкцией молочной железы физически активны, и перенесенное лечение в наименьшей степени ограничивает их повседневную деятельность, включающую самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок. Высокие показатели по шкале BP (телесная боль) указывают на то, что болевые ощущения настолько незначительны, что практически не влияют на качество жизни больных. Высокие показатели по шкале «социальное функционирование» указывают на социальную активную жизнь пациентки, и что перенесенное лечение не влияет на такую активность, как общение с друзьями, посещение мероприятий и т.д. Средние показатели опросника SF-36 во всех трех группах приведены в таблице 1.

Таблица 1
Средние показатели шкал опросника SF-36 в группе здоровых женщин, пациенток с мастэктомией и ВТСПЛАЭ и пациенток с одномоментной реконструкцией молочной железы

| Показатели | Здоровые женщины | Пациентки с мастэктомией и ВТСПЛАЭ (без реконструкции) | Пациентки с одномоментной реконструкцией |
|------------|--------------------|--|--|
| PF* | $86,067 \pm 1,719$ | $54,211 \pm 4,364$ | $81,538 \pm 3,267$ |
| RE | $73,367 \pm 6,671$ | $45,658 \pm 7,054$ | $70,769 \pm 6,5$ |
| BP | $77,8 \pm 4,069$ | $57,474 \pm 4,208$ | $76,962 \pm 5,074$ |
| GH | $62,667 \pm 3,165$ | $45,289 \pm 2,62$ | $63,731 \pm 3,151$ |
| VT | $66,042 \pm 2,350$ | $50,526 \pm 3,497$ | $69,231 \pm 2,506$ |
| SF | $76,767 \pm 3,611$ | $63,763 \pm 4,208$ | $76,5 \pm 4,965$ |
| RP | $77,633 \pm 6,364$ | $43 \pm 6,889$ | $69,231 \pm 7,378$ |
| MH | $64,667 \pm 3,075$ | $58,842 \pm 2,967$ | $71,769 \pm 2,745$ |

(* расшифровка показателей приведена в тексте)

Наиболее значимая разница наблюдалась по параметрам «ролевое функционирование», обусловленное эмоциональным состоянием (RE); среднее значение в группе с пластикой превосходит среднее значение в группе без пластики на 35,3%, что указывает на то, что в группе с реконструкцией эмоциональное состояние женщин в меньшей степени мешает выполнению повседневной деятельности, а также по показателям «физическое функционирование» и «интенсивность боли» (33,5% и 24,5% соответственно).

Чтобы сравнивать влияние хирургического лечения рака молочной железы на качество жизни пациенток, мы решили сопоставить лепестковые диаграммы, изображающие данные здоровых женщин, пациенток с мастэктомией и пациенток с мастэктомией и одномоментной реконструкцией молочной железы (рис. 6).

Как видно из рис. 6, мастэктомия ухудшает качество жизни пациенток по всем параметрам, однако одномоментные реконструктивно-пластические операции поднимают качество жизни до уровня здоровых женщин.

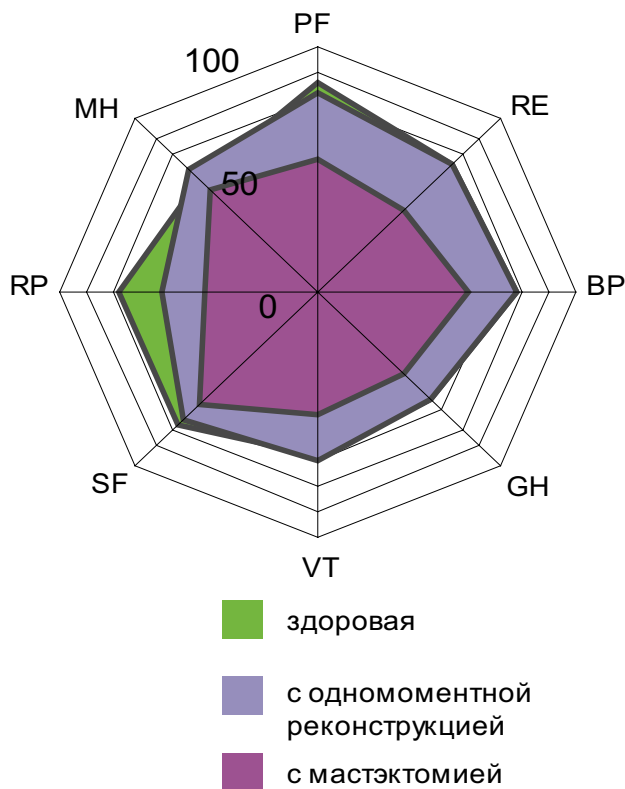


Рис. 6. Средние показатели качества жизни в группе здоровых женщин, в группе пациенток с мастэктомией и в группе пациенток с одномоментной реконструкцией молочной железы

Реакция женщин на диагноз рака молочной железы концептуально считается стрессовой реакцией с элементами травматического шока [10]. Кроме нарушения ощущения пропорций собственного тела, эта стрессовая модель также включает такие часто встречающиеся клинические феномены, как страх перед обнажением, навязчивые мысли («как мое тело поменяло образ моего мышления?»), уклончивое поведение («я не хочу думать об этом»), чувство глубокого несчастья по поводу изменения тела (например, «это меня нервирует...», «я стараюсь не думать, как мое тело выглядело раньше»), и тревога по поводу постоянства изменений («я постоянно думаю о своих грудях, когда выбираю новую одежду»). Все эти примеры единичные и не поддаются вычислению с применением стандартных научных инструментов, однако все они вместе указывают, что стресс из-за повреждения ощущения пропорций собственного тела проявляет себя не только при наличии партнера или сексуальных отношений, а также если женщина одинока.

В настоящее время проведено множество исследований, в которых изучалось влияние рака молочной железы и его лечения на ощущение пропорций собственного тела у молодых и пожилых женщин [15], у белых и афроамериканцев [7], у американцев и китайцев [18], до и после выбора лечения [13], с согласием на реконструкцию или с отказом от нее, а также с органосохраняющими операциями или

с удалением всей молочной железы [14]. Исследования указывают, что причиной стресса из-за повреждения ощущения пропорций собственного тела является не сам рак молочной железы, а его хирургическое лечение, потому что такие же отрицательные переживания обнаружены у женщин с доброкачественными заболеваниями молочной железы, при которых применялись похожие операции [16].

Принципиальным отличием нашего исследования от вышеперечисленных является то, что впервые был проведен анализ качества жизни пациенток с центрально-медиальным раком молочной железы, с наличием или без реконструктивно-пластических операций, с последующим сравнением результатов с группой здоровых женщин той же возрастной категории. Нашей целью было исследование влияния реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы. Также мы пытались исследовать, насколько у нас получается вернуть женщин к состоянию «до рака» с помощью реконструктивно-пластических операций. Согласно нашим данным, женщины с реконструктивно-пластическим и операциями и по физическому и по психологическому статусу выигрывают, по сравнению с женщинами, которые отказались от данных операций.

Заключение

Мастэктомия в сочетании с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией является серьезным травмирующим фактором для женщин, приводящим к достоверному ухудшению качества жизни по всем параметрам (физическим и психологическим), однако одномоментные реконструктивно-пластические операции улучшают качество жизни до уровня показателей, которые наблюдаются у здоровых женщин.

Список литературы

1. Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии. - М., 2000. - 96 с.
2. Исмагилов А.Х., Сигал Е.И. Хирургическое лечение рака молочной железы центральной и медиальной локализации. - Казань, 2004. - 167 с.
3. Малыгин С.Е. Реконструктивно-пластическая хирургия при раке молочной железы // Практическая онкология. - 2002. - №3(1). - С. 69-76.
4. Сафронникова Н.Р., Мерабишвили В.М. Профилактика вирусозависимых онкологических заболеваний. Диагностика и лечение папилломавирусной инфекции: Пособие для врачей. - М., 2005. - 33 с.
5. Bard M. Psychological impact of cancer and its treatment: IV. Adaptation to radical mastectomy / M.Bard, A.M. Sutherland // Cancer. - 1955. - №4. - P. 656-672.
6. Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast Impact of Treatment Scale / G.M. Frierson, D.L. Thiel, B.L. Andersen // Ann Behav Med. - 2006. - Vol. 1. - №32. - P. 77-81.
7. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life // The Oncologist. - 2011. - Vol.16. - №6. - P. 120-126.

8. Breast Cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life / P.A. Ganz, C. Fred et. al. // British Cancer Research and Treatment. – 1996. – Vol. 2. – №38. – P. 183-199.
9. Comparing SF36 scores across three groups of women with different health profiles / K.J. Yost, M.N. Haan, R.A. Levine, E.B. Gold // Qual Life Res. – 2005. – Vol. 5. №14. – P. 1251-1261.
10. Negative affectivity, restriction of emotions, and site of metastases predict mortality in recurrent breast cancer / K.L. Weihs, T.M. Enright, S.J. Siemens, D. Reiss // J Psychosom Res – 2000. - №49. – P. 59-68.
11. Prognostic significance of psychosocial factors in AfricanAmerican and white breast cancer patients: a populationbased study / H. SolerVila, S. Kasl, B.A. Jones // Cancer. – 2003. - №98. – P. 1299-1308.
12. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer / P.N. Butow, A.S. Coates, S.M. Dunn // Ann Oncol. – 2000. №11. – P. 469-474.
13. Quality of life in advance nonsmall cell lung cancer: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592 / D.F.Cella, D.Fairclough, P.Bonomi et al. // ASCO. – 1997. - P. 100-110.
14. SF36 Physical and Mental Health Summary Scales / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller // A User`s Manual. - 1994. - P. 98.
15. Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study / J.Graham, A. Ramirez, S. Love, M. Richards, C. Burgess // BMJ. – 2002. - №324. – P. 14-20.
16. Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: sevenyear followup / S.M. Levy, J. Lee, C. Bagley, M. Lippman // Psychosom Med. – 1988. - №50. – P. 520-528.
17. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review / M.E. Falagas, E.A. Zarkadoulia, E.N. Ioannidou et al. // Breast Cancer Research. – 2007. - Vol. 4. - №9. – P. 44.
18. The management of chronic pain in patients with breast cancer / Emery C., Galagher R., Hugi M. et al. // CMAJ. – 2001. – Vol. 9. - №165. – P. 1218 – 1219.
19. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study / P. Reynolds, S. Hurley, M. Torres, J. Jackson, P. Boyd, V.W. Chen // Am J Epidemiol. – 2000. - №152. – P. 940-949.