

в ортостатической пробе), повышению устойчивости к кислородной недостаточности (на 37,0% в пробе Штанге), а также качества жизни пациентов с (61,3±2,9)% до (79,2±4,6)%.

Таким образом, результаты применения программ медицинской реабилитации свидетельствуют о повышении уровня реабилитации больных саркоидозом и повышении качества жизни пациентов, что отражает уровень оказания медицинской помощи в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, С.Е. Саркоидоз как биологическая и медицинская проблема / С.Е. Борисов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 4. — С.4—8.
2. Визель, А.А. Саркоидоз / А.А. Визель // Серия монографий Российского респираторного общества / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Издат. холдинг «Атмосфера», 2010. — 416 с.
3. Клячкин, Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов / Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков. — М.: Медицина, 2000. — 328 с.
4. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. — Минск: ЮНИПАК, 2005. — 420 с.
5. Хмара, И.М. Медицинская реабилитация больных дифференцированными формами рака щитовидной железы / И.М. Хмара. — Минск: Современные знания, 2006. — 188 с.
6. Черников, А.Ю. Эффективность диспансеризации и реабилитации больных саркоидозом в общелечебной сети: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ю. Черников. — М., 2008. — 20 с.
7. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary rehabilitation // Am. J. Resp. Crit. Care Med. — 2006. — Vol. 173. — P.1390—1413.

Статья поступила 12.01.2012 г.
Принята в печать 24.02.2012 г.

© Хасанов Р.Ш., Шаймуратов И.М., Камалетдинов Р.Ш., Нугаева Р.Р., Дружков О.Б., 2012

УДК 618.19-006.6-082.8

РАННЯЯ ВЫПИСКА И КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО СПОСОБУ «СТАЦИОНАР НА ДОМУ» КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

РУСТЕМ ШАМИЛЬЕВИЧ ХАСАНОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой онкологии и хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, главный врач КОД МЗ РТ
ИЛЬДАР МИРЗАЯНОВИЧ ШАЙМУРАТОВ, канд. мед. наук, доцент, зав. отделением паллиативной помощи Клинического онкологического диспансера МЗ РТ, Казань, shaimouratov@yandex.ru
РУСТЕМ ШАМИЛЕВИЧ КАМАЛЕТДИНОВ, врач отделения паллиативной помощи КОД МЗ РТ
РЕЗЕДА РИЗОВНА НУГАЕВА, медицинский психолог отделения паллиативной помощи КОД МЗ РТ
ОЛЕГ БОРИСОВИЧ ДРУЖКОВ, канд. мед. наук, доцент, зав. отделением маммологии КОД МЗ РТ

Реферат. На примере 106 больных раком молочной железы, выписанных на ранних сроках из стационара после оперативного лечения, нами показан положительный опыт ранней медицинской и психологической реабилитации пациентов в домашних условиях по способу «стационар на дому» с хорошим экономическим эффектом.

Ключевые слова: рак молочной железы, ранняя выписка из стационара, психологическая реабилитация, медицинская реабилитация, экономический эффект.

EARLY DISCHARGE AND POST-DISCHARGE CARE AT HOME: PROSPECTIVE AREAS FOR EARLY REHABILITATION OF BREAST CANCER PATIENTS

I.M. SHAYMURATOV, R.SH. KHASANOV, R.SH. KAMALETDINOV, R.R. NUGAYEVA, O.B. DRUZHKOV

Abstract. On the 106 cases of patients with breast cancer, early discharged from the hospital after surgery, we have shown the positive experience of early medical and psychological rehabilitation of patients in the home by way of «a hospital at home» with a good economic effect.

Key words: breast cancer, early discharge, psychological rehabilitation, medical rehabilitation, economic effect.

В настоящее время есть значительные успехи в лечении онкологических больных, однако остается много нерешенных вопросов, в частности, касающихся реабилитации и улучшения качества жизни [1, 3, 10, 12]. Современные методы лечения злокачественных новообразований — хирургические, лучевые и химиотерапевтические сами по себе являются агрессивными факторами, оказывающими вредное, а часто и калечащее воздействие на организм пациентов [6, 7, 9, 11]. Все это в полной мере относится к больным, получающим лечение по поводу рака молочной железы. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак молочной

железы (РМЖ) находится на первом месте и составляет более 19%. В США этот показатель составляет 29%, во Франции — 28% [2].

Больные, перенесшие мастэктомию по поводу рака молочной железы, находятся на стационарном лечении в среднем 3—4 нед. Вследствие длительного пребывания этих больных в стационаре сокращается оборот койки, уменьшается операционная активность, существует очередь на госпитализацию в стационар. На них тратятся значительные денежные средства [4, 5]. Так, по данным В.Р. Will и соавт. (2000), стоимость лечения больной РМЖ в США составляет в среднем 36 тыс. долларов, из них 63% составляют расходы на

стационарное лечение. Расходы на лечение РМЖ в мире составляют около 6 млрд долларов в год [13]. Последние 5 лет во всем мире проводятся многочисленные научные исследования, изучающие экономические аспекты лечения онкологических больных [13, 14, 17, 26]. В частности, речь идет о ранней выписке больных из стационара с последующей курацией пациентов или амбулаторно, или по способу «стационар на дому» [17, 20, 21, 25]. При этом осуществляется постоянная курация больных [16, 22], никак не влияющая на эффект противоракового лечения. А.Н. Heaton (1999) считает, что очень многое зависит от отношения общества к пациенту, необходимо убеждать общество в том, что больные — это часть населения, а население в свою очередь — потенциальные пациенты. Обстоятельно и обоснованно J.L. Hoehn (1996) и A. Kambouris (1996) в своих исследованиях доказывают не только экономические, но и психологические преимущества ранней выписки из стационара. По данным J. Woppeta и соавт. (1998), при этом удается снизить затраты на лечение этой категории пациентов примерно на 1 320 долларов. J.D. Renrod и соавт. (1998) отмечают повышение функционального состояния пациентов при данном способе лечения. Достоверно удалось установить, что нет разницы в результатах хирургического лечения больных РМЖ стационарно или амбулаторно [15].

В целях оптимизации лечебно-реабилитационного процесса больных, перенесших мастэктомию, на базе отделения паллиативной помощи и реабилитации КОД МЗ РТ было организовано долечивание и реабилитация этих больных по способу «стационар на дому».

Были сформулированы задачи:

1. Выявить причины длительного пребывания больных на стационарном лечении.
2. Определить (проанализировать) варианты послеоперационного лечения с проведением их сравнительной оценки.
3. Разработать рекомендации по организации ведения больных в послеоперационном периоде.
4. Разработать технологию ведения больных в послеоперационном периоде с учетом современных требований.
5. Разработать программу психологической поддержки больных РМЖ.

С 1 мая 1999 г. по 13 декабря 2011 г. долечивались на дому 103 больные, выписанные из стационара на 5—6-е сут после мастэктомии.

Контрольную группу составили 84 пациентки, прошедшие полный курс стационарного лечения. По характеру выполненных оперативных вмешательств и по возрастному составу обе группы были практически идентичны.

Нами проводились следующие лечебно-реабилитационные мероприятия:

- перевязки.
- Подкожные пункции с целью удаления серомы.
- В некоторых случаях антибактериальная терапия (как профилактика ранних послеоперационных осложнений).
- Профилактика и лечение лимфедемы верхней конечности на стороне операции путем массажа и лечебной физкультуры, медикаментозное улучшение микроциркуляции.
- Профилактика поздних послеоперационных осложнений.

- Психологическая реабилитация (с больными работал профессиональный психолог).

Всем больным были выданы методические пособия по лечебной гимнастике и массажу, которые включают специальный комплекс упражнений для больных, перенесших мастэктомию, проведен инструктаж. Практика показала, что больные, перенесшие мастэктомию, неохотно и нерегулярно выполняют упражнения лечебной физкультуры и массаж. Мы считаем необходимым постоянный контроль и патронаж за этой категорией пациентов.

При долечивании в условиях стационара и по способу «стационар на дому» сходной категории больных (по стадии заболевания, возрасту, социальному положению) был оценен лечебно-реабилитационный и экономический эффект. Наши исследования показали, что лечебно-реабилитационный эффект (критерии оценки: отсутствие ранних и поздних послеоперационных осложнений, психологическое состояние больной) у пациенток, долечивавшихся на дому, был такой же, как у стационарных больных. Денежные затраты на больных, долечивавшихся на дому (по сравнению со стационарными больными) уменьшились в 2 раза: стоимость стационарного лечения больных РМЖ составляет 13 554,91 руб., стоимость одного койко-дня в стационаре — 509,36 руб.; стоимость одного дня лечения на дому на базе нашего отделения составила 231,35 руб. По плану на долечивание после мастэктомии предусмотрено 29 койко-дней. Если выписывать больных на 5-й день после операции, получается экономия денежных средств 6 672,24 руб. на 1 больную, долеченную на дому.

Отдельно следует отметить психологическую реабилитацию. Впервые D.A. Karnofsky и J.H. Burchenal в 1949 г. изучили качество жизни онкологических больных при химиотерапии. Качество жизни — совокупность объективных и субъективных характеристик человека, отражающих степень жизненного комфорта. Она включает в себя психологические особенности личности больной, степень фрустрированности, уровень бытовой и трудовой активности, физическое и сексуальное благополучие. Для комплексного психологического обследования больных были использованы следующие методики: тест ЛОБИ, тест Люшера, тест тревожности Спилбергера, тест Розенцвейга, клиническая беседа [8].

Психологические исследования значения молочной железы в жизни женщины показывают, что являясь по сути единственным символом женской гордости, сексуальности и материнства, она определяет эмоциональное состояние больных. Практически для всех больных мастэктомия является психологической травмой. Диагноз онкологического заболевания приводит к сильнейшему стрессу, сопровождающемуся отрицательными эмоциональными реакциями: беспокойством, чувством неопределенности, тревогой, фиксацией на психотравмирующей ситуации, переживанием собственной несостоятельности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, страхом перед социальной изоляцией и распадом семьи. Следствием этого стало ограничение контактов со знакомыми, родными и близкими, ухудшение отношений с мужем. Появился страх перед собственным будущим и будущим детей. К ограничению контактов ведет также социальная изоляция вследствие длительного пребывания в больнице [8, 12].

В процессе лечения психологическое состояние и реакция женщин на свое заболевание меняются. В значительной степени это зависит от преморбидных особенностей личности, возраста, проводимого лечения. Нами проводилось исследование психологического состояния больных раком молочной железы после мастэктомии в стационаре и по способу «стационар на дому». Были сформулированы задачи:

- определить влияние длительности пребывания в стационаре на психологическую реабилитацию пациентов;
- исследовать психологию взаимодействия членов семьи с целью вовлечения их в процесс реабилитации;
- разработать программу психологической реабилитации после мастэктомии.

В работе были использованы следующие методики: клиническое интервью, тест Спилбергера—Ханина, тест Люшера, тест ЛОБИ, тест САН (самочувствие, активность, настроение), проективные тесты. Проводилась также психотерапевтическая работа с пациентками и членами их семей (рациональная психотерапия, гештальт-терапия, сказкотерапия). Исследования проводились до операции и на 8—9-й день после выписки из стационара опытной группы больных. В предоперационном периоде в обеих группах отмечался высокий уровень тревожности (страх перед наркозом, перед операцией и ее последствиями). По результатам теста САН значимых различий по состоянию между группами не наблюдалось. В послеоперационном периоде уровень тревожности снизился также в обеих группах, но у опытной группы этот показатель ниже. Субъективная оценка пациенток опытной группы по тесту САН после выписки из стационара показала улучшение самочувствия, подъем настроения, повышение активности. Самыми тяжелыми, по опросам больных, являются первые дни нахождения в стационаре, когда происходит знакомство и адаптация к новым условиям (смена режима и привычного образа жизни). Сокращение сроков пребывания в стационаре позитивно влияет на психологическое состояние больных. Они положительно воспринимают раннюю выписку из стационара, так как возвращаются в привычную для себя окружающую обстановку и связывают выписку с улучшением своего состояния. Существенное значение имеет контакт с родственниками пациенток, поскольку болезнь и ее социальные последствия отражаются на психологическом климате семьи. Важным является правильное представление членов семьи относительно особенностей общения с онкологическими больными, психологической поддержки, создания внутрисемейной атмосферы, способствующей выздоровлению. Выезд психолога на дом позволяет на месте провести психодиагностику членов семьи, оценить психологический климат и на основе полученных данных проводить работу. В условиях стационара проведение семейной психотерапии менее эффективно по ряду причин: невозможность активного привлечения членов семьи, стесненные условия. В работе с больными, продолжающими лечение на дому, большая роль отводится среднему медперсоналу. Им приходится на месте решать вопросы медицинского и психологического характера, что налагает на них большую ответственность и стимулирует к дальнейшему профессиональному росту. Нами установлено, что больные, перенесшие мастэктомию, долго находятся на стационарном лечении из-за длительной лимфореи

и ранних послеоперационных осложнений. Были разработаны рекомендации по организации и технологии курации больных в послеоперационном периоде с учетом современных требований.

По предварительным результатам работы психолога, сокращение сроков пребывания в стационаре позитивно влияет на психологическое состояние больных. Включение в работу членов семьи способствует активизации психологической реабилитации. Более половины больных находится в трудоспособном возрасте, поэтому актуальной задачей является их психологическая и социальная реабилитация. Таким образом, в менее благоприятных условиях находятся больные, продолжающие лечение в условиях стационара, что является, вероятно, отражением стрессовых ситуаций одиночества и негативного влияния условий стационара.

Данная методика позволила нам:

- увеличить оборот койки в стационаре;
- увеличить операционную активность;
- уменьшить очередь на госпитализацию в стационар;
- уменьшить в 2 раза денежные затраты при долечивании на дому;
- улучшить психологическое состояние больных, долечивающихся дома.

Таким образом, наш опыт показывает, что долечивание на дому является перспективным направлением в организации лечебно-реабилитационного процесса у больных, перенесших мастэктомию по поводу рака молочной железы. Сокращение сроков пребывания в стационаре, по нашим данным, позитивно влияет на психологическое состояние больных. Мы считаем, что раннюю выписку из стационара и долечивание на дому можно применять и после некоторых других оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Валегова, Н.Ю.* Реабилитация больных раком молочной железы после органосохранного лечения / Н.Ю. Валегова, А.В. Ваденин, Л.Э. Брежнева [и др.] // Вопросы онкологической помощи на этапе реформирования здравоохранения: сб. ст. — Екатеринбург, 1996. — С.67—68.
2. *Демидов, В.П.* Рак молочной железы / В.П. Демидов // Избранные лекции по клинической онкологии / под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьяловой. — М., 2000. — С.361—389.
3. *Демин, Е.В.* Пути совершенствования послегоспитальной реабилитации больных раком молочной железы и тела матки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Демин. — 1990. — 34 с.
4. *Егорова, А.Г.* Социально-экономическое обоснование организации маммологической службы Самарской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Егорова. — Оренбург, 1998. — 22 с.
5. *Егорова, А.Г.* Роль эпидемиологических исследований в финансово-экономическом обосновании лечения и диагностики рака молочной железы / А.Г. Егорова, М.В. Шарпова, А.Г. Сопрыкина, С.В. Козлов // Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию кафедры социальной медицины и организации здравоохранения КГМУ. — Казань, 1998. — С.120—122.
6. *Летягин, В.П.* Рак молочной железы: эпидемиология, классификация, диагностика, лечение, прогноз / В.П. Летягин, К.П. Лактионов, И.В. Высоцкая, В.А. Котов. — М., 1996. — С.138—149.
7. *Лопухин, Ю.М.* Хирургия / Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — С.58—68; 683—686.

8. Овчарова, Р.В. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации / Р.В. Овчарова, А.Н. Великолуг // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1997. — № 1. — С.26—30.
9. Переводчикова, Н.И. Противоопухолевая терапия / Н.И. Переводчикова. — М.: Медицина, 1993 — С.9—39; 191—206.
10. Полковникова, Р.В. Реабилитация онкологических больных / Р.В. Полковникова // Актуальные вопросы маммологии: материалы науч.-практ. конф. — Ижевск, 1998. — С.181—182.
11. Трапезников, Н.Н. Лечение опухолей молочной железы / Н.Н. Трапезников, В.П. Летагин, Д.А. Алиев. — М.: Медицина, 1989. — С.56—64; 139—158.
12. Харченко, В.П. Медицинская реабилитация больных раком молочной железы / В.П. Харченко, Г.А. Паньшин, М.Н. Иванов // Материалы науч.-практ. конф., посвящ. памяти проф. Б.К. Шарова. — Челябинск, 1997. — С.170—171.
13. An overview of cancer economics. Based on a presentation by C. Daniel Mullins, PhD // Am. J. Manag. Care. — 1999. — № 5 (suppl. 6). — P.371—376.
14. Bonnema, J. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer / J. Bonnema, A.M. van Wersch, A.N. van Geel [et al.] // Eur. J. Cancer. — 1998. — Vol. 34(13). — P.2015—2020.
15. Davis, C. Early discharge following breast surgery: assessing care, support, and informational needs of women with early breast cancer in Australia / C. Davis, P. Williams, S. Redman // Aust. N. Z. J. Surg. — 2000. — Vol. 70(8). — P.569—572.
16. Driscoll, A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital / A. Driscoll // J. Adv. Nurs. — 2000. — Vol. 31(5). — P.1165—1173.
17. Hester, L.E. Coordinating a successful discharge plan / L.E. Hester // Am. J. Nurs. — 1996. — Vol. 96(6). — P.35—37.
18. Hoehn, J.L. Definitive breast cancer surgery as an outpatient: a rational basis for the transition / J.L. Hoehn // Semin. Surg. Oncol. — 1996. — Vol. 12(1). — P.53—58.
19. Kambouris, A. Physical, psychological, and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer / A. Kambouris // Am. Surg. — 1996. — Vol. 62(2). — P.123—127.
20. Khandekar, J.D. Recommendations on follow-up of breast cancer patients following primary therapy / J.D. Khandekar // Semin. Surg. Oncol. — 1996. — Vol. 12(5). — P.346—351.
21. MacBride, S.K. Survivorship and the cancer follow-up clinic / S.K. MacBride, F. Whyte.
22. Northover, J. Which type of follow-up? / J. Northover // Hepatogastroenterology. — 2000. — Vol. 47(32). — P.335—336.
23. Penrod, J.D. Effects of post-hospital medicare home health and informal care on patient functional status / J.D. Penrod, R.L. Kane, M.D. Finch, R.A. Kane // Health Serv. Res. — 1998. — Vol. 33(3. Pt 1). — P.513—529.
24. The economics and challenges of breast cancer in a managed care environment. Based on a presentation by Alan H. Heaton, Pharm D. // Am. J. Manag. Care. — 1999. — Vol. 5 (suppl 6). — P.383—388.
25. Weaver, F.M. Patients' and caregivers' transition from hospital to home: needs and recommendations / F.M. Weaver, L. Perloff, T. Waters // Home Health Care. Serv. Q. — 1998. — Vol. 17(3). — P.27—48.
26. Will, B.P. Estimates of the lifetime costs of breast cancer treatment in Canada / B.P. Will, J.M. Berthelot, C. Le Petit [et al.] // Eur. J. Cancer. — 2000. — Vol. 36(6). — P.724—735.

Статья поступила 12.01.2012 г.
Принята в печать 24.02.2012 г.