

УДК 618.69

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ И МЕТОДОЛОГИЯ  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Э.С. ХУДОЕВ, К.В. ГОРДОН

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский Университет»,  
Россия, 350004, Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел.: +7 (918) 401-50-08, e-mail: doctor4007@rambler.ru*

**Аннотация.** Рак молочной железы является одной из наиболее частых причин смертности женщин. Санаторно-курортное лечение является действенным способом оздоровления, профилактики заболеваний и медицинской реабилитации. Оно может с успехом использоваться и больных с дисгормональными нераковыми заболеваниями молочной железы. Целесообразно включение климатотерапии, йодобромной бальнеотерапии, транскраниальной электронейростимуляции, витаминотерапии и диеты в комплексное лечение этих больных в санаторно-курортных условиях.

**Ключевые слова:** санаторно-курортное лечение, дисгормональные нераковые заболевания молочной железы.

THE SCIENTIFIC BASE OF CONCEPTUAL APPROACHES AND METHODOLOGY  
OF THE RECOVERY TREATMENT NONMALIGNANT DISEASE OF MAMMARY GLANDS  
DURING SPA THERAPY PHASE

E.S. HUDOEV, K.V. GORDON

*GBOU VPO "Kuban State Medical University"  
Russia, 350004, Str. Sedin, 4, tel.: +7 (918) 401-50-08, e-mail: doctor4007@rambler.ru*

**Abstract.** The comedocarcinoma is one of the most frequent causes of death in women. Spa treatment is the effective way to wellness, disease prevention and medical rehabilitation. It can be successfully used in patients with nonmalignant diseases. It is advisable to use the climatotherapy, the iodine-bromine balneotherapy, the transcranial electrostimulation, the vitamin and diet in the complex treatment in the patients in sanatorium conditions.

**Key words:** spa treatment, dyshormonal nonmalignant disease.

Среди социально значимых заболеваний у женщин особое место занимает *рак молочной железы* (РМЖ), являющийся второй после сердечно-сосудистых заболеваний причиной смертности среди женской популяции. Дисгормональные *доброкачественные заболевания молочных желез* (ДЗМЖ) в своем этиопатогенезе имеют много общего и часто сопутствуют развитию РМЖ: на фоне пролиферативных форм мастопатии РМЖ развивается в 30-40 раз чаще. Учитывая высокий уровень диссеминации мастопатий в женской популяции России, наличие подобного диагноза существенно сужает показания для *санаторно-курортного лечения* (СКЛ) данной группы пациенток, создает определенные сложности в организации лечения, является серьезным, порой скорее более субъективным чем научно обоснованным, ограничением в проведении климато-, бальнео- и физиотерапии в период СКЛ.

**Цель исследования** – научное обоснование концептуальных подходов и анализ методологии восстановительного лечения гинекологических больных, страдающих доброкачественными заболеваниями молочной железы, на санаторно-курортном этапе.

ДЗМЖ являются одними из наиболее часто встречаемых патологических состояний у женщин различных возрастных групп и представляют собой группу гетерогенных заболеваний, различной этиологии, имеющих сложную гистологическую и клиническую картину. На сегодняшний день происходящие при ДЗМЖ морфо-функциональные изменения в молочных железах изучены достаточно хорошо, существенный прорыв произошел и в уточнении молекулярных механизмов патогенеза данного заболевания. При патологии в тканях молочной железы происходят сложные каскадные молекулярно-биологические процессы. На фоне генетической предрасположенности, хронического оксидативного стресса, сопутствующего различным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям, в том числе и перманентному психоэмоциональному дистрессу, воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, вредных привычек и нерационального питания, хронических воспалительных заболеваний, травматических воздействий, локального или системного снижения защитных механизмов в молочной железе активируются провоспалительные факторы. Основными индукторами патологического клеточного деления в молочных железах являются онкогенные метаболиты эстрогенов (16-альфа-гидроксистерон), фактор некроза опухоли и эпидермальный фактор роста. При длительном сохранении данной патологической ситуации в

молочных железах могут формироваться активные пролиферативные процессы с развитием локальных опухолей с вероятным переходом в последствии в метастазирующий рак. По разным данным на этот процесс требуется от 3 до 20 лет. Несмотря на то, что ДЗМЖ являются доброкачественными заболеваниями, в ряде случаев данная патология может быть промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса. Поскольку доброкачественные заболевания и рак молочных желез имеют много общего в этиологических факторах и патогенетических механизмах, факторы риска развития мастопатии и РМЖ во многом идентичны. На сегодняшний день не выявлено ни одного специфического фактора риска развития данного заболевания, однако отмечено резкое повышение частоты мастопатии на фоне хронического стресса, при гинекологических, особенно гормонозависимых, заболеваниях, нейро-эндокринной и обменно-метаболической патологии, нерациональном питании и ожирении. Крайне неблагоприятную роль играют наследственные и генетические факторы, ионизирующее излучение, прерывание беременности и др.

Очевидно, что успешное лечение ФКБ и профилактика РМЖ может строиться только на принципах системного подхода к организму человека, с учетом индивидуальных особенностей реализации патологических влияний группы экзо- и эндогенных факторов риска. Вышеприведенное перечисление факторов риска указывает основные векторы профилактики РМЖ и лечения мастопатии: компенсация воздействия неблагоприятных экзогенных факторов (экологические, медико-социальные и др.) и вредных привычек, предупреждение реализации наследственных и генетических факторов, нормализация психо-вегетативной регуляции гомеостаза и репродуктивной системы, стимуляция иммунного статуса, коррекция молекулярно-биологических, обменно-метаболических и гормональных процессов.

Очевидно, что в спектр медицинских мероприятий по профилактике и лечению ФКБ и РМЖ должны быть включены нижеследующие составляющие, большая часть которых может быть отнесена к технологиям восстановительной медицины, как современному медицинскому направлению, включающему в себя оздоровление, профилактику заболеваний и восстановительную коррекцию морфо-функционального состояния различных гомеостатических систем. Санаторно-курортное лечение данной группы пациенток представляет собой удобный период для практического применения широкого спектра данных методов системного воздействия на организм больной с использованием психотерапии и преимущественно немедикаментозных методов.

На первом месте в этом аспекте стоит образовательная программа, в рамках которой пациентке должны быть разъяснены роль и возможные механизмы реализации неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов риска, совместно с ней разработаны меры по их профилактике. В ходе беседы с пациенткой должны быть определены характер, объем, последовательность, регулярность диагностических мероприятий (маммография, УЗИ, пункционная биопсия, динамическое определение онкомаркеров и показателей гормонального статуса), спектр необходимых индивидуально подобранных лечебных воздействий с учетом сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Системный подход диктует необходимость длительного проведения сочетанной коррекции психо-вегетативного статуса, стереотипов пищевого и репродуктивного поведения, нейро-эндокринной регуляции гомеостаза в целом и репродуктивной системы в частности, иммунного и биохимического статуса. Рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, дифференцированные режимы двигательной активности, занятия йогой позитивно влияют на психоэмоциональное состояние тонус больных. Назначенные в начале лечения индивидуально подобранные ноотропные средства, антиксиолитики, седативные (преимущественно растительного происхождения) средства оптимизируют обмен нейромедиаторов, повышают уровни устойчивости ЦНС и ВНС к экзо- и эндогенным воздействиям, коррегируют психо-вегетативный статус, повышают умственную работоспособность, что в целом оказывает антистрессорное действие и ослабляет его негативные последствия на систему регуляции репродуктивной функции.

Определяющую системный характер воздействия играет оптимизация метаболизма. При этом крайне важна коррекция диеты, способная оказать позитивное влияние на показатели биоценоза кишечника, эндолимфатический дренаж, активность пристеночного пищеварения, показатели всасывания питательных веществ, витаминов и микроэлементов, функциональную активность органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, синтез нейромедиаторов и биологически активных веществ, иммунный статус и пр. Больным с ФКМ рекомендуется потреблять ежедневно эквивалент 1 кг. свежих овощей и фруктов в виде свежавыжатых соков, салатов, в натуральном и сушеном виде. Особую ценность имеют продукты, относящиеся к семейству крестоцветных и бобовых, содержащих индол-3-карбинол и фитофлавоноиды (различные виды капусты, зеленого горошка, фасоли, соевые продукты), а также цитрусовые. Рекомендуется ограничить потребление животных жиров до 25-20 гр. в сутки, заменяя их растительными жирами (нерафинированное оливковое и др. масла). Также рекомендуются морепродукты, богатые йодом, фосфолипидами, ненасыщенными жирными кислотами, и продукты, содержащие растительную клетчатку (зелень, хлеб грубого помола). Учитывая высокую частоту сочетания ФКМ с заболеваниями ЖКТ и гепатобилиарной системы рекомендуется резко ограничить жареные, острые, соленые, жирные продукты. Витамины могут назначаться в виде поливитаминно-минеральных комплексов и БАДов, содержащих кроме

витаминов А, Е, С, группы В фитостероиды и ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую, арахидоновую и др.). Назначение гепатопротекторов продиктовано необходимостью нормализации метаболических процессов и структурно-функциональной целостности клеточных мембран гепатоцитов, ответственных за активность обмена половых стероидов, соотношение фракций эстрогенов. Назначение фитотерапии, ферментных препаратов, энтеросорбентов, препаратов, содержащих лактобактерии, главным образом преследует цели нормализации функции ЖКТ, желчевыводящих протоков, нормализации психо-вегетативного статуса, повышения антиоксидантного потенциала, иммунного статуса. Высоко эффективно применение сбалансированных программ (эндоэкологическая реабилитация по методикам Левина в модификации Быкова). Нестероидные противовоспалительные средства назначаются с целью торможения синтеза простагландинов, которые наряду с TNF и IL-1 стимулируют фактор роста эндотелия сосудов и его рецепторов.

Хороший эффект дает комплексное применение природных и современных преформированных физических факторов, особенно в период санаторно-курортного лечения. Климато- и талассотерапия, проводимые по I-II режимам воздействия, оказывают системное положительное воздействие на организм пациентов. Показаны больным нормобарическая гипокситерапия, озонотерапия, транскраниальная электростимуляция, йодобромная бальнеотерапия, КВЧ-терапия на БАТ акупунктуры, мягкие техники мануальной терапии, дифференцированные режимы профессиональной ароматерапии (наружное применение, ингаляции, внутривлагалищные инстилляции, аромаванны и др.). Высокой эффективностью обладают технологии корпоральной и аурикулярной иглорефлексотерапии, проводимой с учетом циклических гормональных и вегетативных изменений в женском организме в течение менструального цикла. Учитывая роль гинекологической патологии в этиопатогенезе ДЗМЖ, актуально применение методов аппаратной физиотерапии, направленных на лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, с учетом уровня эстрогенной насыщенности организма.

Проведенный нами анализ особенностей клинического течения доброкачественных заболеваний молочной железы, спектра сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии, 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 психо-вегетативного 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 психо-эмоционального 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 психо-нейро-эндокринных, 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 до 27% больных, при этом многие из них переносят секторальные резекции молочных желез 3 и более раз.

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 сопутствующей экстрагенитальной патологии в виде заболеваний 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 донозологических состояний. Для больных 1 группы неотъемлемым компонентом фармакотерапии являлись препараты, подавляющие выработку пролактина (бромкриптин, достинекс); для 2 – препараты йода или тиреоидные гормоны; для 3 – различные гестагены; для 4 – гепатопротекторы и желчегонные средства. Всем больным проводилась низкодозовая медикаментозная эндоэкологическая 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, - данным больным преимущественно назначались нормобарическая гипокситерапия и транскраниальная электростимуляция. При сопутствующих хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза использо-

вались озонотерапия и КВЧ-терапия с длиной волны 5,6 мм. на область проекции матки и ее придатков на передней брюшной стенке.

Все больные переносили лечение хорошо, отмечали улучшение общего самочувствия и сна, повышение активности и настроения, стабилизацию физической работоспособности. У всех пациенток в послеоперационном периоде отмечалось быстрое купирование болевого синдрома и отсутствие как ранних, так и отсроченных послеоперационных осложнений. 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 персонализированной 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.

**Выводы.** Таким образом, спектр немедикаментозных методов лечения ДЗМЖ и вторичной профилактики РМЖ достаточно широк, предубеждение против их активного применения не обоснованы, а их этапное преемственное и безусловно персонализированное использование достаточно эффективно. Однако, сохраняющаяся высокая частота РМЖ указывает на недостаточно широкое, бессистемное и шаблонное их применение, что резко снижает уровень медико-экономической эффективности профилактики и лечения этой патологии. Высокая стоимость гормонотерапии, трудность подбора селективных препаратов, нормализующих гормональный фон, частые случаи побочных эффектов и полифармакопрогнози, сложности динамического клинического ведения больных, получающих гормонотерапию, обуславливают актуальность более широкого применения методов восстановительной медицины, при рациональном применении лишенных побочных отрицательных эффектов и оказывающих на организм пациенток системные позитивные эффекты. Последнее предрасполагает разработку и апробацию дифференцированных методов санаторно-курортного лечения данной группы гинекологических больных. Применение технологий восстановительной медицины в комплексном лечении и послеоперационной медицинской реабилитации маммологических больных существенно повышает лечебно-профилактическую эффективность комплекса медицинских мероприятий, снижает частоту рецидивов узловых форм фиброаденоматоза и повышает качество жизни женщин.

#### Литература

1. *Асеев, А.В.* Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы /А.В. Асеев, В.Я. Васютков, З.М. Мурашова // Маммология. –1994. –№3. – С. 14–16.
2. *Давыдов, М. И.* Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. – М., 2005.
3. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. –304 с.
4. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. –512 с.
5. *Нейштадт, Э.Л.* Патология молочной железы / Э.Л. Нейштадт, О.А. Воробьева. СПб. : ООО «Издательство Фолиант», 2003. – 208 с.