



Влияние реабилитации на уровень дистресса при хирургическом лечении рака шейки матки: сравнительное рандомизированное исследование

Блинов Д.В.^{1,2,3,*}, Солопова А.Г.⁴, Гамеева Е.В.²,
 Галкин В.Н.⁵, Иванов А.Е.⁵, Акавова С.А.⁵, Гридасова О.С.⁶

¹ Институт превентивной и социальной медицины, Москва, Россия

² Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии
ФМБА России, Москва, Россия

³ Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза, Москва, Россия

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

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

⁶ Клиника R.T.H., Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

ВВЕДЕНИЕ. На этапе диагностики и во время лечения рака шейки матки (РШМ) пациентки могут испытывать дистресс. Также они могут столкнуться с осложнениями хирургического вмешательства, что ухудшает их качество жизни и диктует необходимость реабилитации.

ЦЕЛЬ. Изучить влияние программ реабилитации на уровень дистресса при хирургическом лечении рака шейки матки (РШМ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В рандомизированное исследование вошли взрослые пациентки с РШМ 1А–1В стадии, получающие хирургическое лечение. Группе получающих комплексную активную реабилитацию (РШМ-1) назначались психотерапевтическая поддержка, изменение образа жизни и другие восстановительные мероприятия в течение 1 года. Группа пассивной реабилитации получала вмешательство согласно действующим клиническим рекомендациям. Оценка дистресса производилась при помощи модифицированной Шкалы самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (International Psycho-Oncology Society — IPOS) в течение 3 лет после хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. До хирургического вмешательства все пациентки с РШМ имели балльную оценку по IPOS в диапазоне 6 баллов и выше ($6,9 \pm 0,9$ для группы РШМ-1 и $6,9 \pm 0,8$ баллов для группы РШМ-2), что свидетельствует о значительном уровне дистресса перед хирургическим вмешательством. На всех сроках наблюдения балльная оценка в группах РШМ-1 и РШМ-2 была статистически значимо ниже, чем на исходном визите ($p < 0,05$). Начиная с 1-го месяца, оценка по IPOS в группе РШМ-1 была значимо ниже, чем в РШМ-2: $4,8 \pm 1,5$ баллов в группе РШМ-1 и $5,8 \pm 1,1$ баллов в группе РШМ-2 ($p < 0,05$). Различия между РШМ-1 и РШМ-2 продолжали оставаться статистически значимыми до 24 месяцев после хирургического вмешательства. На 3-м году наблюдения оценка по шкале IPOS составила $2,8 \pm 2,0$ балла для группы РШМ-1 и $3,8 \pm 1,7$ балла — для РШМ-2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Более быстрое и выраженное снижение балльной оценки по IPOS в группе РШМ-1 демонстрирует эффективность программы комплексной активной реабилитации. Наиболее высокий уровень дистресса на исходном визите подчеркивает необходимость начала психотерапевтической поддержки на этапе после постановки диагноза до хирургического вмешательства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак шейки матки, реабилитация, дистресс, психоэмоциональные расстройства

Для цитирования / For citation: Блинов Д.В., Солопова А.Г., Гамеева Е.В., Галкин В.Н., Иванов А.Е., Акавова С.А., Гридасова О.С. Влияние реабилитации на уровень дистресса при хирургическом лечении рака шейки матки: сравнительное рандомизированное исследование. Вестник восстановительной медицины. 2025; 24(1):120–127. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2025-24-1-120-127> [Blinov D.V., Solopova A.G., Gameeva E.V., Galkin V.N., Ivanov A.E., Akavova S.A., Gridasova O.S. Effect of the Rehabilitation on Distress Levels Among Patients Undergoing Surgical Treatment for Cervical Cancer: a Comparative Randomized Trial. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2025; 24(1):120–127. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2025-24-1-120-127> (In Russ.).]

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

Статья получена: 20.12.2024

Статья принята к печати: 30.01.2025

Статья опубликована: 16.02.2025

Effect of the Rehabilitation on Distress Levels Among Patients Undergoing Surgical Treatment for Cervical Cancer: a Comparative Randomized Trial

 Dmitry V. Blinov^{1,2,3,*},  Antonina G. Solopova⁴,  Elena V. Gameeva²,
 Vsevolod N. Galkin⁵,  Alexander E. Ivanov⁵,  Saida A. Akavova⁵,  Olga S. Gridasova⁶

¹ Institute for Social and Preventive Medicine, Moscow, Russia

² Federal Scientific and Clinical Center of Medical Rehabilitation and Balneology, 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

⁶ R.T.H. Clinic, Moscow, Russia

ABSTRACT

INTRODUCTION. Diagnosis and management of cervical cancer (CC) can be distressing for patients. They may also face complications from surgical treatment that compromise their quality of life and require rehabilitation.

AIM. To investigate the effect of rehabilitation programs on the level of distress in surgically treated cervical cancer (CC).

MATERIALS AND METHODS. The randomized trial included adult patients with CC stage 1A–1B undergoing surgical treatment. The group receiving comprehensive “active” rehabilitation (CC-1) received psychotherapeutic support, lifestyle changes and other rehabilitation measures for 1 year. The “passive” rehabilitation group (CC-2) received interventions according to current local clinical guidelines. Distress was assessed using the modified International Psycho-Oncology Society Distress Self-Assessment Scale (IPOS score) for 3 years after surgery.

RESULTS AND DISCUSSION. Before surgery, all patients with CC had IPOS scores in the range of 6 points or higher (6.9 ± 0.9 for the CC-1 group and 6.9 ± 0.8 for the CC-2 group), indicating a significant level of distress before surgery. At all follow-up time points, the scores in the CC-1 and CC-2 groups were statistically significantly lower than at baseline ($p < 0.05$). From month 1, the IPOS score was significantly lower in the CC-1 group than in the CC-2 group: 4.8 ± 1.5 points in the CC-1 group vs 5.8 ± 1.1 points in the CC-2 group ($p < 0.05$). The differences between CC-1 and CC-2 remained statistically significant up to 24 months after surgery. At year 3 the IPOS score was 2.8 ± 2.0 in the CC-1 group and 3.8 ± 1.7 in the CC-2 group.

CONCLUSION. The faster and more pronounced reduction of the IPOS score in the CC-1 group demonstrates the effectiveness of a comprehensive «active» rehabilitation program. The highest level of distress at baseline emphasizes the need to initiate psychotherapeutic support in the post-diagnosis phase before surgical intervention.

KEYWORDS: cervical cancer, rehabilitation, distress, psychoemotional disorders

For citation: Blinov D.V., Solopova A.G., Gameeva E.V., Galkin V.N., Ivanov A.E., Akavova S.A., Gridasova O.S. Effect of the Rehabilitation on Distress Levels Among Patients Undergoing Surgical Treatment for Cervical Cancer: a Comparative Randomized Trial. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2025; 24(1):120–127. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2025-24-1-120-127> (In Russ.).]

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

Received: 20.12.2024

Accepted: 30.01.2025

Published: 16.02.2025

ВВЕДЕНИЕ

Рак шейки матки (РШМ) является серьезной глобальной проблемой здравоохранения, особенно в развивающихся странах, на которые относится около 85 % случаев заболеваемости. РШМ занимает четвертое место среди наиболее распространенных видов рака у женщин: ежегодно регистрируется свыше 528 000 новых случаев заболевания и 266 000 смертей [1].

Основным этиологическим фактором является вирус папилломы человека (ВПЧ), в частности типы высокого риска, такие как ВПЧ 16 и 18, которые являются причиной более 90 % случаев РШМ. Распространенность ВПЧ значительно выше среди женщин в возрасте до 35 лет, при этом снижение наблюдается в старших возрастных группах. Несмотря на установленную связь между ВПЧ и РШМ, не только ВПЧ может привести к развитию РШМ, что подчеркивает важность понимания многофактор-

ной природы этого заболевания. Так, на развитие РШМ влияют различные дополнительные факторы риска, включая социально-демографические факторы и образ жизни, в частности высокий паритет, употребление табака, ранняя половая активность и длительное применение оральных контрацептивов, наличие инфекций, передаваемых половым путем, препятствующих элиминации ВПЧ и приводящих к развитию неоплазии шейки матки (*Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis*), генетические факторы, такие как варианты геномных локусов 2q14 (PAX8), 17q12 (GSDMB) и 5p15.33 (CLPTM1L) [2–6].

На долю плоскоклеточной карциномы приходится около 75 % случаев РШМ, а аденокарцинома занимает второе место по распространенности [7, 8]. При этом ВПЧ типов 16, 18, 45, 33 и 31 преимущественно связан с плоскоклеточной карциномой, в то время как ВПЧ

типов 16, 18 и 45 — с аденокарциномой, характеризующейся худшим прогнозом [9, 10].

Профилактика с помощью вакцинации против ВПЧ и регулярного скрининга по-прежнему играет решающую роль в снижении заболеваемости РШМ [11]. Однако, если РШМ уже имеет место, лечение в основном включает хирургическое вмешательство и химиолучевые методы терапии. При ранних стадиях РШМ (I и IIA стадии) основным хирургическим методом является радикальная гистерэктомия с лимфаденэктомией. При стадиях IIB–IVA обычно применяют лучевую терапию, химиотерапию и брахитерапию. Новые методы лечения сосредоточены на таргетной терапии и иммунотерапии для контроля рецидивов или преодоления химиорезистентности [12, 13]. Очевидно, что данные методы лечения диктуют необходимость применения реабилитационных программ, поскольку пациентка имеет дистресс, тревогу, депрессию и негативный психоэмоциональный фон, обусловленные диагнозом РШМ, а также возникают осложнения проводящейся терапии, включая лимфедему, постовариэктомический синдром (ПОЭС) и расстройство сексуальной функции, что снижает ее общее качество жизни [13–15].

ЦЕЛЬ

Изучить влияние программ реабилитации на уровень дистресса при хирургическом лечении РШМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерии отбора

В исследование вошли пациентки с РШМ 1A–1B стадии с сочетанной патологией, которых распределяли в группы сравнения. 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.

В исследование включались женщины в возрасте 18 лет и старше, у которых был диагностирован РШМ стадии 1A–1B в сочетании с акушерско-гинекологической патологией, требующий радикального хирургического вмешательства. Пациенток с подтвержденным диагнозом РШМ просили подписать информированное согласие на участие в исследовании.

Дизайн исследования

Подписавшие согласие были разделены в группы сравнения РШМ-1 (51 пациентка) и РШМ-2 (52 пациентки). Женщинам из группы РШМ-1 на индивидуальной основе назначалась комплексная активная реабилитация. Непосредственно после диагностирования РШМ и включения в исследование проводились консультирование и мероприятия по изменению образа жизни, оказывались информационная поддержка и психотерапевтическая помощь. Также выполнялась коррекция микробиоценоза влагалища; назначались упражнения для улучшения состояния мускулатуры тазового дна (упражнения Кегеля) и дыхательные упражнения. Кроме этого, при необходимости проводили восполнение дефицита витаминов, микро- и макронутриентов. Че-

рез месяц после хирургического вмешательства реабилитационная программа дополнялась мерами для восстановления сексуальной функции, включающими консультацию сексолога, применение эстриолсодержащих средств и лубрикантов. Через 3 месяца программа дополнялась фито- и физиотерапией, а через шесть месяцев после хирургического вмешательства — воздействиями планетарно-климатических факторов в рамках 3-го этапа реабилитации. Общая продолжительность программы реабилитации в группе РШМ-1 была не менее одного года, в последующем потребность в продолжении и/или коррекции восстановительных мероприятий оценивалась на индивидуальной основе. Женщинам из группы РШМ-2 назначалась пассивная реабилитация, то есть рекомендовались общие меры, перечисленные в действующих на момент набора в исследование клинических рекомендациях [16].

Оценку уровня дистресса производили исходно (после постановки диагноза у пациенток из групп РШМ-1 и РШМ-2) и далее на 1-й неделе, 1, 3, 6, 12, 24 и 36-м месяцах после хирургического вмешательства. В качестве простых и доступных инструментов динамического мониторинга проявлений ПОЭС, сексуальной дисфункции, психоэмоциональных расстройств, негативно влияющих на качество жизни пациентов с онкогинекологическими заболеваниями, широко применяются тесты и опросники [17]. Используемая в исследовании Шкала самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (International Psycho-Oncology Society — IPOS) — простой и быстрый инструмент, предназначенный для оценки общего дистресса, испытываемого больными раком. IPOS представлена в виде визуальной аналоговой шкалы. Пациенты оценивают уровень своего дистресса по шкале от 0 до 8, где 0 означает минимальный, а 8 — максимальный уровень оценки. Показатель 0 может свидетельствовать о латентной (скрытой) депрессии или вытеснении негативных переживаний в связи с онкологическим заболеванием. Показатели от 1 до 6 баллов признаются нормативными в ситуации лечения и реабилитации больных с онкологическими заболеваниями. На уровень сильного и сверхсильного эмоционального напряжения указывают 6 баллов и выше. Шкала IPOS применялась в модификации Беляева А.М. и соавт. [18]. Термин «дистресс» (чрезмерный стресс, вызывающий дезадаптацию с последующим развитием заболеваний) в Российской Федерации применяется преимущественно специалистами, и не всеми пациентами может быть правильно понят [19, 20], поэтому в модифицированной методике IPOS термин «дистресс» заменен термином «переживание» (рис. 1).

Методы статистического анализа

Для систематизации полученных данных и проведения статистического анализа использовали Microsoft Excel (Microsoft, США) и статистический пакет Stata 14 (StataCorp LLC, США). Для проверки нормальности распределения полученных данных при использовании количественных переменных применяли тест Шапиро — Уилка. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывали с помощью средних арифметических величин (M), стандартных отклонений (SD), не имеющие нормального распределения — с помощью медианы, первого и третьего квартилей [Q_{25} ; Q_{75}].

Уважаемый ПАЦИЕНТ!

Пожалуйста, заполните эту карточку и отдайте врачу

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Возраст _____

8

7

6

5

4

3

2

1

0

На данной шкале отметьте уровень Ваших переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними:

«0» – переживаний нет

«8» – очень сильно переживаю

Нужна ли Вам помощь психолога в стационаре?

ДА

НЕТ

Рис. 1. Бланк шкалы самооценки дистресса International Psycho-Oncology Society
Fig. 1. International Psycho-Oncology Society Distress Self-Assessment Scale form

В случае нормального распределения для статистического анализа применяли параметрические тесты: дисперсионный анализ, *t*-тест, парный *t*-тест. Достоверность различий расценивалась как значимая при *p* < 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общие сведения о пациентках

В группе РШМ-1 средний возраст пациенток составил 47,8 ± 7,3 лет, медиана — 49 [43; 51] лет. В группе РШМ-2 средний возраст составил 48,3 ± 6,3 года, медиана — 48,5 [44; 51] лет. Различия между группами в возрасте не носили статистически значимый характер. Семейный статус, количество детей, доля курящих, профили образования и коморбидных заболеваний также были сопоставимыми.

Уровень дистресса

Сравнение уровня дистресса у получавших хирургическое лечение по поводу РШМ женщин с активной (группа РШМ-1) и пассивной (группа РШМ-2) реабилитацией показало следующие результаты (табл. 1).

До хирургического вмешательства все пациентки с РШМ имели оценку уровня дистресса по IPOS в диапазоне 6 баллов и выше, в частности 6,9 ± 0,9 баллов для группы РШМ-1 и 6,9 ± 0,8 баллов для группы РШМ-2, что свидетельствует о значительном уровне дистресса (наличие сильного и сверхсильного эмоционального напряжения) перед хирургическим вмешательством. После хирургического вмешательства в обеих группах средняя балльная оценка по шкале IPOS значительно снизилась и вошла в диапазон установленных норма-

Таблица 1. Уровень дистресса по шкале International Psycho-Oncology Society, баллы (M ± SD)

Table 1. Level of distress according to International Psycho-Oncology Society scale, scores (M ± SD)

Визиты / Visits	РШМ-1 / СС-1	РШМ-2 / СС-2
Исходно / Baseline	6,9 ± 0,9	6,9 ± 0,8
1 неделя / 1 week	6,0 ± 1,3	6,3 ± 1,1
1 месяц / 1 months	4,8 ± 1,5*	5,8 ± 1,1
3 месяца / 3 months	4,2 ± 2,0*	5,2 ± 1,3
6 месяцев / 6 months	3,2 ± 1,7*	4,3 ± 1,5
12 месяцев / 12 months	2,9 ± 1,8*	4,3 ± 1,6
24 месяца / 24 months	2,7 ± 1,6*	4,0 ± 1,4
36 месяцев / 36 months	2,8 ± 2,0	3,8 ± 1,7

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; * — *p* < 0,05 РШМ-1 vs РШМ-2.

Note: M — mean; SD — standard deviation; * — *p* < 0.05 CC-1 vs CC-2.

тивных значений в ситуации лечения онкологических заболеваний, и это улучшение было достигнуто через месяц после операции.

На последующих сроках наблюдения балльная оценка по шкале IPOS продолжала снижаться в обеих группах пациенток с РШМ. На всех сроках наблюдения сред-

няя балльная оценка в группах РШМ-1 и РШМ-2 была статистически значимо ниже, чем на исходном визите ($p < 0,05$). При этом более быстрое и выраженное снижение отмечалось в группе РШМ-1. Уже начиная с 1-го месяца получения персонализированной программы комплексной активной реабилитации, средняя балльная оценка по IPOS у женщин этой группы была значимо ниже, чем у пациенток из группы пассивной реабилитации: $4,8 \pm 1,5$ баллов в группе РШМ-1 и $5,8 \pm 1,1$ баллов в группе РШМ-2 ($p < 0,05$). Различия между РШМ-1 и РШМ-2 продолжали оставаться статистически значимыми до 24 месяцев после хирургического вмешательства (табл. 1).

На 3-м году наблюдения средняя балльная оценка по шкале IPOS составила $2,8 \pm 2,0$ балла для группы РШМ-1 и $3,8 \pm 1,7$ балла — для РШМ-2. Таким образом, балльная оценка продолжала оставаться ниже в группе РШМ-1, хотя различия между группами на этом сроке утратили статистическую значимость.

Восстановление после хирургического вмешательства по лечению РШМ часто сопряжено с серьезными трудностями, вызванными различными психологическими, социальными и физическими факторами. Исследование продемонстрировало, что дистресс широко распространен, особенно на ранних этапах после постановки диагноза, и может сохраняться еще до 1 месяца после лечения. Понимание этих факторов имеет решающее значение для ведения таких пациенток и улучшения результатов терапии.

В последние годы стали появляться и результаты других исследований дистресса при РШМ, которые сопоставимы с нашими данными. Так, Schmitt F. et al. продемонстрировали, что повышенный уровень дистресса часто встречается у пациенток с РШМ, особенно в первый месяц после постановки диагноза [21]. При этом хирургические факторы не оказывают существенного влияния на состояние пациентки, а большее влияние оказывают психоонкологическое консультирование и тип лечения (женщины, не получавшие химиолучевую терапию, показали значительно более высокие показатели дистресса). Однако данное исследование являлось по дизайну кросс-секционным, то есть оценка уровня дистресса у каждой участницы проводилась только один раз.

Другое исследование подтвердило, что психоэмоциональные расстройства могут проявляться спустя два года после лечения РШМ: 11,9 % пациенток с ранней стадией РШМ и 15,6 % пациенток с местнораспространенным РШМ через два года после лечения все еще имели уровень тревоги > 11 баллов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale (Mantegna G. et al.)). Это было связано с тем, что в обеих группах лимфедема и симптомы менопаузы сохранялись в течение 2 лет после хирургического вмешательства [22]. Таким образом, негативное влияние на уровень дистресса могут оказывать ПОЭС и лимфедема.

Исследование Bakker R.M. et al. показало, что 33 % пациенток, перенесших РШМ, испытывали тревогу, депрессию, сексуальные расстройства, которые сопровождались вагинальными сексуальными симптомами, беспокойством по поводу диспареунии, неудовлетворенностью отношениями и проблемами с восприятием образа тела, что подчеркивает необходимость персона-

лизированных реабилитационных программ во время выздоровления [23]. Отечественная исследовательская группа ранее продемонстрировала позитивное влияние комплексной активной реабилитации на эти проявления при наружном генитальном эндометриозе, вульвовагинальной атрофии (одной из составляющих ПОЭС) и раке вульвы [24–26]. В рамках настоящего исследования доказано позитивное влияние разработанной реабилитационной программы на снижение показателей по шкале IPOS после лечения РШМ. Будет оправданно детально оценить ее эффективность в отношении ПОЭС и расстройств в сексуальной сфере при различных видах РШМ, для чего требуются дальнейшие исследования.

Частью комплексной активной реабилитации явился разработанный нами алгоритм психотерапевтической поддержки для женщин с психоневрологическими симптомами в восстановительном периоде после лечения злокачественных новообразований репродуктивной системы [27]. В рамках настоящего исследования психотерапевтическая помощь по данному алгоритму оказывалась пациенткам из группы РШМ-1, начиная с момента, когда они узнали о диагнозе. Закономерно, что постановка серьезного диагноза и необходимость затратного и агрессивного лечения в значительной степени ухудшают психоэмоциональное состояние женщины, что и продемонстрировано при оценке по IPOS, когда наиболее высокий уровень дистресса определялся именно на исходной точке наблюдения. Именно на этом этапе адекватное консультирование, информирование о перспективах и последствиях лечения, психотерапевтическая помощь помогают снизить, насколько это возможно, уровень дистресса. Через 1 неделю после хирургического вмешательства он в большей степени снизился в группе РШМ-1 ($6,0 \pm 1,3$ баллов), чем в группе РШМ-2 ($6,3 \pm 1,1$ баллов), хотя в этой точке наблюдения различия еще не достигли статистической значимости. Безусловно, здесь играет роль и успешное хирургическое вмешательство, вселяющее надежду на положительный исход. В дальнейшем психотерапевтическая поддержка в рамках программы комплексной активной реабилитации приводила к достоверно более быстрому и выраженному снижению оценки по IPOS. Продолжающийся в восстановительном периоде после хирургического вмешательства по поводу РШМ дистресс часто связан с изменением образа тела, сексуальной дисфункцией и потерей фертильности. Кроме того, у пациенток могут возникать хронические побочные эффекты, такие как проблемы с мочеиспусканием, желудочно-кишечным трактом и неврологические расстройства, что усугубляет общее ухудшение качества жизни [28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования демонстрируют, что комплексная программа активной реабилитации, включающая психотерапевтическую помощь, способствует более быстрому и выраженному снижению средней балльной оценки по шкале IPOS у получавших хирургическое лечение по поводу РШМ.

Для оценки эффективности реабилитационных программ на проявления ПОЭС, сексуальную дисфункцию и другие составляющие качества жизни при различных типах РШМ необходимы более масштабные клинические исследования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Блинов Дмитрий Владиславович, кандидат медицинских наук, руководитель по медицинским и научным вопросам, Институт превентивной и социальной медицины; научный сотрудник лаборатории научных исследований, Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии ФМБА России; доцент кафедры спортивной, физической и реабилитационной медицины, 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, 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, исполняющая обязанности генерального директора, Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии ФМБА России.

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

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

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

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

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

Гридасова Ольга Сергеевна, врач акушер-гинеколог, Клиника R.T.H.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1775-9923>

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 черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи; Солопова А.Г. — курирование проекта, написание черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи; Гамеева Е.В. — курирование проекта, написание черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи; Галкин В.Н. — обеспечение материалов для исследования, написание черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи; Иванов А.Е. — обеспечение материалов для исследования, анализ данных, написание черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи; Акавова С.А. — обеспечение материалов для исследования, анализ данных и написание черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи; Гридасова О.С. — обеспечение материалов для исследования, анализ данных, написание черновика рукописи, проверка и редактирование рукописи.

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.

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.

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

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>

Olga S. Gridasova, Obstetrician-Gynecologist, R.T.H. Clinic.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1775-9923>

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 original draft, writing — review & editing; Solopova A.G. — supervision, writing and editing; Gameeva E.V. — supervision, writing original draft, writing — review & editing; Galkin V.N. —

resources, writing original draft; Ivanov A.E. — resources, data analysis, writing — original draft, writing — review & editing; Akavova S.A. — resources, data analysis, writing original draft, writing — review & editing; Gridasova O.S. — resources, data analysis, writing — original draft, writing — review & 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

1. Memon A., Bannister P. Epidemiology of Cervical Cancer. In: Farghaly, S. (Eds) Uterine Cervical Cancer. Springer. Cham. 2019; pp. 1–16. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02701-8_1
2. Ghosh I., Mandal R., Kundu P., Biswas J. Association of Genital Infections Other Than Human Papillomavirus with Pre-Invasive and Invasive Cervical Neoplasia. J Clin Diagn Res. 2016; 10(2):XE01–XE06. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/15305.7173>
3. Ленкова К.В., Хусаинова Р.И., Миннихметов И.Р. Молекулярно-генетические основы рака шейки матки. Молекулярная медицина. 2023; 21(4):25–33. <https://doi.org/10.29296/24999490-2023-04-04> [Lenkova K.V., Khusainova R.I., Minniakhmetov I.R. Molecular genetic basis of cervical cancer. Molecular medicine. 2023; 21(4):25–33. <https://doi.org/10.29296/24999490-2023-04-04> (In Russ.).]
4. Pimple S., Mishra G. Cancer cervix: Epidemiology and disease burden. CytoJournal Monograph Related Review Series. 2022; 19:21. https://doi.org/10.25259/CMAS_03_02_2021
5. Mardhia M., Effiana E., Irsan A., et al. Infections of Chlamydia trachomatis and Mycoplasma hominis as Risk Factors for Abnormal Cervical Cells. Makara J Health Res. 2018; 22(1). <https://doi.org/10.7454/msk.v22i1.7965>
6. Ramachandran D., Dörk T. Genomic Risk Factors for Cervical Cancer. Cancers. 2021; 13(20):5137. <https://doi.org/10.3390/cancers13205137>
7. Devouassoux-Shisheboran M. Glandular lesions of the uterine cervix: Introduction/ Annales de Pathologie. 2016; 36(3):174–175. <https://doi.org/10.1016/j.annpat.2016.03.007> [Devouassoux-Shisheboran M. Les lésions glandulaires du col utérin: introduction. Annales de Pathologie. 2016; 36(3):174–175. <https://doi.org/10.1016/j.annpat.2016.03.007> (In French).]
8. Di Bonito L. Sémiologie des anomalies des cellules glandulaires cervicales Semiology of cervical glandular cell abnormalities Ann Pathol. 2011; 31(5 Suppl):S105–106. <https://doi.org/10.1016/j.annpat.2011.08.008> [Di Bonito L. Semiology of cervical glandular cell abnormalities nn Pathol. 2011; 31(5 Suppl):S105–106. <https://doi.org/10.1016/j.annpat.2011.08.008> (In French).]
9. Босш Х.Ф. Релевантность распространенности типов ВПЧ при раке шейки матки. Проблемы здоровья и экологии. 2010; (15):54–55. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2010-7-1s-19> [Bosch X.F. The relevance of the HPV type distribution in cervical cancer. Health and Ecology Issues. 2010; (15):54–55. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2010-7-1s-19> (In Russ.).]
10. Pan X., Yang W., Wen Z., Li F., Tong L., Tang W. Does adenocarcinoma have a worse prognosis than squamous cell carcinoma in patients with cervical cancer? A real-world study with a propensity score matching analysis. J Gynecol Oncol. 2020; 31(6):e80. <https://doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e80>
11. Babakanrad E., Mohammadian T., Esmaeili D., Behzadi P. Cervical Cancer: A Review of Epidemiology, Treatments and Anticancer Drugs. Current Cancer Therapy Reviews. 2023; 19(3):e070223213485. <https://doi.org/10.2174/1573394719666230207101655>
12. Yee G.P., de Souza P., Khachigian L.M. Current and potential treatments for cervical cancer. Curr Cancer Drug Targets. 2013; 13(2):205–220. <https://doi.org/10.2174/1568009611313020009>
13. Акавова С.А., Солопова А.Г., Блинов Д.В., Ачкасов Е.Е., Галкин В.Н., Корабельников Д.И., Мнацакьян А.Н., Петренко Д.А., Быковщенко Г.К., Хазан П.Л. Лечение и реабилитация при раке шейки матки: опыт организации маршрутизации пациентов. Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2023;17(5):625–637. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.461> [Akavova A.A., Solopova A.G., Blinov D.V., Achkasov E.E., Galkin V.N., Korabelnikov D.I., Mnatsakanyan A.N., Petrenko D.A., Bykovshchenko G.K., Khazan P.L. 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.).]
14. Александров А.Г. Организация реабилитации при злокачественных новообразованиях репродуктивной системы. Реабилитология. 2024; 2(2):247–263. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.22> [Aleksandrov A.G. Organization of rehabilitation for reproductive system malignant neoplasms. Rehabilitology. 2024; 2(2):247–263. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.22> (In Russ.).]
15. Акавова С.А. Маршрутизация пациенток при реабилитации после лечения онкогинекологических патологий. Реабилитология. 2024; 2(1):158–172. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.21> [Akavova S.A. Patient routing system in rehabilitation after treatment for oncogynecological pathologies. Rehabilitology. 2024; 2(1):158–172. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.21> (In Russ.).]
16. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. Рак шейки матки. Клинические рекомендации. 2020. Доступно на: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/537_1 (Дата обращения: 08.08.2024). [Clinical guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation. Cervical cancer. Clinical guidelines. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/537_1. (Accessed: 08.08.2024) (In Russ.).]
17. Петренко Д.А., Корабельников Д.И. Методы оценки качества жизни при раке. Реабилитология. 2023; 1(1):33–48. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2023.7> [Petrenko D.A., Korabelnikov D.I. Methods for assessing quality of life in cancer. Rehabilitology. 2023; 1(1):33–48. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2023.7> (In Russ.).]
18. Беляев А.М. и др. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Ред. Беляев А.М., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В. СПб.: Издательство АНО «Вопросы онкологии». 2017; 350 с. [Belyayev A.M. et al. Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Guide. Ed. Belyayev A.M., Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., Rogachev M.V. Spb.: Publishing house ANO “Questions of Oncology”. 2017; 350 p. (In Russ.).]
19. Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Беляев А.А., Блинов Д.В., Громова О.А., Дулаева М.С., Замерград М.В., Исайкин А.И., Кадырова Л.Р., Клименко А.А., Кондрашов А.А., Косивцова О.В., Котова О.В., Лебедева Д.И., Медведев В.Э., Орлова А.С., Травникова Е.В., Яковлев О.Н. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации. СПб.: Скифия-принт. М.: Профмедпресс. 2020; 138 с. [Akarachkova E.S., Baiduletova A.I., Belyayev A.A., Blinov D.V., Gromova O.A., Dulaeva M.S., Zamergrad M.V., Isaikin A.I., Kadyrova L.R., Klimenko A.A., Kondrashov A.A., Kosivtsova O.V., Kotova O.V., Lebedeva D.I., Medvedev V.E., Orlova A.S., Travnikova E.V., Yakovlev O.N. Stress; causes and effects, management, and prevention. Clinical guidelines. St. Petersburg: Skifia-print; Moscow: Profmedpress. 2020; 138 p. (In Russ.).]
20. Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Блинов Д.В., Бугорский Е.В., Кадырова Л.Р., Климов Л.В., Котова О.В., Лебедева Д.И., Орлова А.С., Травникова Е.В., Царева Е.В., Яковлев О.Н. Стресс у детей и подростков: причины и последствия, лечение и профилактика. Клиническое руководство. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс. 2022. 90 с. [Akarachkova E.S., Baiduletova A.I., Blinov D.V., Bugorsky E.V., Kadyrova L.R., Klimov L.V., Kotova O.V., Lebedeva D.I., Orlova A.S., Travnikova E.V., Tsareva E.V., Yakovlev O.N. Stress in children and adolescents: causes and consequences, treatment and prevention. Clinical Guide. SPb.: Skifia-print; M.: Profmedpress. 2022. 90 p. (In Russ.).]

21. Schmitt F., Najjari L., Kupec T., Stickeler E., Meinhold-Heerlein I., Wittenborn J. Predictors of significant distress in cervical cancer patients: a cross sectional study. Arch Gynecol Obstet. 2024; 310(1):551–560. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07505-2>

22. Mantegna G., Petrillo M., Fuoco G., Venditti L., Terzano S., Anchora L.P., Scambia G., Ferrandina G. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. BMC Cancer. 2013; 13:127. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-127>

23. Bakker R.M., Kenter G.G., Creutzberg C.L., Stiggelbout A.M., Derks M., Mingelen W., Kroon C.D., Vermeer W.M., Ter Kuile M.M. Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. Psychooncology. 2017; 26(10):1470–1477. <https://doi.org/10.1002/pon.4317>

24. Бегович Ё., Байгалмаа Б., Солопова А.Г., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Сон Е.А., Зобаид Ш.Х., Быковщенко Г.К. 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., Bitsadze V.O., Khizroeva J.Kh., Son E.A., Zobaide Sh.Kh., Bykovshchenko G.K. 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.).]

25. Бегович Ё., Солопова А.Г., Хлопкова С.В., Сон Е.А., Идрисова Л.Э. 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., Son E.A., Idrisova L.E. 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.).]

26. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Гамеева Е.В., Бадалов Н.Г., Галкин В.Н., Ерёмушкин М.А., Степанова А.М., Иванов А.Е., Гридасова О.С. Влияние реабилитации на психоэмоциональное состояние женщин с хирургическим лечением рака вульвы: рандомизированное контролируемое исследование. Вестник восстановительной медицины. 2024; 23(5):52–60. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2024-23-5-52-60> [Blinov D.V., Solopova A.G., Gameeva E.V., Badalov N.G., Galkin V.N., Eremushkin M.A., Stepanova A.M., Ivanov A.E., Gridasova O.S. Rehabilitation Effects on Psycho-Emotional Well-Being in Women with Surgically Treated Vulvar Cancer: a Randomised Controlled Trial. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2024; 23(5):52–60. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2024-23-5-52-60> (In Russ.).]

27. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Ачкасов Е.Е., Акарачкова Е.С., Котова О.В., Акавова С.А., Галкин В.Н., Быковщенко Г.К., Санджиева Л.Н., Корабельников Д.И., Блбулян Т.А., Петренко Д.А., Власина А.Ю. 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., Akarachkova E.S., Kotova O.V., Akavova S.A., Galkin V.N., Bykovshchenko G.K., Sandzhieva L.N., Korabelnikov D.I., Blbulyan T.A., Petrenko D.A., Vlasina A.Yu. 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.).]

28. Rutherford C., Mercieca-Bebber R., Tait M., Mileshekin L., King M.T. Quality of Life in Women with Cervical Cancer. In: Farghaly. S. (eds) Uterine Cervical Cancer. Springer. Cham. 2019; pp. 267–289. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02701-8_15