

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

Н. Пасенов<sup>1</sup>, А. Климов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации ФМБА России

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

E-mail: pasenov\_nikolai@mail.ru

*Представлен комплекс реабилитационных мер, направленных на купирование представленных возрастных особенностей (недостаточный прирост мышечной силы, более выраженный депрессивный фон, низкий уровень общего психологического благополучия и социальной адаптации) после радикальной мастэктомии у пожилых.*

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, радикальная мастэктомия, женщина, пожилой возраст.

В последние годы в Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости раком молочной железы (РМЖ), особенно у женщин старше 60 лет. В изучении ряда аспектов данной патологии (ранняя выявляемость, оперативная техника, необходимая химиотерапия) достигнуты значительные успехи, однако в вопросах реабилитации остается много неясного [1–3].

Одним из важных показателей является качество жизни (КЖ) женщины в послеоперационном периоде. При хороших оперативных результатах нередко после вмешательства формируются резистентные к терапии тревожно-депрессивный синдром, дисморфомонические явления, которые снижают КЖ и нивелируют достигнутые результаты. Отдельного рассмотрения требуют такие вопросы, как применение кинезотерапии, трудотерапии в послеоперационном периоде на фоне лимфостатических явлений в верхних конечностях и общего снижения двигательной активности. Вследствие обусловленного возрастом отягощенного соматического фона, а также особенностей послеоперационного адаптивного периода в старших возрастных группах необходимы отдельные схемы реабилитации [4].

Важный вопрос – психологическое отношение медицинских служб к женщинам старших возрастных групп, поскольку бытует представление о снижении с возрастом эстетической значимости такой операции, как радикальная мастэктомия (РМЭ) с выходом на первый план ее клинической эффективности. Подобное представление способствует формированию психологического дискомфорта, развитию психопатологических явлений, что также влияет на КЖ, снижая результаты операции [5].

Целью исследования было разработать оптимальную возрасториентированную тактику медицинской реабилитации женщин пожилого возраста, перенесших РМЭ.

В ходе динамического наблюдения изучали состояние 97 женщин, больных РМЖ и перенесших РМЭ. Среди оперированных женщин среднего возраста ( $51,1 \pm 1,3$  года) было 46, пожилых ( $64,7 \pm 1,2$  года) – 51. Контрольными точками

оценки состояния были 1, 3 и 6-й месяцы после оперативного лечения. Для оценки статуса пациенток применяли комплекс опросников и шкал, которые, с одной стороны, характеризуют потребность в реабилитационных мероприятиях, а с другой — применяются в классической гериатрии при составлении программ оказания помощи и ухода: шкала оценки мышечной силы конечности, шкала тревоги Спилбергера, шкала Монтомгери—Асберг для оценки депрессии, шкала для оценки Индекса общего психологического благополучия (ИОПБ), а также опросник модифицированной самооценки социальной приспособляемости и Опросник качества жизни (SF-36). Выбор опросников был обусловлен высокими показателями их валидности и воспроизводимости [6–9].

Проанализирована текущая медицинская документация и на основе полученных данных разработана оптимальная тактика медицинской реабилитации женщин, перенесших РМЭ.

Критерии включения в исследование: женщины среднего и пожилого возраста, перенесшие по поводу РМЖ ПА и ПВ стадий, операцию РМЭ с сохранением больших грудных мышц.

Критериями исключения из исследования были: другие возрастные характеристики, стадии онкологического процесса и типы операций; наличие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации; психическая патология, затрудняющая контакт с пациенткой.

Для статистической обработки результатов исследования использовали метод оценки значимости различий 2 совокупностей с применением t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции Пирсона, при экспертной оценке — методики 0-гипотезы с расчетом коэффициента  $\chi^2$ . При статистической обработке применена программа Statgraphics plus for Windows, версия 7.0.

Потребности в реабилитационной коррекции у женщин, перенесших РМЭ, во многом зависели от возраста.

**Динамика мышечной силы верхней конечности на стороне операции.** Текущее динамическое наблюдение показало, что соотношение мышечной силы верхних конечностей (здоровой и на стороне операции) у пациенток среднего и пожилого возраста через 1 мес после вмешательства было соответственно  $74,3 \pm 3,7$  и  $68,5 \pm 3,6\%$ , через 3 мес —  $81,5 \pm 4,1$  и  $73,4 \pm 3,9\%$ , через 6 мес —  $90,1 \pm 3,1$  и  $79,5 \pm 3,7\%$  ( $p < 0,05$ ). Таким образом, после операции происходит постепенное восстановление мышечной силы верхней конечности, но у пожилых оно идет медленнее и при достоверно меньшей степени восстановления. По нашим данным, это обусловлено явлениями саркопении у 38 (74,5%) пациенток, лимфостатическим отеком — у 46 (90,2%), патологией суставов верхних конечностей — у 45 (88,2%).

**Динамика уровня тревоги.** Примененная шкала тревоги Спилбергера позволила охарактеризовать тревогу как черту

личности и как реакцию на известие об имеющемся онкологическом заболевании и на проведенную операцию. В обеих возрастных группах без достоверной разницы в избранные периоды наблюдения уровень реактивной тревоги был обусловлен преимущественно такими факторами, как ощущение угрозы ( $\chi^2=8,3$ ;  $p < 0,05$ ), усталость ( $\chi^2=8,2$ ;  $p < 0,05$ ), повышенная тревожность и нервозность ( $\chi^2=8,4$ ;  $p < 0,05$ ), озабоченность ( $\chi^2=8,2$ ;  $p < 0,05$ ), дискомфорт (ощущение «не по себе») ( $\chi^2=8,1$ ;  $p < 0,05$ ).

**Динамика уровня депрессии.** При оценке уровня депрессии выявлена достоверная разница показателей в группах, причем в пожилом возрасте уровень депрессии после операции нарастал и соответствовал клинически значимым значениям (рис. 1).

**Динамика ИОПБ.** Выявлены достоверно более низкие значения данного показателя у пациенток пожилого возраста по сравнению с таковыми у женщин среднего возраста, причем чем больше времени проходило после операции, тем более низкими становились значения ИОПБ. В частности, через 1 мес после РМЭ ИОПБ в среднем возрасте был  $59,1 \pm 2,4$  балла, у пожилых —  $45,1 \pm 2,1$ ; через 3 мес — соответственно  $59,3 \pm 2,1$  и  $41,1 \pm 2,2$  балла, через 6 мес —  $58,9 \pm 2,3$  и  $37,1 \pm 1,8$  балла ( $p < 0,05$ ; рис. 2).

В пожилом возрасте снижение ИОПБ было обусловлено психическими и соматическими причинами, в частности, колебаниями АД и трудностями его коррекции ( $\chi^2=8,3$ ), снижением эффективности контроля гликемического статуса ( $\chi^2=8,2$ ), усилением болевого синдрома в суставах ( $\chi^2=8,2$ ), наличием проявлений дисциркуляции мозгового кровообращения ( $\chi^2=8,1$ ) и тревожно-депрессивного синдрома во всех случаях ( $\chi^2=8,3$ ,  $p < 0,05$ ).

Динамика социальной приспособляемости у женщин пожилого возраста после операции РМЭ характеризовалась достоверно более низкими значениями и, в отличие от показателя у женщин среднего возраста, при 6-месячном наблюдении не восстанавливалась.

**Динамика КЖ.** По данным опросника SF-36 интегральный показатель КЖ у пожилых женщин оставался стабильным без достоверной динамики к улучшению, в то время как в среднем возрасте он достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличивался и через 6 мес наблюдения становился максимальным (соответственно через 1 мес —  $25,3 \pm 3,1$  и  $20,1 \pm 2,2$  балла, через 3 мес —  $29,1 \pm 2,3$  и  $20,4 \pm 2,1$  балла, через 6 мес —  $35,4 \pm 2,1$  и  $21,2 \pm 2,2$  балла).

Результаты, полученные при изучении возрастных различий в потребностях в реабилитационной коррекции у женщин, перенесших РМЭ, легли в основу разработки усовершенствованной тактики медицинской реабилитации.

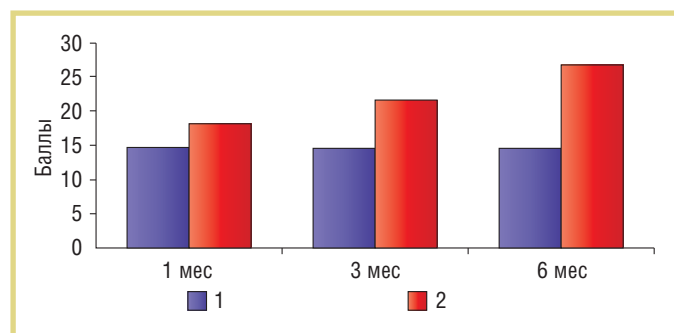


Рис. 1. Возрастные особенности динамики депрессии после РМЭ у женщин среднего возраста (1) и пожилых (2)

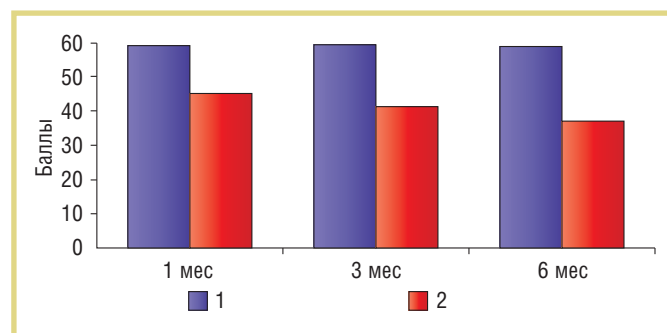


Рис. 2. Возрастная динамика ИОПБ после РМЭ у женщин среднего возраста (1) и пожилых (2)

### СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РМЭ

Изучение медицинской реабилитации женщин после РМЭ продемонстрировало ее недостаточный уровень и отсутствие возрастзависимых подходов. Были исследованы определенные позиции:

- *Коррекция соматического статуса* – в среднем возрасте частота охвата осмотром терапевта на протяжении 6 мес после операции составляла  $68,7 \pm 2,1\%$ , в пожилом –  $71,3 \pm 3,1\%$ , при этом отмечена сильная положительная корреляция с негативными изменениями соматического статуса ( $r=0,9$ ;  $p<0,05$ ); частота охвата осмотром кардиолога была в среднем возрасте  $15,4 \pm 1,3\%$ , в пожилом –  $30,7 \pm 1,5\%$  ( $r=0,8$ ;  $p<0,05$ ); охват медикаментозным лечением в дневном стационаре в среднем возрасте  $10,1 \pm 1,2\%$ , в пожилом –  $8,5 \pm 1,4\%$  ( $r=0,7$ ;  $p<0,05$ ).
- *Проведение физической реабилитации* – охват аэробными нагрузками в среднем возрасте составлял  $10,2 \pm 1,3\%$ , в пожилом –  $10,2 \pm 1,5\%$ , что имело сильную положительную корреляцию со снижением уровня социальной приспособляемости и ИОПБ ( $r=0,9$ ;  $p<0,05$ ); охват легкими и умеренными тренировками мышц верхних конечностей в среднем возрасте составлял  $7,4 \pm 1,5\%$ , в пожилом –  $7,8 \pm 1,4\%$ , при этом отмечена положительная корреляция с возрастзависимой задержкой прироста мышечной силы верхней конечности на стороне операции ( $r=0,9$ ;  $p<0,05$ ).
- *Терапевтическое обучение* с целью разъяснения сути операции, прогноза, важности реабилитации проведено в среднем возрасте у  $12,1 \pm 1,4\%$  пациенток, в пожилом – у  $12,5 \pm 1,3\%$ ; при этом выявлена положительная корреляция с высоким уровнем тревожного синдрома как в среднем, так и в пожилом возрасте ( $r=0,9$ ;  $p<0,05$ ).
- *Психотерапевтическое консультирование и антидепрессивная терапия* в среднем возрасте проведена в  $10,5 \pm 1,3\%$ , в пожилом – в  $10,1 \pm 1,1\%$  случаев; отмечена сильная положительная корреляция с возрастзависимым усилением депрессивных явлений и ухудшением соматического статуса ( $r=0,8$ ;  $p<0,05$ ).
- *Вовлечение микроокружения пациентки* в процесс послеоперационной реабилитации в среднем возрасте отмечено в  $12,1 \pm 1,4\%$  случаев, в пожилом – в  $12,2 \pm 1,3\%$ , что имело положительную корреляцию с возрастзависимым снижением социальной приспособляемости ( $r=0,8$ ;  $p<0,05$ ).
- *Вовлечение службы социальной защиты и социального обеспечения* в курацию пациентки после операции отмечено в среднем возрасте в  $2,1 \pm 0,3\%$  случаев, в пожилом – в  $1,2 \pm 0,1\%$ , что имело сильную положительную корреляцию со снижением социальной приспособляемости ( $r=0,9$ ;  $p<0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о важности развития реабилитационного направления в послеоперационном ведении пациенток после РМЭ, которое должно осуществляться дифференцированно в зависимости от возраста.

### УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ВОЗРАСТОРИЕНТИРОВАННАЯ ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РМЭ

На основе полученных данных нами предлагается следующая усовершенствованная тактика медицинской реабилитации пожилых женщин, перенесших РМЭ.

Цель дифференцированной реабилитации с учетом возраста: восстановление силы мышц верхней конечности на стороне операции; снижение уровня реактивной тревожности; купирование возрастзависимого депрессивного синдрома; повышение уровня общего психологического благополучия; повышение степени социальной адаптации и КЖ.

Методы и средства дифференцированной по возрасту реабилитации должны применяться в отношении всех прооперированных женщин: на протяжении 6 мес после операции – осмотр терапевта, кардиолога, проведение курса медикаментозной терапии в дневном стационаре; проведение курса физической реабилитации в аэробном режиме (не менее 10 дней) и легкие силовые упражнения для восстановления мышечной силы верхней конечности на стороне операции; проведение курса терапевтического обучения до операции; обязательный осмотр психотерапевта/медицинского психолога, при необходимости – назначение антидепрессантов; вовлечение в процесс терапевтического обучения ближайшего окружения пациента; на протяжении 6 мес – подключение к ведению пациентки социальных служб для создания среды занятости.

Оценка эффективности: физикальный осмотр, динамика медико-социального состояния, оцениваемая, в том числе, с помощью опросников и шкал, принятых в гериатрической практике [7–9].

Таким образом, усовершенствованная тактика медицинской реабилитации женщин пожилого возраста после РМЭ основана на дифференцированном возрасториентированном подходе и включает оценку эффективности реабилитации с использованием современных подходов и методов.

### Литература

1. Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии / СПб: «Прайм-Еврознак», 2007; 778 с.
2. Руководство по геронтологии. Под ред. В.Н. Шабалина / М.: Цитадель-Трейд, 2005; 796 с.
3. Boggatz T., Dassen T. Ageing, care dependency, and care for older people in Egypt: a review of the literature // J. Clin. Nurs. – 2005; 14: 56–63.
4. Fry C. Globalization and the experiences of aging // Gerontol. Geriatr. Educ. – 2005; 26 (1): 9–22.
5. Nordam A., Sorlie V., Forde R. Integrity in the care of elderly people, as narrated by female physicians // Nurs. Ethics. – 2003; 10 (4): 388–403.
6. Blein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // Roczn. Akad. Med. Białymst. – 2005; 50: 89–92.
7. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтол. журн. им. В.Ф. Купревича. – 2012; 4 (5): 66–84.
8. Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R. et al. Geriatric syndromy a geriatric patient / Praga: Grada, 2008; 336 p.
9. Williams B., Remington T., Foulk M. Teaching interdisciplinary geriatrics ambulatory care: a case study // Gerontol. Geriatr. Educ. – 2006; 26 (3): 29–45.

### MEDICAL REHABILITATION OF ELDERLY WOMEN AFTER RADICAL MASTECTOMY N. Pasenov<sup>1</sup>, A. Klimov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

<sup>2</sup>Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

The paper describes a package of rehabilitative measures to arrest the given age-related specific features (an inadequate muscle strength increment, a more marked depressive state, a low level of general psychological well-being and social adaptation) after radical mastectomy in the elderly.

**Key words:** medical rehabilitation, radical mastectomy, woman, elderly age.