

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

УДК 613.97; 613.956; 613.99; 614.39; 616.07

Солопова А.Г., Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Москвичёва В.С., Бажанов С.А.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

REHABILITATION OF ONCOGYNECOLOGICAL PATIENTS: CURRENT PROBLEMS AND POSSIBLE SOLUTIONS

Solopova A.G., Vlasina A.Y., Idrisova L.E., Moskvichyova V.S., Bazhanov S.A.

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

На сегодняшний день злокачественные новообразования (ЗНО) входят в перечень социально-значимых заболеваний: показатели их распространенности, инвалидизации и смертности населения находятся на высоком уровне в большинстве стран мира. В структуре онкологической патологии около 40% приходится на опухоли репродуктивной системы. Только за 2018 год в мире выявлено более 3 миллионов новых случаев гинекологического рака и зарегистрировано более 1 миллиона летальных исходов [1]. На диаграммах 1 и 2 продемонстрировано процентное распределение случаев заболеваемости и смертности вследствие злокачественных опухолей женских половых органов (см. рисунки 1 и 2).

В последние годы в России наблюдается неуклонный рост онкогинекологической заболеваемости. Удельный вес пациенток, со злокачественными опухолями репродуктивной системы, состоящих на диспансерном учёте 5 лет и более, составляет не менее 38%. При этом отмечается тенденция к снижению уровня смертности [2, 3], чему значительно способствовало внедрение скрининговых программ и профилактических осмотров, а также совершенствование подходов к диагностике и лечению. Таким образом, количество обследованных репродуктивного возраста с благоприятным прогнозом (ЗНО выявлены на ранних стадиях), возросло.

В настоящее время накоплены знания об этиопатогенезе, факторах риска, особенностях клинической картины, методах исследования и терапии заболеваний органов репродуктивной системы. В то же время, после успешно проведенного лечения пациентки оказываются без должного внимания, так как рекомендации по их дальнейшему ведению ограничены [4]. Очевидно, что все больные онкогинекологического профиля нуждаются в последующем медико-социальном сопровождении после противоопухолевой терапии, так как у них развиваются нарушения анатомо-физиологических функций, присоединяются проблемы психологического характера, возникает необходимость заново выстраивать отноше-

ния в семье и на работе, то есть существенно снижается качество жизни (КЖ) [5-8].

Таким образом, учитывая распространенность онкогинекологических заболеваний и то, что многие женщины с данной патологией находятся в репродуктивном и трудоспособном возрасте, становится очевидной необходимость организации реабилитационной помощи высоко уровня [9, 10]. Эта помощь должна быть доступна всем, вне зависимости от социального статуса, материального достатка и места проживания. Реабилитационные мероприятия необходимо проводить в полном объеме, с учетом последних исследований и рекомендаций. Соответственно возникает целый ряд проблем на пути к данной цели, решения которых только предстоит разработать и внедрить в практику.

Проблема №1. Отсутствие системы реабилитации онкогинекологических больных

На сегодняшний день не существует стандартов оказания восстановительной помощи в онкогинекологической практике. Преимущественно это связано с более поздним формированием реабилитации как отдельной специальности, по сравнению с другими странами. Лишь в 2011г. впервые на государственном уровне было определено понятие «медицинская реабилитация» в законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [11], а в 2012г. вышел Приказ Министерства здравоохранения РФ №1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации» [12]. С 2014г. в России начал развиваться интегральный подход, благодаря которому сейчас принята трёхэтапная модель оказания медицинских реабилитационных услуг (I – реанимационный; II – стационарный; III – амбулаторно-поликлинический с мультидисциплинарными выездными бригадами) [13, 14].

Еще один негативный фактор – отсутствие программ подготовки кадров. Только в 2018г. утвержден стандарт «Специалиста по медицинской реабилитации» [15] и при-



Рис.1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире, 2018 год [1].

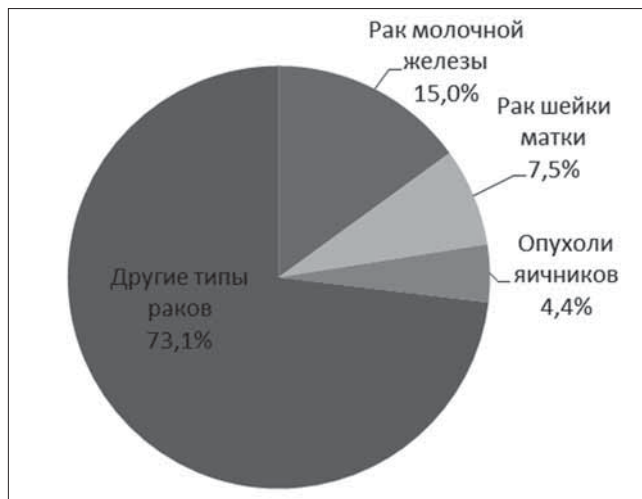


Рис. 2. Структура смертности от злокачественных новообразований в мире, 2018 год [1].

нята Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период (с 1 января 2019г. по 31 декабря 2029г.) [16, 17].

Кроме того, разногласия по «зонам ответственности» среди врачей, недоступность коек для пациенток онкогинекологического профиля, нуждающихся в восстановительной помощи, низкая настороженность в отношении злокачественности процесса и отсутствие четких критериев для оценки реабилитационного потенциала приводят к малой эффективности проводимых мероприятий [13]. Таким образом, отсутствие комплексного и мультидисциплинарного подхода способствует росту инвалидизации среди женщин, перенёвших специальное противоопухолевое лечение по поводу опухолей репродуктивной системы.

Возможные решения:

- создание программ реабилитации по основным онкогинекологическим нозологиям;

Необходимо разрабатывать, внедрять и регулярно модернизировать клинические рекомендации, апробировать и активно использовать протоколы по различным аспектам восстановительного лечения.

- разработка программ подготовки врачей-реабилитологов с учётом особенностей онкогинекологических заболеваний;

У больных ЗНО следует постоянно помнить о возможности рецидива заболевания. Онкологическая настороженность является залогом успешного восстановления. Именно поэтому представляется целесообразной подготовка врачей-реабилитологов на базе конкретного профиля путём прохождения циклов тематического усовершенствования или иных форм обучения по каждой специальности.

- разработка и утверждение профессиональных терминов, понятий и критериев эффективности, например: «реабилитационный потенциал», «индикаторы успеха» и др.;
- организация межклинических отделений реабилитации в стационарах для улучшения преемственности и взаимодействия врачей всех профилей;

Формирование эффективных мультидисциплинарных бригад требует предварительной чёткой постановки

цели в каждом конкретном случае [18]. Также обязательно назначение ответственного лица (врача-реабилитолога), не только координирующего работу специалистов, но и выполняющего роль коуча – человека, который посредством непрерывного взаимодействия с женщиной и её семьёй сопровождает их на всех этапах, помогая достигать прогнозируемых результатов.

- развитие реабилитационной помощи и специализированных отделений как в стационарах, так и в организациях амбулаторного и санаторно-курортного типа;
- создание единой информационной системы по маршрутизации больных и одновременной оценке эффективности восстановительных мероприятий;
- организация информационно-просветительских программ для больных онкогинекологического профиля и их семей («Школа пациента»), с активным привлечением средств массовой информации для освещения проблемы и возможности получения «обратной связи» от практикующих врачей и женщин.
- публикация методических рекомендаций и учебно-практических программ не только на бумажном носителе, что зачастую требует немалого времени и приводит к снижению актуальности информации, но и на сайтах профессиональных сообществ врачей-специалистов.

Проблема №2. Труднодоступность медицинской реабилитации

Следует отметить немногочисленность реабилитационных центров на территории нашей страны. Данные медицинские организации, как правило, расположены вблизи крупных городов, и в большинстве случаев восстановительные мероприятия проводятся на платной основе. Более того, что касается онкогинекологических больных, на сегодняшний день нет учреждений, специализирующихся по данному вопросу. Женщины с образованиями органов репродуктивной системы, прошедшие противоопухолевое лечение, остаются один на один со своими проблемами, что приводит к социальной дезадаптации этих пациенток и снижению их КЖ [10, 19].

Современное положение дел в реабилитации характеризуется оказанием помощи не врачом-реабилитоло-

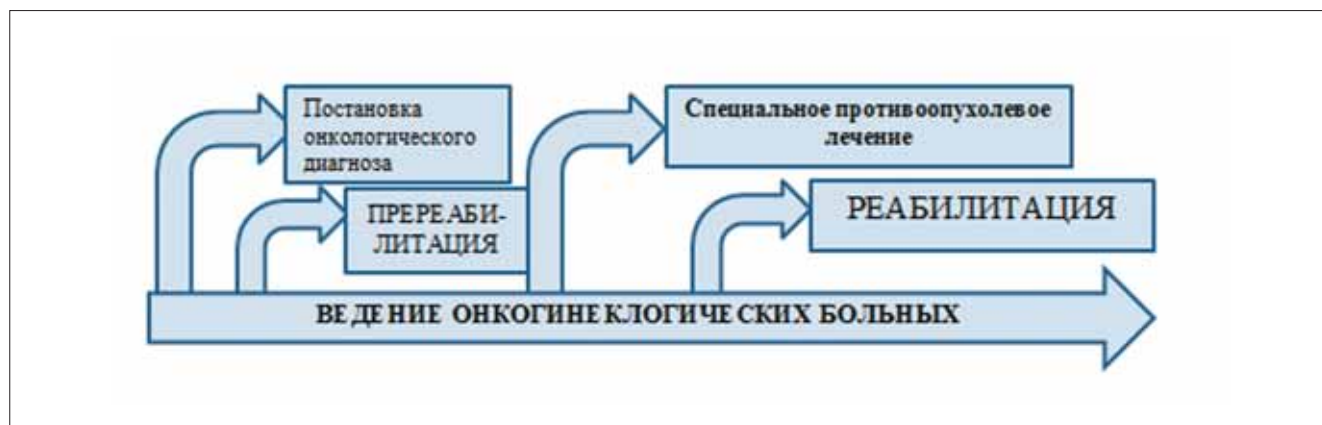


Рис. 3: Ведение онкогинекологических больных [24].

гом, а в лучшем случае – лечащим онкологом, который не всегда компетентен в вопросах восстановительных мероприятий, так как они не входят в сферу его ответственности. Именно поэтому их начало зачастую отсрочено по времени, что заведомо снижает реабилитационный потенциал.

Возможные решения:

- развитие системы медицинских организаций, оказывающих помощь по реабилитации с учётом современных требований [13];
- включение восстановительных мероприятий в программы, позволяющие получать помощь на безвозмездной основе (обязательное медицинское страхование (ОМС), квоты и др.);
- введение ставки реабилитолога или организация полноценного реабилитационного профильного отделения (в зависимости от количества коек) во всех стационарах, где оказывается помощь женщинам с ЗНО органов репродуктивной системы;
- оптимизация работы выездных бригад для оказания помощи тем пациенткам, которые проживают далеко от центров реабилитации [14];
- возможность дистанционного консультирования с целью осуществления контроля и, в случае необходимости, коррекции реабилитационных мероприятий;

Такой подход повысит приверженность к лечению, будет способствовать более внимательному и бережному отношению к собственному здоровью, а значит, позволит постепенно менять психологическую установку россиянок с «приобретаемых выгод от инвалидности» на «радость жизни с максимально возможным КЖ».

Проблема №3. Ограниченность применения методов реабилитации

На протяжении долгого времени при опросе пациента с целью выявления у него противопоказаний к восстановительным мероприятиям, особое внимание уделялось наличию в анамнезе заболеваний органов репродуктивной системы, эндокринологической патологии и онкологических процессов, которые воспринимались как своеобразные «красные флажки» для врача-реабилитолога. Если у больных ранее имели место такие заболевания, то большинство методов реабилитации оказывались под запретом [20]. Такой подход был оправдан, когда не существовало достаточной клинической базы, и отсутствовала информация в отношении безопасности

и эффективности мероприятий, направленных на восстановление [21]. На сегодняшний день опубликован ряд исследований по методам, разрешённым в онкогинекологии [22-25]. Тем не менее в большинстве медицинских организаций до сих пор сохраняется старый подход, когда врач предпочитает не назначить лишних процедур, чтобы «не навредить», поэтому значительный процент пациенток получает помощь не в полном объеме [26].

Следует отметить, что в настоящий момент спорным и малоизученным остается применение многих методов реабилитации (фармако-, фито-, физиотерапии и др.) для восстановления онкогинекологических больных.

Возможные решения:

- организация научно-практических конференций, профессиональных выставок для медицинского сообщества по реабилитации;
- проведение рандомизированных контролируемых клинических исследований по методам восстановительной медицины, которые используются в других специальностях (не онкогинекологического профиля), и внедрение научно обоснованных, эффективных и безопасных реабилитационных подходов, направленных на максимально возможное сохранение и восстановление функций, повышение КЖ и социальную адаптацию пациенток;
- контроль качества оказания реабилитационной помощи, ведение отчетности по статистике применения всех методов и результатам после восстановительных мероприятий.

Проблема №4. Отсутствие мероприятий по пререабилитации

На современном этапе развития реабилитационной помощи основное внимание уделяется разработке клинических рекомендаций, которые можно использовать после проведённого противоопухолевого лечения у онкогинекологических больных. Однако поддержка необходима пациентке на всех этапах обращения к врачу. Уже с момента постановки диагноза «рак» должны начаться первые реабилитационные мероприятия и, конечно, психологическая поддержка. Эта помощь обозначается понятием «пререабилитации» и представляет собой процесс непрерывного оказания помощи между моментом диагностики заболевания и началом лечения [24, 27].

В связи с этим особую значимость приобретает работа врачей амбулаторного звена. На них ложится нагрузка не только по диагностике заболевания, но и по оценке

КЖ женщины. В зависимости от полученных результатов можно не только ориентироваться на динамику физиологического и психологического состояния, но и вовремя начать пререеабилитацию. Кроме того, во многом именно от специалиста, который впервые предположил наличие злокачественного процесса (чаще всего, это акушер-гинеколог, онколог или хирург), зависит настрой пациентки на выздоровление и вовлеченность в процесс собственного восстановления.

Еще одной немаловажной проблемой онкогинекологических больных является начало специального противоопухолевого лечения на фоне физически ослабленного организма (анемия, мышечная слабость и т.д.) и подавленного психологического состояния. В погоне за максимально быстрым началом противоопухолевого лечения не следует забывать о том, что необходимо подойти к операции на «пике» функциональных и психологических возможностей.

Возможные решения:

- активное внедрение обязательных ежегодных диспансеризаций и профосмотров женщин для раннего выявления рака органов репродуктивной системы [28-29];
- при каждом посещении врача – анкетирование, оценивающее КЖ (представляется перспективным использование шкал и опросников, в которых базовая часть будет единой для всех пациентов, а вариативная – специализирована на выявлении проблем конкретного (онкогинекологического) профиля);
- создание правильного настроения пациентки на лечение с первых минут от постановки диагноза – наличие онкопсихолога в специализированных медицинских учреждениях, комнат психологической разгрузки и т.д.;
- возможность дистанционной круглосуточной психологической поддержки женщин;
- врач-специалист на этапе пререеабилитации должен делать всё от него зависящее для создания структурно-функциональных резервов организма у онкогинекологической больной и осуществлять ее подготовку к дальнейшему лечению (нутритивная поддержка, антианемическая терапия, ознакомительное занятие по ЛФК и т.д.).

Проблема №5. Особые анатомо-физиологические изменения у онкогинекологических больных и их влияние на КЖ

У пациенток с опухолями репродуктивной сферы существует большое количество анатомо-физиологических и психологических особенностей, которые не позволяют им высоко оценивать качество своей жизни. Помимо жалоб, общих для всех онкологических больных, имеет место целый ряд специфических проблем.

Болевой синдром. Типичной для онкогинекологической патологии является *тазовая боль*, представленная дисменореей, диспареунией, дизурией и дисхизией или собственно тазовой болью. *Масталгия* – истинно грудная нециклическая боль, может появляться после мастэктомии или реконструкции с помощью имплантов.

Постовариоэктомический (посткастрационный) синдром. Возникает у женщин репродуктивного возраста после радикального лечения. Происходят изменения в синтезе тропных и стероидных гормонов, что напрямую отражается на *нейровегетативных реакциях организма*. В числе *обменно-эндокринных нарушений* – ожирение и

гиперхолестеринемия. *Депрессивные расстройства* выявляются в 90% случаев [30-33].

Урогенитальный синдром – следствие эстрогендефицитного состояния, проявляющийся сухостью и зудом наружных половых органов, недержанием мочи, диспареунией, пролапсом органов малого таза, снижением или отсутствием сексуальной активности. *Сексуальная дисфункция* – развивается в результате урогенитальных расстройств. Наиболее часто отмечают: снижение либидо, аноргазмию, дискомфорт, связанный с укорочением влагалища и психозмоциональным статусом больной [27, 30, 32].

Высокая распространенность вышеописанных симптомов в сочетании с табуированностью темы, недостаточная подготовка медицинских специалистов по данному вопросу и значительное влияние на КЖ зачастую приводят к проблемам внутри семьи, снижению самооценки, развитию дистресса и депрессивных расстройств.

Внешние (эстетические) дефекты. Для женщин, перенесших радикальную терапию рака молочной железы (РМЖ), эмоциональной катастрофой является не только полное удаление молочной железы, но и частичное повреждение ткани, изменение формы/объема, наличие рубцов [34]. С аналогичными проблемами сталкиваются пациентки, получившие специальное противоопухолевое лечение по поводу рака вульвы. Больные, столкнувшиеся со значительным косметическим дефектом, отмечают снижение самооценки, развитие комплексов, касающихся внешности. Выраженные проявления заставляют женщин избегать половых контактов [31].

Молочные железы и гениталии ассоциируются с интимностью, сексуальностью, поэтому изменение их внешнего вида и новое самоощущение пациентки после лечения влияют на её эмоциональное и физическое состояние, ухудшая КЖ [27, 35-36].

Ограниченность движений в плечевом суставе. Согласно данным Грушиной Т.И., основанным на анализе состояния 1447 больных после радикальной резекции или мастэктомии, данное осложнение отмечается у 35-45% женщин. Ведущей причиной «замороженного плеча» являлась длительная иммобилизация руки в положении приведения в послеоперационном периоде, отсутствие или позднее начало занятий лечебной гимнастикой [37].

Необходимо вовремя начинать реабилитацию таких пациенток, поскольку нарушение функции плечевого сустава затрудняет жизнь как в бытовом, так и в профессиональном плане.

Возможные решения:

- механические методы – *лечебная гимнастика, массаж, компрессионная терапия, контроль массы тела, кинезиотейпирование и др.*
- физические методы – *применение физических факторов в реабилитации (амплипульс, электрофорез, электростимуляция, пневмокомпрессия, баротерапия, ультрафиолетовое облучение крови, бальнеотерапия и др.)*
- фармакологические методы – *использование медикаментозной терапии* [38].

Арт-терапия позволяет женщинам принять себя, повысить самооценку, развить творческий потенциал, скорректировать их пассивно-апатическую модель поведения. Процесс вовлечения в искусство оказывает воздействие на когнитивные функции, перцептивную и кинестетическую чувствительность, что способствует разрядке подавляемых эмоций, переоценке жизненных

событий и формированию более зрелых механизмов психологической защиты [19, 39].

Танцевально-двигательная терапия – метод не только физической, но и эмоциональной реабилитации, доступный для всех женщин, вне зависимости от возраста. Коррекция нарушений может проводиться путём индивидуальных или групповых тренингов. Данная техника включает в себя множество разных подходов: психоаналитические теории, элементы поведенческой, психодинамической и телесно-ориентированной терапии, лечебную гимнастику [40].

Вызывают интерес исследования, посвящённые корреляции *витамина Д* в крови и выраженности тазовой боли. Доказана достоверная обратная связь между уровнем данного гормона и интенсивностью тазовой боли при эндометриозе [41].

С учётом заметного влияния боли на КЖ женщин, необходимо проводить тщательное обследование всех пациенток с типичными жалобами, особенно на предмет возможного рецидива заболевания. В случае развития хронического течения болевой синдром трудно поддается терапии, поэтому следует как можно раньше начинать его профилактику и лечение.

Коррекция постовариоэктомического синдрома и урогенитального синдрома, как его следствия, возможна с помощью следующих подходов.

Применение *органосохраняющих операций* на ранних стадиях заболевания позволяет не только сохранить сексуальную функцию, но и реализовать женщинам в дальнейшем репродуктивный потенциал.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – один из методов органосохраняющего лечения, активно использующийся у больных с тяжёлыми соматическими патологиями, препятствующими проведению иной противоопухолевой терапии. ФДТ способствует коррекции общего и местного иммунитета, ускоряет процессы заживления тканей, нормализует микробиоту влагалища, повышая эффективность лечения [42].

Для восстановления микрофлоры традиционно используются несколько групп препаратов, *корректирующих биоценоз влагалища*: пребиотики, пробиотики, синбиотики и метабобиотики [43].

Липосомальное гелевое покрытие с дигидроквартетинном оказывает выраженное противовоспалительное действие на слизистую вульвы, улучшая регенерацию клеток и микроциркуляцию в тканях [44].

Применение *плазмафереза* у онкогинекологических больных ослабляет интенсивность основных проявлений постовариоэктомического синдрома. Было отмечено снижение (по сравнению с показателями после операции) артериального давления, частоты и интенсивности приливов, болей в мышцах и суставах, головных болей, потливости, раздражительности и улучшение сна у пациенток в одном из отечественных исследований. При этом *ксенонтерапия* оказывает более выраженное положительное воздействие по сравнению с плазмаферезом, значительно ослабляя интенсивность основных симптомов заболевания [32].

Мелатонин, как универсальный адаптоген, осуществляет синхронизацию физиологических процессов организма человека с условиями окружающей среды путем воздействия на метаболизм и гемодинамические показатели. Его применение способствует увеличению уровня собственного серотонина и соответственно – его антидепрессивному действию [45].

Открытие новых возможностей использования *метформина* дало старт совершенно неожиданным направ-

лениям его применения. Его назначение совместно с неoadъювантной противоопухолевой терапией больным РМЖ, у которых были также признаки метаболического синдрома, повышало эффективность предоперационной терапии [46].

В последние годы активно развивается эстетическая гинекология, позволяющая добиться исправления косметических дефектов, возникающих после радикального лечения.

Проведение *реконструктивно-пластических операций* характеризуется наилучшими функциональными, эстетическими и психоэмоциональными результатами. Сегодня всё большую популярность получает *онкопластическая хирургия*: разработаны многочисленные методики, сочетающие в себе принципы радикального лечения и пластической хирургии [47].

С целью коррекции возникших атрофических изменений наружных половых органов применяется *липофилинг* – трансплантация аутологичной жировой ткани, способствующей улучшению трофики кожи вульвы, активации регенеративных процессов и оказывающей противовоспалительный эффект [34].

Еще один метод коррекции дистрофических изменений вульвы – введение препаратов на основе *гиалуроновой кислоты*. Преимущество данного метода – предсказуемость эффекта и более узкий спектр осложнений чем у ранее существовавших аналогов [48].

Важным направлением в эстетической медицине является *коррекция послеоперационных рубцов*. Возможно применение лечебных мазей, инъекций, глубокой дермабразии, криотерапии, лазерной шлифовки, в некоторых случаях необходима хирургическая операция [49].

Ограниченность в суставе и постмастэктомический отёк можно скорректировать консервативным лечением.

Долгое время основным методом разработки плечевого сустава была *лечебная физическая культура*, она и сегодня не теряет своей актуальности. Тем не менее, за последнее десятилетие свою эффективность доказали и другие реабилитационные подходы, такие как кинезиотейпирование [50], *гидрокинезотерапия* [51] и другие [52, 53].

Проблема №6. Недостаточный объем психологической и психотерапевтической помощи

Онкогинекологические больные нуждаются не только в своевременном и адекватном лечении, но и в реабилитации, направленной на восстановление их способности жить в «условиях заболевания» и после него, сохраняя максимально высокое КЖ. Психологическая реабилитация женщин с ЗНО репродуктивных органов, с одной стороны, составляет значимую часть, а с другой – должна пронизывать все виды лечебных и реабилитационных мероприятий, помогая пациентке и её семье приспособиться к новому состоянию и осознать необходимость лечения. Угроза инвалидизации, социальной изоляции и страх смерти приводят к расстройствам психики, дезадаптации, сильным эмоциональным потрясениям негативного характера – дистрессу [20, 35]. В ситуации заболевания большое влияние оказывают личностные особенности женщины, этап и вид лечения, а также возраст и другие социально-психологические параметры. Специфическими для пациенток переживаниями являются локализация опухоли и то, какое значение придается больной части тела. Так, ведущие онкологические патологии среди женского населения – РМЖ и гинекологический рак – затрагивают важ-

ные сферы, связанные с эстетической составляющей, влияющие на сексуальную жизнь, репродуктивную функцию, и, вследствие этого, на семейные отношения. Для людей фертильного возраста актуальность проблемы возрастает, если до своего заболевания они не реализовали возможность деторождения [27].

Для онкогинекологических больных радикальные операции нередко воспринимаются как «кастрация». Следует добавить, что медицинские вмешательства на интимных зонах тела воспринимаются пациентками очень лично.

Таким образом, помощь пациенткам с онкогинекологической патологией в процессе их психологической реабилитации должна основываться на учете их глубинных переживаний, которые определяются отношением к себе и принятием «новой» себя. Некоторые больные могут не осознавать, но самоощущение оказывает непосредственное влияние на отношение к болезни и лечению, тем самым определяя КЖ. Диагноз «рак» может вызвать психологическую травму у женщины, поскольку формируется кризисная ситуация, в которую вовлекаются члены ее семьи, особенно супруг. В этой связи консультирование необходимо ближайшему окружению для того, чтобы строить новые взаимоотношения, соответствующие ситуации заболевания [19].

Еще одной немаловажной проблемой является так называемый «синдром выгорания» от болезни, т.е. пациентка, не получившая желаемых результатов, теряет веру не только в предлагаемое лечение, но и отвергает помощь врачей в целом. На этом этапе важна слаженная работа всех специалистов, где особая роль отведена онкоревитологам и онкопсихологам [54]. Именно их задача настроить женщину на то, что даже столь тяжёлое заболевание как опухоль репродуктивной системы не приговор, а всего лишь диагноз, при котором возможна жизнь с высоким КЖ. Во-многом, сохраняющаяся в нашем обществе канцерофобия и другие психологические проблемы, сопровождающие онкогинекологических пациенток, связаны с малой информированностью населения, отсутствием профессиональной онкопсихологической службы.

Возможные решения:

- регулярная оценка КЖ больных онкогинекологического профиля;
- работа с пациенткой и её семьёй профессионального онкопсихолога;
- активная психологическая реабилитация на всех этапах лечения;
- исследование и внедрение новых и перспективных форм психологической реабилитации (поведенческая терапия, групповая психотерапия, арт-терапия, танцевально-двигательная терапия, ксенонотерапия, психологическое консультирование и т.д.).

Исследования, проведенные в США, Европе и России, показали, что у женщин с онкологическими заболеваниями, которым была проведена психологическая коррекция, не только улучшается КЖ, но и уменьшается риск рецидива [55].

Проблема №7. Значимая цель реабилитации – диагностика и профилактика рецидивов заболевания

Краеугольный камень успешной реабилитации – предупреждение рецидивов ЗНО репродуктивной системы. Крайне важно разрабатывать методы, позволяющие предположить и подтвердить/опровергнуть возвращение заболевания как можно раньше [56].

Кроме того, не следует забывать, что любой онкологический процесс вызывает истощение всех внутренних резервов организма человека. Поэтому на этапе реабилитации важно обращать внимание на иммунный статус женщины и, в случае необходимости, назначать иммуномодулирующую терапию [57, 58].

Снижение онкологической настороженности у пациенток с опухолями репродуктивной системы после проведенной противоопухолевой терапии – еще одно препятствие к ранней диагностике. Чем больше времени проходит, тем реже женщина вспоминает о необходимости регулярного пожизненного наблюдения, и зачастую обращается, когда требуется более агрессивное лечение, нежели на этапе доклинического рецидива.

Возможные решения:

- четкая формулировка цели реабилитации в каждом конкретном случае, составление подробного плана с обязательной возможностью корректировки на любом этапе наблюдения, контроль за соблюдением реабилитационной программы и регулярным прохождением обследования;
- совершенствование программ специализированных школ для пациентки и её семьи;
- изучение возможностей иммуно- и фармакотерапии, а также других методов, способствующих удлинению безрецидивного периода;
- развитие культуры внимательного отношения к своему здоровью, пропаганда здорового образа жизни на государственном уровне.

Многочисленные исследования, показали, что у женщин с онкогинекологической патологией, которым проводились комплексные восстановительные мероприятия, не только улучшался социальный статус и КЖ, но и снижался риск развития психических расстройств [5-9]. Это объясняет стремительный рост числа онкологических и реабилитационных центров за рубежом, активно применяющих в лечении медицинские реабилитационные программы, позволяющие ускорить процесс восстановления и максимально приблизить больного к прежним условиям жизни.

Таким образом, основная цель реабилитации – максимально высокое КЖ, а не коррекция отдельно взятых расстройств.

Заключение

В процессе становления любой фундаментальной дисциплины или отдельной отрасли наступает время, когда накопленный объём научных и практических данных требует обобщения, анализа и определения проблем и вопросов, решение которых позволит достоверно улучшить результаты проводимой работы. К числу таких специальностей относится сложное, но перспективное, и главное востребованное направление современной медицины – реабилитация онкогинекологических больных (женщин, прошедших противоопухолевое лечение по поводу ЗНО органов репродуктивной системы). Таких пациенток, в связи с ростом онкогинекологической заболеваемости, с каждым годом в России становится всё больше, и значительная часть из них находится в репродуктивном возрасте.

Сегодня организация медицинской помощи в нашей стране позволяет выявлять злокачественные процессы на ранних стадиях и своевременно проводить специальную противоопухолевую терапию. Однако дальнейшее ведение пациенток онкогинекологического профиля, их

реабилитация и последующая жизнь с высоким КЖ – всё еще остаётся проблемой государственного масштаба.

Относительно новая специальность – медицинская реабилитация – призвана решить различные фундаментальные и практические задачи. Очевидно, что только при совместном объединении усилий реабилитологов, онкологов, акушеров-гинекологов, врачей других специальностей, взаимном обогащении знаниями и работе в мультидисциплинарных бригадах, можно в действительности достичь значимых успехов в онкогинекологической реабилитации.

Соблюдение врачами всех специальностей единых клинических рекомендаций по реабилитации, которые предстоит разработать и внедрить в практическую работу в ближайшее время, позволит избежать ошибок в лечении. В то же время, системообразующей единицей в онкогинекологической реабилитации является женщина и необходимо индивидуализировать подход к каждой, в зависимости от анатомо-физиологических изменений

и психоэмоционального состояния после проведения противоопухолевого лечения.

Очевидно, что поддержка и помощь в адаптации к новому состоянию необходима на всех этапах обращения к врачу. Именно поэтому так важно начинать реабилитационные мероприятия как можно раньше (сразу после выявления заболевания), ведь «сегодня – это завтра, о котором Вы беспокоились вчера!»

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Источник финансирования

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки в отношении данной публикации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68: 394-424.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. (ред.). Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018. 5-12.
3. Аксель Е.М., Виноградова Н.Н. Статистика злокачественных новообразований женских репродуктивных органов. Онкогинекология. 2018; 3: 64-78.
4. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) / под ред. В.М. Моисеенко. — М.: Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», 2018. — С. 113-212.
5. Maltzer S., Cristian A., Silver J.K. Morris G.S., Stout N.L. (2017). A Focused Review of Safety Considerations in Cancer Rehabilitation. PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation, 9(9S2), S415-S428.
6. Guo Y., Fu J.B., Guo H., Camp J., Shin K.Y., Tu S.M., Palmer L.J., Yadav R. Postacute care in cancer rehabilitation //Physical Medicine and Rehabilitation Clinics. – 2017. – Т. 28. – №. 1. – С. 19-34.
7. Leclerc A.F., Foidart-Dessalle M., Tomasella M., Coucke P., Devos M., Bruyère O., Bury T., Deflandre D., Jerusalem G., Lifrange E., Kaux J.F., Crielaard J.M., Maquet D. Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life. Eur J Phys Rehabil Med 2017;53:633-42.
8. Klügel S., Lücke C., Meta A., Schild-Suhren M., Malik E., Philippsen A., Müller H. HO. Concomitant psychiatric symptoms and impaired quality of life in women with cervical cancer: a critical review. Int J Womens Health. 2017;9:795-805.
9. Gerber L.H., Hodsdon B., Comis L.E., Chan L., Gallin J.I., McGarvey C.L. (2017). A Brief Historical Perspective of Cancer Rehabilitation and Contributions From the National Institutes of Health. PM&R, 9: S297-S304.
10. Weis J., Giesler J.M. (2017). Rehabilitation for Cancer Patients. Psycho-Oncology, 105–122.
11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>
12. Порядок организации медицинской реабилитации (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н), <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9110-po->
13. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. Consilium Medicum. 2016; 18 (2.1): 9–13.
14. Беляев А.Ф. Нормативно-правовые основы организации медицинской реабилитации //Medicus. – 2015. – №. 5. – С. 31-34.
15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3 сентября 2018 г. № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации» [www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71954304].
16. Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года. – 48 с. [<http://oncology-association.ru/files/national-strategy.pdf>].
17. Иванова Г.Е., Труханов А.И. Глобальные перспективы развития медицинской реабилитации. Вестник восстановительной медицины. 2017. № 6 (82). С. 2-6.
18. Буйлова Т.В., Иванова Г.Е., Зверев Ю.П. К вопросу о подготовке физических терапевтов, кинезотерапевтов в России. Вестник восстановительной медицины. 2016. № 5 (75). С. 47-52.
19. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с.
20. Степанова А.М., Мерзлякова А.М., Ткаченко Г.А., Кашия Ш.Р. Физיותרпия, механотерапия и психотерапия в онкологии. Вестник восстановительной медицины. 2016. № 5 (75). С. 42-46.
21. Каменев Л.И., Борисова О.Н., Тимонина И.А. Особенности медицинской реабилитации больных с онкологической патологией (физиотерапия, санаторно-курортное лечение). Тула: Изд-во ТулГУ, 2015. 90 с.
22. Amatya V., Khan F., Galea M. (2017). Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: a rehabilitation perspective. Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 10, 347–357.
23. Грушина Т.И. Преформированные и природные лечебные факторы в реабилитации больных раком молочной железы с лимфедемой верхней конечности //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. – №. 2-2. – С. 68-68.
24. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д., Суренков А.А., Зубенко В.Б. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных. Акушерство, гинекология и репродукция. 2017; 11 (4): 57-67.
25. Одинаев Т.Е., Брискин Ю.А. Целесообразность раннего применения средств физической реабилитации для улучшения качества жизни женщин с постмастэктомическим синдромом //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2018. – Т. 95. – №. 2. – С. 19-24.
26. Баллюзек М.Ф., Ионова А.К., Машкова М.В., Степанов Б.П., Чагунава О.Л. Организация программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода. Исследования и практика в медицине. 2018;5(4):91-97.
27. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Власина А.Ю., Москвичёва В.С. Возможности восстановления сексуальной функции у женщин репродуктивного возраста после лечения рака эндометрия и пограничных опухолей яичников // Врач. – 2018; 29 (10): 16–20.
28. Радзинский В.Е., Аминодова И.П., Крючко Д.С. Скрининг опухолевых заболеваний органов репродуктивной системы: возможности и перспективы //Ульяновский медико-биологический журнал. – 2018. – №3:63-79.
29. Жукмбаева А.М., Абраллинова С.С., Баймагамбетова Г.А., Ильясова Ж.О., Кудербаева Д.А., Тампиев Т.А., Тегисбаева Н.Б. Онкологическая настроенность при ведении пациенток с патологией шейки матки // Вестник КазНМУ. – 2016. – №1:224-225.

30. Кузнецова И.В.(ред.), Бурчаков Д.И., Алимбаева Г.Н., Покуль Л.В., Бурчакова М.Н., Бондаренко К.Р., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Беришвили М.В., Ясько Б.А., Чугунова Н.А. Альтернативная и альтернативная терапия в акушерстве и гинекологии. Москва: Издательство «ИндексМед Медиа»; 2018. – 454с.
31. Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Савченко А.А., Макацария А.Д., Чуканова Е.М., Алипов В.И., Капанадзе Д.Л. Реабилитация пациенток после комплексного лечения рака шейки матки // Georgian Medical News. – 2018. – № 7-8. С. 280-281.
32. Кит О.И., Франциянц Е.М., Меньшенина А.П., Моисеенко Т.И., Ушакова Н.Д., Попова Н.Н., Якушин А.В. Роль плазмафереза и ксенонтерапии в коррекции острых последствий хирургической менопаузы у больных раком шейки матки // Научный журнал КубГАУ. – 2016. – №117(03). – С. 472-486.
33. Моисеенко Т.И., Попова А.П., Меньшенина А.И., Шихлярова А.И., Назаралиева Н.А. Результаты обоснованного подхода к коррекции постовариоэктомического синдрома у онкогинекологических больных репродуктивного возраста // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4 (Спецвыпуск 2). – С. 136.
34. Зикиряходжаев А.Д., Масри А.А., Сухотько А.С., Старкова М.В., Аблицова Н.В., Усов Ф.Н., Ратушная В.В., Евтягина Н.В. Корректирующий липофилинг у больных раком молочной железы после комбинированного лечения // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5. – № 1. – С. 106-112.
35. Генс Г.П., Сирота Н.А., Олейникова И.Н., Шикина В.Е., Киркин В.В. Дистресс у больных раком яичников // Доктор.Ру. – 2018. – № 2. – С. 59–62.
36. Гурко Г., Щербакова С. Возрастные аспекты синдрома сексуальных дисфункций у женщин // Врач. – 2014. – № 6. – С. 27-29.
37. Грушина Т.И. Задачи и средства лечебной гимнастики у больных раком молочной железы в пре- и послеоперационном периодах // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2015. – Т. 11. – № 2. – С. 40-46.
38. Гайдарова А.Х., Хотенко Н.В., Манжосова М.И., Гигинейшвили Г.Р. Современные возможности медицинской реабилитации пациенток после лечения рака молочной железы (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2016. – Т. 22. – № 6. – С. 18-23.
39. Гайдарова А.Х., Гаршина О.В., Гигинейшвили Г.Р. Арт-терапия – как метод коррекции психического состояния пациенток после мастэктомии, проведенной по поводу рака молочной железы // Research'n Practical Medicine Journal. – 2016. – № Спецвыпуск. – С. 56.
40. Thornquist C. The potential of dance: Reducing fashion consumption through movement therapy // Journal of Cleaner Production. – 2018. – Т. 183. – С. 824-830.
41. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Носенко Е.Н., Духин А.О., Токаева Э.С., Барсегян Л.К., Шкрели И., Марапов Д.И., Сименел Е.С., Белов Д.А., Нижник А.Н. Витамин D3 (холекальциферол) и тазовая боль, индуцированная эндометриозом яичников // Трудный пациент. – 2018. – Т. 16. – №4. – С. 34-39.
42. Аминова И.П., Посисеева Л.В., Лебедева М.Г., Погасов А.Г. Современные аспекты лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2016. – №2. – С. 82-86.
43. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Абдурахманова М.Б. Комбинация пробиотика и метабиотика в комплексной терапии дисбиозов // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2018. – Т. 6. – № 3. – С. 127–133.
44. Мальцева А.Н. Применение липосомального гелевого покрытия «Фламена» в лечении дистрофических заболеваний вульвы у женщин перименопаузального периода // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4. – С. 248-248.
45. Кветной И., Кветная Т., Бочарова К. Мелатонин и патология пожилого возраста // Врач. – 2014. – № 6. – С. 53-56.
46. Любота Р.В. Применение метформина в лечении рака молочной железы у больных с метаболическим синдромом // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2015. – Т. 11. – № 4. С. 18–24.
47. Зикиряходжаев А.Д., Волченко А.А., Ермощенко М.В. Сухотько А.С. Алгоритм выбора реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы // Поволжский онкологический вестник. – 2015. – № 3. С. 38-44.
48. Юцковская Я.А., Лешунов Е.В., Труфанов В.Д. Женская интимная хирургия: обзор методов и тенденций // Пластическая хирургия и косметология. – 2014. – № 3. С. 337–496.
49. Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Татузян Е.Г. Физиотерапия в косметологии: учеб. пособие по элективному курсу. – Харьков: ХНМУ, 2015. – 132 с.
50. Самарцев И.Н., Живолупов С.А., Емелин А.Ю., Рашидов Н.А., Бардаков С.Н. Современные представления о дифференциальной диагностике и лечении пациентов с болью в области плеча // РМЖ. – 2017. – Т. 25. – № 9. – С. 564-571.
51. Грушина Т.И. Преформированные и природные лечебные факторы в реабилитации больных раком молочной железы с лимфедемой верхней конечности // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. – № 2-2. – С. 68-68.
52. Гайдарова А.Х., Хотенко Н.В., Айрапетова Н.С., Сидоров В.Д., Манжосова М.А., Нигаматьянов Н.Р. Современные физические методы реабилитации пациенток с постмастэктомическим лимфостазом верхней конечности после специализированного лечения рака молочной железы (Обзор). Вестник восстановительной медицины. 2016. № 5 (75). С. 12-18.
53. Герасименко М.Ю., Евстигнеева И.С., Куликов А.Г., Стражев С.В. Применение общей магнитотерапии и прерывистой пневмокомпрессии в раннем послеоперационном периоде у пациенток после радикальной мастэктомии. Вестник восстановительной медицины. 2018. № 6 (88). С. 85-90.
54. Ермолаева Т.Н., Булах Н.А. Опыт применения методов психологической диагностики в медицинской практике // Весенние психолого-педагогические чтения. – 2017. – С. 153-156.
55. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4, спецвыпуск 1. – С. 54-58.
56. Sciotto F., Py C., Tsantoulis P. Follow-up of the long-term cancer survivor // Revue medicale suisse. – 2017. – Т. 13. – № 563. – С. 1044-1048.
57. Нестерова И.В. Иммуномодулирующая терапия направленного таргетного действия: сегодняшняя реальность и перспективы // Аллергология и иммунология. – 2016. – Т. 17. – № 1. – С. 18-20.
58. Corradetti B., Pisano S., Conlan R.S., Ferrari M. Nanotechnology and immunotherapy in ovarian cancer: tracing new landscapes. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. 2019 Feb 8. pii: jpet.118.254979.

REFERENCES:

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68: 394-424.
2. Kaprin A.D., Starinskij V.V., Petrova G.V (red.). Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2017 godu. M.: MNIIO im. P.A. Gercena – filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii, 2018. 5-12. (Russian).
3. Aksel' E.M., Vinogradova N.N. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskih reproduktivnykh organov. Onkoginekologiya. 2018;3: 64-78. (Russian).
4. Prakticheskie rekomendacii po lekarstvennomu lecheniyu zlokachestvennykh opuholej (RUSSCO) / pod red. V.M. Moiseenko. — M.: Obshcherossijskaya obshchestvennaya organizaciya «Rossijskoe obshchestvo klinicheskoy onkologii», 2018. — С. 113-212. (Russian).
5. Maltser S., Cristian A., Silver J.K. Morris G.S., Stout N.L. (2017). A Focused Review of Safety Considerations in Cancer Rehabilitation. PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation, 9(9S2), S415-S428.
6. Guo Y., Fu J.B., Guo H., Camp J., Shin K.Y., Tu S.M., Palmer L.J., Yadav R. Postacute care in cancer rehabilitation // Physical Medicine and Rehabilitation Clinics. – 2017. – Т. 28. – № 1. – С. 19-34.
7. Leclerc A.F., Foidart-Dessalle M., Tomasella M., Coucke P., Devos M., Bruyère O., Bury T., Deflandre D., Jerusalem G., Liffrange E., Kaux J.F., Crielaard J.M., Maquet D. Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life. Eur J Phys Rehabil Med 2017;53:633-42.
8. Klügel S., Lücke C., Meta A., Schild-Suhren M., Malik E., Philipsen A., Müller H.H.O. Concomitant psychiatric symptoms and impaired quality of life in women with cervical cancer: a critical review. Int J Womens Health. 2017;9:795-805.
9. Gerber L.H., Hodsdon B., Comis L.E., Chan L., Gallin J.L., McGarvey C.L. (2017). A Brief Historical Perspective of Cancer Rehabilitation and Contributions From the National Institutes of Health. PM&R, 9: S297-S304.
10. Weis J., Giesler J.M. (2017). Rehabilitation for Cancer Patients. Psycho-Oncology, 105–122.
11. Federal'nyj zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ "Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii", <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> (Russian).
12. Poryadok organizacii medicinskoj reabilitacii (utv. prikazom Ministerstva zdoravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 29 dekabrya 2012 g. № 1705n), <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9110-po-> (Russian).
13. Ivanova G.E. Medicinskaya reabilitaciya v Rossii. Perspektivy razvitiya. Consilium Medicum. 2016; 18 (2.1): 9–13. (Russian).

14. Belyaev A. F. Normativno-pravovye osnovy organizatsii medicinskoj reabilitatsii // *Medicus*. – 2015. – № 5. – S. 31-34. (Russian).
15. Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashchity RF ot 3 sentyabrya 2018 g. № 572n "Ob utverzhenii professional'nogo standarta "Specialist po medicinskoj reabilitatsii" [www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71954304]. (Russian).
16. National'naya strategiya po bor'be s onkologicheskimi zabolevaniyami na dolgosrochnyj period do 2030 goda. – 48 s. [http://oncology-association.ru/files/national-strategy.pdf]. (Russian).
17. Ivanova G.E., Truhanov A.I. Global'nye perspektivy razvitiya medicinskoj reabilitatsii. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2017. № 6 (82). S. 2-6. (Russian).
18. Bujlova T.V., Ivanova G.E., Zverev Yu.P. K voprosu o podgotovke fizicheskikh terapevtov, kinezoterapevtov v Rossii. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2016. № 5 (75). S. 47-52. (Russian).
19. Onkopsihologiya dlya vrachej-onkologov i medicinskih psihologov. *Rukovodstvo* // A.M. Belyaev i kollektiv avtorov / Red. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. – SPb: Lyubavich, 2017. – 352 s. (Russian).
20. Stepanova A.M., Merzlyakova A.M., Tkachenko G.A., Kashiya Sh.R. Fizioterapiya, mekhanoterapiya i psihoterapiya v onkologii. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2016. № 5 (75). S. 42-46. (Russian).
21. Kamenev L.I., Borisova O.N., Timonina I.A. Osobennosti medicinskoj reabilitatsii bol'nykh s onkologicheskoy patologiej (fizioterapiya, sanatorno-kurortnoe lechenie). *Tula: Izd-vo TulGU*, 2015. 90 s. (Russian).
22. Amatya B., Khan F., Galea M. (2017). Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: a rehabilitation perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 10, 347–357.
23. Grushina T.I. Preformirovannye i prirodnye lechebnye faktory v reabilitatsii bol'nykh rakom molochnoj zhelezy s limfedemoy verhnjej konechnosti // *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury*. – 2016. – T. 93. – № 2-2. – S. 68-68. (Russian).
24. Solopova A.G., Idrisova L.E., Makacariya A.D., Surenkov A.A., Zubenko V.B. Mul'tidisciplinarnyj podhod k medicinskoj reabilitatsii onkoginekologicheskikh bol'nykh. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija*. 2017; 11 (4): 57-67. (Russian). DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067.
25. Odinec T.E., Briskin Yu.A. Celesoobraznost' rannego primeneniya sredstv fizicheskoy reabilitatsii dlya uluchsheniya kachestva zhizni zhenshchin s postmastektomicheskim sindromom // *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury*. – 2018. – T. 95. – № 2. – S. 19-24. (Russian).
26. Ballyuzek M.F., Ionova A.K., Mashkova M.V., Stepanov B.P., Chagunava O.L. Organizatsiya programm reabilitatsii onkologicheskikh pacientov na osnove mezhdisciplinarnogo podhoda. *Issledovaniya i praktika v medicine*. 2018;5(4):91-97. (Russian).
27. Solopova A.G., Idrisova L.E., Vlasina A.Yu., Moskvichyova V.S. Vozmozhnosti vosstanovleniya seksual'noj funktsii u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta posle lecheniya raka endometriya i pogranichnykh opuholej yaichnikov // *Vrach*. – 2018; 29 (10): 16–20. (Russian).
28. Radzinskiy V.E., Aminodova I.P., Kryuchko D.S. Skrinig opuholevykh zabolevaniy organov reproduktivnoj sistemy: vozmozhnosti i perspektivy // *Ul'yanskiy mediko-biologicheskij zhurnal*. – 2018. – №3:63-79. (Russian).
29. Zhukembaeva A.M., Abrialnova S.S., Bajmagambetova G.A., Il'yasova Zh.O., Kuderbaeva D.A., Tampiev T.A., Tegisbaeva N.B. Onkologicheskaya nastorozhenost' pri vedenii pacientok s patologiej shejki matki // *Vestnik KazNMU*. – 2016. – №1:224-225. (Russian).
30. Kuznecova I.V.(red.), Burchakov D.I., Alimbaeva G.N., Pokul' L.V., Burchakova M.N., Bondarenko K.R., Ipatova M.V., Malanova T.B., Berishvili M.V., Yas'ko B.A., Chugunova N.A. Ad'yuvantnaya i al'ternativnaya terapiya v akusherstve i ginekologii. *Moskva: Izdatel'stvo «IndeksMed Media»*; 2018. – 454s. (Russian).
31. Idrisova L.E., Solopova A.G., Savchenko A.A., Makacariya A.D., Chukanova E.M., Alipov V.I., Kapanadze D.L. Reabilitatsiya pacientok posle kompleksnogo lecheniya raka shejki matki // *Georgian Medical News*. – 2018. – № 7-8. S. 280-281. (Russian).
32. Kit O.I., Franciyanc E.M., Men'shenina A.P., Moiseenko T.I., Ushakova N.D., Popova N.N., Yakushin A.V. Rol' plazmaferaza i ksenonterapii v korrektsii ostryykh posledstviy hirurgicheskoy menopauzy u bol'nykh rakom shejki matki // *Nauchnyy zhurnal KubGAU*. – 2016. – №117(03). – S. 472-486. (Russian).
33. Moiseenko T.I., Popova A.P., Men'shenina A.I., Shihlyarova A.I., Nazaralieva N.A. Rezul'taty obosnovannogo podkhoda k korrektsii postovarietomicheskogo sindroma u onkoginekologicheskikh bol'nykh reproduktivnogo vozrasta // *Zlokachestvennye opukholi*. – 2015. – № 4 (Spetsvypusk 2). – S. 136. (Russian).
34. Zikiryakhodzhayev A.D., Masri A.A., Sukhot'ko A.S., Starkova M.V., Ablicova N.V., Usov F.N., Ratushnaya V.V., Evtyagina N.V. Korrigiruyushchiy lipofiling u bol'nykh rakom molochnoj zhelezy posle kombinirovannogo lecheniya // *Issledovaniya i praktika v meditsine*. – 2018. – T. 5. – № 1. – S. 106-112. (Russian).
35. Gens G.P., Sirota N.A., Oleynikova I.N., Shikina V.E., Kirkin V.V. Distress u bol'nykh rakom yaichnikov // *Doktor.Ru*. – 2018. – № 2. – S. 59–62. (Russian).
36. Gurko G., Shcherbakova S. Vozrastnye aspekty sindroma seksual'nykh disfunktsiy u zhenshchin // *Vrach*. – 2014. – № 6. – S. 27-29. (Russian).
37. Grushina T.I. Zadachi i sredstva lechebnoj gimnastiki u bol'nykh rakom molochnoj zhelezy v predi posleoperatsionnom periodakh // *Opukholi zhenskoy reproduktivnoj sistemy*. – 2015. – T. 11. – № 2. – S. 40-46. (Russian).
38. Gaydarova A.Kh., Khotenko N.V., Manzhosova M.I. Gigineyshvili G.R. Sovremennye vozmozhnosti meditsinskoj reabilitatsii patsientok posle lecheniya raka molochnoj zhelezy (obzor literatury) // *Problemy reproduktivnoy*. – 2016. – T. 22. – № 6. – S. 18-23. (Russian).
39. Gaydarova A.Kh., Garshina O.V., Gigineyshvili G.R. Art-terapiya – kak metod korrektsii psikhicheskogo sostoyaniya patsientok posle mastektomii, provedennoy po povodu raka molochnoj zhelezy // *Research'n Practical Medicine Journal*. – 2016. – № Spetsvypusk. – S. 56. (Russian).
40. Thornquist C. The potential of dance: Reducing fashion consumption through movement therapy // *Journal of Cleaner Production*. – 2018. – T. 183. – C. 824-830.
41. Orazov M.R., Radzinskiy V.E., Khamoshina M.B., Nosenko E.N., Duhin A.O., Tokaeva E.H.S., Barsegyan L.K., Shkreli I., Marapov D.I., Simenel E.S., Belov D.A., Nizhnik A.N. Vitamin D3 (kholekal'tsiferol) i tazovaya bol', indutsirovannaya endometriozom yaichnikov // *Trudnyy patsient*. – 2018. – T. 16. – №4. – S. 34-39. (Russian).
42. Aminodova I.P., Posiseeva L.V., Lebedeva M.G., Pogasov A.G. Sovremennye aspekty lecheniya VPCh-assotsirovannykh zabolevaniy shejki matki // *Vestnik RUDN. Seriya: Meditsina*. – 2016. – №2. – S. 82-86. (Russian).
43. Radzinskiy V.E., Ordiyants I.M., Abdurakhmanova M.B. Kombinatsiya probiotika i metabiotika v kompleksnoy terapii disbiozov // *Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya*. – 2018. – T. 6. – № 3. – S. 127-133. (Russian).
44. Mal'tseva A.N. Primenenie liposomal'nogo gelevolnoy pokrytiya "Flamena" v lechenii distroficheskikh zabolevaniy vul'vy u zhenshchin perimenopauzal'nogo perioda // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. – 2018. – № 4. – S. 248-248. (Russian).
45. Kvetnoy I., Kvetnaya T., Bocharova K. Melatonin i patologiya pozhilogo vozrasta // *Vrach*. – 2014. – № 6. – S. 53-56. (Russian).
46. Lyubota R.V. Primenenie metformina v lechenii raka molochnoj zhelezy u bol'nykh s metabolicheskim sindromom // *Opukholi zhenskoy reproduktivnoj sistemy*. – 2015. – T. 11. – № 4. S. 18–24. (Russian).
47. Zikiryakhodzhayev A.D., Volchenko A.A., Ermoshchenkova M.V. Sukhot'ko A.S. Algoritm vybora rekonstruktivno-plasticheskikh operatsiy u bol'nykh rakom molochnoj zhelezy // *Povolzhskiy onkologicheskij vestnik*. – 2015. – № 3. S. 38-44. (Russian).
48. Yutskovskaya Ya.A., Leshunov E.V., Trufanov V.D. Zhenskaya intimnaya khirurgiya: obzor metodov i tendentsiy // *Plasticheskaya khirurgiya i kosmetologiya*. – 2014. – № 3. S. 337–496. (Russian).
49. Belovol A.N., Tkachenko S.G., Tatuzyan E.G. Fizioterapiya v kosmetologii: ucheb. posobie po elektivnomu kursu. – Khar'kov: KhNMU, 2015. – 132 s. (Russian).
50. Samartsev I.N., Zhivolupov S.A., Emelin A.Yu., Rashidov N.A., Bardakov S.N. Sovremennye predstavleniya o differentsial'noy diagnostike i lechenii patsientov s bol'yu v oblasti plecha // *RMZh*. – 2017. – T. 25. – № 9. – S. 564-571. (Russian).
51. Grushina T.I. Preformirovannye i prirodnye lechebnye faktory v reabilitatsii bol'nykh rakom molochnoj zhelezy s limfedemoy verkhney konechnosti // *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury*. – 2016. – T. 93. – № 2-2. – S. 68-68. (Russian).
52. Gajdarova A.H., Kotenko N.V., Ajrapetova N.S., Sidorov V.D., Manzhosova M.A., Nigamad'yanov N.R. Sovremennye fizicheskie metody reabilitatsii pacientok s postmastektomicheskim limfostazom verhnjej konechnosti posle spetsializirovannogo lecheniya raka molochnoj zhelezy (Obzor). *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2016. № 5 (75). S. 12-18. (Russian).
53. Gerasimenko M.Y., Evstigneeva I.S., Kulikov A.G., Strazhev S.V. Primenenie obshchej magnitoterapii i preryvnoj pnevmokompressii v rannem posleoperatsionnom periode u pacientok posle radikal'noj mastektomii. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2018. № 6 (88). S. 85-90. (Russian).
54. Ermolaeva T.N., Bulakh N.A. Opyt primeneniya metodov psikhologicheskoy diagnostiki v meditsinskoj praktike // *Vesennie psikhologo-pedagogicheskie chteniya*. – 2017. – S. 153-156. (Russian).
55. Semiglazova T.Yu., Tkachenko G.A., Chulkova V.A. Psikhologicheskie aspekty lecheniya onkologicheskikh bol'nykh // *Zlokachestvennye opukholi*. – 2016. – № 4, spetsvypusk 1. – S. 54-58. (Russian).
56. Sciotto F, Py C, Tsantoulis P. Follow-up of the long-term cancer survivor // *Revue medicale suisse*. – 2017. – T. 13. – № 563. – C. 1044-1048.
57. Nesterova I.V. Immunomoduliruyushchaya terapiya napravlennoy targetnoy deystviya: segodnyashnyaya real'nost' i perspektivy // *Allergologiya i immunologiya*. – 2016. – T. 17. – № 1. – S. 18-20. (Russian).
58. Corradetti B., Pisano S., Conlan R.S., Ferrari M. Nanotechnology and immunotherapy in ovarian cancer: tracing new landscapes. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 2019 Feb 8. pii: jpet.118.254979.

РЕЗЮМЕ

Увеличение продолжительности жизни россиянок в сочетании с ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы в последние десятилетия вызвали необходимость развития новых подходов к ведению онкогинекологических больных. Повсеместное внедрение скрининговых программ, совершенствование методов диагностики и лечения, повышение информированности населения о важности своевременного обращения к врачу позволили значительно улучшить выявление гинекологического рака на ранних стадиях.

Сегодня для медицинского сообщества и пациенток, получивших специальную противоопухолевую терапию, имеет значение не только продолжительность, но и качество жизни. Сформировалась потребность в специалистах медицинской реабилитации, поиске клинически, социально и экономически эффективных моделей восстановительной помощи, разработке национальных руководств и практических рекомендаций.

К сожалению, в настоящее время в России отсутствует система реабилитации онкогинекологических больных. На данный момент нет медицинских организаций, специализирующихся по этому вопросу. Следует отметить малоизученность методов восстановления и ограниченность их применения в нашей стране ввиду немногочисленности рандомизированных контролируемых исследований.

Нехватка пререабилитации и отсроченное проведение реабилитационных мероприятий негативным образом сказывается на эффективности лечения и значительно ухудшает прогноз заболевания. Зачастую не учитываются анатомо-физиологические изменения и психоэмоциональный фон женщин после противоопухолевой терапии. Тем не менее, отсутствие или недостаточный объём психологической и психотерапевтической помощи ведут к дезадаптации пациенток, выраженному дистрессу, резкому снижению качества жизни.

Главной целью реабилитации должно стать пожизненное наблюдение онкогинекологических больных, постоянная настороженность в отношении возобновления злокачественного процесса и поиск доклинических форм рецидивов. Такой подход повысит не только эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, но и позволит улучшить качество жизни женщин.

В данной публикации авторы попытались сформулировать основные проблемы в реабилитации онкогинекологических пациенток и предложить возможные решения.

Ключевые слова: стратегия здравоохранения, онкология, гинекология, качество жизни, реабилитация, междисциплинарная медицинская реабилитация, репродуктивная система, пререабилитация, психотерапия, рецидив.

ABSTRACT

In recent decades the increase in life expectancy of Russian women in combination with the increase in the incidence of reproductive organ tumors has required the development of new approaches to the management of oncogynecological patients. The widespread introduction of screening programs, improvement of methods of diagnosis and treatment, increased public awareness of the need for timely access to a doctor, have significantly improved the detection of gynecological cancer in the early stages. Today, the medical community and patients who have received special antitumor therapy are interested not only in survival statistics, but in the quality of future life after the treatment too. There is an urgent need for medical rehabilitation specialists, searching for clinically, socially and economically effective forms of rehabilitation assistance, developing national guidelines and practical recommendations.

Unfortunately, there is no system for the rehabilitation of oncogynecological patients in Russia nowadays. Also, there are no medical organizations specializing in this issue. It should be noted the lack of knowledge of the rehabilitation methods and the limitations of their use due to the small conduct of randomized controlled studies in our country.

The lack of pre-rehabilitation and delayed rehabilitation activities are still staying a huge problem. Often, the anatomical and physiological changes and the psychoemotional background of women after the treatment of gynecological malignancies are not taken into account. However, the lack or insufficient amount of psychological and psychotherapeutic assistance leads to the disadaptation of patients, distress, a sharp decline in the quality of life.

The main goal of rehabilitation should be lifelong observation of oncogynecological patients, constant alertness regarding the recurrence of the malignant process and the search for preclinical forms of relapse. Such an approach will increase not only the effectiveness of the rehabilitation measures, but will allow women to live with the highest quality of life.

In this publication, the authors tried not only to formulate the main problems in the rehabilitation of gynecological patients, but also to propose possible solutions.

Keywords: health strategy, oncology, gynecology, quality of life, rehabilitation, interdisciplinary medical rehabilitation, reproductive system, pre-rehabilitation, psychotherapy, relapse.

Контакты:

Солопова Антонина Григорьевна: E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

