
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

К.В. Гордон, Э.С. Худоев

Кафедра восстановительной медицины, физиотерапии,
мануальной терапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины
Кубанский государственный медицинский университет
ул. Седина, 4, Краснодар, Россия, 350004

Нерациональное лечение и отсутствие реабилитационных мероприятий обуславливает повторное хирургическое лечение узловых форм мастопатии в первые 1,5 года после операции более чем у 27% больных, при этом многие из них переносят секторальные резекции молочных желез 3 и более раз. Проведение послеоперационной медицинской реабилитации и персонализированное комплексное лечение маммологических больных позволяет добиться улучшения клинического состояния у 89,4% больных, предупредить у них прогрессирование диффузных форм мастопатии, снизить на 64,7% частоту повторного формирования очагов локализованного фиброаденоматоза и обеспечить улучшение общего клинического состояния за счет профилактики или снижения частоты обострения экстрагенитальных и гинекологических заболеваний в 2,43 раза, что существенно повышает качество жизни женщин и способствует вторичной профилактике рака молочной железы.

Ключевые слова: мастопатия, фиброаденоматоз молочных желез, послеоперационная реабилитация.

Диссеминация нераковых заболеваний молочных желез не имеет тенденции к снижению во всем мире: они диагностируются у 60% женщин до 40 лет и у 65% в возрасте от 41 до 50 лет, при этом риск малигнизации имеет каждая третья больная [1—3]. Синдромальный полиморфизм клинических проявлений дисгормональных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ) обусловлен индивидуальным сочетанием многообразных медико-социальных предикторов и факторов риска развития и прогрессирования мастопатий. Логично дифференцировать методологию комплексного лечения больных с мастопатиями, преимущественно обусловленными: гиперпролактинемией; гипо- или гипертиреозом; гинекологическими заболеваниями, сопровождающимися нарушениями секреции яичниковых гормонов; обменно-метаболическими расстройствами с поражением гепатобилиарной системы, а также сочетанием этих нозологических форм. Различный подход требуется при лечении диффузных и локализованных форм фиброаденоматоза [3, 4]. Учитывая частое проведение оперативного лечения на фоне последних, актуальна и дифференциация послеоперационных реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Целью исследования явилось изучение лечебно-профилактической эффективности применения комплекса технологий восстановительной медицины (диетотерапия, лечебная физкультура, нормобарическая гипокситерапия, транскраниальная электронейростимуляция и КВЧ-терапия) на базе ЛПУ и здравниц Краснодарского края в комплексной послеоперационной медицинской реабилитации больных, перенесших лечебно-диагностические операции на молочных железах по поводу доброкачественных дисгормональных заболеваний.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач было проведено обследование, оперативное лечение и медицинская реабилитация 540 пациенток в возрасте от 18 до 55 лет с доброкачественными заболеваниями молочной железы, а также пациенток, обратившихся для проведения эстетических пластических операций. Больные были направлены на обследование и лечение женскими консультациями г. Краснодара и Краснодарского края, а также обращались самостоятельно. Основную группу наблюдения составили 274 пациентки, контрольную — 266 женщин. Медицинская послеоперационная реабилитация пациенток проводилась на базе физиотерапевтического отделения маммологической клиники «МАММЕ» г. Краснодар, МУЗ г. Краснодара «Центр восстановительной медицины и реабилитации», а также ряда санаториев федеральных курортов Краснодарского края.

В комплекс обследования входили: изучение анамнеза, а при повторных оперативных вмешательствах на молочных железах и катamnестических данных после проведенного хирургического лечения, наружный и внутренний осмотр половых органов, пальпаторное исследование молочных желез, их ультразвуковое исследование и маммография.

Оценка психовегетативного профиля личности включала психологические тесты (САН и адаптированный опросник ММРІ) и пробы (Шульте—Горбова, Лурии, Дембо—Рубинштейна), а также кардиоинтервалографию с применением отечественного компьютеризированного аппаратного комплекса «Поли-Спектр» («Нейросовт», Россия) [5, 6]. Уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза (Л.Х. Гаркави, 2000) оценивался как до операции, так и дважды после нее [7]. Особое внимание было уделено качеству жизни (КЖ) пациенток, которое изучалось с помощью опросника MOS SF-36 с определением физического и психологического здоровья.

Клинико-лабораторное обследование включало иммунологические исследования по показателям первого уровня с определением абсолютного и относительного (в процентах) количества Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, иммуноглобулинов класса G, A, M, с оценкой иммуно-регуляторного индекса по стандартным методикам; определение липидограммы и основных показателей системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы [8]. Пациенткам с нарушениями (избыточная или недостаточная) массы тела дополнительно назначалась биометрия, проводившаяся при помощи анализатора оценки баланса водных секторов организма АВС-01 «Медасс» с программным обеспечением по ТУ 9441-003-33682701-97 (Рег. удост. МЗ РФ № ФСР 2007/01219 от 26.11.2007; ЗАО Нучно-техн. Центр 2МЕДАСС», Россия).

Лечебные схемы послеоперационной медицинской реабилитации включали в себя диетотерапию и коррекцию пищевого поведения пациенток, нарастающие по интенсивности режимы ЛФК, КВЧ-терапию с длиной волны 5,6 мм на область послеоперационных швов, 5 процедур транскраниальной электростимуляции и курс нормобарической гипокситерапии, проводившейся на аппарате «БиоНова-204». Было пролечено 257 больных с ДЗМЖ, которые перенесли секторальную резекцию молочной железы по поводу узловых форм мастопатии. В ходе послеоперационной реабилитации пациентки были разделены на 4 группы

в зависимости от преимущественного варианта нарушений гормонального фона: 1 группа — гиперпролактинемия; 2 группа — гипотиреоз различной степени выраженности; 3 группа — ановуляторный менструальный цикл или НЛФ с явлениями гипопрогестеронемии; 4 группа — отсутствие выраженных гормональных нарушений на фоне сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, преимущественно — органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Для каждой группы были разработаны схемы лечения, включавшие фармакотерапию, назначение и виды которой были обусловлены особенностями клинического состояния, и применение преформированных физических лечебных факторов системного действия, ориентированных в соответствии с ведущими синдромами. Для больных 1-й группы неотъемлемым компонентом фармакотерапии являлись препараты, подавляющие выработку пролактина (бромкриптин, достинекс); для 2-й — препараты йода или тиреоидные гормоны; для 3-й — различные гестагены; для 4-й — гепатопротекторы и желчегонные средства. Всем больным проводилась низкодозовая медикаментозная эндэкологическая реабилитация, включавшая назначение ферментных препаратов, энтеросорбентов, витаминов и пробиотиков, иммуностимулирующих и лимфотропных средств. При назначении аппаратной физиотерапии учитывалось наличие сопутствующих гормонозависимых гиперпластических гинекологических заболеваний: миомы матки и эндометриоза (даным больным преимущественно назначались нормобарическая гипокситерапия и транскраниальная электронейростимуляция). При сопутствующих хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза использовались озонотерапия и КВЧ-терапия с длиной волны 5,6 мм на область проекции матки и ее придатков на передней брюшной стенке.

Осуществленный в ходе исследования анализ особенностей клинического течения доброкачественных заболеваний молочной железы, спектра сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, диссеминации донозологических состояний и синдромов у 540 женщин 24—48 лет, постоянно проживающих в Краснодарском крае, указывает на ведущую роль таких потенциально предотвратимых факторов риска прогрессирования и малигнизации фиброаденоматоза молочных желез, как обусловленных хроническим психоэмоциональным стрессом нарушений психовегетативного статуса; обменно-метаболических и гормональных нарушений, связанных с эндокринными и гинекологическими заболеваниями (94,8% случаев); негативных проявлений последствий вредных привычек и воздействия ряда экологических факторов (62,4% случаев). Для больных с узловыми формами мастопатии в 82,8% случаев характерны неблагоприятные изменения психоэмоционального профиля личности, в 94,7% случаев — нарушения вегетативного обеспечения деятельности, в 52,4% случаев — дисбаланс тиреоидных и яичниковых гормонов, в 43,7% случаев — снижение иммунитета и в 46,7% случаев — дислипидемия различной степени выраженности, что в целом формирует взаимосвязанный комплекс психонейроэндокринных, иммунных и метаболических нарушений, обуславливающий высокую частоту прогрессирования ДЗМЖ и повторных случаев формирования локализованных форм фиброаденоматоза у больных, перенесших секторальную резекцию молочной железы. Повторное хирургическое лечение узловых форм мастопатии в первые 1,5 года после

операции проходит у 27% больных, при этом многие из них переносят секторальные резекции молочных желез 3 раза и более.

Все больные переносили лечение хорошо, отмечали улучшение общего самочувствия и сна, повышение активности и настроения, стабилизацию физической работоспособности. Использование стандартного курса антибиотикотерапии и эндоэкологической реабилитации в сочетании с КВЧ-терапией с длиной волны 5,6 мм на область послеоперационного шва в раннем послеоперационном периоде у пациенток после пластических операций на молочной железе обеспечило надежную профилактику инфекционных осложнений. Ни у одной больной данной подгруппы основной группы наблюдения не были зафиксированы ранние послеоперационные осложнения, заживление швов происходило первичным натяжением. Пациентки основной группы отмечали быстрое и адекватное купирование болевого синдрома к 3-му дню после операции, в то время как опрос женщин из контрольной группы выявил сохранение у 63,4% из них болевого синдрома или выраженного дискомфорта до 7-го дня после операции, а у 23,2% — до 14 дня.

Послеоперационная медицинская реабилитация проводилась в 2 этапа. На фоне проведения реабилитационных мероприятий 1-го этапа отмечалось более быстрое улучшение общего состояния: так субфебрильная температура после операции держалась всего 1—2 дня, болевой синдром купировался на 5-й день без применения анальгетиков, дискомфорт в молочных железах исчезал в течение 1-го месяца. Таким образом, процесс восстановления функции молочных желез в основной группе проходил в 2—2,5 раза скорее, чем в контрольной группе наблюдения.

Результаты психологического тестирования указывали на то, что состояние нервно-психической сферы в течение 1-го этапа реабилитации в основной группе наблюдения также имело более положительную динамику: в ходе проведения теста САН декомпенсированное и субкомпенсированное состояние отмечалось у 64,7% основной группы, против 86% случаев в контрольной; темпы сенсомоторных реакций возросли на 42,6%; кратковременная память на 24,3%; пробу Шульте—Горбова успешно выполнило 76%. Существенная позитивная динамика была отмечена и со стороны функциональной активности ВНС: в период первых 2 месяцев восстановительного лечения у 72,4% пациенток было отмечено появление физиологических колебаний в проявлении вегетативных реакций на протяжении менструального цикла, усиление адренергических влияний во II фазу менструального цикла. Данные показатели подтверждались результатами кардиоинтервалографии, указывающими на снижение мощности быстрых волн, отражающих активность парасимпатического отдела ВНС, в лютеиновую фазу менструального цикла. Также при проведении нагрузочных проб вегетативная реактивность и обеспечение деятельности в пределах границ нормы была отмечена у 49,5% больных основной группы наблюдения, что в целом указывало на снижение изначально повышенной парасимпатикотонии и физиологическую активацию симпато-адреналовой системы.

Гинекологический статус больных претерпел позитивные изменения: больные, имевшие в анамнезе нарушения менструального цикла или дисменорею, отмечали нормализацию ритма и характера менструации, снижение уровня болезненности. Восстановление нейроэндокринной регуляции функции яичников

и наличие овуляции было диагностировано у 73,2 % пациенток с сохраненной менструальной функцией.

Улучшение в клиническом течении общесоматических заболеваний отметили 64% пациенток: большая часть из них (46,4% обследованных) указали на компенсацию функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, при этом масса тела начала снижаться у 47,5% больных, страдавших ожирением. Таким образом, результатом 1-го этапа послеоперационной реабилитации явилась четкая тенденция к нормализации психовегетативного фона, компенсации сопутствующих функциональных и органических заболеваний, снижение степени обменно-эндокринных нарушений, восстановление нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы, при этом темпы восстановления морфофункционального состояния молочных желез были в 2—2,9 раза выше, чем в контрольной группе.

Сущностным наполнением 2-го этапа послеоперационных реабилитационных мероприятий у пациенток, перенесших секторальную резекцию молочной железы по поводу локализованных форм фиброаденоматоза на фоне ДЗМЖ, явилась комплексная синдромно-ориентированная коррекция степени выраженности основных выявленных нами предикторов развития и прогрессирования гормонозависимых заболеваний молочных желез (психо-вегетативный, гормональный и обменно-метаболический блоки), которая осуществлялась за счет активизации процессов саногенеза и нормализации активности основных гомеостатических функциональных систем. Спектр реабилитационных мероприятий включал аппаратную физиотерапию (сочетание нормобарической гипокситерапии и транскраниальной электронейростимуляции); продолжение занятий аутогенной тренировкой, выступавшей в нашем исследовании элементом персонифицированной психотерапии; индивидуально подобранную с учетом вариабельности клинических проявлений экстрагенитальных и гинекологических заболеваний фито- и диетотерапию. С помощью также индивидуально подобранной рациональной диеты пациентам проводилась коррекция обменно-эндокринных нарушений, функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Положительные изменения в течении основного заболевания — диффузной мастопатии — на фоне проведения реабилитационных мероприятий имели место у 84,7% больных. Пациентки отметили практически полную редукцию болевого синдрома, уменьшение степени набухания молочных желез и циклической масталгии в предменструальный период, при этом ультразвуковое исследование показало снижение степени выраженности фиброаденоматоза молочных желез до 2—3 баллов по шкале Л.Н. Сидоренко в 72,4% случаев, а до 1—2 баллов у 15,5% больных.

Также необходимо отметить, что психоэмоциональное состояние пролеченных пациенток основной группы значительно улучшилось по сравнению с дооперационным и ранним послеоперационным периодом. Психологические пробы показали повышение темпа сенсомоторных реакций на 79,4%, нормальный уровень кратковременной памяти был зафиксирован у 87,5% больных, существенно возрос и уровень самооценки женщин. Результаты теста САН указывали на то, что компенсированное состояние было диагностировано в 59,8% случаев, что почти в 2 раза больше, чем до начала курса реабилитации: его интегративная

оценка повысилась с $154,2 \pm 16,7$ до $194,0 \pm 11,5$ баллов ($p < 0,01$). Проведенное тестирование показало снижение степени донозологических психоэмоциональных изменений почти в 3 раза, более чем в 2,5 раза уменьшилась частота средних и выраженных форм астеноневротического и ипохондрического синдромов. Результаты кардиоинтервалографии указывали на позитивную динамику волновой структуры вегетативной регуляции: анализ их динамики на протяжении менструального цикла позволил выявить преобладание адренергических влияний во II фазе у 75,5% основной группы, что проявилось в виде снижения мощности быстрых волн с $523,3 \pm 11,5$ до $437,5 \pm 943$, на фоне роста мощности медленных с $217,3 \pm 02$ до $241,5 \pm 12,4$ и очень медленных с $418,0 \pm 12,4$ до $607,4 \pm 12,4$ ($p < 0,05$). Вегетативная реактивность и обеспечение деятельности соответствовали возрастным нормам у 62,5% больных. Позитивная коррекция показателей психовегетативного тонуса обеспечила и рост показателей качества жизни — PCS в среднем составил $47,3 \pm 1,2$, а MCS — $41,7 \pm 2,4$ балла ($p < 0,05$).

Проведенное лабораторно-инструментальное исследование подтверждало позитивную динамику клинического состояния больных. Интегративная оценка состояния защитно-приспособительных механизмов гомеостаза по методу Гаркави выявила повышение уровней реактивности и количества полноценных реакций, среди которых у 72,4% обследованных преобладали реакции повышенной активации. Реабилитационный курс восстановительного лечения оказал позитивное воздействие на гормональный фон пациенток основной группы, у которых в отличие от контрольной группы в 62,7% случаев отмечалось повышение уровня прогестерона до нормальных значений, овуляторные менструальные циклы отмечались в 71,8% случаев. При этом отмечалось восстановление концентрации в сыворотке крови свободного тироксина в пределах медианы нормальных значений у 86,5% пациенток основной группы ($p < 0,05$).

Персонифицированное применение преформированных физических факторов, фито- и диетотерапии оказало позитивное воздействие на биохимические и иммунологические показатели. В когорте пациенток, имевших до оперативного лечения повышенную массу тела и отметивших ее снижение уже на этапе ранней послеоперационной реабилитации, нормализация индекса массы тела была отмечена в 57,4% случаев, а у 81,5% обследованных улучшились показатели углеводного обмена. Анализ динамики характера липидограммы указывал на то, что в 83,6% случаев снижался уровень общего холестерина и триглицеридов, при этом отмечалось повышение концентраций ЛПВП и снижение уровня ЛПНП. Достоверно снижалась и доля пациенток с явлениями диспротеинемии, составив к окончанию курса реабилитации в основной группе только 17,4% против 65,6% в соответствующей контрольной подгруппе наблюдения. Позитивные изменения наблюдались и в системе перекисного окисления липидов: у всех больных снижалась активность ПОЛ, верифицируемая нами по уровню малоновых dealдегидов липидов и эритроцитов, диеновых конъюгатов, что происходило на фоне оптимизации состояния антиоксидантной системы, проявлявшемся снижением концентрации каталазы, супероксиддисмутазы и нормализацией уровня церулоплазмينا.

Анализ результатов иммунологического обследования указывал на то, что у части больных с имевшимися неблагоприятными иммунологическими сдвигами, преимущественно обусловленными гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста или экстрагенитальными заболеваниями у женщин перименопаузального и климактерического возраста), отмечалась статистически достоверная нормализация соотношения субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, обеспечившая итоговые значения иммуннорегуляторного коэффициента на уровне $1,31 \pm 0,07$ ($p < 0,05$).

В целом анализ клинического течения доброкачественных заболеваний молочной железы, спектра сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии, диссеминации донозологических состояний и синдромов у женщин, постоянно проживающих в Краснодарском крае, указывает на ведущую роль таких потенциально предотвратимых факторов риска прогрессирования и малигнизации фиброаденоматоза молочных желез, как обусловленных хроническим психоэмоциональным стрессом нарушений психовегетативного статуса; обменно-метаболических и гормональных нарушений, связанных с эндокринными и гинекологическими заболеваниями (94,8% случаев); негативных проявлений последствий вредных привычек и воздействия ряда экологических факторов (62,4% случаев). Для больных с узловыми формами мастопатии в 82,8% случаев характерны неблагоприятные изменения психоэмоционального профиля личности, в 94,7% случаев — нарушения вегетативного обеспечения деятельности, в 52,4% случаев — дисбаланс тиреоидных и яичниковых гормонов, в 43,7% случаев — снижение иммунитета и в 46,7% случаев — дислипидемия различной степени выраженности, что в целом формирует взаимосвязанный комплекс психонейро-эндокринных, иммунных и метаболических нарушений, обуславливающий высокую частоту прогрессирования ДЗМЖ и повторных случаев формирования локализованных форм фиброаденоматоза у больных, перенесших секторальную резекцию молочной железы.

Проведенное нами исследование показало, что среди предикторов развития послеоперационных осложнений у пациенток, перенесших эстетические пластические операции на молочных железах, наряду с ятрогенными факторами важное значение имеют неблагоприятные изменения психоэмоционального профиля личности, обусловленные индивидуальными особенностями межличностного взаимодействия и социальной коммуникации, а также патогенетические механизмы, родственные с факторами риска развития таких гинекологических гормонозависимых заболеваний, как эндометриоз и миома матки, что в целом обуславливает необходимость длительного наблюдения данной группы маммологических больных в специализированных ЛПУ акушерско-гинекологического профиля.

Применение избранных медицинских технологий восстановительной медицины (озонотерапия, эндоэкологическая реабилитация, КВЧ-терапия, нормобарическая гипокситерапия и транскраниальная электронейростимуляция) в послеоперационной реабилитации и комплексном лечении маммологических больных на фоне персонифицированной фармакотерапии позволило добиться улучшения

клинического состояния у 89,4% больных и предупредить у них прогрессирование диффузных форм мастопатии. Авторская методология послеоперационной реабилитации позволила снизить на 64,7% частоту повторного формирования очагов локализованного фиброаденоматоза и обеспечила улучшение общего клинического состояния за счет профилактики или снижения частоты обострения экстрагенитальных и гинекологических заболеваний в 2,43 раза.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] Зубкин В.И., Румянцева Л.В. Опыт применения 3D УЗИ в диагностике заболеваний молочных желез // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина». — 2010. — № 6. — С. 189—195.
- [3] Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.
- [4] Радзинский В.Е. Рук-во к практическим занятиям по гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [5] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Изд-во РУДН, 2011.
- [6] Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. — М., 2010.

MEDICAL-PREVENTIV EFFICACY OF STAGED POSTOPERATIVE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISHORMONAL DISEASES OF THE BREAST

K.V. Gordon, E.S. Khudoev

Department of regenerative medicine, physiotherapy,
manual therapy, physical therapy and sports medicine
Kuban State Medical University
Sedin str., 4, Krasnodar, Russia, 350004

Mismanagement and lack of rehabilitation results in repeated surgery nodal forms of dishormonal breast diseases in the first 1.5 years after surgery, more than 27% of patients, and many of them carry sectoral resection of breast three times or more. Conducting post-operative medical rehabilitation and personalized comprehensive treatment of patients with breast achieves clinical improvement in 89.4% of patients, to prevent the progression of their diffuse forms of dishormonal breast diseases, a decrease of 64.7% frequency re-formation of foci localized fibroadenomatosis and improve the overall clinical condition of by preventing or reducing the frequency of acute extra-and gynecological diseases in 2.43 times, which significantly improves the quality of life of women and contributes to the secondary prevention of breast cancer.

Key words: breast, breast fibroadenomatosis, postoperative rehabilitation.