

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: МЕТОДИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ

<sup>1</sup>Т.М.Шаршакова, <sup>1</sup>Д.М.Лось, <sup>2</sup>И.Г.Лисицкая

<sup>1</sup>Гомельский государственный медицинский университет,  
ул. Ланге, 5, 246000, г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны, ул. Ильича, 288, 246016, г. Гомель, Республика Беларусь

*В работе изложены, проанализированы и обобщены данные зарубежной и отечественной литературы по вопросам комплексной реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом, факторов риска, приверженности к выполнению рекомендаций врача. Приведены результаты исследования по выявлению основных барьеров комплексной реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом, разработаны рекомендации по проведению реабилитационных мероприятий.*

*Ключевые слова:* рак молочной железы; радикальная мастэктомия; качество жизни; постмастэктомический синдром.

**Введение.** Как правило, в качестве неотъемлемого компонента лечения рака молочной железы (РМЖ) называют радикальную мастэктомию [1]. Следовательно, вместе с ростом выживаемости, увеличивается число осложнений в ходе радикального лечения [2].

Реальные случаи показывают, что женщины, перенесшие специализированное лечение рака груди и столкнувшиеся с последствиями постмастэктомического синдрома, нуждаются в скорейшем начале реабилитационных процедур. Такой подход помогает избежать серьезных осложнений и их усугубления. Один из основных вызовов – низкий уровень осведомленности женщин о рисках развития, методах предотвращения и лечения таких осложнений. В связи с этим, вопросы организации реабилитации становятся особенно важными. Своевременное начало индивидуальной комплексной реабилитационной программы значительно улучшает функциональное состояние женщин, страдающих постмастэктомическим синдромом [3].

В случаях, когда сохранение органа невозможно, реконструкция молочной железы представляет собой альтернативу. Эта процедура может быть выполнена немедленно или отложена на более поздний срок. Немедленная реконструкция считается безопасной с точки зрения онкологии, обеспечивает удовлетворительные эстетические исходы и способствует психологическому восстановлению. Отложенные реконструктивные операции

направлены на повышение качества жизни и психологическое восстановление тех, кому не была проведена немедленная реконструкция. Хирургические методы реконструкции включают применение имплантатов, тканевых расширителей и собственных тканей пациента [4].

Гипотеза, обусловившая проведение данного исследования, – проблемы женщин, проходящих реабилитацию после мастэктомии, практически не исследованы. Многие исследования касались хирургической техники или физических симптомов, однако, лишь незначительная их часть посвящена проблемам восстановительного периода, роли поведения пациента, проблемы качества жизни пациентов, прошедших мастэктомию [5–7].

**Цель** исследования – разработать и обосновать алгоритм осуществления комплексной реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом.

**Материал и методы.** В соответствии с поставленными задачами, для изучения постмастэктомического синдрома и эффективности реабилитации исследование проводили среди пациентов в возрасте 18 лет и старше в организациях здравоохранения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер», «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны», «Мозырский онкологический диспансер».

В качестве метода исследования было использовано анкетирование пациентов, находящихся в

данной организации здравоохранения в период реабилитации. Исследование проводилось с предварительного согласия руководителей организаций здравоохранения. Все исследования были выполнены с информированного согласия пациентов с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследования и конфиденциальность информации.

Изучение эффективности реабилитации при постмастэктомическом синдроме включает следующие параметры измерения.

Физическое функционирование отображает способность человека справляться с повседневными задачами в соответствии со своим здоровьем; более низкие значения указывают на ограниченные функциональные возможности. Восприятие эстетического результата хирургического вмешательства также зависит от этого показателя и ухудшается при падении уровня физического здоровья.

Ролевое физическое функционирование показывает, насколько проблемы со здоровьем мешают обычной жизни; чем выше этот показатель, тем меньше ограничений испытывает человек.

Эмоциональное функционирование отражает, как эмоциональные проблемы влияют на повседневную активность, указывая на уровень психологического дискомфорта.

Социальное функционирование позволяет оценить (измерить) трудности, с которыми человек сталкивается в общении с окружающими.

Симптоматическая шкала описывает различные симптомы основного заболевания и его лечения, такие как боль, усталость, тошнота, рвота, общее истощение, бессонница и прочее.

Общее здоровье – это самооценка текущего состояния здоровья; высокие значения свидетельствуют о лучшем функциональном и психологическом состоянии.

Всего в исследовании приняли участие 300 пациентов женского пола, разделенные на две группы: прошедшие маммопластику после мастэктомии и не прошедшие ее (по 150 пациентов в каждой группе). На первом этапе исследования были выявлены основные симптомы и показатели реабилитационного процесса, а на втором акцент сделан на психоэмоциональном статусе пациентов двух групп.

Оценку проводили по диагностической шкале Мориски-Грина (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4). Статистическую обработку данных осуществляли с использованием вариационной статистики. Анализ полученных результатов проводился с помощью Microsoft

Office Excel 2013 (Microsoft Corp., США) и Portable Statistica 8 (StatSoft, Inc., США). Для анализа данных применялся критерий Манна-Уитни, различия и коэффициенты корреляции считали значимыми при  $p \leq 0,05$ . Качественные переменные различий между изучаемыми выборками по анализируемым показателям оценивали при помощи расчета и оценки критерия  $\chi^2$  Пирсона.

На основании полученных данных разработаны рекомендации по внедрению комплексной программы реабилитации пациентов, страдающих от различных проявлений симптоматики постмастэктомического синдрома.

**Результаты и обсуждение.** Рассмотрим общие характеристики пациентов двух групп по результатам анкетирования. В рамках первой группы пациентов (пациенты, прошедшие маммопластику после мастэктомии – группа 1) в опросе участвовали 150 респондентов разных возрастных групп: 18–24 года – 28 (18,67%), 25–34 года – 27 (18%), 35–44 года – 36 (24%), 45–59 лет – 33 (22%), 60 лет и старше – 26 (17,33%). Во второй группе пациентов 14 (9,33%) пациентов были в возрастной группе 18–24 года, 10 (6,67%) – 25–34 года, 41 (27,33%) – 35–44 года, 43 (28,67%) – 45–59 лет, 42 (28%) – 60 лет и старше. Для обеих групп (300 пациентов) возрастной состав выглядел следующим образом: 18–24 года – 42 (14%), 25–34 года – 37 (12,33%), 35–44 года – 77 (25,67%), 45–59 лет – 76 (25,33%), старше 60 лет – 68 (22,67%). Независимо от группы, по возрасту пациенты распределены неравномерно. Чаще представлены пациенты от 40 лет и старше ( $\chi^2=24,37$ ,  $p=0,000067$ ).

В группе 1 66,67% пациентов имели высшее образование; 15,33% – среднее специальное образование; 10,67% – среднее общее образование, 7,33% – базовое среднее. В группе 2 62,67% пациентов имели высшее образование; 17,33% – среднее специальное образование; 10% – среднее общее образование, 10% – базовое среднее. Таким образом, преобладали лица с высшим образованием ( $\chi^2=255,65$ ,  $p<0,0001$ ).

У 46,33% пациентов, участвовавших в опросе, были беременности и дети (44% в группе 1 и 48,67% в группе 2). Оценивая реабилитационный период, отметим, что нами были выбраны пациенты, хирургическое вмешательство у которых произведено менее чем за 6 месяцев до момента исследования.

В абсолютном большинстве случаев ( $\chi^2=254,17$ ,  $p<0,0001$ ) в обеих группах заболевание было выявлено в результате профилактического осмотра (суммарно у 170 пациентов

(56,67%) в обеих группах, при этом, в группе 1 – у 68%, в группе 2 – у 45,33%), в редких случаях – при самообследовании (8% суммарно, 1,33% в группе 1 и 14,67% в группе 2). Редко заболевание выявлялось в результате маммографии (12,67%), что, в свою очередь, свидетельствует о недостаточной частоте обращений женщин в нашей стране по поводу регулярных профилактических обследований на предмет рака молочной железы.

Относительно семейного положения пациентов двух групп, выявлено следующее: в группе 1 68,67% пациентов состоят в браке, 12,67% – не состоят, 12,67% разведены, 6% – вдовы. В группе 2 71,33% пациентов состоят в браке, 10,67% не состоят, 10,67% разведены, 7,33% – вдовы. По своему социальному статусу пациенты распределились следующим образом: в группе 1: руководители – 16,67%, предприниматели – 16,67%, служащие – 33,33%, работники – 16,67%, домохозяйки – 16,67%; в группе 2: 15,33% руководителей, 15,33% предпринимателей, 36% служащих, 16,67% работников, 16,67% домохозяек.

С медицинской точки зрения, наиболее распространенными последствиями операции стали отек руки и ограничение движений в плече на оперированной стороне, чаще всего возникающие сразу после хирургического вмешательства, что наблюдалось у 94,67% пациентов обеих групп ( $\chi^2=239.41$ ,  $p<0.0001$ ). Увеличение объема руки было вызвано лимфостазом из-за повреждения

лимфатических путей в подмышечной зоне. Ограничение подвижности плеча происходило вследствие рубцевания и изменения суставной капсулы. Эти проблемы проявлялись болезненностью при движении руки, заметным снижением ее подвижности и усилением тугоподвижности. Лимфостаз конечности был зафиксирован у 46,67% пациентов, проблемы с подвижностью плеча – у 33% пациенток в обеих группах.

Для изучения депрессивных состояний и характерологических особенностей испытуемых, предопределяющих их развитие, были применены следующие методики:

опросник депрессивности Бека (BDI IA);

методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А.Жмурова.

Полученные результаты диагностики свидетельствуют о том, что у 40% пациенток группы 1 (после маммопластики) отсутствуют депрессивные симптомы, легкая депрессия (субдепрессия) наблюдается у 30%, умеренная депрессия – у 14%, выраженная депрессия (средней тяжести) – у 12%, тяжелая депрессия – у 4%. Среднее значение показателя депрессивности у пациенток группы 1 – 13,8 баллов, что соответствует легкой депрессии (рис. 1).

У 22% женщин из группы 2 отсутствуют депрессивные симптомы, легкая депрессия (субдепрессия) наблюдается у 26%, умеренная депрессия – у 18%, выраженная депрессия (средней тяжести) – у 22%, тяжелая депрессия – у 12%. Сред-

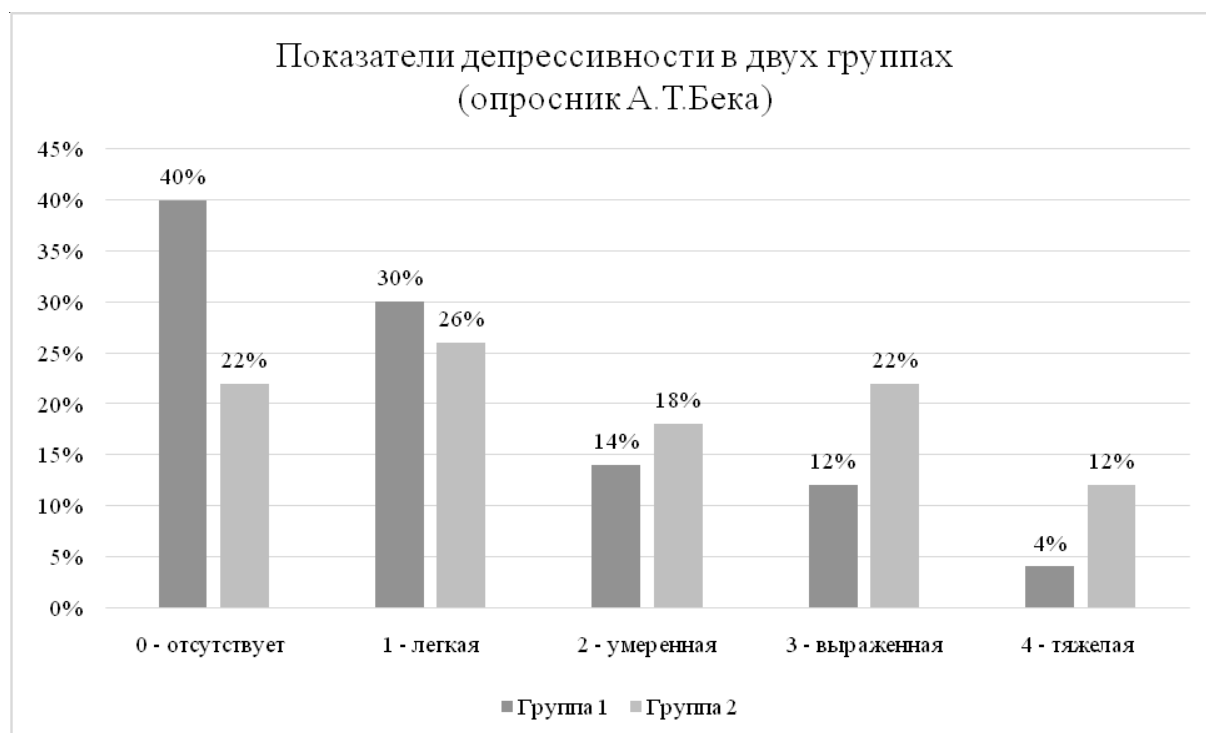


Рис. 1. Результаты сравнения показателей депрессивности в двух группах по опроснику А.Т.Бека

нее значение показателя депрессивности у женщин группы 2 – 19 баллов, соответствует умеренной депрессии.

Сравнительный анализ показателей депрессивности в двух группах по опроснику А.Т.Бека позволяет сделать вывод о существовании взаимосвязи между наличием или отсутствием маммопластики (группа 1 или 2) и оценкой депрессивного состояния ( $\chi^2=19.429$ ,  $p=0.0006$ ). Оценка 0 и 1 чаще получена в 1-й группе, оценка 2–4 – чаще во 2-й группе.

При этом, можно утверждать о тенденции улучшения в группе 1 (произведена маммопластика), тогда как в группе 2 более выражено депрессивное состояние.

Для изучения таких психических состояний, как депрессия, мы воспользовались опросником депрессивных состояний В.А.Жмурова.

Результаты, полученные при использовании данной методики, свидетельствуют о том, что у 32% пациентов группы 1 отсутствуют депрессивные симптомы, минимальная депрессия наблюдалась у 30%, легкая депрессия – у 20%, умеренная депрессия – у 6%, выраженная депрессия – у 10%, глубокая депрессия – у 2%. Среднее значение показателя депрессивности – 23,8 балла, соответствует минимальной депрессии.

В группе 2 у 14% пациентов отсутствуют депрессивные симптомы, минимальная депрессия

наблюдалась у 12%, легкая депрессия – у 32%, умеренная депрессия – у 20%, выраженная депрессия – у 14%, глубокая депрессия – у 12%. Среднее значение показателя депрессивности в группе 2 – 40,6 баллов, соответствует легкой депрессии.

Исходя из полученных данных, существует взаимосвязь между наличием или отсутствием маммопластики (группа 1 или 2) и оценкой депрессивного состояния ( $\chi^2=43.9982$ ,  $p<0.0001$ ), то есть, оценка 0 и 1 чаще встречается в 1-й группе, что свидетельствует о менее выраженном депрессивном состоянии, а оценка 3–5 – чаще во 2-й группе.

В группе 1 прослеживается тенденция улучшения, тогда как в группе 2 более выражено депрессивное состояние (рис. 2).

В процессе восстановления пациентов особое внимание уделяется методам, направленным на предотвращение ранних отеков. Важно соблюдать рекомендации по ограничению физической нагрузки на зону операции до 3 кг в течение первого года. Реабилитационный курс включает упражнения лечебной физкультуры на протяжении 6–7 месяцев после хирургического вмешательства, поднятие верхней конечности вверх, ежедневные теплые водные процедуры и душ, а также обучение мерам профилактики повреждений и микротравм, таких как уколы, порезы, ожоги, и предотвращения их инфицирования.



Рис. 2. Результаты сравнения показателей депрессивности в двух группах по опроснику В.А.Жмурова

При консервативной реабилитации целенаправленно занимаются лечением и предупреждением лимфедемы после удаления молочной железы. При значительном отеке руки рекомендуется следовать диете без соли, принимать венотоники для улучшения лимфодренажа, периодически поднимать конечность, делать легкий массаж, использовать эластичное бинтование, заниматься лечебной физкультурой, гидрокинезотерапией, пневмокомпрессией, электростимуляцией мышц плечевого пояса и магнитотерапией.

Современные эластичные изделия, такие как рукава, перчатки и майки, создают необходимое давление и равномерно распределяют его по телу, обеспечивая удобство и эстетику. Они хорошо подходят для повседневного использования и не мешают выполнению лечебных упражнений.

Низкочастотная электронейромиостимуляция мышц плечевого пояса увеличивает эффективность пневмокомпрессии и помогает устранить болевой синдром и ограничения в движении плеча, а также способствует формированию новых лимфатических путей, стимулируя лимфоотток.

Лечебная гимнастика – эффективный способ борьбы с послеоперационными осложнениями – и должна начинаться непосредственно после операции. Нагрузка должна быть согласована с лечащим врачом и адаптирована к индивидуальным особенностям пациента.

Лечебный массаж способствует восстановлению циркуляции жидкости в тканях и уменьшению отека, при этом избегая интенсивных техник. Массаж выполняется в три этапа, начиная с активного растирания мышц и заканчивая легким поглаживанием всей конечности.

Применение светодиодной терапии рекомендуется для предотвращения и лечения рожистого воспаления. Начинать терапию стоит с появления первых симптомов воспаления, таких как сыпь, покраснение и мелкие кровоизлияния. Лечебный эффект устройства заключается в активации местного иммунитета тканей, улучшении кровотока и венозного возврата.

Для уменьшения астено-тревожно-депрессивных расстройств полезны следующие меры: оперативное и эффективное восстановление после мастэктомии (использование экзопротезов и специализированного белья, проведение реконструктивно-пластических операций), психотерапевтические сеансы, занятия в группах оздоровительного плавания и лечение в санаторно-курортных условиях с использованием природных факторов.

Несмотря на то, что в последние годы входят в практику инновационные реабилитационные ме-

тодики, они не получают широкого распространения, что может быть связано как с недостатком ресурсов, предоставляемых пациентам, так и с неосведомленностью самих пациентов. Данный тезис, в свою очередь, только подчеркивает необходимость реформирования организационной системы реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом.

Эмпирическое исследование показало умеренную эффективность реабилитационных программ для пациенток в двух исследуемых группах. В ходе анализа была оценена организация реабилитационных услуг в организациях здравоохранения (далее – ОЗ) на всех этапах лечения постмастэктомического синдрома. Выявлено, что существующая практика недостаточно использует проверенные научные методы реабилитации, что подчеркивает необходимость разработки четкого алгоритма для улучшения маршрутизации пациентов.

Для усиления эффективности реабилитационных процессов предлагается создание унифицированных карт, которые обеспечат оценку и координацию медицинской помощи, а также улучшат взаимодействие между мультидисциплинарными командами и персоналом и рациональное использование оборудования. Эти карты могут включать разделы для оценки работы на трех этапах реабилитации:

- в отделении интенсивной терапии и специализированных отделениях;
- в стационаре;
- в поликлинике.

Анализ показал, что для оказания качественной помощи пациентам после мастэктомии необходимо формирование мультидисциплинарных команд, включающих онкологов, реабилитологов, специалистов по лечебной физкультуре, психотерапевтов и других специалистов. Также выявлены проблемы с организацией третьего этапа реабилитации и необходимость комплексного подхода, включающего:

- клиническую оценку состояния пациента;
- оптимизацию лекарственной терапии;
- постепенное увеличение физических нагрузок;
- психосоциальную поддержку;
- диагностику и управление рисками;
- изменение образа жизни;
- обучение пациентов и их близких;
- мониторинг результатов реабилитации.

Нами предложен набор критериев, на основании которых следует производить комплексную реабилитацию (рис. 3).

Приведем существующие на данный момент в Республике Беларусь фазы реабилитации.



Рис. 3. Критерии обеспечения комплексного характера реабилитации

I. Госпитальная фаза (фаза I) – период стационарного лечения в кардиологическом (кардиохирургическом) отделении клиники, больницы по поводу острого случая заболевания.

II. Ранняя постгоспитальная (промежуточная) фаза (фаза II, фаза реконвалесценции) – период выздоровления после выписки из стационара, длится до 12 недель после острого случая заболевания. Реабилитация осуществляется в Центрах реабилитации, в ОЗ по месту жительства пациента. Использование физических тренировок и/или упражнений в комплексе реабилитационных мероприятий обязательно.

III. Поздняя постгоспитальная фаза (фаза постконвалесценции, фаза III) продолжительностью 4–6–12 месяцев после острого случая заболевания. Длительные контролируемые амбулаторные кардиологические программы реабилитации: продолжительность не менее 6 месяцев после II фазы.

IV. Фаза IV (поддерживающая) – отдаленный амбулаторный период реабилитации, продолжается неопределенно долго, идеально – на протяжении всей жизни пациента.

Для уменьшения влияния осложнений на оперированных пациенток нами были обоснованы следующие рекомендации по проведению реабилитационных мероприятий:

1. Необходимость мероприятий, направленных на социальную адаптацию пациенток после мастэктомии. Включаются способы психоэмоциональной коррекции, как самостоятельной, так и вместе с психотерапевтом. Данные мероприятия направлены на социальную адаптацию пациенток. При этом, главным средством психосоциальной адаптации женщины к перенесенной мастэктомии являлось восстановление молочной железы – применение одномоментных и отсроченных реконструктивных операций. Следует отметить, что чем моложе пациентка, тем выше было стремление воссоздать утраченную грудь. В наших наблюдениях отмечено, что в 90% случаев подвергнутые мастэктомии женщины моложе 40 лет хотели восстановить грудь с помощью протезирования. В возрасте 40–50 лет такое желание выражали 55% пациенток, а в группе 60–70 лет – всего 15%.

2. Инициативы, предпринимаемые для сокращения дефектов и рубцевания в области подмышек, которые возникают сразу после хирургического удаления молочной железы и окружающих лимфоузлов, могут привести к последующему формированию контрактур и лимфедемы. Отек руки часто является результатом удаления лимфоузлов и сжатия вен и лимфатических сосудов, вызванного радиационным фиброзом и флебитами после химиотерапии. Эти процессы обычно

занимают от нескольких месяцев до двух-трех лет. Первые два-три года после операции считаются оптимальным временем для реабилитационных процедур. Одним из наиболее эффективных методов борьбы с ограниченной подвижностью суставов и увеличением отека является лечебная физкультура, начинающаяся сразу после выписки из больницы и продолжающаяся дома. Реабилитация включает в себя лечебную физкультуру, ручной массаж, использование лимфомата, вихревые ванны и венотоники. Для лечения лимфатического отека применяются консервативные методы, такие как лечебная физкультура. Самым доступным самостоятельным методом является поддержание руки в приподнятом положении, ношение компрессионного белья, а из физиотерапевтических методов – пневматическая компрессия, слабое лазерное излучение, электронейростимуляция, магнитотерапия и легкий массаж.

3. Чтобы предотвратить возникновение депрессии, важно принимать профилактические меры против стресса и укреплять устойчивость к нему. Часто до появления депрессии люди испытывают тревогу, становятся замкнутыми, раздражительными или безразличными. Следование определенным психологическим советам в этот период может помочь предотвратить заболевание на ранней стадии. Ключевым является обучение контролю над эмоциями, позитивному мышлению и поиску положительных моментов в любой ситуации. К примеру, развод может открыть двери к новым отношениям и избавлению от утомительных конфликтов, а также стать источником жизненного опыта. Значительную роль в предотвращении депрессии играет здоровое питание. Сбалансированный рацион способствует физическому и психическому благополучию, в то время как недоедание и переедание могут негативно сказаться на работе организма, приводя к ожирению или анорексии и, как следствие, к низкой самооценке. Усталость может ухудшить общее состояние и спровоцировать различные заболевания. Физические упражнения, такие как плавание, быстрая ходьба, бег или тренировки на тренажерах, способствуют выработке эндорфинов и повышению самооценки. Даже утренняя гимнастика может поднять настроение на весь день. Чтобы избежать психологических нарушений, рекомендуется обращать внимание на первые признаки депрессии и своевременно их устранять. При появлении симптомов депрессии следует обратиться к квалифицированному специалисту, который поможет справиться с депрессивным состоянием и научит радоваться жизни. Самопомощь при эмоциональных

потрясениях и стрессе может помочь людям найти выход из сложных ситуаций. Профилактика депрессии должна направляться на укрепление нервной системы, а при наличии предрасположенности к психическим расстройствам под контролем врача может быть назначено лечение антидепрессантами.

4. Хотя данные по обеим группам были примерно одинаковыми по всем аспектам, тем не менее, лучшие показатели, особенно в аспекте психоэмоционального статуса, были продемонстрированы именно теми пациентками, которые прошли маммопластику. Это свидетельствует о необходимости рекомендации по прохождению данной процедуры. На более поздних сроках реабилитации это поможет улучшить психическое состояние пациентки и даже снизить вероятность развития депрессии. Необходимость маммопластики продиктована тем, что 90% пациенток испытывают сильный психологический дискомфорт, а примерно 30% – проблемы в семье и интимной жизни. Пластика груди, проводимая после мастэктомии, по результатам многих исследований, не влияет на вероятность и количество рецидивов, эффективность противораковой терапии и выживаемость.

**Выводы.** Обширные хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапия позволяют излечить значительное число пациентов, но, к сожалению, приводят к серьезным нарушениям различных функций организма, которые трактуются как постмастэктомический синдром, включающий постмастэктомический дефект, лимфостаз верхней конечности, развивающийся у 35–40% пролеченных женщин; плечевые плекситы и нейропатии – у 1,2–11%; ограничение амплитуды движения в плечевом суставе – у 39,7%; у 25% женщин наблюдается тяжелая психологическая депрессия. У пациенток наблюдаются нарушения осанки, снижение мышечной силы, атрофия мышц плечевого пояса, тугоподвижность, ограничения в отведении и наружной ротации плеча, болевой синдром в области плечевого сустава на стороне операции, встречается так называемая «крыловидная лопатка», обусловленная нейромышечными повреждениями, возможно нарушение синкинеза верхней конечности при ходьбе. Мастэктомия приводит к физическому дефекту: западает подключичная область, неэстетично контурируют ребра передней грудной стенки. Безусловно, это усугубляют грубые послеоперационные рубцы в области удаленной молочной железы, в том числе, и с постлучевыми язвами. Описанный симптомокомплекс приводит к инвалидизации женщин, в свя-

зи с этим данная проблема имеет особое медико-социальное значение.

Терапия больных раком груди представляет собой комплексную задачу, акцентирующую внимание на персонализированном подходе к выбору методов лечения для каждого пациента. Основная цель лечения – это предупреждение ранних послеоперационных проблем, включая продолжительное отделение лимфы, отмирание тканей, расхождение швов и инфекции. Это способствует уменьшению времени госпитализации, снижению риска инвалидности среди пациентов и уменьшению случаев лимфедемы после мастэктомии. Применение методов реконструктивной хирургии после мастэктомии – ключевой элемент программы восстановления. Время и методы реконструкции груди определяются на основе уникальной клинической картины и предпочтений пациента. Синхронное восстановление формы и размера груди считается обнадеживающим направлением в усовершенствовании онкохирургических методик.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что выдвинутая перед проведением исследования гипотеза подтверждается: у многих пациенток существуют проявления депрессии. Частота встречаемости депрессивных расстройств у женщин без маммопластики выше. Все это подтверждает необходимость дальнейших исследований и разумного использования полученных результатов для сопровождения лиц, страдающих депрессивными расстройствами после удаления молочной железы, и повышения качества их жизни.

Проведенное эмпирическое исследование продемонстрировало относительно средний уровень эффективности реабилитации пациенток в двух группах. Мы проанализировали, как в рамках процесса реабилитации усовершенствуется работа имеющихся структурных подразделений в конкретных ОЗ для оказания реабилитационной помощи пациентам с постмастэктомическим синдромом на всех этапах в плане действующего порядка оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации. В практику этих подразделений в недостаточной мере внедряются апробированные научно обоснованные подходы, формы и методы реабилитации, следовательно, существует необходимость попытаться создать определенный алгоритм маршрутизации изучаемой нами категории пациентов. С целью повышения эффективности организационных моделей реабилитации могут быть разработаны единые специальные карты, позволяющие оценить соответствие порядку

по медицинской реабилитации предоставляемой реабилитационной помощи пациентам, мультидисциплинарной бригады, задействованной в оказании реабилитационной помощи, штатного расписания и оснащения. В ОЗ, задействованных в оказании помощи пациентам, прошедшим мастэктомию, крайне необходимо формирование мультидисциплинарных бригад, состоящих из онкологов, реабилитологов, врачей лечебной физической культуры (далее – ЛФК), инструкторов-методистов ЛФК, психотерапевтов, клинических психологов, физиотерапевтов.

Комплексная реабилитация должна включать следующие элементы: оценку клинического состояния пациента; оптимизацию фармакологического лечения; физическую реабилитацию – ступенчатое и контролируемое увеличение физических нагрузок, адаптированных к индивидуальным возможностям человека; психосоциальную реабилитацию; борьбу с факторами риска; изменение образа жизни; обучение пациентов и их родственников; мониторинг эффектов реабилитации.

#### Литература

1. *Hall-Findlay, E.J.* Breast implant complication review: double capsules and late seromas / E.J.Hall-Findlay // *Plastic Reconstruction Surgery*. – 2011. – No.127. – P.56–66.
2. *Бехер, О.А.* Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы / О.А.Бехер, Е.М.Слонимская, И.Е.Куприянова // *Сибирский онкологический журнал*. – 2008. – №2. – С.26–27.
3. *Березанцев, А.Ю.* Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы / А.Ю.Березанцев, Л.И.Монасыпова, С.В.Стражев // *Актуальная тема. Опухоль женской репродуктивной системы*. – 2012. – №1. – С.8–12.
4. *Argenta, L.C.* Reconstruction of the breast by tissue expansion / L.C.Argenta // *Clin Plast Surg*. – 1984. – No.11. – P.257–264.
5. *Armer, J.M.* The problem of post-breast cancer lymphedema: impact and measurement issues / J.M.Armer // *Cancer Investigations*. – 2005. – Vol.23. – P.76–83.
6. *Leung, N.* Modern surgical management of breast cancer therapy related upper limb and breast lymphoedema / N.Leung, D.Furniss, H.Giele // *Maturitas*. – 2015. – Vol.80, No.4. – P.384–390.
7. *Strong, V.* Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study / V.Strong [et al.] // *Br J Cancer*. – 2007. – Vol.96. – P.868–874.

#### COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-MASTECTOMY SYNDROME: METHODOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES



**<sup>1</sup>T.M.Sharshakova, <sup>1</sup>D.M.Los, <sup>2</sup>I.G.Lisitskaya**

<sup>1</sup>Gomel State Medical University, 5, Lange Str., 246000, Gomel, Republic of Belarus

<sup>2</sup>Gomel University Clinic – Regional Hospital of the Disabled of the Great Patriotic War, 288, Ilyicha Str., 246016, Gomel, Republic of Belarus

The data from foreign and domestic literature on issues of comprehensive rehabilitation of patients with postmastectomy syndrome as well as risk factors, adherence to physician's recommendations have been presented, analyzed and summarized in the article. Study results to identify main barriers for comprehensive rehabilitation of patients with postmastectomy syndrome have been presented, recommendations for rehabilitation activities have been developed.

Keywords: breast cancer; radical mastectomy; quality of life; post-mastectomy syndrome.

**Сведения об авторах:**

**Шаршакова Тамара Михайловна**, д-р мед. наук, профессор; УО «Гомельский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П; e-mail: t\_sharshakova@mail.ru.

**Лось Дмитрий Михайлович**; УО «Гомельский государственный медицинский университет», начальник центра науки, медицинской информации и клинических испытаний; e-mail: dimalos@list.ru.

**Лисицкая Ирина Григорьевна**, магистр мед. наук; УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны», врач-реабилитолог.

*Поступила 26.01.2024 г.*