

«Среднее», имеют низкий уровень информированности в вопросах профилактики наиболее значимых заболеваний и в частности, ФР, симптомов, осложнений СД; информацию о профилактических мероприятиях в основном получают из СМИ, редко — от работников здравоохранения первичного звена, и крайне редко — от специалистов-валеологов отделов профилактики ЦГЭ и ОЗ; не соблюдают основные принципы ЗОЖ, имеют высокую распространенность поведенческих и метаболических ФР НИЗ, при этом указывая, что главным в жизни является хорошее здоровье, возлагая заботу о здоровье в основном на себя; однако при этом более половины лиц, которым назначен постоянный прием лекарственных средств, их не принимают по разным причинам, основными из которых были боязнь побочных явлений, финансовое положение и недостаток информации о пользе лекарств.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO, 2018 г. [Electronic resource]. — Mode of access: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/diabetes>. — Date of access: 12.09.2021. IDF Diabetes Atlas, 8th edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2017. [Electronic resource]. — Mode of access: <https://www.idf.org/e-library/epidemiologyresearch/diabetesatlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>. — Date of access: 12.09.2021.
2. ВОЗ: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS. — 2016. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/>. — Дата доступа: 12.09.2021.
3. Эффективность обучения пациентов в школе диабета / М. Г. Русаленко [и др.] // Современные проблемы радиационной медицины: от теории к практике: материалы междунар. науч.-практ. конф., 26–27 апр. 2018 г. — Гомель, 2018. — С. 190–191.
4. WHO, 2020. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/ru/. — Дата доступа: 12.09.2021.

УДК 616.379-008.64-08-084

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДОВ К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лось Д. М.², Шаршакова Т. М.¹, Лисицкая И. Г.³, Волчек В. С.²

¹**Учреждение образования**

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²**Учреждение**

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»,

³**Учреждение**

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) на протяжении многих лет занимает первое место в структуре неуклонно нарастающей патологии среди онкологических заболеваний у женщин. Более 15 % случаев смерти от онкологических заболеваний среди женщин приходится именно на рак груди. Значительную их часть составляют женщины трудоспособного возраста — тем самым проблема медицинской реабилитации данной категории пациентов приобретает и социальный аспект [1].

По данным ВОЗ более 1,5 млн женщин по всему миру страдают от этой патологии, примерно 400 тыс. случаев заканчивается трагическим исходом. Каждый год регистрируется в мире 1,671 млн новых случаев в год, 462 тыс. — в Европе, 4 323 — в Беларуси. Каждый день в Беларуси 12 женщин узнают, что у них РМЖ [2]. Проблема качества жизни пациентов с РМЖ обусловлена, во-первых, достигнутыми показателями ранней диагностики и лечения данного контингента, а во-вторых — значительными психологическими и социальными

аспектами мастэктомии. По этой причине большинство пациентов, пролеченных по поводу РМЖ, нуждается в реабилитации, целью которой является ранее и полное восстановление здоровья, возвращение женщин к полноценной жизни [3].

Обширные хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапия, применяемые при лечении рака молочной железы, радикально решают основную задачу, но приводят к серьезным соматическим и психологическим нарушениям, которые объединяются в постмастэктомический синдром. Под постмастэктомическим синдромом обычно подразумевают постмастэктомический дефект, лимфостаз верхней конечности, ограничение амплитуды движений в плечевом суставе и вертебральные деформации, поражения периферической нервной системы в виде плечевых плекситов и невралгий, депрессию. В связи с тем, что более половины заболевших женщин составляют лица трудоспособного возраста, очень важно обеспечить им возвращение к обычной жизни. Вопрос улучшения качества их жизни становится наиболее актуальным: перенесшие радикальную мастэктомию страдают от чувства неполноценности, депрессии и отчаяния, у многих распадаются семьи [1].

Установлено, что распространенность постмастэктомического синдрома, усугубляет психологическое состояние пациентов и способствует снижению качества жизни в послеоперационном периоде. В связи с этим, выявление данных нарушений, разработка и обоснование алгоритма оказания комплексной медицинской реабилитации у пациентов с постмастэктомическим синдромом является необходимым условием для улучшения качества оказания медицинской помощи и определяет актуальность исследования, является основанием для его проведения.

Цель

Разработать и обосновать алгоритм оказания комплексной реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом.

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленными задачами настоящего исследования материалом для изучения постмастэктомического синдрома и эффективности реабилитации явились пациенты в организациях здравоохранения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер», «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ», «Мозырский онкологический диспансер» в возрасте 18 лет и старше.

В качестве метода исследования было использовано анкетирование пациентов, находящихся в данном учреждении 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.

Всего в исследовании приняло 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 выполнен на психоэмоциональном статусе пациентов двух групп. Психоэмоциональный статус пациентов был исследован посредством специальных психологических методик, представленных в приложении к данной работе.

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 дан-

ных 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 χ^2 Пирсона.

На основании данных исследования, были выработаны рекомендации по внедрению комплексной программы реабилитации пациентов, страдающих от различных проявлений симптоматики постмастэктомического синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение

Рассмотрим общие характеристики пациентов двух групп по результатам анкетирования. В рамках 1-й группы пациентов (пациенты, прошедшие маммопластику после мастэктомии, приняли участие 150 респондентов разных возрастных групп: 18–24 года — 28 (18,67 %), 25–34 года — 27 (18 %), 35–44 года — 36 (24 %), 45–59 года — 33 (22 %), 60 лет и старше — 26 (17,33 %). Во 2-й группе пациентов — 14 (9,33 %) составили группу 18–24 года, 25–34 года — 10 (6,67 %), 35–44 года — (27,33 %), 45–59 года — 43 (28,67 %), 42 (28 %) — 60 лет и старше. Для обеих групп (300 пациентов): 18–24 года — 42 (14 %), 25–34 года — 37 (12,33 %), 35–44 года — 77 (25,67 %), 45–59 года — 76 (25,33 %), старше 60 лет — 68 (22,67 %). Не зависимо от группы, по возрасту пациенты распределены неравномерно. Более часто встречаются пациенты от 40 лет и старше ($\chi^2 = 24,37$, $p = 0,000067$).

У 46,33 % пациентов, участвовавших в эксперименте, были беременности и дети (44 % в 1-й группе и 48,67 % — во 2-й). Говоря о реабилитационном периоде, отметим, что нами были выбраны пациенты, хирургическое вмешательство у которых произошло менее 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 (170 (56,67 %) пациентов в обеих группах), при этом в 1-й группе — 68 %, во 2-й группе — 45,33 %, в редких случаях — при самообследовании (8 и 1,33 % в 1-й группе и 14,67 % — во 2-й). Редко заболевание выявлялось в результате маммографии (12,67 %), что, в свою очередь, позволяет говорить о недостаточности обращений женщин в нашей стране за регулярными профилактическими обследованиями на предмет рака молочной железы.

Полученные результаты диагностики свидетельствуют о том, что у пациенток 1-й группы (после маммопластики) отсутствуют депрессивные симптомы — 40 %, легкая депрессия (субдепрессия) — 30 %, умеренная депрессия — 14 %, выраженная депрессия (средней тяжести) — 12 %, тяжелая депрессия — 4 %. Среднее значение показателя депрессивности у пациенток 2-й группы — 13,8 баллов, что соответствует легкой депрессии. Результаты диагностики свидетельствуют о том, что у женщин из 2-й группы отсутствуют депрессивные симптомы — 22 %, легкая депрессия (субдепрессия) — 26 %, умеренная депрессия — 18 %, выраженная депрессия (средней тяжести) — 22 %, тяжелая депрессия — 12 %. Среднее значение показателя депрессивности у женщин — 19 баллов, что соответствует умеренной депрессии. Произведем сравнение показателей депрессивности в двух группах по опроснику А. Т. Бека. Исходя из данных анализа можно говорить о наличии взаимосвязи между наличием или отсутствием маммопластики (1-я и 2-я группа) и оценкой депрессивного состояния ($\chi^2 = 19,429$, $p = 0,0006$). Оценка 0 и 1 чаще получена в 1-й группе, а оценка 2–4 чаще во 2-й группе.

Результаты, полученные при использовании данной методики Жмурова, свидетельствуют о том, что у пациентов 1-й группы отсутствуют депрессивные симптомы — 32 %, минимальная депрессия — 30 %, легкая депрессия — 20 %, умеренная депрессия — 6 %, выраженная депрессия — 10 %, глубокая депрес-

сия — 2 %. Среднее значение показателя депрессивности — 23,8 баллов, соответствует минимальной депрессии. Полученные результаты диагностики свидетельствуют о том, что во 2-й группе отсутствуют депрессивные симптомы — 14 %, минимальная депрессия — 12 %, легкая депрессия — 32 %, умеренная депрессия — 20 %, выраженная депрессия — 14 %, глубокая депрессия — 12 %. Среднее значение показателя депрессивности в 1-й группе — 40,6 баллов, соответствует легкой депрессии.

Исходя из данных анализа можно говорить о наличии взаимосвязи между наличием или отсутствием маммопластики (1-я или 2-я группа) 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. Видна тенденция улучшения в 1-й группе. Тогда как во 2-й группе более выражено депрессивное состояние.

Выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что гипотеза, выдвинутая в начале исследования подтверждается: у многих пациенток существуют проявления депрессии. Частота встречаемости депрессивных расстройств у женщин без маммопластики выше. Все это говорит о необходимости 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 средний уровень эффективности реабилитации пациенток в двух группах. Мы проанализировали, как в рамках процесса реабилитации проводится усовершенствование работы имеющихся структурных подразделений в конкретных лечебных учреждениях для оказания реабилитационной помощи больным с постмастэктомическим синдромом на всех этапах в плане действующего порядка оказания медицинской помощи больным 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 больных. 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 учреждениях здравоохранения, задействованных в оказании помощи пациентам, прошедшим мастэктомию, необходимо сформировать мультидисциплинарные бригады, состоящие из онкологов, реабилитологов, врачей лечебной физической культуры (ЛФК), инструкторов-методистов ЛФК, психотерапевтов, клинических психологов, физиотерапевтов.

Комплексная реабилитация должна включать следующие элементы: оценку клинического состояния больного; 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 больных и их родственников; мониторинг эффектов реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мусаева, Н. Э. Качество жизни больных при раке молочной железы / Н. Э. Мусаева, Ю. А. Дыхно, Е. М. Слонимская // Сибирский онкологический журнал. — 2005. — № 2. — С. 50–55.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. — ВОЗ, Женева, 1995. — 697 с.
3. Поздняков, А. М. Медицинская реабилитация постмастэктомического синдрома: Всероссийская научно-практическая конференция 13–14 мая / К. П. Левченко, А. М. Поздняков; под ред. В. И. Петрова. — Волгоград: ВолГМУ, 2004. — С. 215–216.