

Д.А. Максимов<sup>1</sup>, Н.В. Веселова<sup>1</sup>, А.В. Асеев<sup>2</sup>

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОНКОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>1</sup>ГБУЗ ТО «Тверской областной клинический онкологический диспансер»

<sup>2</sup>Кафедра фтизиатрии

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

**Цель:** изучить психологический статус пациенток с раком молочной железы после проведенных радикальных операций – мастэктомии, радикальных резекций и онкопластических радикальных резекций. **Материалы и методы:** с помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности (тест СМИЛ) в период с 2014-го по 2017 год изучен психологический статус 850 женщин в возрасте 27–78 лет с верифицированным раком молочной железы IA–IIIС стадий. 700 больных (основная группа) прошли курс реабилитации с психологической поддержкой и коррекцией после радикального хирургического лечения, 150 человек (контрольная группа) получили хирургическое лечение еще до внедрения программы восстановительного лечения и реабилитационного курса. **Результаты:** психосоматическая коррекция способствовала стабилизации эмоционального состояния пациенток. После проведенных реабилитационных мероприятий имело место значимое снижение средних значений по шкалам профиля D (депрессии), Hy (истерии), Pa (паранойальности) и Pd (психопатии), в меньшей степени – по шкале Sc (шизоидности). **Выводы.** Выполнение онкопластической радикальной резекции молочной железы (с учетом онкологических показаний) 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, психологический статус.

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

D.A. Maksimov<sup>1</sup>, N.V. Veselova<sup>1</sup>, A.V. Aseev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tver Region Oncological Hospital

<sup>2</sup>Tver State Medical University

**Aim:** to study the psychological status of patients with breast cancer after radical surgery – mastectomy, radical resections and oncoplastic radical resections. **Materials and methods:** the psychological status of 850 women aged 27–78 years with verified breast cancer of IA–IIIС stages was studied using the standardized multifactorial method of personality research (SMIL test) between 2014 and 2017. 700 patients (the main group) underwent a rehabilitation course with psychological support and correction after radical surgical treatment, 150 people (control group) received surgical treatment even before the introduction of the program of rehabilitation course. **Results:** psychosomatic correction contributed to the stabilization of the emotional state of patients. After the rehabilitation there was a significant decrease in the mean values for the profile scales D (depression), Hy (hysteria), Pa (paranoia) and Pd (psychopathy), to a lesser extent Sc (schizoidity). **Conclusions.** Performing oncoplastic radical resection of the breast (considering cancer indications) allows you to keep emotionally significant organ – the mammary gland. As a result, it increases the effectiveness of rehabilitation measures, improving the quality of life of women.

**Key words:** breast cancer, oncoplastic resection, radical mastectomy, surgical treatment, rehabilitation, psychological status.

### Введение

Заболеваемость злокачественными опухолями в России с каждым годом возрастает. В 2014 году в России было зарегистрировано 566 967 первичных случаев злокачественных новообразований, соотношение мужчин и женщин составило 45,8 и 54,2% соответственно. При этом на конец года на учете в онкологических диспансерах России состояло более 3 291 000 пациентов. Эти показатели заметно возросли за 10 лет: в 2004 году на учете состояло около 3 000 000 больных, а первичных случаев было зафиксировано 468 000 (на 20% меньше). Обобщенный показатель распространенности злока-

чественных новообразований в 2014 году составил 2252,4‰ [1].

Рак молочной железы (РМЖ) – наиболее распространенный вид опухолей среди женского населения Европы, Америки и некоторых стран Азии, при этом уровень заболеваемости очень варьирует в разных государствах. Наибольшая заболеваемость регистрируется в Австралии, наименьшая – в Японии и Китае (рис. 1). Ежегодно в мире регистрируется свыше одного миллиона случаев этого заболевания, риск заболеть раком молочной железы при средней продолжительности жизни 70 лет составляет 13,5%. В течение последних 20 лет в мире и в России наметилась устойчивая тенденция к росту заболева-

емости этим видом рака, особенно в городах и мегаполисах (рис. 2). С 1985 года он занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин (31,2%). Общий прирост за 10 лет составил 29,48%, среднегодовой темп прироста – 2,53%.

РМЖ может развиваться в любом возрасте, но большая часть пациенток находится в возрастной группе старше 50 лет (77% случаев).

За последние годы заметно улучшился прогноз выживаемости по всему миру (рис. 3). Так, пятилетняя выживаемость пациентов достигает 89%, 10-летняя – 82%, 15-летняя – 77%. Эти высокие цифры обусловлены своевременным выявлением опухоли и проведением современного комплексного лечения [1]. В частности, в России частота выявления опухолей на 1–2-й стадиях заболевания превышает 60% (рис. 4).

При сроках выживаемости свыше пяти лет одним из главных критериев, определяющих состояние пациенток и эффективность лечения, является качество жизни (КЖ) [2–3]. Качественные характеристики жизни далеко не всегда могут быть обеспечены только применением современных методов противоопухолевого лечения, необходимо использование дополнительных методов воздействия. Отсутствие психологической помощи снижает КЖ, препятствует достижению более полного эффекта лечения. Возникает своеобразный парадокс: с одной стороны, огромные материальные затраты и усилия онкологов направлены на сохранение жизни больной, а с другой – недооценка роли личности самой пациентки в процессе лечения у ряда женщин приводит к ощущению мучительности и бесперспективности этой жизни [4]. Недооценка важности внутреннего мира самой больной, ее личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению, к будущему не позволяют осуществить целостный подход к лечению болезни, а это, в свою очередь, не позволяет использовать психологические ресурсы личности для приспособления к болезни и преодоления ее последствий [5].

Одним из важных направлений повышения КЖ больных РМЖ является уменьшение объема хирургического вмешательства при сохранении достаточной степени онкологического радикализма. В этой связи все более широко применяются радикальная резекция (РР) молочной железы и онкопластическая радикальная резекция (ОнРР) [6–109].

**Цель исследования** – изучить психологический статус пациенток с раком молочной железы после проведенных радикальной мастэктомии, радикальных резекций и онкопластических радикальных резекций.

### Материал и методы

В период с 2014-го по 2017 г. в ГБУЗ ТО «Тверской областной клинической онкологической диспансер» в отделении патологии молочной железы было проведено обследование 850 женщин в возрасте от

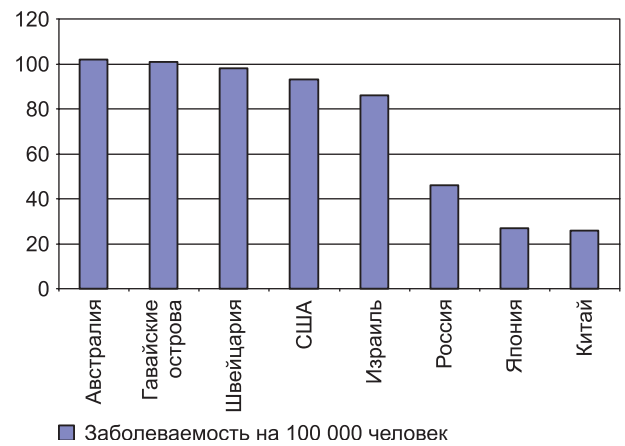


Рис. 1. Заболеваемость раком молочной железы в 2014 году

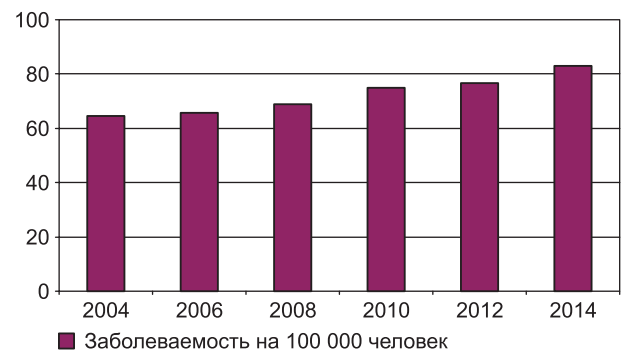


Рис. 2. Заболеваемость раком молочной железы в России за 2004–2014 годы

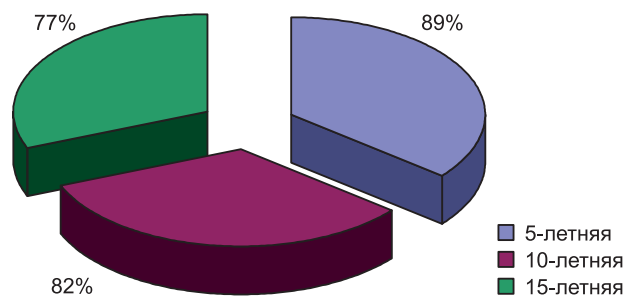


Рис. 3. Выживаемость при раке молочной железы (общемировые данные)

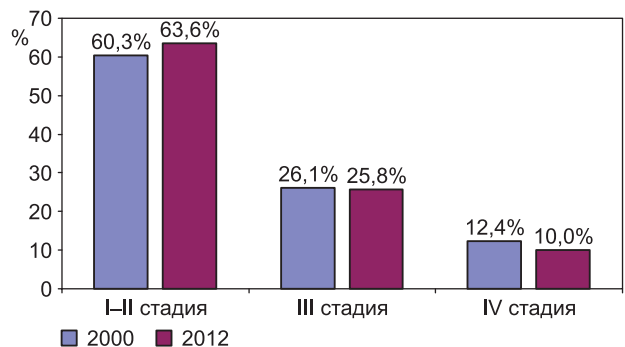


Рис. 4. Распределение больных раком молочной железы по стадиям в России

27 до 78 лет с верифицированным диагнозом «рак молочной железы IA–IIIC стадии», у которых программа комплексного лечения включала хирургичес-

кий метод. Сельских жителей из Тверской области было 523 (61,5%), городских – 320 (37,6%), иногородних жителей – 7 (0,9%).

В основную группу вошли 700 пациенток, прошедших курс реабилитации с психологической поддержкой и коррекцией после хирургического лечения. В ней выделено три подгруппы в соответствии с объемом хирургического лечения:

- группа А – радикальная мастэктомия по Маддену (РМЭ) – 517 человек (73,9%);
- группа Б – радикальная резекция – 116 (16,6%);
- группа В – онкопластическая радикальная резекция – 67 (9,5%).

Контрольную группу составили 150 человек, не прошедших реабилитационный курс (обследованы до внедрения программы восстановительного лечения).

Лечебно-реабилитационные программы были разработаны для лечения в стационаре отделения патологии молочной железы в ГБУЗ «ТОКОД», средняя длительность пребывания больных в стационаре (койко-день) составляла 21 день.

Обследование проводили при поступлении в хирургический стационар, через 1 неделю после операции и перед выпиской. Использовали стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), созданный на основе Миннесотского многофакторного личностного опросника (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI). В исследование включили шкалы: сверхконтроль (ипохондрии, Hs), пессимистичность (депрессии, D), эмоциональная лабильность (истерии, Hy), импульсивность (Pd), ригидность (Pa), тревожность (психастении, Pt), индивидуалистичность (шизоидности, Sc), оптимистичность (гипомании, Ma) [11].

Программа психологической коррекции предполагала использование суггестивной и когнитивно-поведенческой психотерапии, аутогенной тренировки, клинической беседы и медико-информационного консультирования [5, 12].

**Результаты исследования**

Особенности психологического профиля личности больных РМЖ в разных группах наблюдения представлены на рис. 5–7.

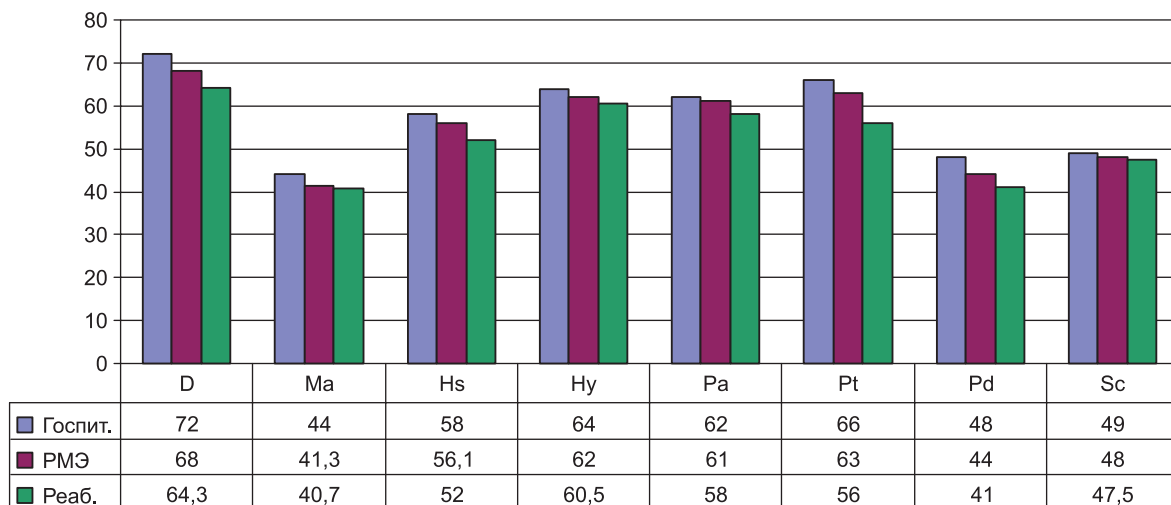


Рис. 5. Динамика изменения профиля личности при выполнении радикальной мастэктомии

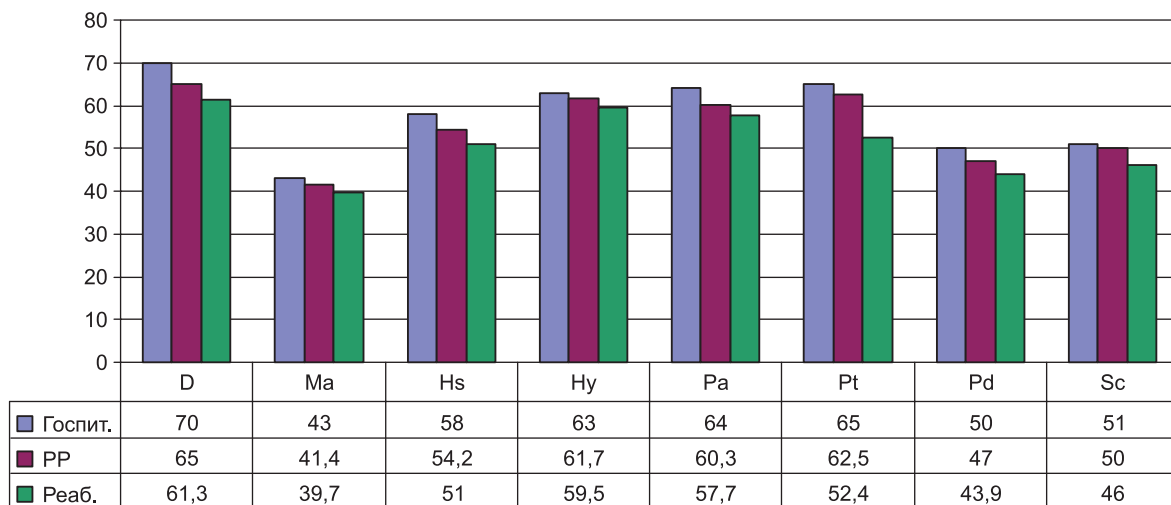


Рис. 6. Динамика изменения профиля личности при выполнении радикальной резекции

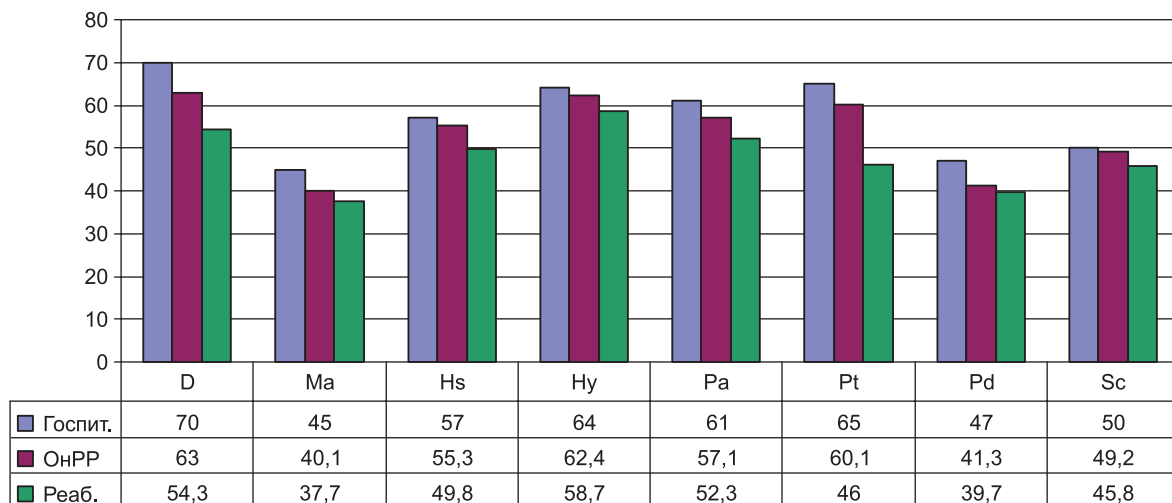


Рис. 7. Динамика изменения профиля личности при выполнении онкопластической радикальной резекции

При поступлении значимых различий в группах наблюдения не выявлено. Среди дезадаптивных личностных (психологических) реакций преобладали страх, агрессия, проекции, отрицание факта заболевания, депрессивность, тревожность, повышенная чувствительность к обидам, эмоциональная лабильность, напряженность, раздражительность. Агрессия проявлялась в интроективной и проективной формах. В первом случае больная считала себя источником зла, в таких случаях клинически доминировал симптомокомплекс депрессии, самоизоляции от окружающего мира. При проективной форме агрессии ответственность возлагалась на окружающий мир. Проекция причинных факторов своего состояния вовне сопровождалась враждебным настроением к окружающим, скандалами, извращением коммуникабельности. В результате снижался уровень адаптивных социальных контактов, больная оставалась один на один со своей болезнью. В профиле личности на момент госпитализации отмечено статистически достоверное повышение у всех подгрупп значений по шкалам Ma (гипомания), Hs (ипохондрия) и Sc (шизоидность).

После проведения методов психосоматической коррекции отмечена стабилизация эмоционального состояния пациентов. Так, по шкале D (депрессия) отмечалась положительная динамика в виде снижения средних значений профиля при РМЭ до 68; РР – до 65; ОнПП – до 63 баллов, что было статистически значимо ниже, чем в момент госпитализации. Было отмечено, что у женщин старше 65 лет независимо от планируемого объема операции при госпитализации отмечалось повышение по шкале D, это может быть обусловлено меньшими возможностями для получения социальной поддержки пациента. Отмечено также понижение значений в баллах по шкале Hy (эмоциональная лабильность) с 64 до  $61,7 \pm 2,3$  (РМЭ – 62; РР – 61,7; ОнПП – 62,4), но это снижение было статистически не значимым ( $p > 0,05$ ). По шкале Pt (психастения) средние значения в баллах снизились с 66 до  $60,1 \pm 5,5$  (РМЭ – 63; РР –

62,5; ОнПП – 60,1), снижение является статистически значимым ( $p < 0,05$ ).

Выявленные изменения по шкалам паранойальности (Pa) и психопатии (Pd) после проведенных реабилитационных мероприятий также показали значимое ( $p < 0,05$ ) снижение средних значений в баллах с 64 до  $57,1 \pm 6,7$  (РМЭ – 61; РР – 60,3; ОнПП – 57,1) и с 50 до  $39,7 \pm 10,7$  (РМЭ – 44; РР – 47; ОнПП – 41,3) соответственно, что соответствует данным литературы [10].

По шкале Ma (гипомания) средние значения баллов заметно снизились – с 45 до  $37,7 \pm 7,3$  (РМЭ – 41,3; РР – 41,4; ОнПП – 37,7) ( $p < 0,05$ ). По шкале Hs (ипохондрия) наступило снижение показателей с 58 до  $49,8 \pm 8,2$  (РМЭ – 56,1; РР – 54,2; ОнПП – 49,8) ( $p < 0,05$ ), что статистически значимо.

Незначимое улучшение показателя было отмечено по шкале Sc (шизоидность) с 51 до  $45,8 \pm 6,4$  (РМЭ – 48; РР – 50; ОнПП – 45,8) ( $p > 0,05$ ).

### Обсуждение

Итоги применения программы психосоматической коррекции больных РМЖ с использованием вышеуказанных методов свидетельствуют о том, что профиль личности пациенток, перенесших радикальное хирургическое лечение, на разных этапах был неодинаковым. На этапе госпитализации в стационар и постановки диагноза дезадаптивные показатели в личностных диспозициях профиля – шизоидность и эмоциональная лабильность – были относительно высокими независимо от подгруппы в раннем послеоперационном периоде по некоторым параметрам. Несмотря на уменьшение средних значений этих показателей в личностных характеристиках, было выявлено, что по сравнению со здоровыми людьми они остаются высокими и в отдаленные сроки.

Уровень показателей эмоционально-личностной сферы в профиле больных после проведения радикальной мастэктомии, радикальной резекции или онкопластической радикальной резекции остается

на относительно одинаковом уровне. Учитывая эти результаты, основную соматическую болезнь надо лечить независимо от объема оперативного вмешательства. Профессиональное ведение пациенток, своевременное применение наиболее соответствующих методов коррекции психологического статуса улучшает КЖ больных, что соответствует данным литературы [4]. Чем раньше начинается коррекция, тем эффективнее общее лечение, поскольку больная легче понимает необходимость данных мероприятий, таким образом, отмечается снижение значений по шкалам D (депрессия), Ну (эмоциональная лабильность), Ра (паранойяльность), Рт (психастения), Sc (шизоидность), Рд (психопатия).

В связи с «омоложением» больных РМЖ перед хирургами встает задача не только борьбы непосредственно с онкологическим заболеванием, но и достижения хороших косметических результатов операций. Многие женщины стремятся не только вылечиться от основного заболевания, но и сохранить эстетику молочной железы. С пожеланием сохранить железу обращались женщины в возрасте от 27 до 35 лет, которым было выполнено РР и ОнРР. Был выявлен симптомокомплекс в виде тревожно-депрессивного типа личности, который проявлялся у 48,3 и 47,5% больных соответственно, пациентки переживали, что при сохранении оставшейся части железы может возникнуть рецидив болезни и потребуются повторное хирургическое вмешательство, но после психосоматической помощи и коррекции отмечалось снижение тревожно-депрессивных тенденций.

Усредненный личностный профиль группы пациенток после онкопластической резекции демонстрирует менее выраженные подъемы по шкалам D (депрессия), Hs (ипохондриа), Ну (эмоциональная лабильность) и Рт (психастения). После проведения коррекции данный вид эмоциональных расстройств наблюдался у 27,8% пациенток с РМЖ. Это означало, что пациентки стали более спокойными, снизилась тревога, улучшился сон, уменьшилось беспокойство. У всех пациенток в данной группе имелось высшее образование, это влияло на более эффективную стратегию поведения в стрессовой ситуации и при выборе тактики современного способа хирургического лечения с сохранением всех онкологических требований.

У пациенток, которым выполнена радикальная мастэктомия, наблюдались неустойчивость настроения, чувство неполноценности, мучительное ощущение покинутости, стыдливость перед сексуальным партнером, тревожно-ригидный тип личности, которые выявлялись у 47,3% больных РМЖ. После психосоматической коррекции уровень таких характеристик, как Ра (паранойяльность) и Рт (психастения), заметно снизился. Тревожно-ригидные девиации выявлялись у 23,7% больных. После коррекции снизилась и частота встречаемости истерических реакций – с 9,3 до 5,2%.

Были отмечены положительные изменения в личностном профиле пациенток, имевших повышенные значения по шкале Hs (ипохондриа). После проведения психологической коррекции также отмечалось снижение тенденции «ухода в болезнь», повышение социальной активности и вовлеченности.

Глубина депрессии зависит и от того, насколько потрясена больная осознанием неизлечимости своей болезни, а также от того, насколько важной являлась молочная железа для больной с сексуальной и социальной точки зрения. В тех случаях, когда превалирует чувство изолированности, потери нормальных отношений с людьми, возникает анаклитическая депрессия. В личностном профиле у части пациенток были отмечены относительно высокие показатели по шкале Sc (шизоидность). При этом женщины очень часто выглядели подавленными, тревожными и обидчивыми. Зачастую их внимание было сосредоточено на своих переживаниях, у них отмечались трудности в контактах с другими лицами. Нередко они замыкались в себе. Для высоких значений шкалы Ну (эмоциональная лабильность) у больных РМЖ в различной степени проявлялись истероидные черты. У таких женщин с истерическиподобным типом личности отмечалась эмоциональная лабильность: периоды депрессии сменялись вспышками раздражительности, они часто предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, отмечалась сексуальная неудовлетворенность.

Применение всех методов психосоматической коррекции при раке молочной железы подчеркивает общеизвестный факт, что они влияют на течение основной болезни как в положительном, так и в отрицательном направлении. Коррекция является важным этапом реабилитации пациенток с РМЖ, сокращает число психических реакций, улучшает их КЖ и прогноз болезни.

## Выводы

1. Выполнение онкопластической радикальной резекции молочной железы (с учетом онкологических показаний) позволяет сохранить эмоционально значимый орган – молочную железу.
2. Этот тип вмешательства способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий, быстрому возвращению женщин к активной социальной жизни, профилактике психоэмоциональных стрессов, сохранению качества жизни.

## Литература/References

1. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2014 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2014. – 24 с.
- Davydov, M.I. Statistika zlokachestvennyh novoobrazovaniy v Rossii i stranah SNG v 2014 godu / M.I. Davydov, E.M. Aksel'. – М.: Izdatel'skaya gruppa RONC, 2014. – 24 s.

2. *Асеев, А.В.* Качество жизни больных раком молочной железы / А.В. Асеев, В.Я. Васютков. – Тверь: Твер. гос. мед. акад. Каф. фак. хирургии с курсом онкологии, 1999. – С. 32–36.

*Aseev, A.V.* Kachestvo zhizni bol'nyh rakom molochnoj zhelezy / A.V. Aseev, V.Ya. Vasyutkov. – Tver': Tver. gos. med. akad. Kaf. fak. hirurgii s kursom onkologii, 1999. – S. 32–36.

3. Factors influencing health related quality of life in cancer patients with bone metastases / E. Wong [et al.] / *J Palliat Med.* – 2013. – P. 45–49.

4. *Москвитина, С.А.* Особенности личности больных раком молочной железы (обзор) / С.А. Москвитина // *Alma mater* (Вестник высшей школы). – Спец. выпуск «Премия Менегетти – 2012». – 2012. – С. 12–15.

*Moskvitina, S.A.* Osobennosti lichnosti bol'nyh rakom molochnoj zhelezy (obzor) / S.A. Moskvitina // *Alma mater* (Vestnik vysshej shkoly). – Spec. vypusk «Premiya Menegetti – 2012». – 2012. – S. 12–15.

5. *Бройтигам, В.* Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.

*Brojtigam, V.* Psihosomaticheskaya medicina / V. Brojtigam, P. Kristian, M. Rad. – M.: GEHOTAR Medicina, 1999. – 376 s.

6. *Дерманова, И.Б.* Диагностика эмоционально-нравственного развития / И.Б. Дерманова. – СПб.: Речь, 2002. – С. 124–126.

*Dermanova, I.B.* Diagnostika ehmocional'no-nravstvennogo razvitiya / I.B. Dermanova. – SPb.: Rech', 2002. – S. 124–126.

7. *Золтан, Я.* Реконструкция женской молочной железы / Я. Золтан, М.Б. Алекса, Ш. Фединец. – Будапешт: Издательство Академии Венгрии, 1989. – 237 с.

*Zoltan, Ya.* Rekonstrukciya zhenskoj molochnoj zhelezy / Ya. Zoltan, M.B. Aleksa, Sh. Fedinec. – Budapesht: Izdatel'stvo Akademii Vengrii, 1989. – 237 s.

8. *Каприн, А.Д.* Онкопластическая хирургия молочной железы / А.Д. Каприн, А.Д. Зикиряходжаев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 312 с.

*Kaprin, A.D.* Onkoplasticheskaya hirurgiya molochnoj zhelezy / A.D. Kaprin, A.D. Zikiryahodzhaev. – M.: GEHOTAR-Media, 2017. – 312 s.

9. *Мика, К.А.* Реабилитация после удаления молочной железы / К.А. Мика. – М.: Медицинская литература, 2013. – 144 с.

*Mika, K.A.* Reabilitaciya posle udaleniya molochnoj zhelezy / K.A. Mika. – M.: Medicinskaya literatura, 2013. – 144 s.

10. *Лактионов, К.П.* Реконструктивные операции при раке молочной железы / К.П. Лактионов, С.Н. Блохин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 128 с.

*Laktionov, K.P.* Rekonstruktivnye operacii pri rake molochnoj zhelezy / K.P. Laktionov, S.N. Blohin. – M.: GEHOTAR-Media, 2008. – 128 s.

11. *Арзыматова, А.О.* Психологические аспекты лечения больных раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.12 / А.О. Арзыматова. – Бишкек, 2014. – 24 с.

*Arzymatova, A.O.* Psihologicheskie aspekty lecheniya bol'nyh rakom molochnoj zhelezy: avtoref. dis. ... kand. med. nauk: 14.01.12 / A.O. Arzymatova. – Bishkek, 2014. – 24 s.

12. *Beck, A.* Cognitive Therapy of Personality Disorders / A. Beck, A. Freeman // *J Palliat Med.* – 1990. – P. 125–132.

*Асеев Александр Владимирович (контактное лицо) – д. м. н., заведующий кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России, 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-910-648-52-05; e-mail: aseev-alex@mail.ru.*