

УДК 618.19-006-089.843:364.2-781.3  
DOI: 10.15587/2313-8416.2016.65120

## ВЛИЯНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Ю. А. Винник, С. А. Фомина, А. Ю. Гринева

*В статье рассмотрены современное состояние и перспективы применения различных вариантов реконструктивно-пластических операций в хирургии рака молочной железы. Показано, что при любой из выполненных методик показатели качества жизни больных сравнимы. Применение оперативных вмешательств по реконструкции молочной железы является важной составляющей современных реабилитационных мероприятий, проводимых при данном заболевании. Для индивидуализации лечебных подходов в этом направлении необходимы дальнейшие исследования*

**Ключевые слова:** качество жизни, рак молочной железы, реконструктивно-пластическая хирургия, стадия опухолевого процесса

*In the article were considered the modern state and prospects of the use of different variants of reconstructive-plastic operations in breast cancer surgery. The modern strategy of surgical treatment of breast cancer (BC) is directed on the solution of two main problems: the reliability of treatment from cancer and creation of the favorable conditions for breast reconstruction. The loss of breast is the huge psychological trauma for most patients and often compels to change the usual way of life completely.*

**Aim of research.** Improvement of the results of complex treatment of patients with BC by the determination of indications to the use of different variants of reconstructive-plastic operations.

**Materials and methods.** Under observation were 120 patients with BC, who underwent combined and complex treatment in the period of 2012-2015 years on the base of MIHP "Kharkiv clinical oncological center". For study and comparative analysis of the treatment effect on life quality (LQ) parameters all patients were divided in 2 groups by the method of temporary randomization. 1 group – 78 patients, who underwent breast reconstruction with remodeling by own tissues.

2 group – patients, who underwent hypodermic mastectomies with preservation of mamillary-alveolar complex (MAC) and with momentary breast reconstruction by the silicone endoprosthesis.

**Results.** At all stages of observation the lines of assessment of role and social functioning change in parallel that indicate the absence of the effect of the use of combined and complex treatment at the surgical stage on the given LQ parameter of patients with BC.

### Conclusions.

1. On the base of research was established the absence of effect of the use of reconstructive-plastic operations in combined and complex treatment of patients with BC on the functional scales parameters. In our opinion, the decrease of qualitative values of parameters in II and III control points is connected with the effect of surgical trauma on homeostasis of patients. After disappearance of symptoms, typical for the early postoperative period, the studied LQ parameters attain the initial level (physical, social, role functioning) and even exceed it.

2. The realization of the different variants of breast reconstructions for patients with BC does not worsen the parameters of LQ symptomatic scales and general health status

**Keywords:** life quality, breast cancer, reconstructive-plastic surgery, stage of tumor process

### 1. Введение

В настоящее время изучение качества жизни (КЖ) онкологических больных является одним из основных критериев оценки эффективности проводимого лечения наряду с традиционными клиническими показателями: первичным опухолевым ответом, непосредственными и отдалёнными результатами лечения, выживаемостью [1].

Из 10 млн. новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых в мире, 10 % приходится на молочную железу (МЖ). Если оценивать только женскую популяцию, удельный вес рака молочной железы (РМЖ) достигает 22 %, а в промышленно развитых странах он ещё выше – 27 %. До 1990-х годов наблюдался рост заболеваемо-

сти РМЖ и смертности от него как в экономически развитых странах, так и в развивающихся. Далее, по мере внедрения маммографического скрининга и улучшения прогноза выявленных случаев РМЖ в экономически развитых странах Запада, произошли значительные изменения этих показателей, с замедлением, а затем и снижением показателей смертности [2, 3].

### 2. Обоснование исследования

Современная стратегия хирургического лечения РМЖ направлена на решение двух основных задач: надёжности излечения от рака и созданию благоприятных условий для реконструкции МЖ. Утрата МЖ является для большинства пациенток огромной

психологической травмой и часто заставляет серьёзно менять привычный образ жизни, одновременно поддерживая воспоминания о перенесённом лечении по поводу рака. Иногда страх пациентки потерять МЖ в процессе лечения оказывается сильнее страха перед самой болезнью, заставляя отказываться от радикальной терапии [4, 5].

Целью современной онкологии является не только увеличение продолжительности жизни больных злокачественными новообразованиями, но и улучшение её качества. КЖ, связанное со здоровьем, по определению ВОЗ, – это сочетание физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни. Исследование данного параметра давно вошло в мировую медицинскую практику, особенно в онкологии [6, 7].

Для концепции исследования КЖ характерны три основных признака: многомерность; изменяемость во времени; участие больного в оценке состояния. КЖ – это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определённом протяжении времени как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи. Наибольшее количество исследований КЖ связано с лечением онкологических больных. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление КЖ, как новую цель лечения. В международной онкологической клинической практике методология исследования КЖ занимает всё более прочное место в оценке эффективности новых методов лечения и новых лекарственных препаратов, а также используется как информативный прогностический параметр, коррелирующий с показателями выживаемости. В 1990 г. на конференции, проводимой совместно Национальным институтом рака США (NCA) и Американским обществом клинической онкологии (ASCO), сделано заявление о том, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и более важным, чем первичный опухолевый ответ [8–10].

Настоящее исследование предпринято с целью изучения влияния различных вариантов реконструктивно-пластических операций, используемых при проведении хирургического этапа комбинированного и комплексного лечения, на КЖ больных РМЖ.

### 3. Цель исследования

Улучшение результатов комплексного лечения больных РМЖ путём определения показаний к применению различных вариантов реконструктивно-пластических операций.

### 4. Материалы и методы

Под наблюдением находилось 120 больных РМЖ, которым проводилось комбинированное и комплексное лечение за период 2012–2015 гг. на базе КУОЗ «Харьковский областной клинический онко-

логический центр». Для изучения и сравнительного анализа влияния проводимого лечения на показатели КЖ все больные были разделены на 2 группы методом временной рандомизации.

1 группа – 78 пациенток (40,6±2,6 лет), при проведении комбинированного и комплексного лечения которым были выполнены реконструкции МЖ с ремодулированием собственными тканями после органосохраняющих оперативных вмешательств с перемещением сосково-альвеолярного комплекса (САК).

2 группа – 32 больные (39,3±2,9 лет), которым произведены подкожные мастэктомии с сохранением САК и одномоментной реконструкцией МЖ силиконовым эндопротезом в плане комбинированного и комплексного лечения РМЖ.

Все больные, вошедшие в настоящее исследование, имели морфологически подтверждённый диагноз РМЖ. Большинство женщин находилось в социально-активном возрасте 30–49 лет (66,7 %). Средний возраст пациентов исследуемых групп равнялся 40,6 лет. Менструальная функция в целом была сохранена у 74 (61,6 %) пациенток и отсутствовала до 5 лет у 28 (23,3 %) больных и более 5 лет у 18 (15,1 %) больных РМЖ.

По локализации опухоли в МЖ в группе органосохраняющих операций больные распределились следующим образом: более чем у половины больных – 55 (70,5 %) опухоль локализовалась в наружных квадрантах МЖ. Во внутренних квадрантах опухоль встречалась в 3 раза реже, чем в наружных – 19 (24,4 %) случаев. В центральном отделе МЖ опухоль выявлена лишь у 3 (3,8 %) пациенток. Мультицентричный рост установлен в 1 (1,3 %) случае. Аналогичное распределение больных РМЖ в зависимости от локализации опухоли установлено и в группе подкожных мастэктомий с сохранением САК. В наружных квадрантах МЖ опухоль выявлена у 18 (56,3 %) больных. Во внутренних квадрантах локализация опухоли установлена в 7 (21,9 %) случаях. Центральное расположение и мультицентричный рост новообразования установлен в 1 (3,1 %) случае соответственно. У всех больных, вошедших в настоящее исследование, выявлено поражение только одной МЖ. Билатеральное поражение МЖ ни в одном случае выявлено не было.

Классификация клинических наблюдений по стадиям опухолевого процесса осуществлялась в соответствии с классификацией TNM последнего VII издания (2010 г.). У большинства больных – 41 (34,2 %) установлена ПА стадия заболевания. I стадия отмечена у 26 (21,7 %) больных РМЖ в обеих исследуемых группах. Та же закономерность прослеживается и при анализе распространённости опухолевого процесса в каждой из исследуемых групп. Метастатическое поражение лимфатических узлов имело место у 69 (57,5 %) больных в целом. В исследование вошли также больные – 25 (20,8 %) – IIIA стадии заболевания, у которых до начала лечения не были диагностированы метастазы в более чем 3 регионарных лимфатических узла – индекс N<sub>2</sub>, а размер первичной опухоли не превышал 5 см, что

позволяло нам выполнить тот или иной вариант реконструктивно–пластической операции.

В ходе проведения исследования установлено, что у 72 (60 %) больных на момент начала лечения выявлены опухоли МЖ размером первичного узла до 2 см. У 3 (3,8 %) пациенток 1 группы и у 1 (3,1 %) больной 2 группы размер первичной опухоли несколько превысил 5 см в наибольшем измерении (на 0,2–0,7 см). При этом ни у одной из них не было обнаружено метастазирования в лимфатические узлы. Это дало возможность выполнить у этой категории пациенток различные варианты реконструктивных оперативных вмешательств.

У 78 пациенток при проведении комбинированного и комплексного лечения были выполнены реконструкции МЖ с ремодулированием собственными тканями после органосохраняющих оперативных вмешательств с перемещением САК. 11 больным данной группы выполнена органосохраняющая операция с одномоментным замещением экстрамаммарными тканями. Остальным 67 пациенткам проведено органосохраняющее лечение с использованием онкопластической методики перемещения объёма собственными тканями МЖ: в 18 случаях были использованы редукционные методики маммопластики, которые заключаются в восполнении утраченного объёма МЖ путём мобилизации glandулярной ножки, включающей деэпителизованный железисто-жировой лоскут с САК, её перемещение в зону резекции и формирование окончательного вида МЖ; в 49 случаях выполнялось простое возмещение объёма окружающей тканью МЖ путём её мобилизации.

32 больным произведены подкожные мастэктомии с сохранением САК и одномоментной реконструкцией МЖ силиконовым эндопротезом.

Клиническое исследование показателей качества жизни проведено 120 больным РМЖ. Все пациенты в исследуемых группах проходили анкетирование с помощью анкет – опросников EORTCQLQ – C30 и EORTCQLQ – H&N35 в указанные ниже контрольные сроки. Согласно 5 контрольным точкам анкетирование проводилось до начала лечения (I), на 1 (II) и 5 (III) сутки после оперативного вмешательства, через 3 (IV) и 12 (V) месяцев после окончания комбинированного и комплексного лечения.

Количественная оценка КЖ в исследуемых группах больных РМЖ проведена в рамках Международного протокола Европейской организации исследования и лечения рака. Исследованы показатели общего состояния здоровья, функциональные шкалы (физическое, познавательное, эмоциональное и социальное функционирование) и симптоматические шкалы (утомление и одышка). Анкетирование проводилось по установленным формам EORTCQLQ-C30 и EORTCQLQ-H&N35, разработанным Европейской организацией изучения и лечения рака.

## 5. Результаты исследования

Перед проведением запланированного объёма лечения уровни физического функционирования

были сравнимы и составляли 87,2 % – в 1 группе и 89,1 % во 2 группе. Через 1 сутки после операции (II контрольная точка) в обеих группах наблюдается снижение данного показателя до 81,9 % в 1 группе и 76,2 % – во 2 группе. В III, IV и V контрольных точках полученные результаты в 1 и 2 исследуемых группах больных РМЖ практически идентичны, что указывает на отсутствие влияния варианта реконструкции МЖ на данный показатель. Через 12 месяцев этот показатель в 1 группе составил 86,9 %, а во 2 группе – 84,4 %.

Показатели эмоционального функционирования до начала лечения были на уровне 80,0 % в 1 группе и 81,1 % – во 2 группе больных РМЖ. Во II контрольной точке возникает изменение в уровне эмоционального функционирования в обеих исследуемых группах. Во 2 группе он составил 76,6 %, а в 1 – 75,1 %. Существует, как мы полагаем, несколько моментов, обуславливающих замедленное восстановление величины эмоциональной активности у пациентов 2 группы на данном этапе лечения:

1. Само по себе проведение оперативного вмешательства негативно отражается на эмоциональном функционировании пациентов;

2. Необходимость купирования ряда эффектов, характерных для раннего послеоперационного периода.

В III, IV и V контрольных точках данные показатели увеличиваются параллельно и достигают наивысших значений при анкетировании пациентов через 12 месяцев после окончания как комбинированного, так и комплексного лечения вне зависимости от применённой методики реконструкции МЖ.

До начала проведения лечения показатель познавательного функционирования составил в 1 группе 86,7 %, а во 2 – 88,3 %. В 1-е сутки послеоперационного периода (II контрольная точка) значение данного показателя было выше в группе больных, которым проведено органосохраняющее лечение: 1 группа – 89,8 %, 2 группа – 85,7 %. Аналогичное различие значений данного показателя установлено и в III контрольной точке: 1 группа – 93,9 %, 2 группа – 89,1 %. Через 3 месяца после окончания лечения исследуемый показатель в группах отмечен почти на одном уровне: 92,9 % и 90,6 % соответственно. В V контрольной точке значения показателя познавательного функционирования сравнимы у больных РМЖ исследуемых групп.

До начала специального лечения показатель социального функционирования составил в 1 группе 92,8 %, а во 2 – 90,8 % (контрольная точка I). Во II контрольной точке уровень данного параметра был снижен в обеих исследуемых группах больных РМЖ: в 1 – 88,1 %, во 2 – 85,2 %. Затем в последующих контрольных точках отмечается синхронное увеличение показателей социального функционирования в обеих группах пациентов. В последней контрольной точке значения исследуемого параметра находятся на одном уровне: 93,0 % и 92,2 % соответственно. На всех этапах наблюдения линии оценки

данного показателя здоровья меняются параллельно, что говорит об отсутствии влияния на него использования реконструктивно-пластических операций.

Уровень ролевого функционирования у пациентов обеих исследуемых групп составил 93,9 % и 95,6 % соответственно. Снижение значений данного показателя установлено в контрольной точке II. В 1 группе он составил 75,4 %, а во 2 – 77,8 %. В последующих контрольных точках анкетирования количественные значения исследуемого параметра постепенно увеличивались и стали практически сравнимы к V контрольной точке.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено влияние хирургического этапа комбинированного и комплексного лечения больных РМЖ на показатели функциональных шкал. Наиболее низкие показатели выявлены во II и III контрольных точках. По нашему мнению это связано с воздействием операционной травмы в целом на гомеостаз пациентов. После исчезновения симптомов, характерных для раннего послеоперационного периода, исследуемые показатели КЖ достигают исходного уровня (физическое, социальное, ролевое функционирование) и даже превосходят свой первоначальный уровень (эмоциональное, познавательное функционирование). Статистически достоверное различие в показателях функциональных шкал выявлено только во II контрольной точке изучения физического, познавательного и эмоционального видов функционирования, т. е. установлено негативное влияние на данные показатели КЖ проведения оперативного вмешательства как такового вне зависимости от его варианта. На всех этапах наблюдения линии оценки ролевого и социального функционирования меняются параллельно, что указывает на отсутствие влияния на данный показатель КЖ использования на хирургическом этапе как комбинированного, так и комплексного лечения больных РМЖ реконструктивно-пластических операций.

Проведено изучение и анализ динамики количественной оценки симптоматической шкалы и общего статуса здоровья при исследовании проявлений таких характерных симптомов заболевания, как утомление и одышка.

Перед проведением запланированного лечения уровень показателя утомления, также как и в случае функциональной активности, был на статистически сопоставимом уровне: в 1 группе – 27,1 %, во 2 – 26,3 %. При обследовании в сроки, соответствующие II и III контрольным точкам, в обеих группах наблюдалось достоверное увеличение выраженности данного симптома заболевания до значений 38,7 % в 1 группе и 35,6 % во 2 группе соответственно. В IV и V контрольных точках частота развития утомления – 18 % – одинакова в обеих группах и сопоставима с результатами обследования до начала лечения.

При исследовании уровня одышки так же, как и в случае с показателем утомляемости, отмечается увеличение количественных значений показателя в обеих группах во II и III контрольных точках. При

этом в IV и V контрольных точках установлено снижение уровня одышки в целом в обеих группах больных РМЖ.

## 6. Обсуждение результатов исследования.

Общий статус здоровья складывается из способности к свободному функционированию в различных направлениях (социальном, физическом, ролевом, эмоциональном, познавательном). Причины, приводящие к изменению этого показателя, связаны с изменениями в симптоматических и функциональных шкалах. Общий статус здоровья перед проведением запланированного лечения составил: в 1 группе – 95,6 %, во 2 группе – 97,8 % соответственно. Через 1 сутки после проведения оперативного вмешательства вне зависимости от его вида показатель статуса здоровья снизился сравнимо в обеих исследуемых группах, что указывает на отсутствие значительного влияния на него варианта реконструкции МЖ. Количественные значения данного показателя продолжают снижаться до значений 87,3 % и 88,9 % в 1 и 2 группах соответственно (III контрольная точка). В последующие контрольные точки отмечено увеличение общего статуса здоровья после проведения как комбинированного, так и комплексного лечения.

Таким образом, выявлено увеличение показателей симптоматических шкал КЖ и снижение общего статуса здоровья во II и III контрольных точках у больных как 1, так и 2 исследуемых групп. При этом не установлена зависимость изменений количественных значений исследуемых показателей от варианта примененной методики реконструктивно-пластической операции.

## 7. Выводы

1. На основании проведенного исследования установлено отсутствие влияния на показатели функциональных шкал использования реконструктивно-пластических операций в комбинированном и комплексном лечении больных РМЖ. По нашему мнению снижение количественных значений показателей во II и III контрольных точках связано с воздействием операционной травмы на гомеостаз пациентов. После исчезновения симптомов, характерных для раннего послеоперационного периода, исследуемые показатели КЖ достигают исходного уровня (физическое, социальное, ролевое функционирование) и даже превосходят свой первоначальный уровень.

2. Проведение различных вариантов реконструкций МЖ больным РМЖ не ухудшает показатели симптоматических шкал КЖ и общего статуса здоровья. Об этом свидетельствует сравнимое снижение количественных значений данных показателей во II и III контрольных точках у пациентов как 1, так и 2 исследуемых групп.

## Литература

1. Асеев, А. В. Опыт изучения качества жизни больных раком молочной железы [Текст] / А. В. Асеев, В. Я. Ва-

сютков, Э. М. Мурашева и др. // Маммология. – 2005. – № 3. – С. 40–45.

2. Горбунова, В. А. Качество жизни онкологических больных [Текст] / В. А. Горбунова, В. В. Бредер // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 34–40.

3. Levy, S. Mastectomy versus breast conservation survey: Mental health effects at long-term follow-up [Text] / S. Levy, L. Haynes, R. Herberman et al. // Health Psychology. – 2002. – Vol. 40. – P. 341–351.

4. Баженова, А. П. Оценка эффективности терапии операбельного рака молочной железы [Текст] / А. П. Баженова, П. Г. Барвitenко // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 24, № 11. – С. 65–70.

5. Асеев, А. В. Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы [Текст] / А. В. Асеев, В. Я. Васютков, Э. М. Мурашева // Маммология. – 2010. – № 3. – С. 14–16.

6. Goodyear, M. D. E. Incorporating quality of life assessment in to clinical cancer trials [Text] / M. D. E. Goodyear, M. Fraumeni. – Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, New York 2006. – 234 p.

7. Irwing, L. Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review [Text] / L. Irwing // Surg. – 2014. – Vol. 6. – P. 347–351.

8. Lee, H. Quality of life and breast cancer survivors. Psychosocial and treatment issues [Text] / H. Lee // Cancer Pract. – 2007. – Vol. 5. – P. 309–316.

9. Lindley, C. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer [Text] / C. Lindley, S. Vasa, W. Sawyer et al. // JCO. – 1998. – Vol. 16, Issue 4. – P. 1380–1387.

10. Rees, T. D. The use of inflatable breast implant [Text] / T. D. Rees, C. L. Guy, R. J. Coburn, T. D. Rees // Plas-

tic and Reconstructive Surgery. – 2013. – Vol. 52, Issue 6. – P. 609–615. doi: 10.1097/00006534-197312000-00001

## References

1. Aseev, A. V., Vasjutkov, V. Ja. Murasheva, Je. M. et al. (2005). Opyt izuchenija kachestva zhizni bol'nyh rakom molochnoj zhelezy. Mammologija, 3, 40–45.

2. Gorbunova, V. A., Breder, V. V. (2013). Kachestvo zhizni onkologicheskikh bol'nyh. Voprosy onkologii, 1 (1), 34–40.

3. Levy, S., Haynes, L., Herberman, R. et al. (2002). Mastectomy versus breast conservation survey: Mental health effects at long-term follow-up. Health Psychol., 40, 341–351.

4. Bazhenova, A. P., Barvitenko, P. G. (2011). Ocenka jeffektivnosti terapii operabel'nogo raka molochnoj zhelezy. Voprosy onkologii, 24 (11), 65–70.

5. Aseev, A. V., Vasjutkov, V. Ja., Murasheva, Je. M. (2010). Psihologicheskie izmenenija u zhenshhin, bol'nyh rakom molochnoj zhelezy. Mammologija, 3, 14–16.

6. Goodyear, M. D. E., Fraumeni, M. (2006). Incorporating quality of life assessment in to clinical cancer trials. Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, New York, 234.

7. Irwing, L. (2014). Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. Surg., 6, 347–351.

8. Lee, H. (2007). Quality of life and breast cancer survivors. Psychosocial and treatment issues. Cancer Pract., 5, 309–316.

9. Lindley, C., Vasa, S., Sawyer, W. et al. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. JCO, 16 (4), 1380–1387.

10. Rees, T. D., Guy, C. L., Coburn, R. J., Rees, T. D. (1973). The use of inflatable breast implants. Plastic and Reconstructive Surgery, 52 (6), 609–615. doi: 10.1097/00006534-197312000-00001

*Дата надходження рукопису 22.02.2016*

**Винник Юрий Алексеевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра онкохирургии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, Украина, 61176

E-mail: profvinnik@gmail.com

**Фомина Светлана Александровна**, ассистент, кафедра онкохирургии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, Украина, 61176

E-mail: lisicanasty@mail.ru

**Гринева Анастасия Юрьевна**, ассистент, кафедра онкологии и детской онкологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования

ул. Амосова 58, г. Харьков, Украина, 61176

E-mail: vay260988@gmail.com