

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*И.О. Кудайбергенова, Т.И. Галако, Ф.Т. Джумабаева,
Ю.Г. Ситникова, А.К. Кылчыкбаев*

Изложена оценка клинических особенностей и процесса переживания психологических особенностей больных раком молочной железы (РМЖ), перенесших органосохраняющее (ОСО) лечение, проводившееся больным, отказавшимся от традиционной мастэктомии, преимущественно фертильного, социальноактивного возраста.

Ключевые слова: рак молочной железы; органосохраняющее лечение; мастэктомия; эмоциональное восприятие.

В настоящее время в лечении рака молочной железы (РМЖ) достигнуты определенные успехи. Исторический путь, пройденный хирургией молочной железы, завершился появлением “консервативных” типов оперативных вмешательств, в результате которых стало возможным сохранение органа.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных раком молочной железы.

Задачей нашего исследования было определить причинные факторы, способствующие проведению органосохраняющего лечения больным раком молочной железы. Определить особенности переживания болезни во времени пациенток, перенесших органосохраняющее лечение.

Материалы и методы исследования. 95 пациенток с диагнозом рак молочной железы I–II стадии, получивших органосохраняющее лечение за период с 2000 по 2012 г. в Национальном центре онкологии.

В онкологической практике принято оценивать результаты лечения по трем критериям: “ответу опухоли” на лечение, безрецидивной выживаемости (трех- и пятилетней) и критерию “качества жизни”. Понятие “качество жизни” (КЖ) включает: психологическое, эмоциональное,

социальное функционирование и физическое состояние организма больного

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием “внутренняя картина болезни” (ВКБ). Это понятие было введено терапевтом Р.А. Лаурия в 2007 г. и в настоящее время широко используется в медицинской психологии. По определению ученого – это “то, что чувствует и переживает больной, вся масса ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение; его представление о своей болезни, ее причина – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм” [1–3].

Необходимо отметить, что эмоциональное восприятие больными диагноза “рак” остается серьезной проблемой. В свою очередь, сложившееся мнение о неизлечимости рака приводит к поздней обращаемости, отказу от лечения, следовательно, и к высокой смертности, в результате чего возникает замкнутый круг. Отчасти, способствуют возникновению такой ситуации и сами медработники, не говоря правду о диагнозе, прикрываясь другим диагнозом пациентам,

прооперированным по поводу “кисты”, “полипа”, “язвы” живут (у них был “не рак”), а все больные раком – умирают [4, 5].

Особенно ярко психологический стресс отмечается в случае установления диагноза “рак молочной железы” – причем для женщин любого возраста, страх при этом обусловлен не только возникновением угрозы жизни, но и боязнью утраты “сексуальнозначимого” органа, поскольку для женщин, кроме здоровья, большое значение имеет также внешняя привлекательность, сексуальность.

С одной стороны, этот диагноз, по мнению многих женщин, традиционно относится к группе неизлечимых и превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психологическую травму. С другой стороны, необходимость подвергнуться оперативному вмешательству, с не всегда точно (прогнозируемыми) предсказуемыми последствиями – мастэктомия, которая влечет за собой утрату женственности, красоты, и, как следствие, изменение отношения [6].

Мастэктомия – это операция, больше калечащая душу, а не тело женщины. Поэтому одна мысль о возможности возникновения рака молочной железы вызывает серьезный стресс. В то же время, нарушения нервно-психической сферы само по себе может способствовать развитию гормональных нарушений и формированию патологических изменений в молочных железах.

Современные достижения химио- и лучевой терапии в значительной степени увеличили шансы больных на выздоровление. Однако оценка таких критериев эффективности проведенного лечения, как общая выживаемость и продолжительность безрецидивного периода, не всегда удовлетворяет специалистов. При сроках выживаемости более пяти лет одним из главных критериев, определяющих состояние пациентов, эффективность лечения, является качество жизни. Качественные характеристики жизни далеко не всегда могут быть обеспечены только применением современных методов противоопухолевого лечения, необходимо использование и других дополнительных методов воздействия [7].

Отработана техника операций, определены эффективные схемы химиотерапии, лучевой терапии, которые не только увеличили продолжительность жизни больных, но и стали менее агрессивными [8]. Многими рандомизированными исследованиями показано, что выполнение радикальной мастэктомии, органосохраняющих операций, или мастэктомии с одномоментной реконструкцией молочной железы, на ранних

стадиях заболевания практически равнозначны по своему лечебному эффекту. Именно поэтому актуальным является вопрос качества жизни больных [9].

В иностранной литературе эта проблема освещена достаточно полно, ей уделяется очень серьезное внимание. Имеющиеся различия в демографических характеристиках, общем уровне жизни, менталитете, выполняемом объеме лечения, делают необходимым и актуальным изучение данной проблемы на современном этапе с обязательным учетом всех особенностей лечения больных в Кыргызстане.

Нами проведен анализ историй болезни больных с диагнозом “рак молочной железы”, получивших лечение в Национальном центре онкологии в период с 2000 по 2012 г. Необходимо отметить, что в лечении РМЖ традиционно проводится хирургическое, комбинированное и комплексное лечение. В зависимости от стадии, гистологической картины, возраста больной основной операцией при РМЖ является радикальная мастэктомия, в то же время в отдельных случаях выполняются и органосохраняющие операции.

Согласно проведенному анализу, основная причина выполнения органосохраняющего лечения – это отказ от радикальной мастэктомии – 63 пациентки (66,3 %). Возраст этой категории пациенток составил от 27 до 62 лет. Нужно отметить, что в возрасте от 27 до 50 лет отказ больных от радикальной мастэктомии обусловлен тем, что отсутствие груди приводит в последствии к чувству потери женственности, неполноценности и ущербности, опасению социальной изоляции и распада семьи.

Наши наблюдения и проведенный анализ позволили также согласиться с тем, что процесс переживания ситуации болезни имеет несколько закономерных этапов, имеющих разную эмоциональную и когнитивную составляющую. Каждый из этих этапов диктует необходимость организации взаимодействия с пациентом соответственно этим особенностям, поэтому понимание фаз переживания болезни является важным инструментом налаживания контакта в системе “врач – пациент”. Так, Е. Кюблер-Росс установила, что большинство больных проходит через пять основных стадий психологической реакции: 1) отрицание или шок; 2) гнев; 3) торг; 4) депрессия; 5) принятие.

Фаза отрицания. Она очень типична: человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Больной начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверя по-

лученные данные, проводя анализы в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и больше вообще обращаться в клинику.

Фаза протеста, или дисфорическая фаза. Характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращенной к врачам, обществу, родственникам, гневом, непониманием причин болезни: “Почему это случилось именно со мной?”, “Как это могло произойти?”. В этом случае необходимо дать больному выговориться, высказать все свои обиды, негодование, страхи, переживания, представить ему позитивную картину будущего.

Фаза торга, или аутоагрессия. Для этой стадии характерны попытки “выторговать” как можно больше времени жизни у самых разных инстанций, резкое сужение жизненного горизонта человека. В течение этой фазы человек может обращаться к богу, использовать разные способы продлить жизнь по принципу: “если я сделаю это, продлит ли мне это жизнь?”. В этом случае важно предоставить человеку позитивную информацию. Так, хороший эффект в этот период дают рассказы о спонтанном выздоровлении. Надежда и вера в успех лечения являются спасительным кругом для тяжелобольного человека.

Фаза депрессии. На этой стадии человек понимает тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестает бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу. В этот период у родственников возникает чувство вины. В этой ситуации нужно дать человеку уверенность, что в этой ситуации он не один, что за его жизнь продолжается борьба, его поддерживают и за него переживают. Можно вести разговоры в сфере духовности, веры, а так же психологически поддерживать и родственников пациента.

Пятая стадия – *принятие* – это наиболее рациональная психологическая реакция, хотя до нее доходит далеко не каждый. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких.

Авторы указывают, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Однако знание этих стадий необходимо знать для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью, и выработки оптимальной стратегии взаимодействия с ним [1].

В качестве клинического наблюдения приводим историю болезни: больная Ш., 36 лет 3.05.2010г. обратилась по поводу опухоли правой молочной железы, которую обнаружила более одного года назад. Ранее лечение не получала. Объективно: в верхне-наружном квадранте правой м/ж пальпируется опухоль 3,5–4,0см в d, плотной консистенции, подвижная, умеренно болезненная. В правой подмышечной области – увеличенный лимфоузел. УЗИ: центр наружных квадрантов правой м/ж занимает неоднородное образование неправильно-округлой формы с четкими контурами, размерами 27,6 × 19,0мм. В правой аксиллярной области – лимфоузел до 8,1мм. При беседе больная была ознакомлена с возможными объемами оперативного вмешательства. В случае обнаружения злокачественной опухоли пациентка настаивала на сохранении органа. Больной было разъяснено, что при наличии такого размера опухоли (4,5 см в d) и увеличенных подмышечных лимфоузлов необходимо удаление всей молочной железы, но больная была категорически не согласна на мастэктомию. Тогда был предложен еще один из вариантов операции – это подкожная мастэктомия с лимфодиссекцией и имплантация силиконового протеза. Таким образом, будет сохранена форма молочной железы, на что больная дала письменное согласие. 3.05.2010 г. больной выполнена секторальная резекция правой молочной железы, удалена опухоль размером 4,5 × 2,6 × 3,5см. При срочном гистологическом исследовании обнаружен злокачественный рост. Далее была выполнена операция – подкожная мастэктомия с лимфодиссекцией справа и одномоментной имплантацией силиконового протеза. Гистологическое заключение: протоковый инфильтрирующий cancer G2, во всех подмышечных и двух подлопаточных лимфоузлах – **mtscancer**. Был выставлен диагноз: **C-г правой молочной железы C4pT2N2M1G2 IVст, mts в подлопаточные лимфоузлы справа**. Заживление раны первичным натяжением.

Был достигнут хороший косметический эффект, которым больная была довольна. Получила один курс химиотерапии и два сеанса лучевой терапии. Во время амбулаторного наблюдения через 20 дней после операции у больной появились сомнения в правильности своего выбора: “Может ли сохраненная кожа явиться источником распространения раковых клеток?”. Больная с каждым днем становилась все агрессивнее по отношению к врачам, упрекая их в том, что они не настояли на мастэктомии. Она обошла мно-

гих специалистов-онкологов, консультировалась с онкологом г. Москвы, пытаясь найти ответы на свои бесконечные “почему?” “почему?” “почему?”. Для того чтобы успокоить пациентку, все сотрудники проводили с ней беседы, в комплекс лечения были включены седативные препараты. Тем не менее, у пациентки имело место поведение, соответствующее поведенческой игре “Да, но...”, то есть с одной стороны, осознавала правоту врачей и в то же время, сомневалась.

В конечном итоге по настоятельной просьбе была выполнена операция, которая была предложена первоначально. 12.06.2010 г. произведено удаление эндопротеза молочной железы справа. Иссечено: кожа с сосково-ареолярной областью правой молочной железы и “капсула” эндопротеза. Гистологическое заключение: кожа с подлежащими тканями и фиброзно-жировая, мышечная ткань (“капсула эндопротеза”) без признаков опухолевого роста. В послеоперационном периоде было проведено пять курсов химиотерапии и курс лучевой терапии на зоны регионарного метастазирования (ЗРМ). Было проведено контрольное обследование: по данным рентгенологического исследования и УЗИ, признаков рецидива и метастазирования заболевания нет. Больная успокоилась, на контрольные обследования приходит в хорошем настроении, имеет планы на будущее.

Данный пример очень хорошо демонстрирует этапность процесса переживания болезни во времени со своей индивидуальной эмоциональностью.

Другое клиническое наблюдение также демонстрирует свои фазы переживания болезни во времени.

Больная Р., 1949 г.р. с 2002 г.е. беспокоили боли в молочных железах, по поводу чего наблюдалась у маммолога, неоднократно проводилось обследование: данные УЗИ за двустороннюю фиброзно-кистозную мастопатию. Периодически получала консервативное лечение. В связи с усилением болей 24.12.2009 г. обратилась в нашу клинику. При первичном осмотре: локально – в центре левой м/ж – образование до 1,0см, плотное, с четкими контурами, болезненное. Данные УЗИ и маммографии за фиброзно-кистозную диффузную мастопатию с обеих сторон, не исключается фибroadенома левой молочной железы. В предварительной беседе с больной о возможных объемах оперативного вмешательства (секторальная резекция, секторальная резекция с лимфодиссекцией

регионарных зон и мастэктомия), пациентка категорически отказалась от мастэктомии, даже если при срочном гистологическом исследовании будет выявлен рак. 24.12.2009 г. выполнена операция – секторальная резекция левой молочной железы, удалена опухоль $0,8 \times 1,0 \times 0,8$ см, плотной консистенции. При срочном гистологическом исследовании злокачественный рост не обнаружен. Окончательный гистологический диагноз – протоковый инфильтрирующий канцер. В послеоперационном периоде получила шесть курсов химиотерапии и радикальный курс лучевой терапии на молочную железу и ЗРМ. При проведении контрольного обследования в декабре 2011 г. – данных за рецидив и метастазирование заболевания нет.

Больная, узнав о возможном диагнозе – “рак” и от предложенной операции, связанной с удалением груди, испытала шок. Ее волновали вопросы: “Как это можно удалить грудь?” и “Как она в дальнейшем будет общаться с людьми?”. Эти вопросы ее больше волновали, чем сам диагноз злокачественной опухоли. Больной после окончания комплексного лечения каждые 3–6 месяцев проводилось обследование и спустя 6 месяцев после лечения при беседе с врачом стали возникать такие вопросы: “А правильно ли я сделала?” “Почему это у меня появилось?”. В течение всего этого времени больная, общаясь с другими пациентами и прочитав литературу, стала задумываться о правильности своего решения. Каждое предстоящее обследование вызывало чувство тревоги и чувство спокойствия после обследования. Больная в момент обследования постоянно задает одни и те же вопросы и утверждает, если возникнет какая-либо опухоль, то согласна на любой вид операции, лишь бы “я жила”.

В данном примере присутствуют две стадии (фазы) психологической реакции, которые в разное время проявляются с наибольшей или наименьшей активностью эмоциональности: чувства тревоги и страха.

Выводы

Представленные примеры доказательно определяют, что больные с момента установления диагноза до окончания лечения заболевания происходят психологические изменения. Клинические наблюдения показывают, что имеются две категории больных: одни пациенты проходят все фазы переживания болезни во времени, у других же может присутствовать только несколько фаз, причем, они могут возникать непоследовательно.

Литература

1. *Психологические реакции* пациента на болезнь // URL: <http://www.oncology.ru>
2. *Урванцев Л.П.* Психология соматического больного. Ярославль, 2000. Гл. 2. С. 10–12.
3. *Чулкова В.А.* Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1999.
4. *Психологическая реабилитация* больных раком молочной железы // Доклад на 2-м съезде онкологов. Киев, 2000г.
5. *Copyright © 2007 ЗАО “ИнтермедиаПаблшерз”*: URL: <http://www.psychooncology>
6. *Ткаченко Г.А.* Динамика личностных особенностей женщин в кризисной ситуации URL: <http://www.referun.com>
7. *Асцев А.В., Васютков В.Я.* Качество жизни больных раком молочной железы. Тверь, 1999. 96 с.
8. *Nichol Michael, Venturini Francesc, Jones Jaso, Sherman Gen.* Quality of Life in a Breast Cancer Population Undergoing Aduvant Treatment // Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol. 1999. №18. P. 23–27.
9. *Mosconi P., Colozza M., Delaurenis M. etal.* Survival, quality of life and breast cancer // Ann. Oncol. 2001. №3. P. 15–19