

## **АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОНКОПЛАСТИЧЕСКИХ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ И МАСТЭКТОМИЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Максимов Д.А.<sup>1,2</sup>, Асеев А.В.<sup>1</sup>, Веселова Н.В.<sup>2</sup>, Сурсимова О.Ю.<sup>3</sup>, Сулейманова О.О.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, e-mail: dr.maksimovda@mail.ru;

<sup>2</sup>ГБУЗ Тверской областной клинический онкологический диспансер, Тверь, e-mail: st\_tver@mail.ru;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО Тверской государственный университет, Тверь, e-mail: voroni-olga@yandex.ru

---

В настоящее время широкое внедрение в хирургический метод лечения рака молочной железы получили онкопластические радикальные резекции. В работе изучалась динамика психосоматического статуса больных в процессе лечения. С этой целью использовали адаптированный для русскоговорящего населения тест ММПИ. Цель исследования – изучить динамику психосоматического статуса пациенток с диагнозом «рак молочной железы» (РМЖ) и влияние психосоматической коррекции на приверженность лечению и восстановительно-реабилитационным мероприятиям; оценить влияние психосоматической коррекции на пациенток с диагнозом РМЖ после проведения радикальной мастэктомии, радикальной резекции и онкопластической радикальной резекции, приверженность лечению и восстановительно-реабилитационным мероприятиям. Материалы и методы: в исследование включены результаты, полученные при обследовании 850 пациенток, проходивших хирургическое лечение в Тверском онкологическом диспансере по поводу рака молочной железы IА–IIIС стадий. Возраст обследованных составил от 27 до 78 полных лет. Основная группа обследования была сформирована из 700 пациенток, перенесших хирургическое вмешательство по поводу рака молочной железы и получавших в ходе реабилитации сопровождение со стороны клинического психолога и психотерапевта. В контрольную группу были отнесены 150 женщин, которым в ходе реабилитации психологическая помощь не была оказана. Результаты исследований: После проведения психосоматической коррекции отмечена стабилизация эмоционального состояния пациентов, которым выполнена радикальная резекция с онкопластическим компонентом. Так, по шкале депрессии отмечалась положительная динамика, которая проявлялась в снижении ее средних значений. Было выявлено снижение показателей эмоциональной лабильности, паранояльности и психопатии. Выявлена тенденция снижения балльной оценки по шкале «Шизоидность». Вывод: Выполнение онкопластической радикальной резекции молочной железы позволяет сохранить эмоционально значимый орган – молочную железу. В результате возрастает эффективность реабилитационных мероприятий, повышается качество жизни женщин.

---

Ключевые слова: рак молочной железы, онкопластическая резекция, радикальная мастэктомия, хирургическое лечение, реабилитация, психосоматический статус

## **THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF WOMEN AFTER ONCOPLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER**

**Maksimov D.A.<sup>1,2</sup>, Aseev A.V.<sup>1</sup>, Veselova N.V.<sup>2</sup>, Sursimova O.Y.<sup>3</sup>, Suleymanova O.O.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Tver State Medical University, Tver, e-mail: dr.maksimovda@mail.ru;

<sup>2</sup>BUZ Tverskoy regional clinical oncological clinic, Tver, e-mail: st\_tver@mail.ru;

<sup>3</sup>Tver State University, Tver, e-mail: voroni-olga@yandex.ru

---

Currently, the surgical treatment of breast cancer included oncoplastic radical resection. A standardized multi-factor method of personality research (SMIL) based on the Minnesota Multiphasic personality inventory-MMPI was used. Purpose of the study: To study the psychological status of patients diagnosed with breast cancer after radical mastectomy, radical resections and oncoplastic radical resections. Materials and methods: Since 2014 to 2017 in the Tver Oncological Dispensary at the department of breast pathology, 850 women aged from 27 to 78 years with a verified diagnosis of breast cancer of the IA-IIIС stage who had a comprehensive treatment program included a surgical method were examined. The main group included 700 patients, who underwent a course of rehabilitation with psychological support and correction after surgical treatment. Three subgroups are distinguished in accordance with the volume of surgical treatment. The control group consisted of 150 people who did not undergo the rehabilitation course (they were examined before the introduction of the rehabilitation program). Research results: After applying the methods of psychosomatic correction, stabilization of the emotional state of patients was noted. Thus, on the scale D (Depression) there was a positive dynamics, which was manifested in a decrease in average values. After rehabilitation, there was also a decrease in scores on the

**NY scale (hysteria), paranoia scale (PA) and psychopathy scale (PS) also showed a decrease in the average score. Conclusion: Performing radical oncoplastic breast resection (taking into account cancer indications) allows to save emotionally significant organ – the mammary gland. As a result, rehabilitation measures are more effective and the quality of life of women is improved.**

Keywords: breast cancer, oncoplastic resection, radical mastectomy, surgical treatment, rehabilitation, psychological status

Разработка и совершенствование методов борьбы со злокачественными новообразованиями остается одним из наиболее перспективных направлений мировой науки. Несмотря на значительный успех в диагностике и раннем лечении онкологической патологии, смертность от нее продолжает оставаться на высоком уровне. В рамках выполнения приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения особое внимание уделяется ранней диагностике и профилактике онкологической патологии у женщин. По данным зарубежной литературы, одно из ведущих мест в структуре женских онкологических заболеваний принадлежит злокачественным новообразованиям молочной железы. По данным Министерства здравоохранения России, распространенность злокачественных новообразований молочной железы составляет 439 на 100 тысяч человек. По данным Рожковой Н.И. (2018), за последние 10 лет произошел значительный (на 30,3%) рост показателя распространенности злокачественных новообразований молочной железы на территории Российской Федерации [1]. В последние годы наблюдается заметное омоложение данной патологии – произошел рост заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы на 42,2% в группе женщин в возрасте 19–39 лет.

В то же время использование превентивных и ранних методов диагностики злокачественных новообразований молочной железы за счет внедрения маммографического скрининга, исследования маркеров онкопатологии привело к снижению одногодичной и общей летальности на 26–28 промилле. Несмотря на низкий (42%) охват женщин скрининговыми обследованиями, удалось повысить показатель выявляемости рака молочной железы (РМЖ) на I–II стадиях до 70,4% [2, 3].

Раннее выявление рака молочной железы не только позволило снизить летальность от данной патологии, но и поставило новые задачи перед онкологами. На первое место выходят вопросы повышения качества жизни и социализации женщин, которые ранее были прооперированы по поводу рака молочной железы. Невзирая на значительную эффективность консервативного лечения рака молочной железы, внедрение современных вариантов эндокринотерапии, резекция молочной железы является распространенным методом лечения злокачественных новообразований молочной железы [4, 5].

Значительный косметический дефект на фоне высокой пятилетней выживаемости в результате внедрения современных методов противоопухолевого лечения ведет к появлению

проблемы нарушения социализации и снижения качества жизни у пациенток, перенесших оперативное лечение РМЖ [6]. Одним из вариантов преодоления данной проблемы является внедрение онкопластической радикальной резекции молочной железы [7, 8].

Вопросам эффективности психологической поддержки пациенток, перенесших разные варианты оперативного лечения рака молочной железы, посвящена данная публикация.

Цель исследования. Оценить эффективность психосоматической коррекции и ее влияние на пациенток с диагнозом «рак молочной железы» после проведения радикальной мастэктомии, радикальной резекции и онкопластической радикальной резекции.

### **Материалы и методы исследования**

В исследование были включены результаты, полученные при обследовании 850 пациенток, проходивших в 2014–2017 годах хирургическое лечение в Тверском онкологическом диспансере по поводу рака молочной железы IA–IIIС. Возраст обследованных составил от 27 до 78 полных лет. Более половины (61,5%) обследованных проживали в селе; 37,6% проживали в Твери и в других городах Тверской области, 0,9% были иногородними.

В основную группу вошли 700 пациенток с диагнозом «рак молочной железы I–III стадии», прошедших курс реабилитации с психосоматической поддержкой и коррекцией после хирургического лечения, вне зависимости от консервативного лечения (неoadьювантная/адьювантная химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия в соответствии с иммуногистохимическим типом опухоли). Частота встречаемости различных молекулярных подтипов в изучаемых группах варьировала.

Основная группа делится на три подгруппы в соответствии с объемом хирургического лечения: подгруппа А – радикальная мастэктомия по Маддену (РМЭ) – 517 женщин (73,9%), средний возраст составил 62,1 года. I стадия – 176 пациенток (34,05%), II стадия – 223 пациентки (43,13%), III стадия – 118 пациенток (22,82%); подгруппа Б – радикальная резекция (в классическом варианте) (РР) – 116 женщин (16,6%), средний возраст составил 50,7 года, I стадия – 41 пациентка (35,35%), II стадия – 52 пациентки (44,83%), III стадия – 23 пациентки (19,82%); подгруппа В – онкопластическая радикальная резекция (радикальная резекция молочной железы с одномоментной реконструкцией) (ОнРР) – 67 женщин (9,5%), средний возраст составил 49,3 года. I стадия – 38 пациенток (56,72%), II стадия – 22 пациентки (32,84%), III стадия – 7 пациенток (10,44%).

Контрольная группа составила 150 пациенток, получивших хирургическое лечение, но не прошедших реабилитационный курс, средний возраст (СВ) составил 53,6 года. Пациентки с I стадией – 48 (32%), СВ – 52,4 года; II стадией – 73 (48,67%), СВ – 54,1 года; III стадией – 29 (19,33%), СВ – 54,3 года.

Протокол проводимого научного исследования включал психологическую диагностику с использованием адаптированного для русскоязычного населения теста Minnesota Multiphasic personality inventory в варианте теста СММЛ [9].

В программе психологической коррекции были использованы следующие методы: суггестивная и когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, клиническая беседа и медико-информационное консультирование [2, 9].

В ходе статистической обработки полученных данных была использована программа SPSS в версии 11.0. Для оценки уровня достоверности применялся непараметрический критерий  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты исследования.** На момент поступления у пациенток основной и контрольной групп были выявлены дезадаптивные личностные (психологические) реакции – преобладали страх, агрессия, проекции, отрицание факта заболевания, склонность к пониженному настроению, резким перепадам настроения, обидчивость, повышенная раздражительность, преобладание чувства напряженности и тревожности. Агрессия проявлялась в интроективной и проективной формах.

После проведения психосоматической коррекции в основной группе была отмечена стабилизация эмоционального состояния пациентов (рис. 1).

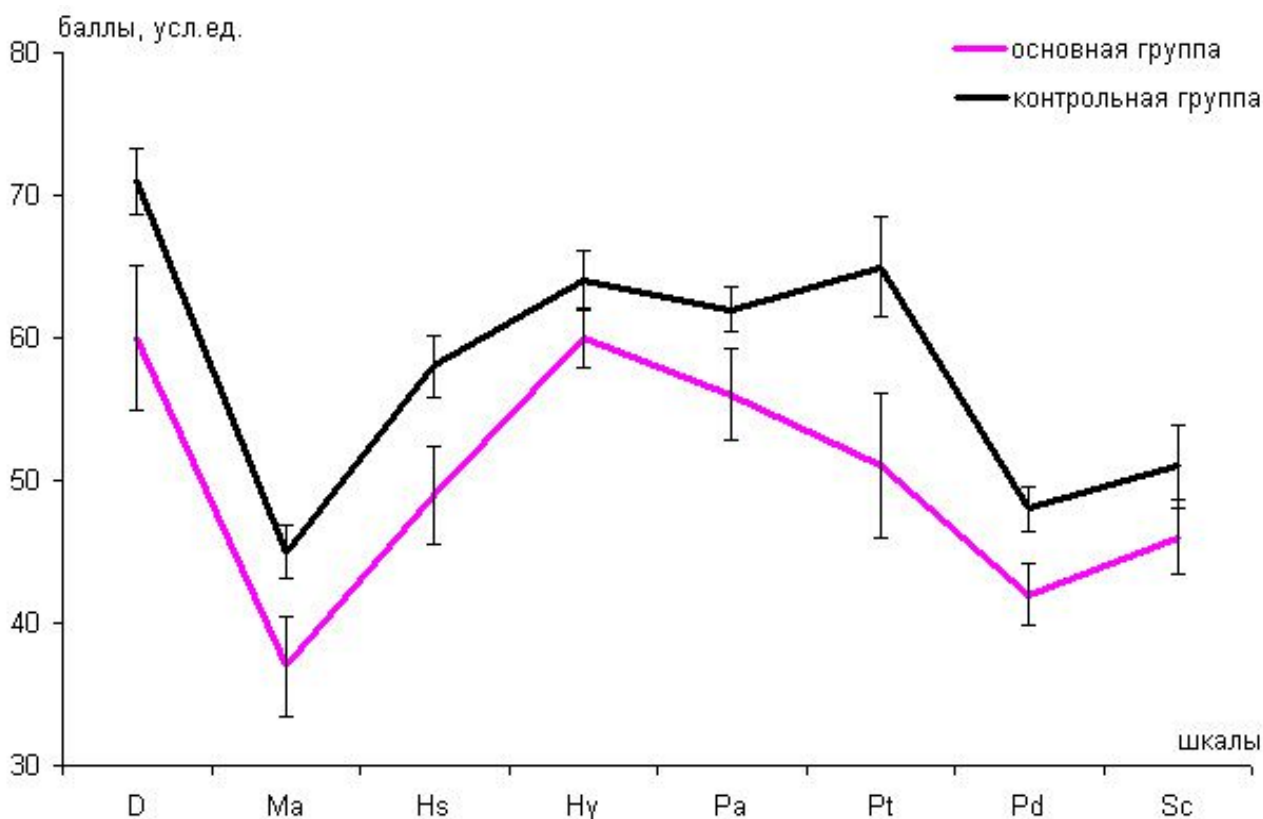


Рис. 1. Изменение профиля личности пациенток в зависимости от проведения психосоматической коррекции в послеоперационном периоде

Так, по шкале D отмечалась положительная динамика, которая проявлялась в снижении средних значений данного показателя в основной группе в 1,18 раза по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Проведение психологической коррекции позволило снизить балльную оценку по шкале психопатии до  $42 \pm 3,01$  балла, что в 1,14 раза меньше, чем в группе контроля. Психокоррекционные мероприятия позволили снизить в 1,18 раза уровень ипохондрии в основной группе ( $p < 0,05$ ). Уровень психоастении в основной группе был в 1,27 раза ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Аналогичная тенденция прослеживается и в отношении оценки по шкале паранояльности ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить резкое снижение балльной оценки по шкале «Гипомания» – в 1,2 раза по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Для пациенток, которым проводилась психологическая поддержка, было характерно незначительное снижение эмоциональной лабильности. Уровень шизоидности в основной группе также снизился, но незначительно. Достоверных различий по изменению балльной оценки по шкалам эмоциональной лабильности и шизоидности выявлено не было.

Рассмотрим изменение усредненного личностного профиля пациенток после различных вариантов оперативного вмешательства по поводу РМЖ (рис. 2, 3).

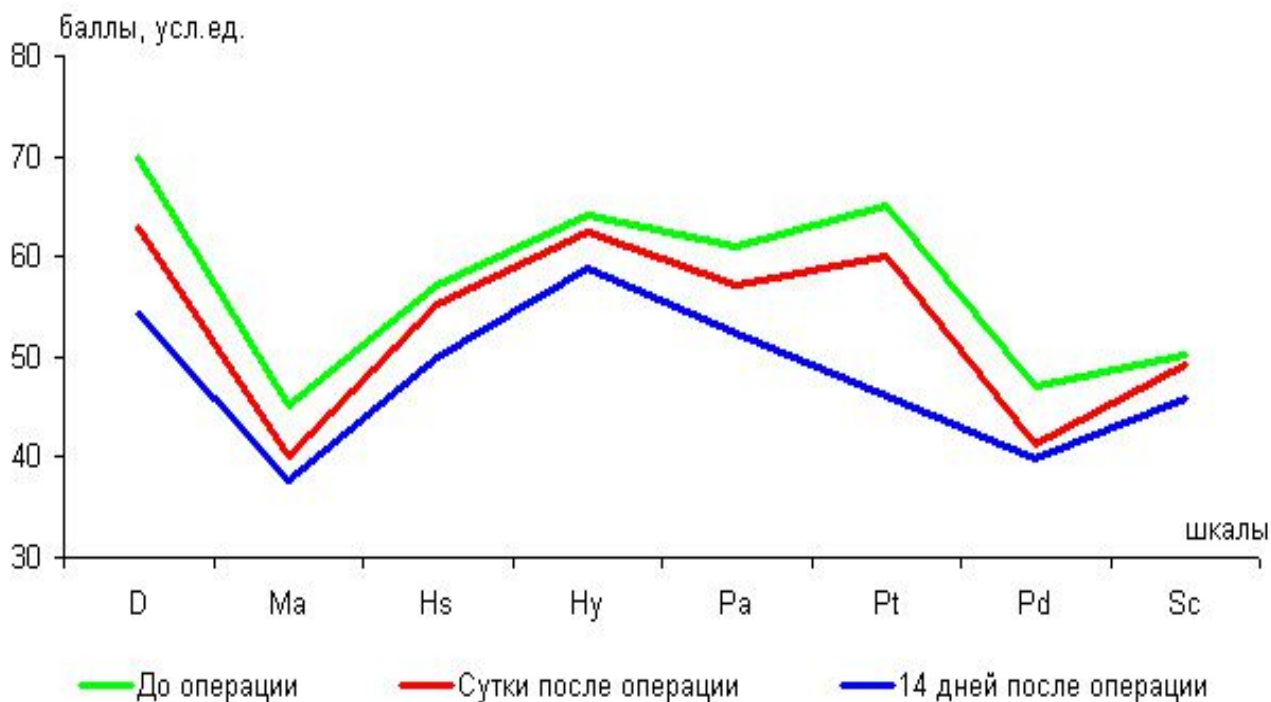
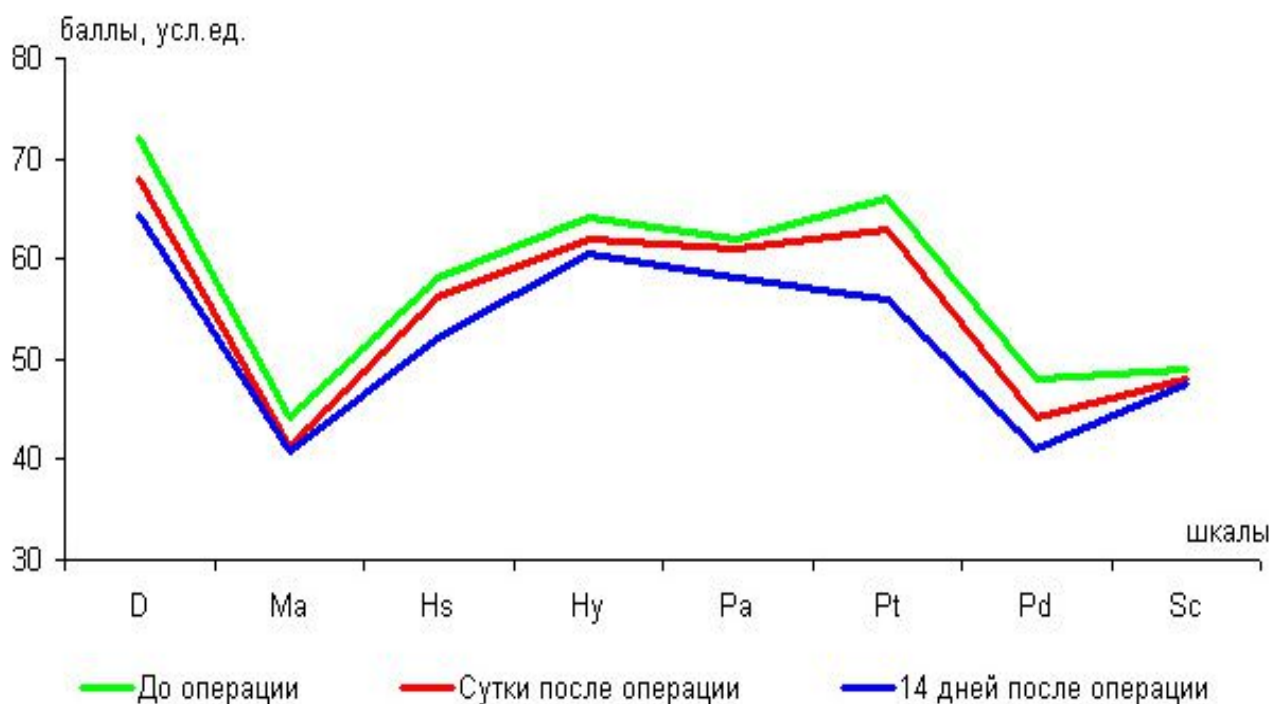


Рис. 2. Профиль личности пациенток, перенесших онкопластическую операцию (радикальная резекция молочной железы с одномоментной реконструкцией), – группа В

На рисунке 2 представлен личностный профиль пациенток после онкопластической резекции, в послеоперационном периоде для него характерно уменьшение показателей уровня депрессии, ипохондрии, психоастении и эмоциональной лабильности.

Дополнительное назначение психотерапевтических мероприятий позволило снизить частоту эмоциональных расстройств до 28,11% ( $p < 0,05$ ). Для женщин, перенесших онкопластическую резекцию молочной железы и получавших в послеоперационном периоде психологическую поддержку, были характерны снижение тревожности, пониженный уровень беспокойства, повышение качественных и количественных характеристик периода сна.

В то же время выполнение радикальной мастэктомии приводило к более значительным нарушениям в эмоциональной сфере пациенток (рис. 3). Для таких женщин был характерен тревожно-ригидный тип личности (47,3%,  $p < 0,05$ ). Пациентки отмечали у себя эмоциональную лабильность, проявляющуюся неустойчивым настроением и чувством покинутости, они испытывали внутрисемейные трудности за счет наличия косметического дефекта, значительно снижающего их привлекательность для сексуального партнера. Снижение уровня депрессивности происходило медленно, балльная оценка по данной шкале на 14-е сутки после операции оставалась на уровне  $64 \pm 2,7$  балла. Проведение психокоррекционной работы позволило снизить уровень паранояльности и психоастении у пациенток, перенесших радикальную мастэктомию. Удалось уменьшить частоту тревожно-ригидного типа личности до 23,7% ( $p < 0,05$ ). Частота выявления истероидного типа поведения снизилась в 1,8 раза и составила только 5,18% ( $p < 0,05$ ). В то же время оценка по шкале «Гипомания», несмотря на проведение психокоррекционной работы, осталась неизменной в интервале от 40 до 45 баллов. Аналогичным образом неизменной оставалась оценка по шкале шизоидности –  $47 \pm 1,3$  балла.



*Рис. 3. Профиль личности пациенток, перенесших радикальную операцию (радикальную мастэктомию по Маддену), – группа А*

**Обсуждение.** По нашим данным, большинство обследованных пациенток с резекцией молочной железы на момент поступления в стационар имели высокие значения по шкалам шизоидности и эмоциональной лабильности, что требовало раннего назначения консультации психолога. После осознания излечения от онкологической патологии все пациентки пытались заново выстроить свои микросоциальные и личностно-эмоциональные отношения с окружающими. На первое место вышла необходимость соответствовать общепринятым стандартам и канонам. Радикальная резекция молочной железы привела к изменению внешнего вида пациентки. Ношение вкладок или протезов не только ограничивало пациентку в выборе одежды, но и не позволяло ей в полной мере возобновить прежний уклад жизни, ограничивало ее активность. Значительные трудности появлялись и в отношениях с близкими людьми. Постоянное ношение и контроль за состоянием накладки или протеза вызывали дискомфорт, что на фоне повышенной эмоциональной лабильности и склонности к депрессивным реакциям зачастую приводило к развитию психоэмоциональных нарушений. Большинство пациенток, перенесших радикальную резекцию молочной железы с одномоментной реконструкцией, смогли быстро восстановить свои микросоциальные контакты как внутри семьи, так и во внесемейном окружении. Многие из них отмечали уверенность в общении с окружающими, что было менее характерно для женщин, перенесших радикальную мастэктомию и использующих корректирующие накладки.

По нашему мнению, ранняя психологическая реабилитация является одним из основных направлений лечения женщин, перенесших любое радикальное оперативное вмешательство при раке молочной железы, она сокращает число психических реакций, улучшает качество жизни и прогноз болезни.

**Выводы.** Повсеместный переход с классической радикальной резекции молочной железы на онкопластическую методику позволяет значительно снизить негативные последствия операции (отсутствие грудной железы с одной стороны, необходимость ношения вкладок в одежду и корректирующего белья, нарушение сексуального поведения за счет развития дисморфофобии). Ранняя пластика молочной железы позволяет уменьшить психоэмоциональные последствия радикальной операции – снижается уровень депрессивности и психоастении. Подключение на ранних этапах послеоперационного периода психокоррекционных мероприятий значительно повышает скорость социальной и психоэмоциональной реабилитации таких пациенток. Снижается общий уровень эмоционального напряжения, исчезают депрессивность, эмоциональная лабильность, психоастения. Проведение одномоментной реконструкции молочной железы при

выполнении радикальной резекции молочной железы в сочетании с ранним назначением психокоррекционных мероприятий особенно важно у пациенток в возрасте 27–35 лет.

### Список литературы

1. Рожкова Н.И. Приоритет охраны женского здоровья в национальной программе развития онкологической службы // Медицинский алфавит. 2018. Т. 2. № 29 (366). С. 6-9.
2. Ганусевич О.Н., Нестерович Т.Н., Федоркевич И.В. Современные подходы к лечению рака молочной железы (по материалам конференции в Сан-Галлен, 2017) // Проблемы здоровья и экологии. 2018. № 3 (57). С. 11-18.
3. Мехтиева Н.И. Современные тенденции в диагностике и лечении первично операбельного рака молочной железы (обзор литературы) // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. Т. 14. № 4. С. 24-34.
4. Идрисова Л., Солопова А., Макацария А., Москвичева В., Суренков А. Возможности восстановления сексуальной функции у женщин после лечения рака молочной железы // Врач. 2018. Т. 29. № 4. С. 64-67. DOI: 10.29296/25877305- 2018-04-13.
5. Зикиряходжаев А.Д., Широких И.М., Аблицова Н.В., Ермощенкова М.В., Харченко Н.В., Сарибекян Э.К., Тукмаков А.Ю., Сухотько А.С., Запиров Г.М., Хакимова Ш.Г. Использование биологических и синтетических материалов в реконструктивной хирургии при раке молочной железы (обзор литературы) // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. Т. 14. № 1. С. 28-37.
6. Каприн А.Д., Зикиряходжаев А.Д. Онкопластическая хирургия молочной железы. ГЭОТАР-Медиа 2017. 302 с.
7. Воротников И.К., Летягин В.П., Высоцкая И.В., Сельчук В.Ю., Буров Д.А., Павлов А.В. Хирургическое лечение рака молочной железы: от концепции "искоренения" к эстетической хирургии // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. Т. 14. № 2. С. 42-53.
8. Wong E., Chow E., Zhang L., Bedard G. Factors influencing health related quality of life in cancer patients with bone metastases. J. Palliat. Med. 2013. P. 45-49.
9. Максимов Д.А., Веселова Н.В., Асеев А.В. Психологический статус женщин после онкопластических операций по поводу рака молочной железы // Верхневолжский медицинский журнал. 2018. Т. 17. № 3. С. 12-17.