

UDC 61

Syndrome-pathogenetic Postoperational Rehabilitation of Patients with Dishormonal Mastopathy

¹Anatoly T. Bykov²Eduard S. Khudoev³Kirill V. Gordon

¹Kuban State Medical University, Russia
350004, Krasnodar, st. Sedin, 4
Corresponding Member of RAMS, MD, Professor
E-mail: kvmkgmu@mail.ru

²Kuban State Medical University, Russia
350004, Krasnodar, Sedina St, 4
oncologist, Head of the Department of Oncology

³Kuban State Medical University, Russia
350004, Krasnodar, Sedina St, 4
MD, professor
E-mail: doctor4007@rambler.ru

Abstract. Up to 27% of patients undergo repeated surgery of nodal forms of mastopathy in the first 1.5 years after surgery and many come through partial mastectomy 3 three times and even more. The use of selected medical technologies of restoration medicine in the post-surgery rehabilitation and combined therapy of patients with dishormonal breast diseases in the course of patient-specific drug therapy improves physical condition of 89.4% of patients, prevent progression of diffuse forms of dishormonal breast diseases, reduces recurrent breast tissue nodularity by 64.7% and improves general physical condition due to preventive measures or reduction of extra genital and gynecological diseases aggravation frequency in 2.43 times.

Keywords: fibrosing adenosis of the breast; post-surgery rehabilitation.

Введение. Болезни молочных желез диагностируются у 60 % женщин до 40 лет и у 65 % в возрасте от 41 до 50 лет, причем риск малигнизации имеет каждая третья больная. В связи с этим совершенствование работы маммологической службы можно с полным основанием отнести к одним из наиболее актуальных задач Российского здравоохранения в области охраны здоровья женщин [1, 2, 3]. Попытки найти универсальные схемы лечения гормонозависимых нераковых заболеваний молочных желез у женщин не увенчались успехом, что убедительно доказало необходимость создания современной и научно обоснованной системы персонифицированного лечения разнообразной маммологической патологии. 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 патологических состояний. Различный подход требуется при лечении диффузных и локализованных форм фиброаденоматоза [4]. Учитывая частое проведение оперативного лечения на фоне последних, актуальна и дифференциация послеоперационных реабилитационных мероприятий.

Целью исследования явилось изучение лечебно-профилактической эффективности применения различных технологий восстановительной медицины (диетотерапия, лечебная физкультура, нормобарическая гипокситерапия, транскраниальная электронейростимуляция и КВЧ-терапия) в комплексной послеоперационной медицинской

реабилитации больных, перенесших лечебно-диагностические операции на молочных железах по поводу доброкачественных дисгормональных заболеваний.

Материалы и методы. 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 пациенток, контрольную – 266 женщины. 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 психо-вегетативного профиля личности включала психологические тесты (САН и адаптированный опросник ММПИ) 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 вопросника MOS SF-36 с определением физического и психологического здоровья.

Иммунологические исследования проводили 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 иммунорегуляторного индекса (ИРИ) по стандартным методикам; определялись липидограмма и основные показатели системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) [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).

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 электронейростимуляции 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 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 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.

Результаты исследования. 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-нейроэндокринных, 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.

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 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 дня после операции, а у 23,2% до 14 дня.

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

Состояние нервно-психической сферы в течение 1 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 со стороны функциональной

активности ВНС: в период первых 2-х 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 симпатoadреналовой системы.

Учитывая важность гинекологического и эндокринного статуса спектр лечебно-реабилитационных мероприятий реализовывался совместно с гинекологом, эндокринологом и терапевтом. 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 течение общесоматических заболеваний отметили 64% пациенток: большая часть из них (46,4% обследованных) указали на компенсацию функциональных и органических заболеваний ЖКТ, при этом масса тела начала снижаться у 47,5% больных, страдавших ожирением.

Анализируя взаимосвязь полученных результатов с элементами I этапа реабилитации, можно отметить патогенетическую направленность примененных способов лечения.

В целом, результатом I этапа послеоперационной реабилитации явилась четкая тенденция к нормализации психо-вегетативного 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 II 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), за счет активизации процессов саногенеза и нормализации функциональной 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 течение 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 балла по шкале Л.Н. Сидоренко в 72,4% случаев, а до 1-2 баллов у 15,5% больных.

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 ($p < 0,01$). Проведенный тест ПДО показал снижение степени донозологических психоэмоциональных изменений почти в 3 раза, более чем в 2,5 раза уменьшилась частота средних и выраженных форм астено-невротического 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 $437,5 \pm 9,43$, на фоне роста мощности медленных с $217,3 \pm 0,2$ 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 психо-вегетативного 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 ($p < 0,05$).

Персонализированное применение преформированных физических факторов, фито- и диетотерапии оказало позитивное воздействие на обменно-метаболические и иммунологические показатели. В когорте пациенток, имевших до оперативного лечения повышенную массу тела и отметивших ее снижение уже на этапе ранней послеоперационной реабилитации, нормализация ИМТ 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 малиновых диальдегидов липидов и эритроцитов, диеновых конъюгатов, что происходило на фоне оптимизации состояния АОС, проявлявшемся снижением концентрации каталазы, супероксиддисмутазы и нормализацией уровня церулоплазмينا.

Изучение иммунологического фона указывало на то, что участи больных с имевшимися неблагоприятными иммунологическими сдвигами, преимущественно обусловленными гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста или экстрагенитальными заболеваниями у женщин предменопаузального и климактерического возраста отмечалась статистически достоверная нормализация соотношения субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, обеспечившая итоговые значения иммунорегуляторного коэффициента на уровне $1,31 \pm 0,07$ ($p < 0,05$).

В целом, можно констатировать высокую эффективность двухэтапного метода медицинской реабилитации больных после секторальной резекции молочных желез при ДЗМЖ, отмечая при этом его саногенетическую направленность, простоту применения (обуславливающую медико-экономическую значимость), отсутствие осложнений

Заключение. 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 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-нейроэндокринных, иммунных и метаболических нарушений, обуславливающий высокую частоту прогрессирования ДЗМЖ и повторных случаев формирования локализованных форм фиброаденоматоза у больных перенесших секторальную резекцию молочной железы.

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, и 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 общее клиническое состояние, за счет профилактики или снижения частоты обострения экстрагенитальных и гинекологических заболеваний в 2,43 раза.

Таким образом, 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.

Примечания:

1. Рожкова Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочных желез / Н.И. Рожкова. М.: Медицина, 1993. 279 с.

2. Радзинский В.Е., Зубкин В.И., Семятов С.Д. Лечение диффузных форм доброкачественных заболеваний молочных желез // Развитие научных исследований на медицинских факультетах России: материалы 1 Всероссийской конференции. М., 2001. 95-96.

3. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Комплексный подход к диагностике и лечению гинекологических и маммологических заболеваний и нарушений // Гинекология 2003. Т. 5. № 4. 144-147.

4. Холин А. В. Национальная программа массового обследования молочных желез в Великобритании // Маммология. 1995. № 2. 9-11.

5. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. 356 с.

6. Психологические тесты /Под ред. А.А. Карелина. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 257 с.

7. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.Л. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на-Дону, 1977. 109 с.; Gordon K.V., Avtomeenko S.M. Water Remedial Gymnastics as a Component of Preconception Training of Patients with Chronic Inflammatory Diseases of Pelvic Organs // European Researcher, 2012, Vol.(24), № 6-2. P. 978-980.

8. Энциклопедия клинических и лабораторных тестов / Под ред. Н. Тица. М.: Изд-во «Лабинформ», 1997. 940 с.

УДК 61

Синдромально-патогенетическая этапная послеоперационная медицинская реабилитация больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез

¹ Анатолий Тимофеевич Быков

² Эдуард Сергеевич Худоев

³ Кирилл Владиславович Гордон

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4
чл.-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
E-mail: kvmkgmu@mail.ru

² Кубанский государственный медицинский университет, Россия,
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4
врач-онколог, заведующий кафедрой онкологии

³ Кубанский государственный медицинский университет, Россия,
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4
доктор медицинских наук, профессор
E-mail: doctor4007@rambler.ru

Аннотация. 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. Применение избранных медицинских технологий восстановительной медицины в послеоперационной реабилитации и комплексном лечении маммологических больных на фоне персонифицированной фармакотерапии 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.

Ключевые слова: фиброаденоматоз молочных желез; послеоперационная реабилитация.