

UDC 61

Aspects of Medical and Psychological Rehabilitation of Patients after Aesthetic Breast Surgery

¹ Kirill V. Gordon² Eduard S. Khudoev

¹ Kuban State Medical University, Russian Federation
350004, Krasnodar, Sedina St, 4
MD, Professor

² Kuban State Medical University, Russian Federation
350004, Krasnodar, Sedina St, 4
Oncologist

Abstract. Breast prosthesis with aesthetic purposes is widespread throughout the world and has been rapidly spreading within Russia in recent years. Since the frequency of breast postoperative complications and repeated surgery does not tend to decrease, it is advisable to examine patients more thoroughly to choose the appropriate surgery. Postoperative medical rehabilitation is also required to improve the psycho-emotional state, prevent early and delayed postoperative complications and increase the quality of life of women. This technology can be successfully used in regenerative medicine.

Keywords: breast; aesthetic surgery; post-operative rehabilitation.

Актуальность. Состояние молочной железы играет важную роль в различных сферах жизнедеятельности женщины, во многом влияя на качество жизни и особенности социального функционирования [1, 2]. В связи с этим заболевания молочной железы и индивидуальные конституциональные особенности имеют для женщины особое значение, и если с точки зрения онкологической настороженности это не вызывает сомнений, то с позиций косметической пластической хирургии многие вопросы пока не имеют однозначной трактовки. Если дисморфофобия обуславливает обращение женщин для выполнения эстетических пластических операций, то одновременно она и является сдерживающим фактором в проведении адекватной и достаточной по объему хирургической операции при дисгормональных заболеваниях молочной железы (ДЗМЖ) [3, 4, 5, 6]. Отсутствие единой преобладающей тактики комплексного лечения больных с ДЗМЖ и стандартов наблюдения пациенток после эстетических пластических операций на молочной железе однозначно способствуют росту частоты случаев рака молочной железы (РМЖ) [7]. Разобщенность практических подходов в онкологической и гинекологической практике порождают такие проблемы как: недостаточный уровень клинико-лабораторного и инструментального обследования, нерациональная тактика ведения, отсутствие реабилитационного этапа и пр., что в целом уводит пациентку из рамок научно-обоснованного высококвалифицированного лечения соответствующего отраслевым стандартам, обуславливает снижение качества жизни и неотвратимо ведет к повышению риска РМЖ. В этих случаях уровень мотивации больной к получению своевременной и оптимальной по объему и качеству медицинской помощи играет достаточно важную роль. В связи с этим представляет интерес изучение особенностей психо-эмоционального статуса маммологических больных с оценкой его корреляции по отношению к проявлениям соматических заболеваний.

Целью исследования явилось изучение психологического состояния маммологических больных с целью прогнозирования возможности и направленности его коррекции в ходе проведения программ послеоперационной медицинской реабилитации после выполненных секторальных резекций при ДЗМЖ или пластических эстетических операций.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач было проведено обследование, оперативное лечение и медицинская реабилитация 258 пациенток в возрасте от 18 до 55 лет с доброкачественными

заболеваниями молочной железы, а также пациенток, обратившихся для проведения эстетических пластических операций. Больные были направлены на обследование и лечение женскими консультациями г. Краснодара и Краснодарского края, а также обращались самостоятельно. Основную группу наблюдения составили 122 пациентки, контрольную – 136 женщины, группы были сходны по видам и модификациям проведенных оперативных вмешательств. Медицинская послеоперационная реабилитация пациенток проводилась на базе физиотерапевтического отделения маммологической клиники «МАММЕ» г. Краснодар, МУЗ г. Краснодара «Центр восстановительной медицины и реабилитации», а также ряда санаториев федеральных курортов Краснодарского края.

В комплекс обследования входили: изучение анамнеза, а при повторных оперативных вмешательствах на молочных железах и катamnестических данных после проведенного хирургического лечения, наружный и внутренний осмотр половых органов, пальпаторное исследование молочных желез, их ультразвуковое исследование и маммография.

Оценка психо-вегетативного профиля личности включала психологические тесты (САН и адаптированный опросник ММРІ) и пробы (Шульте-Горбова, Лурии, Дембо-Рубинштейна), а также кардиоинтервалографию с применением отечественного компьютеризированного аппаратного комплекса «Поли-Спектр» («Нейросовт», Россия) [8, 9]. Уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза (Л.Х.Гаркави, 2000) оценивался как до операции, так и дважды после нее [10]. Особое внимание было уделено качеству жизни (КЖ) пациенток, которое изучалось с помощью опросника MOS SF-36 с определением физического и психологического здоровья.

Иммунологические исследования проводили по показателям первого уровня с определением абсолютного и относительного (в процентах) количества Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, иммуноглобулинов класса G, A, M, с оценкой иммуно-регуляторного индекса (ИРИ) по стандартным методикам [11].

Пациенткам с нарушениями (избыточная или недостаточная) массы тела дополнительно назначалась биометрия, проводившаяся при помощи анализатора оценки баланса водных секторов организма АВС-01 «Медасс» с программным обеспечением по ТУ 9441-003-33682701-97 (Рег.удост. МЗ РФ № ФСР 2007/01219 от 26.11.2007; ЗАО Нучно-техн. Центр 2МЕДАСС», Россия).

Схемы послеоперационной медицинской реабилитации включали в себя рациональную психотерапию, климатотерапию в индивидуально подобранных режимах, диетотерапию и коррекцию пищевого поведения пациенток, нарастающие по интенсивности режимы ЛФК, КВЧ-терапию с длиной волны 5,6 мм на область послеоперационных швов, 5 процедур транскраниальной электронейростимуляции и курс нормобарической гипокситерапии, проводившейся на аппарате «БиоНова-204».

Результаты исследования. Повторное хирургическое лечение узловых форм мастопатии в первые 1,5 года после операции проходит до 27% больных, при этом многие из них переносят секторальные резекции молочных желез 3 и более раз. Анализируя исходное психоэмоциональное состояние обследованных нами больных необходимо отметить, что по мнению отечественных и зарубежных авторов онкологические больные вообще и пациентки, страдающие ДЗМЖ, в частности, имеют разнообразные неблагоприятные изменения нервно-психического статуса, обусловленные как первичным стрессогенным воздействием внешних факторов, так и вторичным воздействием собственно факта наличия «предракового заболевания молочной железы» [3, 5, 6], что было подтверждено и полученными нами результатами.

Рассматривая мотивационную составляющую психо-эмоционального сопровождения деятельности, следует констатировать, что именно канцерофобия являлась одним из основных побудительных мотивов, заставляющих женщину с ДЗМЖ обратиться за медицинской помощью, в то время как среди пациенток, обратившихся для проведения эстетических пластических операций выявлялась дисморфофобия, обусловленная особенностями социального, внутрисемейного и межличностного функционирования.

В комплексе жалоб на общее состояние лидировали преимущественно те, которые отражали напряженность или истощение процессов в нервной системе: жалобы на хроническую усталость (91,2 %), отсутствие чувства отдыха после ночного сна (84,5 %), лабильность настроения и эмоциональную реакцию на перемену погоды (71,8 %), снижение

памяти и работоспособности (52,4 %), беспокойный сон (51,3 %), частые головные боли (52,9 %). Канцерофобия отмечена у 42,5 %, а у возрастной группы старше 49 лет в 74,6 % случаях, сходным по частоте был этот симптом и больных с отягощенным семейным анамнезом по онкологическим заболеваниям. Жалобы больных обеих групп были сходными по выраженности и частоте. В результате анализа полученных данных было обнаружено, что у 97,3 % обследуемых можно было диагностировать донозологические изменения нервно-психической и эмоциональной сферы.

При оценке своего самочувствия, активности и настроения по методике САН больные основной группы продемонстрировали: компенсированное состояние в 12,4 % случаев, субкомпенсированное – в 63,5 %, декомпенсированное – в 24,1 % случаев; в контрольной – 11,6 %, 64,8 %, 21,6 % случаев соответственно. Из тридцати оцениваемых пар характеристик самочувствия, активности и настроения, наиболее высокие оценки были получены в графах: напряженность, возбужденность, озабоченность, утомленность, разочарованность; а наиболее низкие – в графах: здоровье, увлеченность, радость, бодрость, работоспособность.

Проба Лурии показала снижение кратковременной памяти у пациенток, больные основной и контрольной групп могли запомнить, в среднем, 5 слов и вспомнить 4 через 30 минут, т.е. выполняли пробу на 62–71 %. В основной группе "хорошо" выполнили пробу – 20,3 %, "удовлетворительно" – 68,7 %, "неудовлетворительно" – 11 % больных, в контрольной соответственно – 21,5 %, 69,2 % и 9,3 % обследованных.

Темпы выполнения простого и сложного варианта пробы Шульте-Горбова были замедленными на 25–40 % (40 и более секунд вместо 25–30 в норме). В основной группе пациентки выполняли тест на 68 %, в контрольной на 70 %. В пробе Дембо-Рубинштейна уровень самооценки был ниже по сравнению со здоровыми женщинами на 20–30 % (1–3 балла), причем наибольшее снижение касалось графы – "здоровье" и "удовлетворенность сексуальными отношениями". Результаты пробы были сходными в обеих группах обследуемых.

Оценивая совокупный результат теста САН, можно описать больных с ДЗМЖ после секторальной резекции как утомленных, сконцентрированных на проблемах своего здоровья, пессимистично настроенных, со сниженной активностью и работоспособностью, угнетенным настроением, недовольных собой женщин. Для больных, перенесших эстетические операции на молочных железах более характерными были повышенная тревожность на фоне преимущественно оптимистичного прогноза на исход лечения и дальнейшее социальное функционирование.

Наиболее развернутую оценку психо-эмоционального профиля личности больных ДЗМЖ дает анализ результатов адаптированного теста ММР1 (таблицы 1 и 2). Для каждого из выявленных психопатологических синдромов характерно усиление определенных личностных черт.

Таблица 1.

**Варианты психо-эмоционального профиля личности
у маммологических больных**

| Вариант психо-эмоционального состояния | Основная группа | Контрольная группа |
|---|------------------------|---------------------------|
| Устойчивое психо-эмоциональное состояние | 11,4 % | 11,6 % |
| Астено-невротический синдром | 65,8 % | 68,4 % |
| • легкой степени | 16,9 % | 21,6 % |
| • средней степени | 31,9 % | 33,3 % |
| • выраженной степени | 17 % | 13,3 % |
| Ипохондрический синдром | 22,8 % | 20 % |
| • легкой степени | 12,2 % | 13,3 % |
| • средней степени | 6,4 % | 1,6 % |
| • выраженной степени | 4,2 % | 5 % |

Таблица 2.

Зависимость экспрессии личностных черт от выявленного психоэмоционального профиля личности у маммологических больных (оценка в баллах от 1 до 10).

| Вид синдрома⇒ NN шкалы ↓ | Астено- невротический | Ипохондрический | Устойчивое психоэмоциональное состояние |
|---|----------------------------------|------------------------|--|
| 1. Раздражительная слабость | 9 | 9 | 7 |
| 2. Тревожность | 7 | 8 | 5 |
| 3. Ипохондрия | 5 | 8 | 4 |
| 4. Фобии | 7 | 6 | 7 |
| 5. Подозрительность | 7 | 8 | 7 |
| 6. Паранойяльность | 6 | 7 | 5 |
| 7. Шизоидность | 8 | 7 | 6 |
| 8. Интрапсихическая неупорядоченность | 8 | 9-10 | 6 |
| 9. Гипотимия | 8 | 8 | 7 |
| 10. Конфликты узкого круга | 7 | 6 | 6 |
| 11. Зависимость | 3 | 7 | 3 |
| 12. Совестьливость | 4 | 4 | 5 |
| 13. Расторможенность | 6 | 5 | 5 |
| 14. Общая активность | 5 | 5 | 3 |
| 15. Робость | 6 | 6 | 5 |
| 16. Общительность | 7 | 4 | 7 |
| 17. Эстетическая впечатлительность | 6 | 7 | 6 |
| 18. Женственность | 7 | 4 | 8 |
| 19. Астения | 7 | 8 | 5 |
| 20. Психотизм | 8 | 8 | 6 |
| 21. Депрессия | 6 | 9 | 5 |
| 22. Психопатия | 7 | 7 | 6 |
| 23. Интроверсия | 5 | 7 | 5 |
| 24. Утонченность | 8 | 5 | 7 |
| 25. Психическая неуравновешенность | 8 | 9 | 6 |

Больные ДЗМЖ имели достаточно вариабельный психо-эмоциональный профиль личности: это различие было наибольшим по таким факторам, как ипохондрия, зависимость, общительность, интроверсия, утонченность. У пациенток, обратившихся для эстетической маммопластики, обращали на себя внимание уровни зависимости, общительности, робости, эстетической впечатлительности. Наибольшие различия отмечались среди группы больных активного репродуктивного возраста: больные с ДЗМЖ существенно отставали по уровню общей активности и общительности, но лидировали по таким шкалам, как депрессия, утонченность, раздражительная слабость. При этом больные с ипохондрическим синдромом более скованы в общении, скрытны, подвержены ипохондрии, что затрудняет вступление с ними в эмоциональный контакт и проведение психотерапевтических мероприятий.

Анализируя отдельные ответы на вопросы – утверждения теста можно отметить у больных достаточно выраженный негативизм к окружающим и членам своей семьи, низкую успеваемость и дисциплинированность в школе, то есть черты определенной социальной дезадаптации.

При сравнении пациенток с различным психоэмоциональным состоянием, можно отметить, что больные с астено-невротическим синдромом являются наиболее социально дезадаптированными среди всех пациентов с ДЗМЖ.

При анализе результатов теста были выделены характерные для больных ДЗМЖ особенности эмоциональной окраски поведения и общения с окружающими в зависимости от акцентуированных личностных черт.

У пациентов с высокой степенью шизоидности наблюдалась несогласованность психической деятельности, причудливость и парадоксальность мышления, эмоций и поведения. Повышенная чувствительность к себе сочетается с холодностью и отчужденностью с окружающими, что часто приводит к обидчивости, злобности, агрессивности и конфликтности. Интрапсихическая неупорядоченность у больных ДЗМЖ проявлялась повышенной тревожностью, боязливостью, неуверенностью в себе, ожиданием неудачи, неверие в свои возможности, порождающие постоянный самоанализ. Они склонны к претензиям, тревоге за свое здоровье, поиску новых видов лечения. Гипотимия характеризовалась тревожно-депрессивным фоном настроения, постоянной скованностью и обособленностью при общении. Психотизм и психопатия являются показателями социальной дезадаптации и проявляются аутизмом, парадоксальностью внешнего облика, мышления и поведения, постоянным внутренним конфликтом, проявляющимся взрывами ярости и агрессивности.

Такой же интегративный показатель, как психическая неуравновешенность, доказывает выраженность социальной дезадаптации, потерю контроля над влечениями и характеризуется нарушением сна, хронической усталостью, изнуренностью, снижением работоспособности и истощением внимания, невозможностью сосредоточиться.

Результаты теста MMPI согласуются с данными, полученными при других пробах, подтверждаются анамнезом пациентки. Совокупность особенностей поведения, мышления и психо-эмоционального профиля личности характеризовали состояние нервно-психической сферы больных с локализованными формами ДЗМЖ, перенесших секторальную резекцию, как донозологические психические изменения и вписывались в субсиндромы изменения мышления, эмоций и общения при стрессе.

Таким образом, имеющиеся у маммологических больных компоненты стресс-реакции, выражающиеся в донозологических психологических изменениях, свидетельствуют о перенапряжении и срыве адаптационных возможностей нервной системы и связанным с этим ослаблением эрготрофной системы ВНС. Будучи характеристиками состояния надсегментарного отдела ВНС, тесты психо-эмоциональной диагностики демонстрируют относительное преобладание трофотропной системы с характерной для нее парасимпатической активацией у 88 % основной и 88,4 % контрольной групп. Поскольку около 90% пациентов обеих групп имеют все 4 субсиндрома стресс-реакции (изменение мышления, общения, эмоциональный и вегетативный субсиндромы), то очевидно, что они нуждаются в персонифицированной коррекции нарушений в нервно-психической сфере. Данная коррекция может осуществляться как в индивидуальном порядке путем рациональной вербальной психотерапии, так и неспецифическими средствами (климатотерапия, аппаратная физиотерапия).

Проведенный анализ показал позитивную динамику психо-эмоционального состояния у пациенток, прошедших курс медицинской реабилитации: компенсированное состояние было выявлено у 84,5 % обследованных и сопровождалось повышением уровней активности, настроения и субъективной оценки самочувствия, на 34,6±1,45 % повысились показатели в пробе Лурии, Дембо-Рубинштейна, на 44,7±3,78 % возросли темпы сенсомоторных реакций. Оценка функциональной активности ВНС выявила на КИГ повышение суммарной мощности волнового спектра, нормализацию соотношения мощности волн HV и LV спектров у 78 % обследованных. Уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза в основной группе был достоверно выше: состояние спокойной активации отмечалось у 34 % обследованных, а повышенной у – 52,3 % больных.

В ходе анализа результатов исходных биохимических показателей нами не было выявлено статистически достоверных различий в структуре показателей внутри основной и контрольной групп, однако их статистически достоверная позитивная динамика прослеживалась только на фоне проведения этапной послеоперационной реабилитации.

В это же время нами были отмечены нарастающие негативные изменения психоэмоционального состояния и параметров качества жизни более чем у трети больных, которым медицинская реабилитация не проводилась.

Выводы. Среди предикторов развития и прогрессирования ДЗМЖ психоэмоциональные факторы играют существенную роль. Отмечается взаимосвязь между степенью выраженности психо-вегетативной дисфункции и клиническими особенностями мастопатии. Учитывая имеющиеся изменения психо-эмоционального статуса у больных, перенесших эстетические пластические операции на молочных железах, представляет интерес дальнейшее изучение взаимосвязи его проявлений с риском развития ДЗМЖ и РМЖ. Применение технологий восстановительной медицины успешно купирует широкий спектр неблагоприятных изменений психо-вегетативного статуса и соответственно выступает средством профилактики психо-соматических заболеваний у маммологических больных.

Примечания:

1. Добрякова О.Б. Профилактика и лечение осложнений при пластике молочных желез : автореф. дис. ... д.м.н. : 14.00.27 / О.Б. Добрякова. Омск, 1996. 35 с.
2. Коган М.И., Перехов А.Я. Женские сексуальные дисфункции. М.: Практическая медицина, 2011. 206 с.
3. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. М., 2010. 304 с.
4. Радзинский В.Е., Зубкин В.И., Семятов С.Д. Лечение диффузных форм доброкачественных заболеваний молочных желез // Развитие научных исследований на медицинских факультетах России: материалы 1 Всероссийской конференции. М., 2001. С. 95-96.
5. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Комплексный подход к диагностике и лечению гинекологических и маммологических заболеваний и нарушений // Гинекология. 2003. Т. 5. № 4. С. 144-147.
6. Фришберг И.А. Хирургическая коррекция косметических деформаций женской груди. М., 1997. 256 с.
7. Вишневский А.В., Кузин М.И., Оленин В.П. Пластическая хирургия молочной железы. М.: Медицина, 1987. 224 с.
8. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. 356 с.
9. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 257 с.
10. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.Л. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на-Дону, 1977. 109 с.
11. Энциклопедия клинических и лабораторных тестов / Под ред. Н. Тица. Изд-во «Лабинформ». М., 1997. 940 с.

УДК 61

Клиническая реабилитация маммологических больных: психо-соматические аспекты

¹ Кирилл Владиславович Гордон

² Эдуард Сергеевич Худоев

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4
доктор медицинских наук, профессор

² Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4
врач-онколог, заведующий кафедрой онкологии

Аннотация. Маммологические больные относятся к категориям пациентов, имеющих разнообразные изменения психо-эмоционального профиля личности. Нарушения психо-вегетативного статуса неблагоприятно влияют на все аспекты функционирования женского организма, в том числе и репродуктивную функцию, что обуславливает необходимость коррекции психологического состояния данной группы больных с целью профилактики гинекологических и онкологических заболеваний, поддержания высокого качества жизни и оптимизации лечебно-профилактического процесса. Применение технологий восстановительной медицины в послеоперационной реабилитации и комплексном лечении маммологических больных благоприятно воздействует на психо-эмоциональное состояние, позволяет добиться улучшения клинического состояния у 89,4 % больных, предупредить у них прогрессирование диффузных форм мастопатии, снизить на 64,7 % частоту повторного формирования очагов локализованного фиброаденоматоза и обеспечить улучшение общего клинического состояния, за счет профилактики или снижения частоты обострения экстрагенитальных и гинекологических заболеваний в 2,43 раза.

Ключевые слова: фиброаденоматоз молочных желез; послеоперационная реабилитация.