

DOI: 10.29296/25877305-2018-04-13

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л. Идрисова, кандидат медицинских наук,
А. Солопова, доктор медицинских наук, профессор,
А. Макацария, доктор медицинских наук, профессор,
В. Москвичева,
А. Суренков
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
E-mail: antoninasolopova@yandex.ru

Описаны современные методы медицинской реабилитации, позволяющие восстановить сексуальную функцию у женщин, прошедших курс лечения рака молочной железы.

Ключевые слова: онкология, рак молочной железы, сексуальная функция, медицинская реабилитация, мелатонин, метформин.

Для цитирования: Идрисова Л., Солопова А., Макацария А. и др. Возможности восстановления сексуальной функции у женщин после лечения рака молочной железы // Врач. – 2018; 29 (4): 64–67. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-13

Рак молочной железы (РМЖ) — одна из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Согласно эпидемиологическим данным, РМЖ — наиболее распространенная злокачественная опухоль, занимающая 1-е место в структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире [1]. В связи с этим с каждым годом увеличивается число больных РМЖ, которые прошли достаточно агрессивное лечение и нуждаются в применении пререабилитационных и комплексных реабилитационных программ, направленных на коррекцию психических и сексуальных расстройств [2].

У большинства пациенток после лечения РМЖ, включающего в себя хирургическое вмешательство, лучевую, химио- и гормональную терапию, развивается постмастэктомический синдром, основными проявлениями которого являются не только функциональные нарушения, но и расстройства психоэмоциональной и сексуальной сферы. В литературе приводятся данные, согласно которым, лишь сам факт установления диагноза РМЖ оказывает отрицательное воздействие на сексуальную жизнь каждой 3-й женщины, причем в первую очередь это касается женщин репродуктивного возраста, которые предъявляют жалобы на отсутствие полового влечения, дискомфорт, диспареунию, отсутствие сексуального удовлетворения. Кроме того,

пациентки сталкиваются и со значительным косметическим дефектом, который вызывает снижение самооценки и способствует развитию комплексов, касающихся внешности.

Многочисленные исследования, проведенные в России, Европе и США, показали, что у женщин с онкологической патологией молочной железы (МЖ), которым проводились комплексные восстановительные мероприятия, не только улучшался социальный статус и качество жизни (КЖ), но и снижался риск развития психосексуальных расстройств. Это объясняет стремительный рост числа онкологических и реабилитационных центров, активно применяющих в лечении медицинские реабилитационные программы, позволяющие ускорить процесс восстановления и максимально приблизить больного к прежним условиям жизни [3].

Среди расстройств сексуальной сферы женщин выделяют снижение полового влечения или сексуального возбуждения, аноргазмию (отсутствие половой разрядки в коитусе) и диспареунию. С целью коррекции таких состояний применяют разные подходы, направленные на восстановление сексуальной функции и КЖ в целом.

В ряде стран изучалось влияние психологического консультирования и обучающих мероприятий на качество половой жизни пациенток после лечения РМЖ. Полученные данные отличаются неоднородностью ввиду различия тех условий, в которых проводились исследования. В них принимали участие женщины, получавшие терапию на разных стадиях заболевания, данный вид помощи оказывали разные специалисты (медицинские сестры, психотерапевты, социальные работники), а в некоторых случаях — и другие пациентки. Кроме того, консультации могли быть как индивидуальными, так и групповыми. Последние продемонстрировали наименее значимый результат при оценке как общего психологического восстановления, так и улучшения сексуальной сферы, что объяснялось низкой посещаемостью, а также выбыванием из исследования участников, не заинтересованных в групповой терапии или же испытывающих трудности с ее посещением. Наиболее эффективным оказалось консультирование семейных пар по вопросам онкологии, сексуального здоровья и общения [4]. В данном случае важны поддержка женщины со стороны ее ближайшего окружения, создание благоприятного климата в семье и доверительных отношений с партнером.

Изучается системное лечение расстройств половой сферы у женщин репродуктивного возраста, включающее в себя применение системных андрогенов, антидепрессантов, оспемифена (селективный модулятор эстрогеновых рецепторов) и флибансерина (агонист 5-HT_{1A}-рецепторов и антагонист 5-HT_{2A}-рецепторов) [5–7]. Однако достоверных данных, подтверждающих

влияние этих препаратов на восстановление сексуальной функции у женщин после лечения РМЖ, пока не получено.

Перспективное направление реабилитации пациенток с онкопатологией — применение мелатонина, противоопухолевый эффект которого известен достаточно давно, причем целый спектр его положительных влияний на организм позволяет рассматривать его также в качестве средства восстановительной терапии. Как универсальный адаптоген он осуществляет синхронизацию физиологических процессов организма человека с условиями окружающей среды путем воздействия на метаболизм и гемодинамические показатели [8, 9]. Установлено, что при повышении уровня мелатонина в крови уменьшается количество серотонина, так как мелатонин образуется из серотонина (этим объясняются сезонные депрессии, при которых на фоне недостатка света увеличивается количество мелатонина и соответственно уменьшается количество серотонина). Однако если хронический стресс приводит к расстройству суточных биоритмов, то мелатонин нормализует последние, а при резких стресс-индуцированных нарушениях работы надпочечников он подключается к эндокринной регуляции, оказывая «поправочное» действие [8, 10].

Применение препаратов мелатонина способствует увеличению уровня собственного серотонина и соответственно — его антидепрессивному действию. Мелатонин нормализует сон, оказывает мягкое седативное действие, способствует общему расслаблению, плавному засыпанию и синхронизации фаз сна [11]. Ввиду этого можно надеяться на то, что применение мелатонина у пациенток после лечения РМЖ способно нормализовать и половую сферу, так как произойдут улучшение общего состояния и гармонизация соответствующих процессов в организме.

Открытие новых возможностей использования метформина дало старт совершенно неожиданным направлениям его применения. Согласно данным проведенным недавно исследований, его назначение совместно с неоадьювантной противоопухолевой терапией больным РМЖ, у которых были также признаки метаболического синдрома, повышало эффективность предоперационной терапии. Метформин оказывает положительное влияние на состояние пациенток с избыточной массой тела, нарушением толерантности к глюкозе и инсулинорезистентностью [12]. Если учесть весь спектр его действия, не стоит исключать вероятность его положительного влияния и на сексуальную функцию, которая существенно зависит от проведенного лечения.

На данном этапе в рамках восстановительных мероприятий после лечения РМЖ активно применяется местная терапия. Женщины отмечали снижение сухости влагалища на 1-й неделе применения увлажняющего геля, а через 4–12 нед значительно улучшалось каче-

ство половой жизни, исчезала болезненность во время полового акта [13]. Увлажняющий гель оказался менее эффективным, чем эстрадиол при гистологическом сравнении слизистых у пациенток. Однако у женщин, которые использовали вагинальные эстрогены, повышался уровень эстрадиола в сыворотке крови или снижалось содержание гонадотропинов, что свидетельствовало о системной абсорбции препарата [14–16]. Важно отметить, что применение сбалансированного по рН геля (4,0) уменьшает сухость влагалища и дискомфорт во время полового акта в большей степени, чем использование плацебо-геля с более высоким рН (7,2) [17].

Изучалось также влияние местного применения тестостерона; установлено, что через 4 нед использования тестостерон-содержащих препаратов устраняются все категории расстройств сексуальной сферы и исчезают признаки атрофии слизистой влагалища [18, 19].

Важные направления реабилитации пациенток уже в течение многих лет – ранняя активизация, физические упражнения и лимфодренажный массаж. Высокая эффективность и безопасность этих методов доказана в ходе клинических испытаний [20]. Проведены рандомизированные исследования, в которых изучалось влияние физиотерапии на развитие приливов, лимфедемы и уже вторично – на сексуальную сферу. Программа физических упражнений, по которой 422 пациентки занимались самостоятельно дома, по данным анкетирования, никак не повлияла на качество их половой жизни [3]. Если эта программа дополнялась когнитивной поведенческой терапией, отмечалось некоторое улучшение сексуальной функции в течение 24 нед (по сравнению с контрольной группой). В другом исследовании, в котором приняли участие 295 пациенток, выполнявших силовые упражнения в течение 1 года, продемонстрировано улучшение восприятия женщинами своих внешнего вида и сексуальности [21].

Большое значение приобретает также онкопластическая хирургия как средство не только лечения РМЖ, но и удовлетворения эстетических потребностей пациенток. Наиболее предпочтительна для женщин немедленная реконструктивно-восстановительная операция в связи с отсутствием необходимости повторного хирургического вмешательства и минимальным психоэмоциональным дискомфортом. Не менее важен сексуальный аспект, так как отсутствует временной интервал от нескольких месяцев до нескольких лет до момента реконструктивной операции. Косметические преимущества одномоментного хирургического лечения и онкопластического восстановления также понятны: отсутствие дополнительных рубцов, повторных разрезов с последующим дефицитом кожного покрова, возможность сохранения субмаммарной складки. Современный уровень развития хирургических методов позволяет индивидуально подобрать вариант радикального оперативного лечения, сочетающегося

с реконструктивно-восстановительным этапом, в результате чего улучшается КЖ и состояние сексуальной сферы [22].

Таким образом, улучшение КЖ женщин, прошедших курс лечения РМЖ, должно сопровождаться медицинскими реабилитационными мероприятиями, направленными не только на достижение физического, психического и социального благополучия, но и на максимальное восстановление сексуальной функции. Для этого необходимо активно внедрять в практику врачей-реабилитологов новые и более эффективные восстановительные методы и реабилитационные программы, такие как психологическая консультация и психотерапия, физическое и физиотерапевтическое воздействие, применение препаратов мелатонина и метформина, местной терапии, одномоментных реконструктивно-восстановительных операций.

Большое значение имеет также поддержка со стороны партнера и семьи, что в совокупности с указанными мероприятиями позволит максимально оптимизировать и ускорить восстановительный процесс и достичь высоких результатов в улучшении КЖ и состояния сексуальной сферы женщин после лечения РМЖ.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Feeney L., Tormey S., Harmon D. Breast cancer and chronic pain: a mixed methods review // *Ir. J. Med. Sci.* – 2018. DOI: 10.1007/s11845-018-1760-y.
2. Brummett C. Chronic pain following breast surgery // *Tech. Reg. Anesth. Pain Manag.* – 2011; 15 (3): 124–32.
3. Duijts S., Stolk-Vos A., Oldenburg H. et al. Characteristics of breast cancer patients who experience menopausal transition due to treatment // *Climacteric.* – 2011; 14 (3): 362–8.
4. Salonen P., Tarkka M., Kellokumpu-Lehtinen P. et al. Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study // *Scand. J. Caring Sci.* – 2013; 27 (2): 396–405.
5. Nathorst-Boos J., Floter A., Jarkander-Rolf M. et al. Treatment with percutaneous testosterone gel in postmenopausal women with decreased libido—effects on sexuality and psychological general well-being // *Maturitas.* – 2006; 53 (1): 11–8.
6. Nunez G., Pinczowski H., Zanellato R. et al. Bupropion for control of hot flashes in breast cancer survivors: a prospective, double-blind, randomized, crossover, pilot phase II trial // *J. Pain Symptom Manag.* – 2013; 45 (6): 969–79.
7. Buijs C., Mom C., Willemsse P. et al. Venlafaxine versus clonidine for the treatment of hot flashes in breast cancer patients: a double-blind, randomized cross-over study // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2009; 115 (3): 573–80.
8. Анисимов В.Н. Световой режим, риск возникновения рака. Противоопухолевое действие мелатонина // *Рус. мед. журн.* – 2007; 25: 1915–8.
9. Кветная Т., Бочарова К. Мелатонин и патология пожилого возраста // *Врач.* – 2014; 6: 53–6.
10. Анисимов В.Н. Мелатонин: роль в организме, применение в клинике / СПб: Система, 2007; 40 с.
11. Тананакина Е.Н. Повышение эффективности лечения маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста в сочетании с экстрагенитальной патологией. Дис. ... канд. мед. наук. Луганск, 2017.
12. Любота П.В. Применение метформина в лечении рака молочной железы у больных с метаболическим синдромом // *Опухоли женской репродуктивной системы.* – 2015; 11 (4): 18–24.

13. Loprinzi C., Abu-Ghazaleh S., Sloan J. et al. Phase III randomized double-blind study to evaluate the efficacy of a polycarbophil-based vaginal moisturizer in women with breast cancer // *J. Clin. Oncol.* – 1997; 15 (3): 969–73.

14. Pfeiler G., Glatz C., Konigsberg R. et al. Vaginal estriol to overcome side-effects of aromatase inhibitors in breast cancer patients // *Climacteric.* – 2011; 14 (3): 339–44.

15. Donders G., Neven P., Moegele M. et al. Ultra-low-dose estriol and *Lactobacillus acidophilus* vaginal tablets Gynoflor® for vaginal atrophy in postmenopausal breast cancer patients on aromatase inhibitors: pharmacokinetic, safety, and efficacy phase I clinical study // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2014; 145 (2): 371–9.

16. Wills S., Ravipati A., Venuturumilli P. et al. Effects of vaginal estrogens on serum estradiol levels in postmenopausal breast cancer survivors and women at risk of breast cancer taking an aromatase inhibitor or a selective estrogen receptor modulator // *J. Oncol. Pract.* – 2012; 8 (3): 144–8.

17. Lee Y., Chung H., Kim J. et al. Vaginal pH-balanced gel for the control of atrophic vaginitis among breast cancer survivors: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* – 2011; 117 (4): 922–7.

18. Dahir M., Travers-Gustafson D. Breast cancer, aromatase inhibitor therapy, and sexual functioning: a pilot study of the effects of vaginal testosterone therapy // *Sexual Med.* – 2014; 2 (1): 8–15.

19. Witherby S., Johnson J., Demers L. et al. Topical testosterone for breast cancer patients with vaginal atrophy related to aromatase inhibitors: a phase I/II study // *The Oncologist.* – 2011; 16 (4): 424–31.

20. Oliveira M., Gurgel M., Amorim B. et al. Long term effects of manual lymphatic drainage and active exercises on physical morbidities, lymphoscintigraphy parameters and lymphedema formation in patients operated due to breast cancer: A clinical trial // *PLoS One.* – 2018; 13 (1): e0189176.

21. Speck R., Gross C., Hormes J. et al. Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2010; 121 (2): 421–30.

22. Талаева Ш.Ж., Чичуа Н.А., Манашева А.С. и др. Опыт применения реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы // *Онкология и радиология Казахстана.* – 2016; 41 (3): 186–92.

THE POSSIBILITIES OF RESTORING SEXUAL FUNCTION IN WOMEN AFTER TREATMENT OF BREAST CANCER

L. Idrisova, Candidate of Medical Sciences; Professor A. Solopova, MD; Professor A. Makatsaria, MD; V. Moskvicheva; A. Surenkov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

The paper describes current medical rehabilitation techniques that can restore sexual function in women who have undergone a treatment cycle for breast cancer.

Key words: cancer, breast cancer, sexual function, medical rehabilitation, melatonin, metformin.

For citation: Idrisova L., Solopova A., Makatsaria A. et al. The possibilities of restoring sexual function in women after treatment of breast cancer // *Vrach.* – 2018; 29 (4): 64–67. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-13