

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

Н. Пасенов¹, А. Климов²

¹Институт повышения квалификации ФМБА России

²Санкт-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 Монтгомери—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 χ^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.

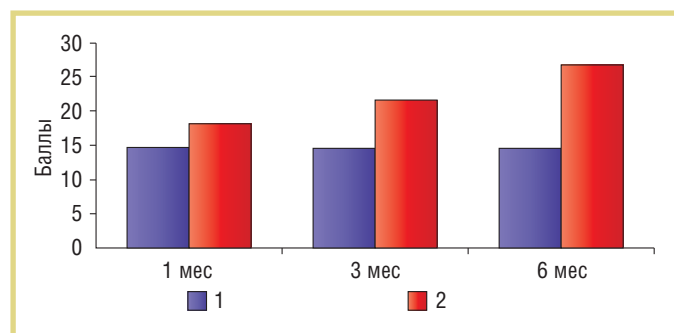


Рис. 1. Возрастные особенности динамики депрессии после РМЭ у женщин среднего возраста (1) и пожилых (2)

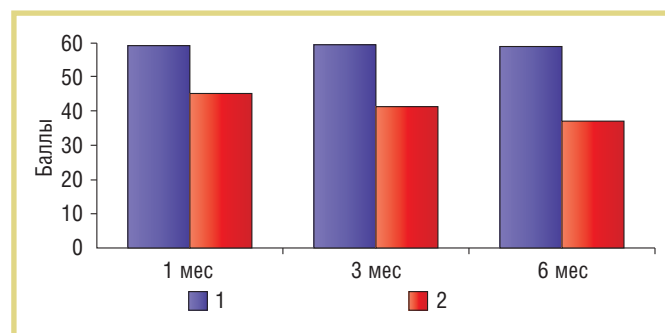


Рис. 2. Возрастная динамика ИОПБ после РМЭ у женщин среднего возраста (1) и пожилых (2)

СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕ- НЕСШИХ 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, ПЕРЕ- НЕСШИХ 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. Pasenov¹, A. Klimov²

¹Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

²Acad. 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.