



Возврат к трудовой деятельности после хирургического лечения рака шейки матки: изучение отдаленных результатов в течение 3 лет

Блинов Д.В.^{1,2,3,*}, Солопова А.Г.⁴, Гамеева Е.В.², Бадалов Н.Г.², Еремушкин М.А.², Степанова А.М.², Галкин В.Н.⁵, Иванов А.Е.⁵, Акавова С.А.⁵

¹ Институт превентивной и социальной медицины, Москва, Россия

² ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства», Москва, Россия

³ АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Газа», Москва, Россия

⁴ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

⁵ ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на достижения в области диагностики и лечения рака шейки матки (РШМ), хирургическое вмешательство остается краеугольным камнем радикального лечения. Однако оно влечет за собой такие осложнения, как лимфедема, сексуальная дисфункция и другие физические и психосоциальные расстройства, что снижает качество жизни и способность вернуться к работе. Это подчеркивает необходимость разработки эффективных стратегий поддержки пациентов для их возвращения к профессиональной деятельности после лечения.

ЦЕЛЬ. Изучить взаимосвязь между различными программами реабилитации после хирургического лечения РШМ и возвращением к трудовой деятельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены пациентки в возрасте 18 лет и старше с РШМ 1А–1В стадии. Пациентки были рандомизированы на 2 группы: получающие активную программу комплексной реабилитации (РШМ-1, 51 пациентка) и получающие пассивную реабилитацию (РШМ-2, 52 пациентки). Персонализированная активная реабилитационная программа включала физиотерапию, психотерапевтическую поддержку, изменение образа жизни и другие мероприятия, которые проводят в течение 1 года после хирургического вмешательства. Группа пассивной реабилитации, напротив, получала стандартную информацию о послеоперационном уходе и рекомендации, основанные на общих принципах реабилитации, предложенные действующими клиническими рекомендациями. Оценивали долю пациенток, вернувшихся к работе в различные сроки в течение 36 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Пациентки в группе РШМ-1 продемонстрировали значительно более высокие показатели возвращения к трудовой деятельности по сравнению с группой РШМ-2, начиная с третьего месяца после операции. Через 36 месяцев все пациентки из группы РШМ-1 вернулись к работе, в то время как в группе РШМ-2 к профессиональной деятельности вернулось только 66,7 % пациенток. В группе РШМ-1 шансы вернуться к трудовой деятельности в течение 3 лет после операции были выше, чем в группе РШМ-2 (ОШ = 0,467; 95 % ДИ (доверительный интервал) 0,309–0,706, $p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Данное исследование подчеркивает значительное влияние персонализированных комплексных активных реабилитационных программ на повышение вероятности возвращения к трудовой деятельности после хирургического лечения РШМ на ранних стадиях. Полученные результаты свидетельствуют о том, что такие подходы к реабилитации могут иметь решающее значение для восстановления в долгосрочной перспективе и социальной реинтеграции больных РШМ, что в конечном итоге способствует улучшению исхода. Необходимы дальнейшие исследования для определения наиболее эффективных компонентов программ реабилитации и оптимизации их внедрения в клиническую практику.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак шейки матки, реабилитация, возврат к труду

Для цитирования / For citation: Блинов Д.В., Солопова А.Г., Гамеева Е.В., Бадалов Н.Г., Еремушкин М.А., Степанова А.М., Галкин В.Н., Иванов А.Е., Акавова С.А. Возврат к трудовой деятельности после хирургического лечения рака шейки матки: изучение отдаленных результатов в течение 3 лет. Вестник восстановительной медицины. 2024; 23(6):54-61. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2024-23-6-54-61> [Blinov D.V., Solopova A.G., Gameeva E.V., Badalov N.G., Eremushkin M.A., Stepanova A.M., Galkin V.N., Ivanov A.E., Akavova S.A. Resumption of Employment after Cervical Cancer Surgery: a 3-Year Follow-Up Study of Long-term Outcomes. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2024; 23(6):54-61. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2024-23-6-54-61> (In Russ.).

* Для корреспонденции: Блинов Дмитрий Владиславович, E-mail: blinov2010@gmail.com

Статья получена: 04.09.2024
Статья принята к печати: 01.10.2024
Статья опубликована: 16.12.2024

Resumption of Employment after Cervical Cancer Surgery: a 3-Year Follow-Up Study of Long-term Outcomes

 Dmitry V. Blinov^{1,2,3,*},  Antonina G. Solopova⁴,  Elena V. Gameeva²,  Nazim G. Badalov²,
 Mikhail A. Eremushkin²,  Alexandra M. Stepanova²,  Vsevolod N. Galkin⁵,
 Alexander E. Ivanov⁵,  Saida A. Akavova⁵

¹ Institute for Social and Preventive Medicine, Moscow, Russia

² Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russia

³ Moscow Haass Medical-Social Institute, Moscow, Russia

⁴ Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

⁵ S.S. Yudin City Clinical Hospital, Moscow, Russia

ABSTRACT

INTRODUCTION. Despite advancements in cervical cancer (CC) diagnosis and treatment, surgical intervention remains the cornerstone of radical treatment. However, surgical procedures can result in complications such as lymphedema, sexual dysfunction, and other physical and psychosocial disorders, significantly affecting patients' quality of life (QoL) and ability to return to work. This emphasizes the need for effective strategies to support patients in resuming their occupational activities post-treatment.

AIM. To investigate the relationship between different rehabilitation programmes following cervical cancer surgery and return to work

MATERIALS AND METHODS. The study included patients aged 18 and older with stage 1A–1B cervical cancer. Patients were randomized into two groups: those receiving an active comprehensive rehabilitation program (CC-1, 51 patients) and those receiving passive rehabilitation (CC-2, 52 patients). The active rehabilitation program included a personalized, year-long regimen encompassing physical therapy, psychotherapeutic support, and lifestyle modifications, among other interventions. In contrast, the passive rehabilitation group received standard post-operative care information and general recommendations based on local clinical guidelines. The primary outcome was the proportion of patients who returned to work at various time points up to 36 months post-surgery.

RESULTS. Patients in the CC-1 group demonstrated significantly higher rates of return to work compared to the CC-2 group from the third month post-surgery onwards. At 36 months, all patients in the CC-1 group had returned to work, whereas only 66.7 % of patients in the CC-2 group had resumed their professional activities. In the CC-1 group the chance of returning to work within 3 years after surgery was 2.14 times higher compared to those in the CC-2 group (OR = 0.467, 95 % CI 0.309–0.706, $p < 0.001$).

CONCLUSION. The study highlights the significant impact of personalized comprehensive active rehabilitation programs on improving the likelihood of return to work following surgical treatment for early-stage cervical cancer. These findings suggest that such rehabilitation approaches may be crucial in enhancing the long-term recovery and social reintegration of cervical cancer patients, ultimately contributing to better overall outcomes. Further research is needed to identify the most effective components of these rehabilitation programs and optimize their implementation.

KEYWORDS: cervical cancer, rehabilitation, return to work

For citation: Blinov D.V., Solopova A.G., Gameeva E.V., Badalov N.G., Eremushkin M.A., Stepanova A.M., Galkin V.N., Ivanov A.E., Akavova S.A. Resumption of Employment after Cervical Cancer Surgery: a 3-Year Follow-Up Study of Long-term Outcomes. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2024; 23(6):54-61. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2024-23-6-54-61> (In Russ.).

* **For correspondence:** Dmitry V. Blinov, E-mail: blinov2010@gmail.com

Received: 04.09.2024

Accepted: 01.10.2024

Published: 16.12.2024

ВВЕДЕНИЕ

Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится до 90 % случаев заболеваемости РШМ во всем мире [1]. Хотя в промышленно развитых странах благодаря программам вакцинации и скрининга наблюдается снижение заболеваемости РШМ, глобальная смертность и заболеваемость за последнее десятилетие существенно не снизились [2, 3].

Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении РШМ, основным методом радикального лечения данного заболевания остается хирургическое вмешательство. В то время, как на поздних стадиях РШМ

предпочтительным методом лечения является химиолучевая терапия, при 1 и 2А стадиях основными хирургическими подходами являются радикальная гистерэктомия и лимфаденэктомия [4–6]. Однако хирургическому вмешательству могут сопутствовать осложнения, включая лимфедему, сексуальную дисфункцию и иные физические и психосоциальные расстройства, которые существенно снижают качество жизни пациенток и их способность вернуться к трудовой деятельности [7–9].

Помимо этого, на качество жизни больных после лечения злокачественного новообразования в значительной степени влияют финансовые и социальные последствия. Финансовые заботы часто перевешивают физические или психологические побочные эффекты, а десоциализация, вызванная болезнью, может повли-

ять на прогноз. Поэтому для таких пациенток поддержание финансовой стабильности и социального благополучия имеет решающее значение [10].

Исследования показывают, что после лечения злокачественного новообразования работа часто воспринимается как значимый аспект жизни, и позитивное отношение к своей профессиональной деятельности может способствовать возвращению к труду. Было установлено, что социальная поддержка, в первую очередь со стороны семьи и друзей, и применение так называемых копинг-стратегий (стратегий преодоления) помогают пациенткам лучше справляться с трудностями, связанными с работой. С другой стороны, внешнее давление с требованием скорейшего возвращения к профессиональным обязанностям может быть источником чрезмерного стресса [11]. Эти аспекты необходимо учитывать для достижения устойчивой трудоспособности реконвалесцентов злокачественных новообразований.

Таким образом, одним из ключевых аспектов реабилитации после хирургического лечения РШМ является восстановление трудоспособности, что может быть сложной задачей ввиду множества факторов, таких как тяжесть заболевания, характер хирургического вмешательства, наличие сопутствующих заболеваний и социально-экономические условия. Распространенными симптомами, которые ухудшают повседневную деятельность и качество жизни, являются болевой синдром, повышенная утомляемость и депрессия. Реабилитационные программы, способствуя облегчению данных проявлений, могут положительно повлиять на сроки возвращения к трудовой деятельности [12]. В последние годы активно разрабатываются и внедряются различные программы реабилитации, направленные на ускорение восстановления пациенток после лечения онкологических заболеваний и их возвращения к работе. Однако остается открытым вопрос, какие именно программы наиболее эффективны и какие их составляющие влияют на успешность реабилитации в контексте возвращения к трудовой деятельности. Наше исследование направлено на заполнение этого пробела. Мы предполагаем, что предлагаемые нашей исследовательской группой подходы к реабилитации могут способствовать более быстрому и успешному восстановлению трудоспособности у пациенток, перенесших хирургическое вмешательство по поводу РШМ.

ЦЕЛЬ

Изучить взаимосвязь между различными программами реабилитации после хирургического лечения РШМ и возвращением к трудовой деятельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли пациентки старше 18 лет с РШМ 1А–1Б стадии с сочетанной патологией, которых распределяли в группы сравнения при условии наличия письменного информированного согласия и подтвержденного диагноза. Исключались из исследования пациентки с другими онкологическими заболеваниями, рецидивом или указаниями на наследственную предрасположенность к злокачественным новообразованиям репродуктивной системы, психическими и когнитивными расстройствами, проходящие химиолучевую

терапию, беременные, кормящие матери, отказавшиеся от участия.

Группы сравнения

Пациентки были рандомизированы в группы комплексной активной реабилитации (РШМ-1, 51 пациентка) и пассивной реабилитации (РШМ-2, 52 пациентки).

Персонализированная программа комплексной активной реабилитации на этапе после постановки диагноза РШМ до начала хирургического лечения включала консультирование и информационную поддержку; модификацию образа жизни; психотерапевтическую поддержку; коррекцию микробиоценоза влагалища; лечебную физическую культуру, включая упражнения для укрепления мышц тазового дна и дыхательную гимнастику; дотацию витаминов и микронутриентов. Через 1 месяц после хирургического вмешательства программа дополнялась консультацией сексолога (в том числе парные консультации с партнером), вагинальным массажем, назначением лубрикантов и местных эстриолсодержащих препаратов; через 3 месяца — фито- и физиотерапией, а через 6 месяцев — климато- и ландшафто-терапией. Общая продолжительность комплексной активной реабилитации составляла не меньше 1 года после хирургического вмешательства.

Пассивная реабилитация включала информирование о текущем состоянии и последствиях хирургического лечения, а также рекомендации, основанные на общих принципах реабилитации пациенток после проведенных хирургических вмешательств и/или химиотерапии, и/или лучевой терапии, согласно указанному лечению в утвержденных клинических рекомендациях по ведению пациенток с РШМ, находящихся в рубрикаторе Минздрава России [13].

Дизайн исследования

Для оценки взаимосвязи данных программ реабилитации с уровнем реинтеграции в социальную среду, начиная с 1-й недели после хирургического вмешательства по поводу РШМ и далее на 1, 3, 6, 12, 24 и 36-м месяцах наблюдения, оценивали уровень возврата к трудовой деятельности, выражающийся в доле пациенток, приступивших к работе (независимо от того, это прежняя должность или новые трудовые обязанности), в общем числе участниц в группе. Также оценивали долю пациенток, вернувшихся к своей прежней работе (такая же должность и/или трудовая функция, что и до хирургического вмешательства), в общем числе участниц в группе.

Методы статистического анализа

Статистический анализ выполняли в Microsoft Excel (Microsoft, США) и пакете Stata 14 (StataCorp LLC, США). Для описания численных показателей использовали медиану (Me); первый и третий квартили (Q_{25} , Q_{75}), для качественных переменных — абсолютное количество (n) и долю (%). $p < 0,05$ считали статистически значимым. Для оценки динамики доли субъектов, вернувшихся к трудовой деятельности и к прежней работе между различными визитами, была использована смешанная модель логистической регрессии с повторными измерениями. В качестве зависимой переменной использовался логарифм отношения шансов, а в качестве

факторов модели включали номер субъекта, возраст субъекта, время (месяц оценки), группу, а также взаимодействие времяхгруппа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общие сведения о пациентках

Медиана возраста вошедших в исследование пациенток с РШМ составила 49 [43; 51] лет в группе РШМ-1 и 48,5 [44; 51] лет в группе РШМ-2 ($p > 0,05$). Семейный статус, уровень образования, доля курящих и профиль коморбидных заболеваний также были сопоставимыми.

Возвращение к трудовой деятельности

Анализ динамики возвращения к трудовой деятельности пациенток, прошедших активную (РШМ-1) и пассивную (РШМ-2) реабилитацию после хирургического лечения РШМ, показал следующие результаты (табл. 1). Если на 1-й неделе и на 1-м месяце восстановительного периода показатели возвращения к трудовой деятельности в обеих группах были сопоставимы (13,7 % и 15,4 % на 1-й неделе, 19,6 % и 17,3 % на 1-м месяце соответственно), то, начиная с 3-го месяца, наблюдалось стабильное увеличение данного показателя в группе РШМ-1 по сравнению с группой РШМ-2 (43,1 % против 21,2 % на третьем месяце). К концу исследования все пациентки из группы РШМ-1 и 66,7 % из группы РШМ-2 вернулись к работе.

Результаты смешанной модели логистической регрессии для анализа доли пациентов, вернувшихся к трудовой деятельности, продемонстрировали, что в группе РШМ-1 шансы вернуться к трудовой деятельности в течение 3 лет после хирургического вмешательства по поводу РШМ выше, чем у пациенток из группы РШМ-2 (ОШ = 0,467 [95 % ДИ 0,309–0,706], $p < 0,001$)

Возвращение к прежней работе

В течение первой недели доля вернувшихся к прежней работе среди пациенток, получавших комплексную активную (группа РШМ-1) и пассивную реабилитацию (группа РШМ-2), была сопоставима (табл. 2). Также все вернувшиеся в течение этого периода времени к труду возвращались на прежние позиции. Уже начиная с 1-го месяца стала заметна тенденция, когда доля вернувшихся к прежней деятельности пациенток из группы РШМ-1 превышала таковую у пациенток из группы РШМ-2. На 3-м месяце наблюдения этот показатель составил 31,4 % в группе РШМ-1 и 21,2 % в группе РШМ-2. На 3-м году после хирургического вмешательства по поводу РШМ доля вернувшихся к прежней трудовой деятельности среди получающих комплексную активную реабилитацию составила 85,7 %, в то время как среди получающих пассивную реабилитацию — 53,3 %.

Результаты смешанной модели логистической регрессии для анализа доли пациентов, вернувшихся к прежней работе, продемонстрировали, что у пациенток из группы РШМ-1 шансы вернуться к прежней работе в течение 3 лет после хирургического лечения РШМ выше, чем у пациенток из группы РШМ-2 (ОШ = 0,731 [95 % ДИ 0,616–0,868], $p < 0,001$).

Исследования, проведенные среди пациенток с онкогинекологическими заболеваниями (РШМ, рак тела матки, рак вульвы/влагалища), получавших химиолучевую терапию, показали, что 58,1 % из них вернулись к работе через 12 месяцев, а 63,2 % — через 18 месяцев [10], причем программы стационарной реабилитации улучшают данный показатель за счет облегчения проявлений повышенной утомляемости. Другими факторами, влияющими на возврат к труду, были признаны болевой синдром, возраст, стадия рака и интенсивность терапии. В нашем исследовании доля возвратившихся к тру-

Таблица 1. Доля возвратившихся к трудовой деятельности после хирургического лечения рака шейки матки на различных сроках наблюдения, n (%)

Table 1. Rate of return to work after surgical treatment of cervical cancer at different follow-up periods, n (%)

Время после хирургического вмешательства / Time after surgery	РШМ 1 / CC-1			РШМ-2 / CC-2		
	Всего / Total	Не вернулись / Didn't return	Вернулись / Have returned	Всего / Total	Не вернулись / Didn't return	Вернулись / Have returned
1 неделя / 1 week	51 (100,0 %)	44 (86,3 %)	7 (13,7 %)	52 (100,0 %)	44 (84,6 %)	8 (15,4 %)
1 месяц / 1 month	51 (100,0 %)	41 (80,4 %)	10 (19,6 %)	52 (100,0 %)	43 (82,7 %)	9 (17,3 %)
3 месяца / 3 months	51 (100,0 %)	29 (56,9 %)	22 (43,1 %)	52 (100,0 %)	41 (78,8 %)	11 (21,2 %)
6 месяцев / 6 months	51 (100,0 %)	17 (33,3 %)	34 (66,7 %)	52 (100,0 %)	32 (61,5 %)	20 (38,5 %)
12 месяцев / 12 months	51 (100,0 %)	8 (15,7 %)	43 (84,3 %)	52 (100,0 %)	28 (53,8 %)	24 (46,2 %)
24 месяца / 24 months	28 (100,0 %)	1 (3,6 %)	27 (96,4 %)	27 (100,0 %)	12 (44,4 %)	15 (55,6 %)
36 месяцев / 36 months	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	15 (100,0 %)	5 (33,3 %)	10 (66,7 %)

БЛИНОВ Д.В. И ДР. | ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Таблица 2. Доля возвратившихся к прежней работе после хирургического лечения рака шейки матки на различных сроках наблюдения, *n* (%)

Table 2. Rate of return to previous work after surgical treatment of cervical cancer at different follow-up periods, *n* (%)

Время после хирургического вмешательства / Time after surgery	РШМ 1 / CC-1			РШМ-2 / CC-2		
	Всего / Total	Не вернулись / Didn't return	Вернулись / Have returned	Всего / Total	Не вернулись / Didn't return	Вернулись / Have returned
1 неделя / 1 week	51 (100,0 %)	44 (86,3 %)	7 (13,7 %)	52 (100,0 %)	44 (84,6 %)	8 (15,4 %)
1 месяц / 1 month	51 (100,0 %)	42 (82,4 %)	9 (17,6 %)	52 (100,0 %)	43 (82,7 %)	9 (17,3 %)
3 месяца / 3 months	51 (100,0 %)	35 (68,6 %)	16 (31,4 %)	52 (100,0 %)	41 (78,8 %)	11 (21,2 %)
6 месяцев / 6 months	51 (100,0 %)	23 (45,1 %)	28 (54,9 %)	52 (100,0 %)	37 (71,2 %)	15 (28,8 %)
12 месяцев / 12 months	51 (100,0 %)	13 (25,5 %)	38 (74,5 %)	52 (100,0 %)	35 (67,3 %)	17 (32,7 %)
24 месяца / 24 months	28 (100,0 %)	5 (17,9 %)	23 (82,1 %)	27 (100,0 %)	14 (51,9 %)	13 (48,1 %)
36 месяцев / 36 months	14 (100,0 %)	2 (14,3 %)	12 (85,7 %)	15 (100,0 %)	7 (46,7 %)	8 (53,3 %)

ду является более высокой, что, по-видимому, связано с исключением из анализа получающих лучевую терапию, одним из распространенных побочных эффектов которой является повышенная утомляемость.

Интересно сопоставить результаты нашего исследования с данными масштабного исследования Sun Y.-S. et al., выполненного на Тайване [14]. Среди 6008 участниц тайваньского исследования 4945 (82,3 %) вернулись на работу в течение 5 лет после постановки диагноза РШМ. При этом у большинства реконвалесцентов РШМ была нулевая (82,5 %) или первая стадия (14,3 %), и большинство (97,5 %) перенесли хирургическое вмешательство, в то время как лучевую терапию использовали 4,6 %, химиотерапию — 2,6 % из вернувшихся к трудовой деятельности (в нашем исследовании — 1А и 1Б стадии, 100 % после хирургического лечения). В исследовании Sun Y.-S. et al. нет сведений о реабилитации. Но в нашем исследовании к трудовой деятельности уже через 3 года наблюдения вернулись все 100 % получавших комплексную активную реабилитацию, в то время как в тайваньском — только 84 % через 5 лет. Это дополнительно подчеркивает эффект разработанной нами программы реабилитации.

Об отрицательной корреляции уровня возврата к трудовой деятельности и радикальной гистерэктомии в сочетании с химиорадиотерапией по сравнению с другими методами лечения сообщают и другие исследователи [15]. В американском исследовании сообщается о том, что в первые 6 месяцев после постановки диагноза гинекологического рака характер трудовой деятельности существенно менялся, при этом 67 % женщин продолжали работать или вернулись к работе после этого периода [16]. Однако профиль пациенток в данном исследовании не вполне сопоставим с нашим: там основными типами рака были рак яичников (47 %), матки (33 %), только 9 % имели РШМ. Также в него вошли все пациентки с установленным диагнозом, как уже получившие хирургическое лечение, так и ожидающие

вмешательства или проходящие химиолучевую терапию.

Данные настоящей работы сопоставимы и с ранее полученными нашей исследовательской группой результатами оценки уровня возврата к трудовой деятельности при реабилитации после хирургического лечения других заболеваний женской репродуктивной системы. Так, наблюдение пациенток после лечения наружного генитального эндометриоза с активной и пассивной тактикой восстановительного периода в течение 1 года показало, что более быстрое возвращение к труду ($p < 0,01$) уже после 1 месяца наблюдения отмечалось у пациенток, проходивших программу активной реабилитации, что коррелировало с повышением общего качества жизни [17, 18]. К 12-му месяцу к трудовой деятельности вернулись 87,5 % пациенток после лечения наружного генитального эндометриоза, получавших активную реабилитацию и 56,4 % пациенток из группы сравнения. В настоящем исследовании на этом же сроке наблюдения количество таковых составило 84,3 % и 46,2 % соответственно (см. табл. 1). Меньшее количество вернувшихся к трудовой деятельности после лечения РШМ, по-видимому, обусловлено тем, что наружный генитальный эндометриоз не относится к злокачественным новообразованиям, лечение которых сопровождается более высоким риском развития побочных эффектов, препятствующих выходу на работу. Также в рамках работы Бегович Е. и др. [17, 18] не проводился анализ на более отдаленных сроках, нежели 12 месяцев после хирургического вмешательства, а также не оценивалось количество возвратившихся к прежней работе, что составляет новизну настоящего исследования.

Факторы, влияющие на уровень возврата к трудовой деятельности, включают тип лечения, размер компании-нанимателя, уровень дохода и наличие побочных эффектов от терапии, такие как лимфедема нижних конечностей [1, 15]. Примечательно, что уровень воз-

врата к трудовой деятельности у пациенток после лечения РШМ ассоциируется со снижением риска смертности от любых причин у людей, переживших РШМ [1]. В рамках нашей работы мы не исследовали эти показатели вследствие ограниченного количества участников и дизайна, предусматривавшего исключение из анализа пациенток с рецидивом заболевания, что относится к ограничениям исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования демонстрируют, что комплексная программа активной реабилитации, включающая информационную и психотерапевтическую поддержку, модификацию образа жизни, физическую активность, укрепление мышц тазового дна, коррекцию микробиоценоза влагалища и устранение сексуальной дисфункции, способствует более быстро-

му возвращению к трудовой деятельности пациенток после хирургического лечения РШМ. Пациентки, прошедшие активную реабилитацию, чаще возвращались к прежней работе и демонстрировали более высокую трудовую активность в долгосрочной перспективе.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности предложенной программы реабилитации, а также подчеркивают важность раннего начала и комплексного подхода к восстановлению трудоспособности пациенток после лечения РШМ.

Для дальнейших исследований представляется актуальным изучение долгосрочных эффектов предложенной реабилитационной программы на общее качество жизни, а также сопоставление экономических затрат и эффективности. Полученные данные могут быть использованы для разработки более эффективных стратегий реабилитации больных с РШМ.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Блинов Дмитрий Владиславович, кандидат медицинских наук, руководитель по медицинским и научным вопросам, Институт превентивной и социальной медицины; научный сотрудник лаборатории научных исследований, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства»; доцент кафедры спортивной, физической и реабилитационной медицины, АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Газа».

E-mail: blinov2010@googlemail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3367-9844>

Солопова Антонина Григорьевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>

Гамеева Елена Владимировна, доктор медицинских наук, и.о. генерального директора, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8509-4338>

Бадалов Назим Гаджибала оглы, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории научных исследований, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства»; профессор кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1407-3038>

Ерёмушкин Михаил Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель образовательного центра, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3452-8706>

Степанова Александра Михайловна, кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по науке,

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8085-8645>

Галкин Всеволод Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, главный врач, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6619-6179>

Иванов Александр Евгеньевич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением диагностики и лечения заболеваний молочной железы и репродуктивной системы № 1, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1115-3144>

Акамова Саида Абдулкадыровна, онколог, заведующий центром амбулаторной онкологической помощи, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы».

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2166-2574>

Вклад авторов. Все авторы подтверждают свое авторство в соответствии с международными критериями ICMJE (все авторы внесли значительный вклад в концепцию, дизайн исследования и подготовку статьи, прочитали и одобрили окончательный вариант до публикации). Наибольший вклад распределен следующим образом: Блинов Д.В. — научное обоснование, руководство проектом, анализ данных, написание и редактирование текста статьи; Солопова А.Г. — курирование проекта, написание и редактирование текста статьи; Гамеева Е.В. — курирование проекта, написание и редактирование текста статьи; Бадалов Н.Г. — анализ данных, написание и редактирование текста статьи; Ерёмушкин М.А. — анализ данных, написание и редактирование текста статьи; Степанова А.М. — анализ данных, написание и редактирование текста статьи; Галкин В.Н. — обеспечение материалов для исследования, написание и редактирование текста статьи; Иванов А.Е. — обеспечение материалов для исследования, анализ данных, написание и редактирование текста статьи; Акамова С.А. — обеспечение материалов для исследования, анализ данных, написание и редактирование текста статьи.

Источники финансирования. Данное исследование не было поддержано никакими внешними источниками финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие других явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информированное согласие. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию всей соответствующей медицинской информации, включенной в рукопись.

Доступ к данным. Данные, подтверждающие выводы этого исследования, можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

ADDITIONAL INFORMATION

Dmitry V. Blinov, Ph.D. (Med.), Head of Medical and Scientific Affairs, Institute for Social and Preventive Medicine; Scientist, Scientific Research laboratory, Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency".

E-mail: blinov2010@googlemail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3367-9844>

Antonina G. Solopova, D.Sc. (Med.), Professor, Professor at the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatal Medicine, Filatov Clinical Institute of Children's Health, Sechenov First Moscow State Medical University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>

Elena V. Gameeva, D.Sc. (Med.), Acting General Director, Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8509-4338>

Nazim G. Badalov, D.Sc. (Med.), Professor, Chief Scientist, Scientific Research laboratory, Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency; Professor at the Department of Restorative Medicine, Rehabilitation and Balneology, Sechenov First Moscow State Medical University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1407-3038>

Mikhail A. Eremushkin, D.Sc. (Med.), Professor, Head of Educational Center, Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency".

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3452-8706>

Alexandra M. Stepanova, Ph.D. (Med.), Deputy General Director for Science, Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8085-8645>

Vsevolod N. Galkin, D.Sc. (Med.), Professor, Chief Physician,

S.S. Yudin City Clinical Hospital.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6619-6179>

Alexander E. Ivanov, Ph.D. (Med.), Head of the Unit for the Diagnosis and Treatment of diseases of the breast and Reproductive system No. 1, S.S. Yudin City Clinical Hospital.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1115-3144>

Saida A. Akavova, Oncologist, Head of Outpatient Cancer Care Center, S.S. Yudin City Clinical Hospital.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2166-2574>

Author Contributions. All authors confirm their authorship according to the international ICMJE criteria (all authors contributed significantly to the conception, study design and preparation of the article, read and approved the final version before publication). Special contributions: Blinov D.V. — conceptualization, project administration, data analysis, writing and editing; Solopova A.G. — supervision, writing and editing; Gameeva E.V. — supervision, writing and editing; Badalov N.G. — data analysis, writing and editing; Eremushkin M.A. — data analysis, writing and editing; Stepanova A.M. — data analysis, writing and editing; Galkin V.N. — resources, writing and editing; Ivanov A.E. — resources, data analysis, writing and editing; Akavova S.A. — resources, data analysis, writing and editing.

Funding. This study was not supported by any external funding sources.

Disclosure. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Informed Consent for Publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information.

Data Access Statement. The data that support the findings of this study are available on reasonable request from the corresponding author.

Список литературы / References

- Hull R., Mbele M., Makhafola T., et al. Cervical cancer in low and middle-income countries. *Oncol Lett.* 2020; 20(3): 2058–2074. <https://doi.org/10.3892/ol.2020.11754>
- Schubert M., Bauerschlag D.O., Muallem M.Z., Maass N., Alkatout I. Challenges in the Diagnosis and Individualized Treatment of Cervical Cancer. *Medicina.* 2023; 59(5): 925. <https://doi.org/10.3390/medicina59050925>
- Акавова С.А., Солопова А.Г., Блинов Д.В. и др. Лечение и реабилитация при раке шейки матки: опыт организации маршрутизации пациентов. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2023; 17(5): 62–637. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.461> [Akavova A.A., Solopova A.G., Blinov D.V., et al. Treatment and rehabilitation for cervical cancer: the experience of patient journey management. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction.* 2023; 17(5): 625–637. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.461> (In Russ.).]
- Brucker S.Y., Ulrich U.A. Surgical Treatment of Early-Stage Cervical Cancer. *Oncol Res Treat* 6 September 2016; 39(9): 508–514. <https://doi.org/10.1159/000448794>
- Petignat P., Roy M. Diagnosis and management of cervical cancer *BMJ* 2007; 335: 765. <https://doi.org/10.1136/bmj.39337.615197.80>
- Tudor A., Rotar I.C., Mureșan D. The place of surgery in cervical cancer under current treatment protocols. *Obstetrică și Ginecologie.* 2022; 70(2). <https://doi.org/10.26416/obsigin.70.2.2022.6683>
- Fader A.N. Surgery in Cervical Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2018; 379(20): 1955–1957. <https://doi.org/10.1056/NEJMe1814034>
- Boitano T.K.L., Kako T., Leath C.A. 3rd. New Paradigms in the Treatment of Cervical Cancer. *Obstet Gynecol.* 2023; 142(6): 1322–1332. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005413>

9. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Ачкасов Е.Е. и др. Алгоритм комплексной психотерапевтической поддержки для женщин с психоневрологическими симптомами в период реабилитации после лечения злокачественных новообразований репродуктивной системы. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2023; 15(3): 232–245. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2023.168> [Blinov D.V., Solopova A.G., Achkasov E.E., et al. Algorithm for the provision of comprehensive psychotherapeutic support to women experiencing neuropsychiatric symptoms during rehabilitation following the treatment of malignant neoplasms of the reproductive system. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2023; 15(3): 232–245. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2023.168> (In Russ.).]
10. Meixner E., Sandrini E., Hoeltgen L., et al. Return to Work, Fatigue and Cancer Rehabilitation after Curative Radiotherapy and Radiochemotherapy for Pelvic Gynecologic Cancer. *Cancers (Basel)*. 2022; 14(9): 2330. <https://doi.org/10.3390/cancers14092330>
11. Muijen P., Weevers N., Snels I., et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer care*. 2013; 22(2): 144–160. <https://doi.org/10.1111/ecc.12033>
12. Lindbohm M., Viikari-Juntura E. Cancer survivors' return to work: importance of work accommodations and collaboration between stakeholders. *Occupational and Environmental Medicine*. 2010; 67(9): 578–579. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.051847>
13. Рубрикатор клинических рекомендаций. Клинические рекомендации. Рак шейки матки. 2020. Доступ на: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/537_1 (Дата обращения: 08.08.2024). [Rubrikator klinicheskikh rekomendacij. *Klinicheskie rekomendacii. Rak shejki matki*. 2020. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/537_1 (Accessed August 8, 2024) (In Russ.).]
14. Sun Y.-S., Chen W.-L., Wu W.-T., Wang C.-C. The Fact of Return to Work in Cervical Cancer Survivors and the Impact of Survival Rate: An 11-Year Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(20): 10703. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010703>
15. Nakamura K., Masuyama H., Ida N., et al. Radical Hysterectomy Plus Concurrent Chemoradiation/Radiation Therapy Is Negatively Associated with Return to Work in Patients with Cervical Cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer* 2017; 27(1): 117–122. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000840>
16. Nachreiner N.M., Ghebre R.G., Virnig B.A., Shanley R. Early work patterns for gynaecological cancer survivors in the USA. *Occupational Medicine*. 2012; 62: 23–28 <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr177>
17. Бегович Ё., Байгалмаа Б., Солопова А.Г. и др. Качество жизни как критерий оценки эффективности реабилитационных программ у пациенток с болевой формой наружного генитального эндометриоза. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2023; 17(1): 92–103. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.391> [Begovich E., Baigalmaa B., Solopova A.G., et al. Quality of life as a criterion for assessing the effectiveness of rehabilitation programs in patients with painful external genital endometriosis. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2023; 17(1): 92–103. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.391> (In Russ.).]
18. Бегович Ё., Солопова А.Г., Хлопкова С.В. и др. Качество жизни и особенности психоэмоционального статуса больных наружным генитальным эндометриозом. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2022; 16(2): 122–133. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.283> [Begovich E., Solopova A.G., Khlopkova S.V., et al. Quality of life and psychoemotional status in patients with external genital endometriosis. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2022; 16(2): 122–133. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.283> (In Russ.).]