

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2015 • Том 9 • № 4



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2015 Vol. 9 No 4

www.gyn.su

Данная интернет-версия статьи была сформирована с сайта <http://www.gyn.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru, Copyright © 2015. Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Солопова А.Г.^{1,2}, Табакман Ю.Ю.^{1,2}, Идрисова Л.Э.^{1,2}, Сдвижков А.М.²

¹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

² Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме

Проблема реабилитации онкобольных сохраняет свою актуальность. Совершенствование методов лечения злокачественных новообразований позволило улучшить результаты выживаемости больных. В то же время особенностью применяемых методов являются многочисленные осложнения. Курс реабилитации необходим всем онкологическим больным, перенесшим радикальные оперативные вмешательства, любые виды лучевой и химиотерапии. Существующие направления реабилитационной помощи онкогинекологическим больным ограничены лечением онкопатологии, профилактикой и лечением климактерических нарушений, психологической помощью и, в ряде случаев, физиотерапевтическими процедурами. Целесообразно создать систему реабилитационной помощи онкобольным, позволяющую обеспечить последовательную поэтапную реабилитацию пациентов по индивидуально разработанной программе.

Ключевые слова

Онкология, онкогинекология, реабилитация онкологических больных, реабилитация онкогинекологических больных, качество жизни.

Статья поступила: 21.09.2015 г.; в доработанном виде: 10.11.2015 г.; принята к печати: 23.12.2015 г.

Конфликт интересов

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

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э., Сдвижков А.М. реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 4: 46-54.

REHABILITATION OF ONCOGYNECOLOGIC PATIENTS. VIEW OF A PROBLEM

Solopova A.G.^{1,2}, Tabakman Yu.Yu.^{1,2}, Idrisova L.E.^{1,2}, Sdvizhkov A.M.²

¹ First Moscow State Medical Sechenov University of the Ministry of Health Russian Federation

² Cancer clinical dispensary №1 Department of Health of Moscow

Summary

The problem of rehabilitation of cancer patients continues to be actual. Development of methods of therapy of malignant tumors has improved the results of survival of patients. At the same time feature of the applied methods are numerous complications. The rehabilitation course is necessary for all oncological patients who received radical surgeries, radiation and medication therapy. The existing directions of the rehabilitation help to oncogynecologic patients are limited to treatment of an oncopathology, prevention and treatment of climacteric disturbances, psychological assistance and, in some cases, physiotherapeutic procedures. It is expedient to create the system of the rehabilitation help to cancer patients allowing to provide consecutive stage-by-stage rehabilitation of patients according to individually developed program.

Key words

Oncology, oncogynecology, rehabilitation of cancer patients, rehabilitation of oncogynecologic patients, quality of life.

Received: 21.09.2015; in the revised form: 10.11.2015; accepted: 23.12.2015.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Idrisova L.E., Sdvizhkov A.M. Rehabilitation of oncogynecologic patients. View of a problem. Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction. 2015; 4: 46-54 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004.

E-mail address: antoninasolopova@yandex.ru (Solopova A.G.).

Злокачественные новообразования – одна из основных причин не только смертности населения (по данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от онкологических заболеваний в мире умирают более 7,5 млн человек), но и инвалидизации. Ежегодно в России около 190 тыс. человек впервые признаются инвалидами по онкологическому заболеванию, из которых 30% – инвалиды I группы, 55% – инвалиды II группы, 15% – инвалиды III группы [11,14].

При этом отмечается неуклонный рост онкологической заболеваемости. В России за последние 10 лет число онкологических больных увеличилось на 25,5%. Так, в 2014 г. на учете в онкологических учреждениях в России состояли 3,29 млн больных, что почти на 290 тыс. больше, чем в 2012 г. [3,16,18]. При существующей на сегодняшний день тенденции, если ситуацию не менять, через 10 лет больных станет больше еще на 15-20% [17].

Социальная значимость проблемы определяется распространенностью, прогрессирующим характером течения злокачественных новообразований, большим количеством послеоперационных и иных осложнений, тяжестью инвалидности, трудностью прогноза, поражением лиц трудоспособного возраста, сложностями в вопросах рационального трудоустройства, составляющих основу социально-трудовой реабилитации больных со злокачественными новообразованиями после радикального лечения [25].

Реабилитация в широком понимании – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в социум и к общественно полезному труду.

Медико-социальная реабилитация онкологических больных состоит из этапов: медицинской реабилитации (включает лечение, направленное на предотвращение развития осложнений и последствий, прогрессирования основного заболевания), социальной (предусматривает социальное, трудовое и бытовое устройство инвалидов) и профессиональной (совмещение лечебно-восстановительных мероприятий с профессиональным обучением и переобучением).

Сущность медицинской реабилитации заключается в восстановлении утраченных или ослабленных функциональных и психологических особенностей больного, развитии компенсаторных механизмов посредством хирургического, медикаментозного, физического методов лечения, психотерапевтического воздействия, рационального протезирования, трудотерапии.

Проведение реабилитационных мероприятий у онкологических больных имеет свои особенности: это этапность, максимально раннее начало лечения, непрерывность, преемственность и по возможности совместимость с лечебным этапом, комплексность и индивидуальность подхода.

Следует подчеркнуть, что в современной клинической онкологии понятие лечение и реабилитация неразрывны, что обеспечивает преемственность и последовательность этапов общего лечения. Лечебный компонент является основополагающим, определяющим как результат лечения, так и реабилитации.

Возможности реабилитации конкретного больного должны рассматриваться с учетом комплекса прогностических факторов: локализация и стадия опухоли, ее морфологическое строение, характер проведенного лечения, степень анатомо-функциональных нарушений, а также общепатологические и социальные характеристики: возраст, пол, профессия, положение в обществе, семье и т. д.

Варианты клинического течения злокачественного заболевания можно объединить в три группы. Группа с благоприятным прогнозом включает в себя наблюдения с I-II стадией опухоли, которые, как известно, имеют реальный шанс излечения от заболевания. Выживаемость (5-летняя) этой группы больных достигает 60-90% [12]. Большинству пациентов при этом возможно проведение функционально щадящего и органосохраняющего лечения с применением методик хирургической резекции пораженного органа с сохранением функциональной части, нередко с одномоментной реконструкцией. А также возможно использование методик точного лучевого воздействия на очаг опухоли или эффективной химиотерапии.

Прогноз заболевания приобретает более серьезный характер в группе пациентов с III стадией опухоли.

Возможность проведения функционально щадящего лечения при подобной распространенности процесса весьма ограничена. Для адекватного удаления опухоли и лимфоузлов требуется выполнение инвалидизирующей операции в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией, что формирует выраженный анатомо-функциональный дефект.

Группа неблагоприятного прогноза включает пациентов с прогрессированием опухолевого процесса после неэффективного лечения II-III стадии и с впервые выявленной IV стадией заболевания. Задача лечения данных больных заключается в замедлении по возможности прогрессирования заболевания путем применения лучевой и химиотерапии, а также коррекции возникших нарушений функции органов и купирование хронического болевого синдрома.

В соответствии с групповым прогнозом определяют цель реабилитации [12].

1. Восстановительная, преследующая – полное или частичное восстановление трудоспособности (предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности), как правило, для больных с благоприятным прогнозом.

2. Поддерживающая – связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Направлена на адаптацию пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе. Касается группы больных с IIб-III стадией заболевания.

3. Паллиативная – направлена на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза жизни.

Особенностью основных методов, применяемых для лечения онкологических больных (как оперативного, так и консервативного: лучевая и химиотерапия), являются многочисленные осложнения. В подавляющем большинстве случаев после прохождения курсов лучевой и химиотерапии угнетается функция костного мозга, развиваются патологии мочевыделительной системы, поражения слизистых и кожи, желудка, сердца и легких.

Кроме того, из-за длительного пребывания в постели, большой протяженности послеоперационного рубца ослабевают мышцы брюшного пресса, повышается риск развития пневмонии, тромбоза вен нижних конечностей.

Все больные со злокачественными новообразованиями, начиная с момента выявления заболевания, нуждаются в психологической реабилитации, в отсутствие которой онкологические больные в той или иной форме страдают от депрессивного расстройства в силу понятных причин.

В связи с этим одним из основных принципов медико-социальной реабилитации онкобольного при разных локализациях опухолевого процесса является необходимость специального изучения психологических особенностей пациента на различных этапах лечения.

Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезной стрессовой ситуации. Тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, нередко приводящей к инвалидизации, угроза смерти – все эти факторы разрушают привычные стереотипы поведения, вырабатываемые в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивают личность больного и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни [1].

В структуре онкологической заболеваемости женщин наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,2%), опухоли половых органов составляют 18,3% всех злокачественных новообразований [9].

В последние годы отмечается рост заболеваемости гинекологическим раком и тенденция увеличения удельного веса женщин репродуктивного возраста, страдающих этой патологией.

Выявляемость злокачественной гинекологической патологии (впервые установленный диагноз), по данным 2013 г., составляет по стадиям: 25,6% – I стадия, 25,2% – II стадия, 21,5% – III стадия, 21,1% – IV стадия [31].

Основным методом лечения является комбинированный, включающий радикальное хирургическое вмешательство с последующей лучевой и/или химиотерапией. В случаях раннего выявления опухоли (на I и II стадиях) возможно проведение органосохраняющей операции, позволяющей в дальнейшем реализовать репродуктивную функцию.

Показатели 5-летней выживаемости больных после проведенного лечения зависят от стадии процесса: при I стадии достигают 90%, при II стадии – 74-83% (по данным госпитальных регистров, представленных в Annual report FIGO, 2006). Больные гинекологическим раком, особенно репродуктивного возраста после радикального лечения в большинстве своем стремятся сохранить прежний образ жизни, социальный статус, а также трудовую активность.

В то же время использование комбинированного и комплексного методов лечения с включением хирургического, лучевого лечения и химиотерапии, способствуя полной регрессии опухоли и увеличивая общую выживаемость, нередко приводит к снижению качества жизни этой категории больных.

По определению EORTC (Европейской организации по изучению и лечению рака), качество жизни, связанное со здоровьем, – это характеристика степени воздействия болезни или лечения на ожидаемое физическое, эмоциональное и социальное благосостояние человека. Увеличение сроков выживания у онкологических больных поднимает вопрос не только о том, сколько лет прожила пациентка, но и как она их прожила [40].

Обеспечение качества жизни онкологических больных в большинстве цивилизованных стран мира отно-

сится к числу приоритетных, наиболее важных и перспективных направлений в различных отраслях медицины [33].

В то же время анализ материалов и отечественной, и зарубежной литературы свидетельствует о том, что в настоящее время вопросы качества жизни у онкогинекологических больных после радикального лечения остаются практически неисследованными [32]. Имеются единичные публикации, в которых исследователи отмечают достоверное снижение показателей эмоционального и общего уровня здоровья после проведенного противоопухолевого лечения рака тела и шейки матки.

Вследствие возникающих при терапии осложнений, восстановление после радикального хирургического и комбинированного методов лечения больных раком шейки матки происходит только к 3-му месяцу, после сочетанной лучевой терапии – к 6-му месяцу.

Факторами, снижающими уровень качества жизни, являются также возраст, ипохондрический тип личности, анемия, сопутствующая соматическая патология (ожирение II/III степени, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и их сочетания) [38].

Важное место среди факторов, определяющих качество жизни наряду с объемом проведенного лечения, осложнениями противоопухолевой терапии, выраженностью сопутствующей терапии и психоэмоциональных нарушений у больных гинекологическим раком, принадлежит развитию искусственной (индуцированной) менопаузы [13].

Индукцированная менопауза развивается у большинства пациенток репродуктивного возраста после лечения онкогинекологической патологии как результат удаления яичников или угнетения их функции/повреждения проводимой лучевой и химиотерапией.

Функционально-щадящее, органосохраняющее хирургическое лечение, выполнение гистерэктомии без придатков по поводу доброкачественной патологии также сопровождается гипоэстрогемией, частота которой варьирует от 20 до 80% [8,50], что связано со снижением кровотока в оставшихся яичниках в результате перевязки яичниковой ветви маточной артерии, входящей в собственную связку яичника (постгистерэктомический синдром).

При удалении яичников посткастрационный синдром развивается в 50-80% случаев. Он включает вегетативно-сосудистые, нервно-психические и обменно-эндокринные нарушения, у 52,8% больных выявляются различные нарушения центральной нервной системы [19].

Основные проявления искусственной менопаузы – приливы, повышенная, ночная потливость, психоэмоциональные нарушения – наблюдаются практически у 90% женщин после овариоэктомии [26] и возникают, по данным ряда авторов, у 91,7% женщин уже на 2-е – 3-и сутки после операции [39].

Особенностью индуцированной менопаузы являются большая выраженность ее симптомов и более

тяжелое течение по сравнению с ранней и преждевременной менопаузой [22].

Приливы жара являются основным симптомом, определяющим течение и выраженность менопаузальных нарушений, а также уровень качества жизни [49].

Другими ранними проявлениями менопаузы являются психоэмоциональные нарушения [15]. Аффективные расстройства при хирургической менопаузе выявляются у 40-68% женщин [28]. Характерны дисфорические нарушения с раздражительностью, возбудимостью, эмоциональной неустойчивостью. У большинства женщин отмечается нарушение сна, связанное как с психоэмоциональными, так и с нейровегетативными расстройствами [48], нарушается психологическая адаптация [34]. Более 50% женщин после лечения гинекологического рака имеют сексуальные расстройства [30].

Лучевая терапия в зоне тазовой полости может привести к возникновению таких побочных эффектов, как диарея, жжение при мочеиспускании, может вызвать возникновение влагилищного кровотечения, хроническое сужение влагилища. У некоторых пациентов эти побочные эффекты проявляются умеренно, у других они протекают более тяжело. Последствием лучевой терапии в случае поражения лимфатических узлов, может быть лимфостаз [4].

Серьезную медико-социальную проблему представляет лечение поздних лучевых осложнений прямой кишки и мочевого пузыря (цистальгии, поллакиурии, гематурии, ректиты, эпителииты, изъязвления, стенозы, некрозы, пузырно-влагилищные и прямокишечные свищи), повреждение которых составляют основу лучевой патологии у больных раком шейки матки и определяют качество жизни излеченных от опухоли больных. Частота таких осложнений, по данным различных авторов, составляет 5-10%, достигая в некоторых клиниках 45-50% [30,34]. Такой разброс указанных показателей связан с отсутствием единых критериев оценки лучевых поражений.

Рядом побочных явлений сопровождается проводимая больным гинекологическим раком химиотерапия: тошнотой, рвотой, развитием лейкопении, тромбоцитопении, снижения уровня гемоглобина, выпадением волос. И хотя эти побочные эффекты временные, они также негативно сказываются на самочувствии пациенток и снижают качество их жизни.

До 96% онкологических больных нуждаются в консультации психолога и психокоррекции, в особенности при раке молочной железы [23]. Частым осложнением хирургического лечения является астенический синдром различной степени выраженности [5]. Одним из факторов инвалидизации больных, страдающих раком молочной железы, является депрессия – коморбидное состояние, характеризующееся психологической дезадаптацией и нарушением социального функционирования больного [24,47].

После радикальной мастэктомии может развиваться отек верхних конечностей (возникает в 10-46%

случаев, при сочетании с лучевой терапией – в 58-87% случаев, причем в 17% случаев встречается тяжелый отек) [4,23,29]. Более чем в 90% случаев наблюдается нарушение венозного оттока в подмышечной и/или подключичной венах, что связано с лучевой терапией, развитием рубцов, сдавливающих сосудисто-нервный пучок, флеботромбозом [4].

Реабилитационные мероприятия, проводимые на постоперационном этапе у онкогинекологических больных, включают психологическую реабилитацию, лечебное высококалорийное питание с ограничением углеводистой пищи, но с достаточным количеством белка и повышенным количеством витаминов, терапию и профилактику климактерических нарушений и других осложнений, связанных с проводимой терапией.

Для оценки выраженности климактерических, эмоциональных нарушений, качества жизни, поздних лучевых повреждений используются диагностические шкалы: менопаузальных расстройств Куппермана в модификации Е.В. Уваровой, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала качества жизни EORTC QLQ 30 со специальным модулем для онкогинекологических больных EORTC QLQ 28, шкала оценки поздних лучевых повреждений RTOG/EORTC, соответственно. Популярными в онкологической практике являются общие опросники SF-36, EuroCol, специальные опросники EORT-C30 и FAST-G, а также экспертные профили, составляемые для каждой нозологии.

Основная цель психологической реабилитации – адаптация больного к изменившейся жизненной ситуации, формирование адекватных психологических установок, в т.ч. на трудовую деятельность, обучение технике релаксации, снятию психологического напряжения и коррекции внутриличностных изменений. Эффективность этого типа реабилитации выше при раннем начале, непрерывности проведения и в сочетании с другими видами – устранением последствий, физической реабилитацией. Методы проведения различны в зависимости от психического статуса больного и настолько специфичны, что в каждом конкретном случае требуют консультации психолога или психотерапевта.

Для предупреждения негативных последствий преждевременного резкого снижения уровня половых гормонов при индуцированной менопаузе рекомендуется назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) [6,20,28].

Использование ЗГТ представляется перспективным у пациенток, получивших лечение по поводу рака шейки матки, который не является гормонозависимым. У пациенток с сохраненной маткой при выборе вида ЗГТ рекомендуется комбинированная терапия эстрогенами и прогестагенами, а у пациенток после гистерэктомии – эстрогенами [37].

Назначение эстрогенов (без прогестагенов) женщинам с удаленной маткой аргументируется также полученными данными о повышении риска рака молочной железы и его прогрессирования в большей степени

при использовании комбинированных препаратов для ЗГТ, чем эстрогенов [48,52].

В то же время в доступной литературе отсутствуют достоверные данные о влиянии проведения ЗГТ после противоопухолевого лечения по поводу гинекологического рака на риск развития рецидива и/или снижение общей и безрецидивной заболеваемости. Большинство проводимых исследований не были рандомизированными [44]. Не окончательно решенным остается вопрос о времени начала ЗГТ при раке тела матки [41].

Продолжает оставаться актуальным вопрос о применении негормональных методов терапии климактерических нарушений [10,45].

Изучение возможностей терапии менопаузальных расстройств у онкологических больных с помощью негормональных методов проводилось преимущественно у больных после противоопухолевого лечения рака молочной железы. Отмечена возможность использования фитогормонов [35,42], гомеопатических средств. Однако данные об эффективности их для коррекции менопаузальных расстройств, противоречивы, хотя их применение не ухудшает отдаленные результаты противоопухолевого лечения.

Имеются данные об использовании витаминотерапии (витамин Е) для коррекции климактерических нарушений и акупунктуры.

Витамин Е традиционно применялся для купирования менопаузальных расстройств. Хотя рандомизированные исследования не доказали достоверного различия эффективности витамина Е по сравнению с плацебо у пациенток с раком молочной железы в анамнезе [36].

По данным литературы, перспективным в терапии менопаузальных расстройств является использование акупунктуры. Рядом рандомизированных исследований показана ее эффективность в отношении частоты, интенсивности и продолжительности приливов при естественной менопаузе и у больных раком молочной железы после противоопухолевого лечения [46,51].

Большое значение в коррекции климактерических расстройств отводится поведенческой терапии, которая включает обучение релаксации, глубокому, медленному диафрагмальному дыханию. Опубликованные данные рандомизированных исследований показали эффективность данного вида терапии в отношении ранних проявлений климактерических расстройств при естественной менопаузе [21].

Рекомендуются также физические упражнения: средней интенсивности (в течение 30 мин. до 3 раз в неделю), отказ от курения, алкоголя, режим питания 4-5 раз в сут., преобладание в пищевом рационе фруктов и овощей, отказ от жирной пищи (рекомендуется употребление оливкового масла), снижение употребления соли [43,53].

Одним из перспективных направлений терапии климактерических расстройств является использование селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов [21,42].

Новым направлением, включенным в реабилитационные мероприятия онкологических больных, является использование физиотерапии [22]. Известно, что физиотерапевтические процедуры (лечебная физкультура, электросон, гальванизация шейно-лицевой области, гидротермотерапевтические процедуры (обливание, шалфейные или хвойные ванны), классический ручной массаж воротниковой зоны) положительно влияют на коррекцию климактерических нарушений [2].

Использование процедуры «электросон» с целью нормализации функционального состояния высших отделов головного мозга, а также снижения лекарственной нагрузки на организм показало хорошие результаты у 64,0% онкогинекологических больных и отличные – у 29,3% [8].

Мощное биологическое действие практически на все системы и органы человека оказывают курортные лечебные факторы [7,21], такие как климатотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индифферентные изотермические ванны, занятия в водоемах и бассейнах, ингаляции.

Несмотря на существующее мнение о том, что пациентам, пролеченным по поводу злокачественного новообразования, противопоказано санаторно-курортное лечение и физические факторы курортов (лечебные грязи, озокерит, горячие ванны и души, минеральные ванны, гелиотерапия); а также тепловые физиотерапевтические процедуры, которые могут стимулировать рост злокачественных опухолей и способствовать прогрессированию или рецидивированию онкологического заболевания, строгих доказательств этому нет. Возникновение рецидива опухоли во время или после курортного лечения не означает причинной связи между лечебным воздействием и рецидивом, который мог возникнуть и независимо от пребывания на курорте. В то же время, при соответствующих показаниях, при условии проведения радикального лечения, названные методы способствуют улучшению общего состояния больных, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности и, соответственно, качества жизни данной группы больных [7].

Санаторно-курортное лечение оказывает большое положительное влияние и на психоэмоциональное состояние онкологических больных: пациенты, попадая в обстановку санаторно-курортного учреждения, перестают фиксировать свои соматические ощущения и, вовлекаясь в ритм курортного распорядка, выходят из тяжелой стрессовой ситуации, связанной как с самим онкологическим заболеванием, так и с последствиями его радикального лечения [7,21]. После проведения санаторно-курортного лечения больной подлежит традиционному диспансерному наблюдению у врача-онколога.

Медицинская реабилитация онкологических/онкогинекологических больных, независимо от нозологической формы и локализации опухоли, должна вклю-

чить подготовительный, лечебный и восстановительные этапы.

На подготовительном этапе проводится выбор наиболее эффективного хирургического, лучевого, лекарственного, комбинированного либо комплексного лечения больного по радикальной программе, которая максимально сохранила бы анатомию и функцию пораженного органа или части тела, а также подготовка онкологического больного к специальным методам лечения, позволяющая уменьшить риск развития осложнений противоопухолевой терапии (медикаментозный, психотерапевтический, физиотерапевтический методы, лечебная физкультура).

Лечебный этап включает проведение основного курса противоопухолевого лечения с обоснованно минимальными повреждениями здоровых тканей организма.

Восстановительный этап подразумевает определение и реализацию комплекса лечебно-восстановительных мер, направленных на получение оптимального лечебного эффекта и скорейшее восстановление жизнедеятельности онкологического больного, а также включает реабилитационные мероприятия, направленные на профилактику и лечение общих и местных послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, побочных эффектов химиотерапии (ранний восстановительный этап).

Поздний восстановительный этап – самостоятельные курсы реабилитационных мероприятий или же параллельно с противорецидивным лечением. Основная задача этого этапа – компенсация и скорейшее восстановление дефектных функций организма.

Важным моментом при проведении реабилитационных мероприятий является проведение диагностического скрининга, включающего лабораторные и инструментальные методы выявления возможного рецидива опухоли (УЗИ, МРТ, онкомаркеры).

В дальнейшем, по мере компенсации функциональных расстройств и адаптации пациента к имеющимся дефектам, ведущая роль в реабилитационном процессе отводится социальной и профессиональной реабилитации.

Современная концепция реабилитации онкологических больных предполагает прохождение полного комплекса различных медицинских мероприятий, направленных на восстановление физического и психологического здоровья. Курс реабилитации необходим всем онкологическим больным, перенесшим радикальные оперативные вмешательства, любые виды лучевой и химиотерапии. Благодаря проведению таких реабилитационных мероприятий становится возможным избежать полностью или минимизировать последствия лечения и повысить качество жизни онкологических больных.

К сожалению, на сегодняшний день в нашей стране нет стройной системы реабилитации онкологических больных, в т.ч. и гинекологического профиля, отсутствуют структурные организации, позволяющие обеспе-

чить последовательную поэтапную реабилитацию, не существует программ ведения таких больных.

Существующие направления реабилитационной помощи ограничены проводимым лечением онкопатологии, профилактикой и лечением климактерических нарушений, психологической помощью и, в ряде случаев, проведением физиотерапевтических процедур.

Отсутствует комплексный подход, включающий профилактику и лечение осложнений общесоматической патологии, лучевой и химиотерапии, сексуальных нарушений и позволяющий проводить максимально раннее выявление рецидивов.

Реабилитация онкологического больного представляет собой процесс, который должен начинаться до применения того или иного лечения и продолжаться

всю оставшуюся жизнь. Она должна включать решение всех проблем, возникающих у пациентов в связи с онкологическим заболеванием.

Для решения этой задачи необходимо участие многих специалистов: врачей, психологов, психиатров, реабилитологов, диетологов, инструкторов лечебной физкультуры и др.

Важно объединить необходимых специалистов в одной структурной специализированной организации – центре реабилитации онкобольных или функциональной сети, объединяющей соответствующих специалистов разных лечебных учреждений, что позволит на основе разработанных алгоритмов ведения пациентов составлять индивидуальные программы реабилитации для каждого больного.

Литература:

- Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии. Сборник материалов II Регионарной конференции молодых ученых имени академика РАМН Н.В. Васильева. Томск. 27 апреля 2007 г.
- Аверин С.В. Физиотерапия климактерического синдрома. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2002; 3: 46-51.
- Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. Международный медицинский журнал. 2010; 4: 11-13.
- Бартош Л.К., Фишер Л.Н., Гайкова В.В., Иванова В.В. Опыт работы кабинета реабилитации после радикального лечения по поводу рака молочной железы. Вестник Московского онкологического общества. 2006; 4: 6-7.
- Березанцев А.Ю., Стражев С.В., Монасыпова Л.И. Организационные и клинические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы. Проблемы управления здравоохранением. 2010; 52: 44-52.
- Блинов Д.В., Зимовина У.В., Сандакова Е.А., Ушакова Т.И. Дефицит магния у пациенток с гормонально-зависимыми заболеваниями: фармакоэпидемиологический профиль и оценка качества жизни. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. 2015; 8 (2): 16-24.
- Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. М. 2006. 240 с.
- Грушина Т.И. Физиотерапия в реабилитации онкологических больных. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2003; 2 (14): 31-35.
- Давыдов М.И., Аксель Е.М. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2011; 22 №3 (85), прил.1. 172 с.
- Доброхотова Ю.Э., Летягина Е.В., Есипова Е.П., Литвинова Н.А. Альтернативная коррекция климактерических расстройств. Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2008; 4: 14-1.7.
- Домашенко Е.В. Динамика и структура инвалидности вследствие злокачественных новообразований женской половой сферы в Ростовской области. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2009; 3: 107-111.
- Захарченко Н.А., Шахсуварян С.Б., Мирзоян Э.И., Андрианов О.В., Мамаева Д.З. Вопросы реабилитации онкологических больных. Материалы доклада VI форума «Движение против рака». 4-5 февраля 2013 г.
- Здоровье женщин и менопауза. Пер. с англ. М. 2004. 528 с.
- Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М. 2015. 250 с.
- Каменецкая Е.Я., Юренина С.В. Особенности депрессивных нарушений у женщин с хирургической менопаузой. Климактерий. 2003; 2: 4-7.
- Каприн А. Д. Старинский В. В. Алексеева Г. С. Балашов П. Ю. Внедрение порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология». Совершенствование структурной и кадровой политики онкологической службы. Вестник Росздравнадзора. 2013; 5: 9-13.
- Кириченко Ю.Н., Разиньков Д.В., Иванова С.И. Онкозаболеваемость и первичная инвалидность среди взрослого населения курской области. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2014; 1: 105-109.
- Конопацкова О.М., Макаров В.З., Семенченя В.А. и др. Онкогеографические исследования в Саратове: итоги и перспективы. Изв. Саратов. ун-та. Сер. Науки о Земле. 2015; 15 (1): 31-36.
- Кулаков В.И. Аффективные расстройства после овариэктомии: психосоматические и терапевтические аспекты. Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=20427>. Дата обращения: 09.11.15.
- Лихачев А.В., Галаянская Е.Г., Шевлягина Л.С., Полянская И.Б. Терапия эстроген-дефицитных состояний в климактерическом периоде. Акушерство, гинекология и репродукция. 2008; 1: 4-6.
- Молчанов С.В. Комплексное восстановительное лечение и качество жизни онкогинекологических больных репродуктивного возраста. Дисс...канд. мед. наук. Томск, 2010; 125 с.
- Молчанов С.В., Коломиец Л.А., Гриднева Т.Д. Проблемы качества жизни онкогинекологических больных после радикального лечения: пути решения. Материалы Первого всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. М. 2007; 75.
- Морозов Р.Н. Медико-социологические предикторы ресоциализации больных раком молочной железы. Дисс...канд. мед. наук. Волгоград. 2015; 152 с.
- Перехов А.Я. Депрессия и сексуальные расстройства у женщин в естественной и хирургической менопаузе. Акушерство, гинекология и репродукция. 2009; 4: 6-10.
- Решетов И.В. Реабилитация онкологических больных. URL: <http://travelexpress.lt/obschaja-onkologija/reabilitacija-onkologicheskikh-bolnyh.html>. Дата обращения: 09.11.2015
- Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю. Клинико-метаболические последствия гистерэктомии и возможности их гормональной коррекции. Проблемы репродукции. 2003; 3: 67-72.
- Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Воробьев А.В., Идрисова Л.Э. Перспективы и реалии реабилитации онкологических больных. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 2: 80-88.
- Спиридонова Н.В., Басина Е.И., Крылова О.В. Сравнительная эффективность различных схем терапии климактерических расстройств. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 3: 49-55.
- Столярова И.В. Винокуров В.Л. Проблемы больных после лечения рака шейки матки. Практическая онкология. 2002; 3 (3): 220-227.
- Ульрих Е.А., Тамбиева З.А., Кутушева Г.Ф., Михеева О.Н., Урманчиева А.Ф. Качественные характеристики жизни у молодых больных раком шейки матки после радикального лечения. Сибирский онкологический журнал. 2008; 1: 18-22.
- Ульрих Е.А. Качество жизни больных злокачественными эпителиальными опухолями матки после радикального лечения: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб. 2008; 44 с.
- Ульрих Е.А., Тамбиева З.А., Урманчиева А.Ф., Моисеенко В.М. Качество жизни больных раком шейки матки I, II стадий после радикальных методов лечения. Вопросы онкологии. 2007; 53 (6): 717-721.
- Amsterdam A., Krychman M. Sexual function in gynecologic cancer survivors. Expert Review

- of Obstetrics & Gynecology. 2008; 3: 331-337.
34. Atkinson C., Warren R.M., Sala E., Dowsett M., Dunning A.M., Healey C.S., Runswick S., Day N.E., Bingham S.A. Red-clover-derived isoflavones and mammographic breast density: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Breast Cancer Research*. 2004; 6 (3): 140-142.
 35. Barton D.L. et al. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 1998; 16: 495-500.
 36. Cohen L.S., Soares C.N., Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*. 2005; 118: 935-975.
 37. De Hullu J.A. et al. Presentations of endometrial activity after curative radiotherapy for cervical cancer. *Maturitas*. 2005; 51 (2): 172-176.
 38. Ganz P.A., Greendale G.A., Petersen L., Zibecchi L., Kahn B., Belin T.R. Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: result of a randomized controlled trial. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000; 92: 1054-1064.
 39. Graziottin A. Effect of premature menopause on sexuality. *Women's Health*. 2007; 3: 455-474.
 40. Herzog T.J., Wright J.D. The impact of cervical cancer on quality of life – the components and means for management. *Gynecological oncology*. 2007; 107 (3): 572-577.
 41. Kessel B., Cronenberg F. The role of complementary and alternative medicine in management of menopausal symptoms. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2004; 33: 717-739.
 42. Khovidhunkit W., Shoback D.M. Clinical effects of raloxifene hydrochloride in women. *Annals of Internal Medicine*. 1999; 130: 431-439.
 43. Lianas A.C., Hachul H., Bittncourt L.R.A., Tufik S. Physical therapy reduces insomnia symptoms in postmenopausal women. *Maturitas*. 2008; 61: 281-284.
 44. Mueck A.O. Hormone therapy after endometrial cancer. *Endocrine-related cancer*. 2004; 11: 305-314.
 45. Nedrow A., Miller J., Walker M., Nygren P., Huffman L.H., Nelson H.D. Complementary and alternative therapies for the management of menopausal-related symptoms: a systematic evidence review. *Archive of International Medicine*. 2006; 166: 1453-1465.
 46. Nedstrand E. et al. Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric*. 2005; 8: 243-250.
 47. Rees M. Gynecological oncology perspective on management of the menopause. *The Journal of Cancer Surgery*. 2006; 32: 892-897.
 48. Schmidt P.J. Mood, depression and reproductive hormones in the menopausal transition. *American Journal of Medicine*. 2005; 18 (2): 54-58.
 49. Soares G.N. Depression during the menopausal exansition: Window of vulnerability or continuum of risk? *Menopause*. 2008; 15: 207-209.
 50. Society of Gynecologic Oncologists official site. A prospective randomized double-blind trial of estrogen replacement therapy versus placebo im women witm stage: I or II endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group Study / R.R. Barakat, B.N Bundy, N.M Spirtos, J.G. Bell, R.S Mannel. URL: <http://journal.shouxi.net/qikan/article.php?id=252435>. Дата обращения: 09.11.2015
 51. Vincent A. et al. Acupuncture for hot flashes: a randomized, shamcontrolled clinical study. *Menopause*. 2007; 14: 45-52.
 52. Von Schoultz E., Rutqvist L.E. Menopausal hormone therapy after breast cancer: the Stockholm randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*. 2005; 97: 533-535.
 53. Warburton D.E.R., Nicol C.W., Bredin S.S.D. Health benefits of physical activity. *The Canadian Medical Association Journal*. 2006; 174: 801-809.

References:

1. Topical issues of Experimental and Clinical Oncology. Collection of Materials of the II regional conference of young scientists named after academician NV Vasiliev [Aktual'nye voprosy eksperimental'noi i klinicheskoi onkologii. Sbornik mate-rialov II regionalnoi konferentsii molodykh uchenykh im. akademika RAMN N.V. Vasil'eva (In Russian)]. Tomsk. April 27, 2007.
2. Averin S.V. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya*. 2002; 3: 46-51.
3. Balabukha O.S. *Mezhdunarodnyi meditsinskii zhurnal*. 2010; 4: 11-13.
4. Bartosh L.K., Fisher L.N., Gaikova V.V., Ivanova V.V. *Vestnik Moskovskogo onkologicheskogo obshchestva*. 2006; 4: 6-7.
5. Berezantsev A.Yu., Strazhev S.V., Monasyпова L.I. *Problemy upravleniya zdavookhraneniem*. 2010; 52: 44-52.
6. Blinov D.V., Zimovina U.V., Sandakova E.A., Ushakova T.I. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoconomics and pharmacoepidemiology*. 2015; 8 (2): 16-24.
7. Grushina T.I. Rehabilitation in oncology: physical therapy [Reabilitatsiya v onkologii: fizioterapiya (In Russian)]. Moscow. 2006. 240 s.
8. Grushina T.I. *Vestnik RONTs im. N. N. Blokhina RAMN*. 2003; 2 (14): 31-35.
9. Davydov M.I., Akse' E.M. *Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina RAMN*. 2011; 22 №3 (85), pril.1. 172 s.
10. Dobrokhotova Yu.E., Letyagina E.V., Esipova E.P., Litvinova N.A. *Effektivnaya farmakoterapiya v aku-sherstve i ginekologii*. 2008; 4: 14-17.
11. Domashenko E.V. *Vestnik Vseros-siiskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noi ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoi industrii*. 2009; 3: 107-111.
12. Zakharchenko N.A., Shakhsvaryan S.B., Mirzoyan E.I., Andrianov O.V., Mamaeva D.Z. Questions rehabilitation of cancer patients. Materials of the VI Forum "Movement Against Cancer" [Voprosy reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh. Materialy doklada VI foruma «Dvizhenie protiv raka» (In Russian)]. 4-5 February 2013.
13. Women's Health and Menopause. Trans. from English [Zdorov'e zhenshchin i menopauza. Per s. angl. (In Russian)]. Moscow. 2004. 528 s.
14. Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality-ness). Ed. A.D. Caprino, V.V. Starinskaya, G.V. Petrova [Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 godu (zabolevaemost' i smert-nost')]. Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoi (In Russian)]. Moscow. 2015. 250 s.
15. Kamenetskaya E.Ya., Yureneva S.V. *Klimakterii*. 2003; 2: 4-7.
16. Kaprin A.D., Ctarinskii V.V., Alekseeva G.S., Balashov P.Yu. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2013; 5: 9-13.
17. Kirichenko Yu.N., Razin'kov D.V., Ivanova S.I. *Kurskii nauchno-prakticheskii vestnik «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2014; 1: 105-109.
18. Konopatskova O.M., Makarov V.Z., Semenchenya V.A. i dr. *Izv. Sarat. un-ta. Ser. Nauki o Zem-le*. 2015; 15 (1): 31-36.
19. Kulakov V.I. Affective disorders after ovariectomy: psychosomatic and therapeutic aspects [Affektivnye rasstroistva posle ovarioektomii: psikhosomatiche-skie i terapevticheskie aspekty (In Russian)]. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=20427>. Accessed 09.11.15.
20. Likhachev A.V., Galyanskaya E.G., Shevlyagina L.S., Polyanskaya I.B. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2008; 1: 4-6.
21. Molchanov S.V. Comprehensive rehabilitation treatment and quality of life of patients with gynecological cancer of reproductive age. PhD. Diss. [Kompleksnoe vosstanovitel'noe lechenie i kachestvo zhizni onkogi-nekologicheskikh bol'nykh reproduktivnogo vozrasta. Diss...kand. med. nauk (In Russian)]. Tomsk. 2010; 125 s.
22. Molchanov S.V., Kolomiets L.A., Gridneva T.D. Problems of quality of life of gynecological cancer patients after radical treatment: solutions. Proceedings of the First All-Russian Congress of doctors of regenerative medicine [Problemy kachestva zhizni onkogi-nekologicheskikh bol'nykh posle radikal'nogo lecheniya: puti resheniya. Materialy Pervogo vserossiiskogo s'ezda vrachei vosstanovitel'noi meditsiny (In Russian)]. Moscow. 2007; 75.
23. Morozov R.N. Medical-sociological predictors of re-socialization of patients with breast cancer. PhD. Diss [Mediko-sotsiologicheskie prediktory resotsializatsii bol'nykh ra-kom molochnoi zhelezy. Diss...kand. med. nauk (In Russian)]. Volgograd. 2015; 152 s.
24. Perekhov A.Ya. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2009; 4: 6-10.
25. Reshetov I.V. Rehabilitation of cancer patients [Reabilitatsiya onkologicheskikh bol'nykh (In Russian)]. URL: <http://travelexpress.lv/obschajaa-onkologija/reabilitacija-onkologicheskikh-bolnyh.html>. Accessed 09.11.2015.
26. Rubchenko T.I., Lukashenko S.Yu. *Problemy reproduksii*. 2003; 3: 67-72.
27. Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Vorob'ev A.V., Idrisova L.E. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2015; 2: 80-88.
28. Spiridonova N.V., Basina E.I., Krylova O.V. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya /*

- Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2012; 3: 49-55.
29. Stolyarova I.V., Vinokurov V.L. *Prakticheskaya onkologiya.* 2002; 3 (3): 220-227.
 30. Ul'rikh E.A., Tambieva Z.A., Kutusheva G.F., Mikheeva O.N., Urmancheeva A.F. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal.* 2008; 1: 18-22.
 31. Ul'rikh E.A. The quality of life of patients with malignant epithelial tumors of the uterus after radical treatment PhD Diss. [*Kachestvo zhizni bol'nykh zlokachestvennymi epiteliial'nyimi opukho-lyami matki posle radikal'nogo lecheniya: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk (In Russian)*]. SPb. 2008; 44 s.
 32. Ul'rikh E.A., Tambieva Z.A., Urmancheeva A.F., Moiseenko V.M. *Voprosy onkologii.* 2007; 53 (6): 717-721.
 33. Amsterdam A., Krychman M. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology.* 2008; 3: 331-337.
 34. Atkinson C., Warren R.M., Sala E., Dowsett M., Dunning A.M., Healey C.S., Runswick S., Day N.E., Bingham S.A. Red-clover-derived isoflavones and mammographic breast density: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Breast Cancer Research.* 2004; 6 (3): 140-142.
 35. Barton D.L. et al. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology.* 1998; 16: 495-500.
 36. Cohen L.S., Soares C.N., Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *The American Journal of Medicine.* 2005; 118: 935-975.
 37. De Hullu J.A. et al. Presentations of endometrial activity after curative radiotherapy for cervical cancer. *Maturitas.* 2005; 51 (2): 172-176.
 38. Ganz P.A., Greendale G.A., Petersen L., Zibecchi L., Kahn B., Belin T.R. Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: result of a randomized controlled trial. *Journal of the National Cancer Institute.* 2000; 92: 1054-1064.
 39. Graziottin A. Effect of premature menopause on sexuality. *Women's Health.* 2007; 3: 455-474.
 40. Herzog T.J., Wright J.D. The impact of cervical cancer on quality of life – the components and means for management. *Gynecological oncology.* 2007; 107 (3): 572-577.
 41. Kessel B., Cronenberg F. The role of complementary and alternative medicine in management of menopausal symptoms. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America.* 2004; 33: 717-739.
 42. Khovidhunkit W., Shoback D.M. Clinical effects of raloxifene hydrochloride in women. *Annals of Internal Medicine.* 1999; 130: 431-439.
 43. Lianas A.C., Hachul H., Bittrncourt L.R.A., Tufik S. Physical therapy reduces insomnia symptoms in postmenopausal women. *Maturitas.* 2008; 61: 281-284.
 44. Mueck A.O. Hormone therapy after endometrial cancer. *Endocrine-related cancer.* 2004; 11: 305-314.
 45. Nedrow A., Miller J., Walker M., Nygren P., Huffman L.H., Nelson H.D. Complementary and alternative therapies for the management of menopausal-related symptoms: a systematic evidence review. *Archives of International Medicine.* 2006; 166: 1453-1465.
 46. Nedstrand E. et al. Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric.* 2005; 8: 243-250.
 47. Rees M. Gynecological oncology perspective on management of the menopause. *The Journal of Cancer Surgery.* 2006; 32: 892-897.
 48. Schmidt P.J. Mood, depression and reproductive hormones in the menopausal transition. *American Journal of Medicine.* 2005; 18 (2): 54-58.
 49. Soares G.N. Depression during the menopausal exansion: Window of vulnerability or continuum of risk? *Menopause.* 2008; 15: 207-209.
 50. Society of Gynecologic Oncologists official site. A prospective randomized double-blind trial of estrogen replacement therapy versus placebo in women with stage I or II endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group Study / R.R. Barakat, B.N Bundy, N.M Spiratos, J.G. Vell, R.S Mannel. URL: <http://journal.shouxi.net/qikan/article.php?id=252435>. Accessed: 09.11.2015.
 51. Vincent A. et al. Acupuncture for hot flashes: a randomized, shamcontrolled clinical study. *Menopause.* 2007; 14: 45-52.
 52. Von Schoultz E., Rutqvist L.E. Menopausal hormone therapy after breast cancer: the *Stockholm randomized trial.* *Journal of the National Cancer Institute.* 2005; 97: 533-535.
 53. Warburton D.E.R., Nicol C.W., Bredin S.S.D. Health benefits of physical activity. *The Canadian Medical Association Journal.* 2006; 174: 801-809.

Сведения об авторах:

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Табакман Юрий Юрьевич – д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, врач-радиолог высшей квалификационной категории, зав. лабораторией радиоизотопной диагностики Онкологического клинического диспансера №1 ДЗ г. Москвы. Адрес: ул. Бауманская, д. 17/1, Москва, Россия, 105005. Тел.: +7(499)2676672. E-mail: tabakman37@mail.ru.

Идрисова Лариса Эмиевна – к.м.н., научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru

Сдвижков Александр Михайлович – д.м.н., профессор, член Европейской ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов, член Проблемной комиссии по изучению опухолей головы и шеи Научного совета по злокачественным новообразованиям РАМН и МЗиСР РФ, член экспертного совета ВАК, лауреат премии Правительства РФ, врач-онколог высшей квалификационной категории. Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес: ул. Бауманская, д. 17/1, Москва, Россия, 105005.

About the authors:

Solopova Antonina Grigorievna – MD, professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine First Moscow Medical Sechenov University. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Tabakman Yuriy Yur'evich – MD, professor, Honoured Doctor of the Russian Federation, radiologist of the highest qualification category manager. radioisotope laboratory diagnostics, Cancer clinical dispensary №1 Department of Health of Moscow. Address: ul. Baumanskaya, 17/1, Moscow, Russia, 105005. Tel.: +7(499)2676672. E-mail: tabakman37@mail.ru.

Idrisova Larisa Emievna – PhD, researcher at the Department of the Ob/Gyn Department of The First Moscow State Medical Sechenov University Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Sdvizhkov Aleksandr Mikhailovich – MD, professor, member of the European Association of cranio-maxillofacial surgeons, a member of the Problem Commission for the study of head and neck tumors of the Scientific Council of malignancy MZiSR Medical Sciences and the Russian Federation, a member of the expert council of VAK, laureate of the Russian Government, the oncologist higher qualification category. Cancer clinical dispensary №1 Department of Health of Moscow. Address: ul. Baumanskaya, 17/1, Moscow, Russia, 105005.