
ПОВЛИЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ЖЕНИ, ОПЕРИРАНИ ЗА КАРЦИНОМ НА ГЪРДА, СЛЕД ПРОВЕЖДАНЕ НА ПСИХОРЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА

д-р Атанас Петков¹

д-р Костадин Георгиев¹

д-р Яна Кашилска¹

д-р Добринка Баева²

Евгения Адърска³

д-р Анелия Хубенова⁴

д-р Петя Василева⁵

¹Еднодневна хирургия – Пловдив

²Специализирана болница за рехабилитация – Баня, Карловско

³АПОЗ – София

⁴МБАЛ Централ Хоспитал – Пловдив

⁵Дом за стари хора Св. Василий Велики – Пловдив

ПОВЛИЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ЖЕНИ, ОПЕРИРАНИ ЗА КАРЦИНОМ НА ГЪРДА, СЛЕД ПРОВЕЖДАНЕ НА ПСИХОРЕХАБИЛИТА- ЦИОННА ПРОГРАМА

д-р Атанас Петков¹

д-р Костадин Георгиев¹

д-р Яна Кашилска¹

д-р Добринка Баева²

Евгения Адърска³

д-р Анелия Хубенова⁴

д-р Петя Василева⁵

¹Еднодневна хирургия – Пловдив

²Специализирана болница за рехабилитация – Баня, Карловско

³АПОЗ – София

⁴МБАЛ Централ Хоспитал – Пловдив

⁵Дом за стари хора Св. Василий Велики – Пловдив

ОБЗОР

Специализираната болница за рехабилитация – Баня, Карловско, е лечебно заведение, в което се прилага Психорехабилитационна програма за жени, оперирани от карцином на гърда (КГ). Програмата е десетдневна и се провежда в групи от по осем жени. Извършва се от мултидисциплинарен екип от специалисти, който включва: лекари по физикална и рехабилитационна медицина, физиотерапевти (кинезитерапевти, рехабилитатори, ерготерапевти), онкологи, диетолози, клинични психологи и арттерапевти.

Целите на настоящото проучване са свързани с медицинската и психологията рехабилитация, както и с подобряване на качеството на живот на онкоболните с КГ. За обективизиране на поставените цели са създадени специални оригинални формуляри за измерване (кинезиологичен анализ на горен крайник, лимфодренажен анализ на горен крайник, мускулно тестуване на горен крайник, онкохематологичен анализ), които се попълват при постъпване и при изписване на пациентта. Тези обективни показатели са групирани и оценени така, че да се измери качеството на живот на пациентите в абсолютни стойности.

Увод

Специализираната болница за рехабилитация – Баня, Карловско, е лекчено заведение, в което успешно се развива Психорехабилитационна програма за жени, оперирани от карцином на гърда (КГ). Програмата е десетдневна и се провежда в групи от по осем жени. Извършва се от мултидисциплинарен екип от специалисти, който включва: лекари по физикална и рехабилитационна медицина, физиотерапевти (кинезитерапевти, рехабилитатори, ерготерапевти), онкологи, диетолози, клинични психологи и арттерапевти.

Психорехабилитационната програма стартира през м. май 2012 г. и до 31 декември 2012 г. чрез нея са рехабилитирани 58 жени, претърпели операция по повод КГ. Критериите за включване в програмата са: (i) жени след операция на КГ, приключили активно лечение; на адювантна терапия, най-рано 3 месеца след оперативно лечение; (ii) жени с класификация на тумора според TNM както следва: T1-T4, със или без лимфна дисекция L0-L1, без далечни метастази M0; (iii) десетдневният период на лечение да е поне 20 дни след лъчелечение или 10 дни след поредната химиотерапия; (iv) показни за лечение по програмата са пациентки с давност на оперативното лечение максимум до 5 години.

Цели

Медицинска рехабилитация: (i) възстановяване на двигателната активност на засегнат горен крайник, последствие от хирургична интервенция: мускулна разтегливост и еластичност, мускулна сила, обем на движения в раменна става, фини движения на ръката и пръстите; (ii) профилактика на лимфния застой и свързаните с него последици – нарушена двигателна активност, тежест и болка в ръката, еризипел на

засегнатия крайник или гърда; (iii) възстановяване на общата двигателна активност и на доброто състояние на организма, преодоляване на негативните ефекти от химиотерапията и лъчечението; (iv) осигуряване на пациентите на сигурност и информированост по отношение на болестта, социалния и правния статус; (v) повишаване на качеството на живот.

Психологическа рехабилитация: (i) в рамките на програмата се извършват клинични и консултивативни сесии с психологи (аналитична парадигма и позитивна психотерапия), които осигуряват навременна психологическа помощ; психологическата работа е диференцирана в две индивидуални консултации с всяка пациентка и в четири групови (една група от осем души) за десетдневния престой; (ii) стимулиране на реадаптационния процес – възприемане на болестта като част от собствения живот, възприемане на промяната след оперативната интервенция, емоционално стабилизиране; (iii) понижаване на тревожността – редуциране и премахване на страха от влошаване на състоянието и от неблагоприятен изход; (iv) овладяване на депресивната симптоматика – липса на енергия, потиснато настроение, снижени подтици, загуба на интереси; (v) овладяване на кризисни ситуации – мобилизиране на личностни ресурси по време на криза; (vi) поставяне на обективна психологична оценка – възстановяване на ежедневния ритъм, подобряване на самочувствието, повишаване качеството на живот.

Материал и методи

За обективизиране на поставените цели са създадени специални оригинални формуляри за измерване (кинезиологичен анализ на горен крайник, лимфодренажен анализ на горен крайник, мускулно тестуване на горен крайник, онкохематологичен анализ), които се попълват при постъпване

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ СЛЕД ПСИХОРЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА

Таблица 1. TLQ-скала и таблица за определяне на качеството на живот при жени с операция за карцином на гърда.

	Критерий	Показател	Точки
1	Обем на движение в раменната става (SFR)	Без изменение Повишаване с до 50% Повишаване с повече от 50%	0 1 2
2	Оток на крайник	Без промяна Функционално подобреие Функционално и козметично подобреие	0 1 2
3	Мускулен тонус	Без промяна Повишаване с 0.5 Повишаване с 1	0 1 2
4	Мускулна сила	Без промяна Повишаване с до 30% Повишаване с повече от 30%	0 1 2
5	Фини движения	Засегнати Незасегнати С подобреие	0 1 2
6	Психологична оценка	Лоша (1-3) Добра (4-6) Много добра (7-10)	0 1 2
			Общо:

и изписване на пациента. Проучването към момента е извършено при 141 жени.

За обективно измерване качеството на живот на пациентите е създадена таблица с точково оценяване на шест критерии, изследвани при започване и приключване на програмата. Оценката на всеки критерий дава възможност за обективното включване на пациентите в създадена оригинална скала – Total Life Quality (TLQ-скала) (Табл. 1). Според нея всеки критерий може да бъде оценен с три отговора, които носят съответно 0, 1 или 2 точки. При сбор от 0 до 4 точки липса подобреие в качеството на живот; при сбор от 5 до 8 точки оценката за подобренето в качеството на живот е *добра*; *много добра* е оценката за подобряване качеството на живот при сбор от 9 до 12 точки.

В проведеното проучване са обхванати 141 жени с КГ. Възрастта им варира между 34 и 82 години, средната възраст – 49 години.

Таблица 2. Разпределение на пациентите според TNM-стадиране.

Стадий	TNM	Брой	%
I – 63 жени (45%)	pT1 pN0 M0	63	44%
IIA – 40 жени (28%)	pT1 pN1 M0 pT2 pN0 M0	8 32	5% 22%
IIB – 14 жени (10%)	pT2 pN1 M0	14	22%
IIIA – 23 жени (16%)	pT1 pN2 M0 pT3 pN1 M0	16 7	3% 2%
IIIB – 1 жена (1%)	pT4 pN0 M0	1	2%

При 93 жени (66%) е била извършена тотална мастектомия с лимфна дисекция. Други 51 жени (34%) са претърпели квадрантектомия с лимфна дисекция. От оперираните и включчените в програмата 141 жени няма извършена оперативна интервенция без лимфна дисекция. При включването стадият на пациентките варира според международната TNM-класификация (Табл. 2).

При 31 жени (22%) е проведена химиотерапия, а при други 39 жени (28%) е проведено лъчелечение. Останалите 71 жени (50%) са провели химиотерапия и лъчелечение. При 101 пациентки (72%) имунохистохимията показва хормон-рецепторна позитивност и при тях е проведена ендокринна терапия.

Статистически анализ. Данните са обработени и анализирани с SPSS за Windows, версия 13.0 (SPSS Inc, Чикаго, Илинойс, САЩ). Честотата на разпределение за всяка променлива се проверява чрез тест χ^2 . За статистически значима се приема стойност на $p < 0.05$.

Резултати

Увеличаването на обема на движение в засегнатата раменната става до 50% се наблюдава при 34 пациентки (24%), а при 107 жени (76%) – и над 50%, което довежда до референтни стойности на движението в ставата.

Лимфен застой на горен крайник е възникнал хомолатерално при 131 (93%) от оперираните 141 жени. Проведеният апаратен и мануален лимфен дренаж (според указанията на онколога) при 141 пациентки с лимфен застой води до подобреие при всички тях (100%). В 26 от случаите (16%) се наблюдава намаляване на обиколката на засегнатия крайник с 1 см – функционално подобреие, а при останалите 115 жени (84%) намалението в оточния крайник е с 1.5 до 3 см, при което е постигната съразмер-

ност в двата крайника – функционално и козметично подобреие.

Възстановяване на мускулен тонус се наблюдава също при всичките 141 пациенти (100%). При 30 от тях (21%) възстановяването е с 0.5 единици, а при останалите 111 жени (79%) мускулният тонус се повишава с 1 единица и се изравнява с този на контраплатералния горен крайник. Резултатите тук корелират с подобреие на лимфостазата.

Изравняване на мускулната сила с до 30% се наблюдава при 120 (85%), а при 21 (15%) липсва промяна. Разминаването в резултатите между мускулна сила, от една страна, и тези при подобреие в лимфостазата и възстановяването на мускулния тонус, от друга страна, се отдава на способността на всеки пациент да си служи различно с лява и дясна ръка.

Засегнати фини движения се наблюдават при 23 жени (16%). При всички се отчита възстановяване или подобреие на фините движения на ръката и пръстите.

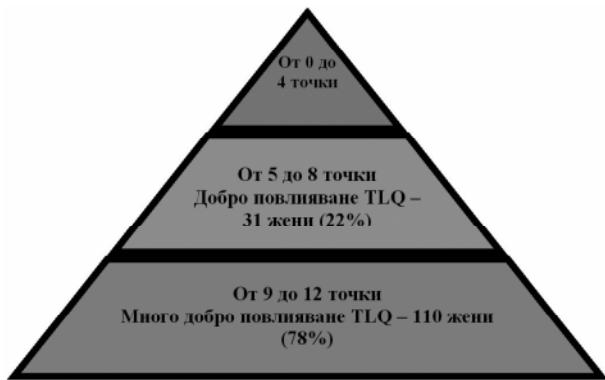
Изходната психологическа оценка (в началото на десетдневната психорехабилитационна програма) е следната: *лоша* – 70 (50%), *добра* – 68 (48%) и *много добра* – 2 (2%). В края на програмата се отчита подобреие при 78 (55%) от жените и оценките се изменят както следва: *добра* – 32 (23%) и *много добра* – 109 (77%). Липсват *лоши* психологически оценки след края на терапията.

След анализ на постигнатите резултати по TLQ-шкала 31 жени (22%) са с *добро* повлияване, а други 110 жени (78%) са с *много добро* повлияване на качеството на живот (Фиг. 1). Липсват пациенти без подобреие в качеството на живот.

Обсъждане

Резултатите от настоящото изследование показват, че психорехабилитационната програма може значително да ускори възстановяването и ресоциализацията на па-

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ СЛЕД ПСИХОРЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА



Фигура 1. Схема за подобрено качество на живот при изследвания контингент, провел психорехабилитационна програма.

циентите, като същевременно води до намаляване на следоперативните усложнения. Анализираните показатели демонстрират, че обучението на пациентите, информираността им за болестта, понижаването на тревожността и премахването на страхът от влошаване и от неблагоприятен изход са важни предиктори за възстановяване след операции за КГ.

Психологическата работа с пациентите се счита за един от най-важните фактори на психорехабилитационната програма. Необходимо е да се състави и обясни подробен план за поведение в различните етапи от лечението, включително и за рехабилитационния етап, както и съответни мерки за възстановяване на пациентите. Чрез възстановяване на двигателната активност на засегнат горен крайник, на мускулната разтегливост и еластичност, мускулната сила, обема на движения в раменна става, фините движения на ръката и пръстите, чрез профилактика на лимфен застой, възстановяване на общата двигателна активност и на доброто състояние на организма психореабилитационната програма в своята медицинска част води до преодоляване на негативните ефекти от химиотерапията и лъчечението, както и до повишаване на качеството на живот.

В момента повечето проучвания за

употреба на рехабилитационни терапии при пациенти с КГ са с напречно сечение. Нашето проучване е първа група за рехабилитация, изследвана надлъжно. Освен това в настоящия труд за първи път паралелно се разглеждат както медицинска, така и психологическа рехабилитация на пациенти с КГ. В програмата всеки пациент се проследява с течение на времето. Предишни изследвания доказват, че при проследяване болката в рамото се наблюдава при 30-40% от пациентите, ограничена подвижност на рамото – при 15-30%, а лимфен застой – при 10-40% в зависимост от метода за оценка.²

В настоящото проучване рехабилитация при пациенти с КГ е 100% през първите пет години след диагностициране. Наблюдава се значително по-ниска степен на усложнения след лечение на КГ. За разлика от различните социални и здравни системи в различните страни³, услугите за психорехабилитационна програма в специализирана болница за рехабилитация са по-евтини и по-удобни както за пациентите, така и за държавата ни.

През първите няколко години след поставяне на диагноза пациентите с КГ трябва да прекарват значителна част от времето си в грижи за следоперативния цикатрикс, провеждане на химиотерапия и лъчелечение.⁵ Други проблеми, като умора след лечение и психосоциални смущения, също влияят на възможността на пациентите да потърсят рехабилитационни услуги.¹ Двигателни проблеми (последствия от инсулт или метастази) са примери за физически бариери, които пречат на пациентите да участват в програми за възстановяване.⁴ Много от тези бариери представляват вид показвания за извършване на рехабилитационни услуги.

Много от болните с КГ търсят алтернативни или допълващи терапии за облекчаване на дискомфорта^{4,5}, участват във

взаимопомощи групи, които се състоят предимно от пациенти, лекари – онколози и социални работници. Такива групи са безплатни за хора, преживели карцином, или техни семейства. Чрез насищаване и подкрепа групите за взаимопомощ може индиректно да се постигне увеличаване на броя на пациентите, търсещи рехабилитационни услуги. Образоването и информацията, предоставена от клиницистите на такива пациенти, са крайно недостатъчни.⁵

Нашите резултати, представени на Табл. 2, показват, че най-голям брой пациенти, използвали възстановителна терапия, са в стадий I на болестта. Тогава болните се нуждаят от повече помощ в сравнение с тези, който са оперирани в стадии II и III. Тяхните субективни оплаквания са повече поради това, че много малко време са „съжителствали“ с болестта си.

Търсенето на рехабилитационна помощ може да бъде свързано с обостряне на симптоми като лимфостаза след операция или лъчелечение в първите три години. Значението на ранната диагностика и лечение на лимфостазата в начален стадий, особено през първата година след операция за КГ, са с неотложен характер. В началния етап на лимфостаза първите симптоми са субективни усещания за стягане в засегнатата ръка (в дълбочина или подкожно). Тези симптоми могат да са обратими чрез консервативно лечение, включително компресивна превръзка, лимфодренажен масаж, пневматични процедури. Без лечение обемът на отока по правило се увеличава, болката се изостря и може да разрастне мастна тъкан, което да доведе до фиброза; това се счита за хронична лимфостаза, която често е необратима. Според нашите резултати пациентите с КГ забавят използването на

рехабилитация. Ето защо по-голям акцент трябва да бъде поставен на „златното“ време и навременната намеса. Според нас „златният“ стандарт за психорехабилитационна програма е до 12 месеца след операция.

Голяма част от пациентите с КГ получават рехабилитационни услуги през първите пет години след поставяне на диагнозата. Средният брой на рехабилитационни посещения на потребител достигат връх през третата година след поставяне на диагноза. Здравните специалисти трябва да признаят нуждите на пациенти с КГ и да осигурят своевременна информация за възстановителна терапия за облекчаване на техните симптоми. Основна цел на лекарското съсловие трябва да бъде по-ранно насочване на жените, оперирани за КГ. По-доброто сътрудничество на хирурзи, физиотерапевти, психологи и арттерапевти може да доведе до по-добри резултати за програмата.

В заключение: психорехабилитационната програма играе важна роля при възстановяване на жени след операция за КГ, а ускорява ресоциализацията на пациентите, намалява техните следоперативни усложнения и повишава качеството им на живот.

Изводи

Психорехабилитационната програма на Специализирана болница за рехабилитация – Баня, Карловско, при участието на добре прецизирана специалисти, сработени в екип, както и при залегналата последователност на работа и консултации с жени, оперирани за КГ, води до следните ефекти:

- (i) много-добро повлияване на качеството на живот в 78% и добро повлияване – в 22%;
- (ii) подобряване на двигателната активност на засегнатия горен

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ СЛЕД ПСИХОРЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА

- крайник, на общата двигателна активност и общото състояние на организма; подобряване на мускулния тонус и мускулната сила; подобряване на засегнатите фини движения на ръка и пръсти;
- (iii) премахване на тежест и болка в ръка, еризипел на засегнат крайник или гърда, лимфен застой;
 - (iv) стимулиране на реадаптационния процес и социализирането в обществения живот и емоционално стабилизиране;
 - (v) повлиява негативните ефекти от химиотерапия и лъчелечение;
 - (vi) мобилизира личността;
 - (vii) осигурява сигурност и информираност на пациента за болестта му;
 - (viii) понижава тревожността, премахва страхът от влошаване и от неблагоприятен изход;
 - (ix) овладява депресивността, липсата на енергия, потиснатото настроение и загубата на интереси.

Проведеното проучване и доказателственият материал са в подкрепа на подобряване на качеството на живот на пациентите с КГ след лечение по Програмата за психорехабилитация.

Благодарност. Изказваме благодарността си към националния консултант по абдоминална и висцерална хирургия акад. д-р Дамян Дамянов, дмн, националния кон-

султант по физикална и рехабилитационна медицина проф. д-р Елена Илиева, дмн, за положителните им становища относно психорехабилитационната програма, както и на г-жа Евгения Адърска, председател на Асоциацията на пациентите с онкологични заболявания и на д-р Кристалина Павлова, чиито усилия направиха възможно изменение в Методиката на Министерство на здравеопазването за 2013 г. за дофинансиране на Психорехабилитационната програма, провеждана в Специализирана болница за рехабилитация – Баня, Карловско.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mary Y, et al. Perspectives in Rehabilitation. Rehabilitation following cancer treatment. Research Institute, Ottawa; University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; Sunnybrook Research Institute, Toronto; University of Toronto, Toronto, ON, Canada. *Intern J Rad Oncol Biol Phys* 2013; 85 (4): 891-1150
2. Bricou A, et al. Mobile gamma cameras in breast cancer care. *Eur J Surg Oncol* 2013; 39 (5): 409-416
3. Moadel AB, et al. Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients: Effects on quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25 (28): 4387-4395
4. Linda E, et al. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65 (4): 571-581
5. Eifel P, et al. The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA. *J Natl Cancer Instit* 2001; 93 (13): 979-989