

*На правах рукописи*



**Санджиева Лидия Николаевна**

**Оптимизация реабилитации пациенток с атипической гиперплазией и раком  
эндометрия репродуктивного возраста после противоопухолевой терапии**

3.1.4. Акушерство и гинекология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Солопова Антонина Григорьевна**

**Официальные оппоненты:**

**Жордания Кирилл Иосифович** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник онкогинекологического отделения хирургических методов лечения №8 (онкогинекологии)

**Хашукоева Асият Зульчифовна** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, лечебный факультет, кафедра акушерства и гинекологии

**Ведущее учреждение:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Защита диссертации состоится «15» мая 2023 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.28 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года

Ученый секретарь

Диссертационного совета ДСУ 208.001.28  
доктор медицинских наук, профессор



Семиков Василий Иванович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

За последние 10 лет в России увеличилась заболеваемость раком эндометрия (РЭ) с 133,7 до 187,3 случаев на 100 000 населения (Каприн А.Д. и др., 2020). Средний возраст пациенток, в котором диагностируется это заболевание, составляет 63,4 года (Каприн А.Д. и др., 2020), однако у 20% больных диагноз ставится до наступления менопаузы (Lyu T. et al., 2019). В последние годы отмечается увеличение количества случаев РЭ среди женщин в возрасте до 29 лет (за 10 лет на 50%) (Каприн А.Д. и др., 2020). К предраковым заболеваниям эндометрия относится рецидивирующая атипичная гиперплазия эндометрия (рАГЭ), которая в случае отсутствия должного лечения в 23% случаев прогрессирует в РЭ (Emons G. et al. 2015; Sanderson P.A. et al., 2017; Пронин С.М. и др., 2018; Doherty M.T. et al., 2020). Стандартным подходом к лечению больных с рАГЭ и ранним РЭ, не планирующих реализацию репродуктивной функции, является гистерэктомия с/или без двусторонней сальпингоофорэктомией (Wang Y. et al., 2018; Koh W.-J. et al., 2018; Auclair M.H. et al., 2019). Такой радикальный подход к лечению приводит к развитию постовариоэктомического синдрома (ПОЭС). ПОЭС сопутствуют нарушения психоэмоциональной и сексуальной сфер, а также возможное наличие хронического болевого синдрома. Все эти проявления в совокупности оказывают негативное влияние на качество жизни (КЖ) (Graziottin A. et al., 2017; Gao H. et al., 2017; Harris M.G. et al., 2019; Lokich E. et al., 2019; Rizzuto I. et al., 2021; Oaknin A. et al., 2022). Растущее количество молодых пациенток с рАГЭ и РЭ, представляющих собой социально активную группу населения, обуславливает необходимость внедрения в послеоперационном периоде программы восстановительных мероприятий, что позволит улучшить КЖ и будет способствовать возвращению к привычному образу жизни в кратчайшие сроки.

Потребность в обеспечении сохранения высокого КЖ после перенесенных радикальных операций в репродуктивном возрасте требует внедрения реабилитационной программы в послеоперационном периоде (Silver J.K. et al., 2018; Campbell G. et al., 2019; Солопова А.Г. и др., 2021). Однако на практике она широко не применяется и упоминается в документах лишь формально. В связи с этим возникла необходимость в усовершенствовании и систематизации существующих восстановительных мероприятий для пациенток с рАГЭ и РЭ с целью повышения КЖ и их скорейшему возвращению в социум.

В этих условиях ощущается необходимость в углублении и расширении научных представлений о реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ. Некоторый опыт в оценке КЖ пациенток с РЭ накоплен и подходы к реабилитации таких женщин разработаны, однако данные разрознены и нуждаются в систематизации (Nout R.A. et al., 2011; Ульрих Е.А. и др., 2011; Молчанов С.В. и др., 2012; Ferrandina G. et al., 2014; Ferguson S.E. et al., 2018; Papathelemis T. et al., 2019; Zandbergen N. Et al., 2019; Коваленко Н.В. и др., 2021; Гриднева Т.Д. и др., 2021). В настоящее время нет стандартов оказания восстановительной

помощи и учреждений, специализирующихся на реабилитации онкогинекологических больных (Солопова А.Г. и др., 2021). Существующие программы реабилитации не учитывают всего спектра проблем, которые возникают у женщин после радикальных операций, а именно ПОЭС. Также не разработана интегральная оценка КЖ пациенток с рАГЭ и РЭ. Все вышеперечисленное подтверждает актуальность выбранной тематики и определяет цель и задачи исследования.

### **Цель и задачи исследования**

Усовершенствовать программу реабилитации у пациенток репродуктивного возраста с рАГЭ и РЭ после противоопухолевого лечения в зависимости от выявленных факторов, ухудшающих КЖ.

В соответствии с целью исследования в работе поставлены следующие **задачи**:

1. Выявить основные факторы, снижающие качество жизни у пациенток репродуктивного возраста с рАГЭ и РЭ IA стадии после противоопухолевого лечения.
2. Разработать систему интегральной оценки КЖ у женщин с рАГЭ и РЭ IA стадии на основе критического обзора литературы.
3. Провести интегральную оценку КЖ у больных рАГЭ и РЭ IA стадии после радикального хирургического лечения.
4. Разработать научно обоснованную комплексную систему восстановительных мероприятий для оптимизации реабилитации больных рАГЭ и РЭ IA стадии после радикального хирургического лечения и обосновать ее применение.
5. Оценить эффективность разработанной комплексной программы реабилитации посредством применения комплекса интегральной оценки КЖ.
6. Оценить социально-экономическую эффективность программы комплексной персонифицированной реабилитации у пациенток репродуктивного возраста с рАГЭ и РЭ IA стадии.

### **Научная новизна**

Научная новизна диссертационного исследования заключается в усовершенствовании существующей системы реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ после радикального хирургического лечения.

1. Разработана интегральная оценка КЖ больных рАГЭ и РЭ, включающая субъективные (опросники FACT-Eп, ММИ Куппермана-Уваровой, HADS, FSFI) и объективные (уровень АД, ИМТ, характер распределения жировой ткани (ОТ, ОБ, ОТ/ОБ), углеводный профиль, липидный профиль, провоспалительный статус (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6, лептин)) методы и позволяющая осуществлять более точную оценку особенностей состояния здоровья указанных пациенток.
2. На основе интегральной оценки КЖ пациенток с рАГЭ и РЭ выявлены факторы, ее снижающие: ПОЭС, психоэмоциональные расстройства (тревога, депрессия), сексуальная дисфункция, метаболические нарушения.

3. Усовершенствована и научно обоснована программа комплексной реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ на основе выявленных факторов, ухудшающих КЖ (ПОЭС, сексуальная дисфункция, психоэмоциональные расстройства, метаболические нарушения), позволяющая повысить эффективность проводимых восстановительных мероприятий в послеоперационном периоде и включающая медикаментозную поддержку, модификацию образа жизни, психотерапию, физиотерапию, фитотерапию, коррекцию метаболических нарушений и информационную поддержку.
4. Дана оценка эффективности программы реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ с помощью предложенной интегральной оценки КЖ, что позволило корректировать программу восстановительных мероприятий пациенток в послеоперационном периоде.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Полученные результаты исследования позволяют расширить теоретические представления об особенностях нарушения КЖ больных рАГЭ и РЭ. На основании результатов интегральной оценки КЖ проведена клиническая апробация программы комплексной реабилитации женщин с рАГЭ и РЭ, которая продемонстрировала достоверное улучшение показателей КЖ после радикального хирургического лечения, улучшение течения ПОЭС (обменно-эндокринных, нейровегетативных, метаболических расстройств), психоэмоциональных нарушений (тревога, депрессия), сексуальной дисфункции, избыточной массы тела и ожирения. Применение разработанного комплекса реабилитационных мероприятий позволило достичь выраженного улучшения КЖ уже на сроке 6 месяцев после оперативного лечения. Проведение комплексной программы «активной» реабилитации в послеоперационном периоде имеет также существенную социально-экономическую эффективность, за счет достоверного увеличения количества пациенток, вернувшихся к трудовой жизни.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Основные факторы, снижающие КЖ пациенток репродуктивного возраста с рАГЭ и РЭ, включают: ПОЭС, психоэмоциональные расстройства (тревога, депрессия), сексуальную дисфункцию, метаболические нарушения, избыточную массу тела и ожирение.
2. Разработанную систему интегральной оценки КЖ больных рАГЭ и РЭ, включающую субъективные и объективные показатели, следует применять для адекватного контроля за состоянием пациенток после операции и эффективностью реабилитации.
3. Усовершенствование и применение патогенетически обоснованной программы комплексной реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ, включающей информационную поддержку, модификацию образа жизни, коррекцию метаболических нарушений, психотерапию, физиотерапию, фитотерапию, медикаментозную поддержку, повышает КЖ в послеоперационном периоде уже через 6 месяцев.
4. Эффективность разработанного комплекса реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ может быть оценена с помощью предложенной интегральной оценки КЖ, которая позволяет корректировать

программу восстановительных мероприятий в послеоперационном периоде в зависимости от полученных результатов.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.1.4. Акушерство и гинекология.

### **Степень достоверности и апробация результатов работы**

Обоснованность и достоверность основных научных положений, выводов и практических рекомендаций работы не вызывает сомнений и подтверждается достаточным объемом клинического материала, грамотно спланированным дизайном исследования, применением комплексных методов обследования пациенток и корректного статистического анализа полученных данных.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на XX Юбилейном Всероссийском научно-образовательном форуме "Мать и Дитя - 2019" (Москва); на Втором международном форуме по онкологии и радиологии For Life (Москва, 2019); на VIII Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием «VolgaMedScience» (Нижний Новгород, 2022); на XXIII Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» (Киров, 2022); на LXXXIII научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины – 2022» (Санкт-Петербург, диплом II степени); III Национальном междисциплинарном конгрессе «Времена года. Женское здоровье – от юного до серебряного и золотого возраста» (Москва, 2022); 36-й Межрегиональной научно-информационной конференции по акушерству и гинекологии для практикующих врачей (Москва, 2022).

Апробация диссертационной работы состоялась на заседании кафедры акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) г. Москвы, протокол № 6 от 12.01.2023 г.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты диссертации используются в практической деятельности врачей акушеров-гинекологов, онкогинекологов в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы», ООО «Медицинский женский центр». Также по наработанным материалам работы проводятся циклы лекционных и практических занятий для обучения студентов, клинических ординаторов и аспирантов на кафедре акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет).

### **Личный вклад автора**

Автор принимала непосредственное участие в разработке анкет, наборе пациентов, включая прием и консультирование, анкетирование, инструментальную диагностику. Автор вместе с врачами смежных специальностей участвовала в персонификации программ реабилитации на основании полученной интегральной оценки КЖ. Автор лично контролировала ход и статус выполнения персонифицированных программ реабилитации у участвующих в исследовании пациенток. Автор лично координировала внедрение разработанных интегральной системы оценки КЖ и программ реабилитации в повседневную клиническую практику. Написание и редактирование научных публикаций, а также написание диссертации осуществлялись лично и в соавторстве.

### **Публикации**

По результатам исследования автором опубликовано 18 печатных работ, из них: статей в научных изданиях, индексируемых Scopus – 6; научных статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата науки – 5; публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 7.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 144 страницах машинописного текста, иллюстрирована 16 рисунками и 47 таблицами. Работа состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 170 источников, из них 46 отечественных и 124 иностранных.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось с ноября 2018 по декабрь 2021 года на кафедре акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (заведующий кафедрой – д.м.н., профессор, академик РАН Макацария А.Д.), клинических базах кафедры - ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая онкологическая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы», ООО «Медицинский женский центр».

Для достижения цели и выполнения задач в клиническое исследование было включено 119 пациенток с гистологически верифицированным диагнозом рАГЭ (58 женщин) и РЭ IA стадии (T<sub>1a</sub> N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) (61 пациентка) репродуктивного возраста от 28 до 49 лет (средний возраст составил 44,36±3,10

лет). Все женщины были прооперированы в объеме гистерэктомии с двусторонней сальпингоофорэктомией. Стадирование РЭ осуществлялось в соответствии с классификацией FIGO (2009) и TNM (8-е издание, 2017). В соответствии с гистологической классификацией: эндометриальная аденокарцинома Grade 1 выявлена у 37 (60,66%), Grade 2 – у 24 (39,34%) пациенток. Далее в каждой нозологии по принципу рандомизации (методом конвертов) пациенток разделили на группы: IA – 27 больных рАГЭ (возраст  $44,44 \pm 4,49$  лет), которым применяли «комплексную программу «активной» реабилитации» и IB – 31 женщина ( $44,09 \pm 4,28$  лет) со «стандартным ведением послеоперационного периода» согласно утвержденным Минздравом РФ клиническим рекомендациям и стандартам – группа сравнения. В группе пациенток с РЭ аналогичным образом проведено разделение на группы: IIA – 29 женщин ( $43,93 \pm 4,55$ ) с «активной» реабилитацией и IIB – 32 больные ( $44,94 \pm 3,06$ ) в группе сравнения. Время наблюдения за каждой пациенткой – 12 месяцев.

**Тип исследования:** проспективное когортное рандомизированное исследование с интервенцией. **Исследуемая популяция:** женщины после радикального хирургического лечения с гистологически верифицированным диагнозом атипичская гиперплазия эндометрия и эндометриальная аденокарцинома IA стадии Grade 1 и Grade 2. **Критерии включения:** возраст старше 18 лет; подписанное информированное согласие; репродуктивный период -4, -3b, -3a стадии по основным критериям STRAW +10 (на момент операции был сохранен регулярный менструальный цикл либо были незначительные изменения по объему кровопотери/продолжительности); гистологически верифицированный диагноз атипичской гиперплазии эндометрия или эндометриальной аденокарциномы Grade 1 или Grade 2 IA стадии ( $T_{1a} N_0 M_0$ ); рецидивирующее течение атипичской гиперплазии эндометрия; наличие одного или сочетание следующих заболеваний: доброкачественные овариальные кисты, патология шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия CIN II-III), миома матки, аденомиоз; наличие детей и нежелание сохранения фертильности. **Критерии исключения:** возраст младше 18 лет; другие гистологические варианты опухолей тела матки (низкодифференцированная эндометриальная аденокарцинома, недифференцированный, светлоклеточный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный рак); наследственные формы рака (синдром Линча); экстрагенитальная онкологическая патология; коморбидные заболевания: общесоматические в стадии обострения; психические расстройства; значимо влияющие на комплаентность когнитивные нарушения; послеоперационные осложнения; рецидив заболевания.

Группы пациенток были сопоставимы по возрасту, трудовому и семейному статусу, уровню образования, ИМТ, гинекологической и соматической патологии, объему оперативного лечения. Основная доля женщин в исследовании находилась в возрастном диапазоне 45-49 лет – 31 (53,45%) больная рАГЭ и 33 (54,09%) РЭ (Таблица 1).



Таблица 1 – Распределение пациенток по возрасту

Возраст	Рецидивирующая атипичная гиперплазия эндометрия (n=58)		Рак эндометрия (n=61)	
	Абсолютное	%	Абсолютное	%
25-29	1	1,72 %	0	0 %
30-34	2	3,45 %	3	4,92 %
35-39	9	15,52 %	7	11,47 %
40-44	15	25,86 %	18	29,52 %
45-49	31	53,45 %	33	54,09%

Большая часть пациенток состояла в официально зарегистрированном браке: 29 (50,0%) женщин с рАГЭ и 35 (57,37%) больных РЭ. Все женщины в исследовании имели как минимум одного ребенка.

При обеих нозологиях отмечалась высокая частота встречаемости ожирения: у 41 (70,69%) с АГЭ и у 39 (63,93%) пациентки с РЭ было выявлено ожирение I степени, ожирение II степени встречалось у 10 (17,24%) и 14 (22,95%) соответственно (Таблица 2).

Таблица 2 – Структура распределения индекса массы тела в клинических группах

Структура распределения массы тела женщин	Рецидивирующая атипичная гиперплазия эндометрия (n=58)		Рак эндометрия (n=61)	
	Абсолютное	%	Абсолютное	%
Нормальный вес	2	3,45%	1	1,64%
Избыточная масса тела	3	5,17%	5	8,20%
Ожирение I степени	41	70,69%	39	63,93%
Ожирение II степени	10	17,24%	14	22,95%
Ожирение III степени	2	3,45%	2	3,28%

В анамнезе у 15 (25,86%) пациенток с рАГЭ один яичник был удален ранее по поводу дермоидной кисты – у 1 (1,72%) больной, разрыва кисты яичника – у 5 (8,62%), эндометриоидных кист – у 8 (13,79%), фолликулярной кисты – у 1 (1,72%). Ранее у 20 (32,78%) женщин с РЭ был удален один яичник по показаниям, не связанными со злокачественным образованием: по поводу разрыва кисты яичника – у 9 (14,75%), эндометриоидной кисты – у 11 (18,03%).

В группе пациенток с рАГЭ у 40 (68,96%) пациенток отмечалась одна из сопутствующих патологий в сфере женского здоровья, у 11 (18,97%) – сочетание двух патологий, у 7 (12,07%) – 3 сопутствующие патологии. У больных РЭ одна сопутствующая патология была у 45 (73,77%), две – у 10 (16,39%), три патологии – у 6 (9,84%) (Таблица 3).

Таблица 3 – Структура сопутствующих гинекологических патологий в клинических группах

Нозология	Рецидивирующая атипичная гиперплазия эндометрия (n=58)		Рак эндометрия (n=61)	
	Абсолютное	%	Абсолютное	%
Миома матки	40	68,97 %	46	75,41 %
Серозные цистаденомы	2	3,45 %	1	1,64 %
Дермоидные кисты яичников	1	1,72 %	1	1,64 %
Эндометриоидные кисты яичников	8	13,79 %	3	4,92 %
Аденомиоз	21	36,21 %	18	29,51 %

Продолжение таблицы 3

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия CIN II	8	13,79 %	13	21,31 %
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия CIN III	3	5,17 %	1	1,64 %

При обеих нозологиях отмечалась высокая частота встречаемости соматических заболеваний: сахарного диабета II типа у 10 (17,24%) пациенток с рАГЭ и у 9 (14,75%) женщин с РЭ, а также артериальной гипертонии у 16 (27,58%) с рАГЭ и у 14 (22,95%) с РЭ соответственно (Таблица 4).

Таблица 4 – Структура соматических патологий в клинических группах

Нозология	Рецидивирующая атипическая гиперплазия эндометрия (n=58)		Рак эндометрия (n=61)	
	Абсолютное	%	Абсолютное	%
Сахарный диабет II типа	10	17,24 %	9	14,75 %
Артериальная гипертония	16	27,58 %	14	22,95 %
Варикозная болезнь нижних конечностей	8	13,79 %	7	11,47 %
Желчнокаменная болезнь	3	5,17 %	2	3,27 %
Язвенная болезнь желудка	6	10,34 %	4	6,55 %
Бронхиальная астма	1	1,72 %	3	4,92 %
Хронический бронхит	4	6,89 %	6	9,83 %
Хронический пиелонефрит	7	12,06 %	4	6,55 %
Мочекаменная болезнь	5	8,62 %	6	9,83 %
Гипотиреоз	3	5,17 %	2	3,28 %

Во время визита 0 (первая неделя после операции) пациенткам проводилось стандартное клиническое обследование и интегральная оценка КЖ, включающая субъективный и объективный компонент, после оценки показателей КЖ представлялось возможным разработать «патогенетически обоснованную программу «активной» реабилитации». Для интегральной оценки КЖ использовали следующие шкалы и опросники: Шкала функциональной оценки терапии рака для пациенток с РЭ «FACT-Ep», Модифицированный менопаузальный индекс Куппермана–Уваровой «ММИ Куппермана–Уваровой», Госпитальная шкала тревоги и депрессии «HADS», Индекс женской сексуальной функции «FSFI». Для объективизации оценки КЖ проводилось определение уровня углеводного обмена (глюкозы, инсулина, индекса инсулинорезистентности НОМА-IR) и липидного профиля (триглицериды, холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности). Использовали формулу Фридевальда для определения уровня липопротеидов низкой плотности и индекса атерогенности (ИА). С целью оценки провоспалительного статуса проводилось измерение уровней ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ , лептина. Проводилась оценка динамики АД, ИМТ, объема талии (ОТ), объема бедер (ОБ), соотношения ОТ/ОБ.

Программа «активной» реабилитации включала в себя индивидуальную и групповую психотерапевтическую помощь, коррекцию образа жизни (сбалансированная диета, дозированная физическая активность, ведение дневников водного баланса и питания) и т.д. «Пассивная» реабилитация включала мероприятия, прописанные в Национальных клинических рекомендациях в установленном

объеме и сроке («рекомендуется проводить восстановительные мероприятия, ориентируясь на общие принципы реабилитации пациенток после выполненных хирургических вмешательств», динамическое наблюдение, цитологическое исследование мазков, УЗИ органов малого таза). Эффективность разработанного комплекса реабилитации была оценена динамически в 3 контрольных точках (Рисунок 1).

Больным из групп IA и ПА на основании основного заболевания, коморбидных состояний и заболеваний, общего самочувствия и идентифицированных предикторов снижения КЖ разрабатывалась персонализированная программа комплексной реабилитации. В разработке принимали участие акушер-гинеколог, онколог, врач физической и реабилитационной медицины, психолог/психиатр, диетолог, сексолог и врачи смежных специальностей. Программа была рассчитана на 12 месяцев. Также была предусмотрена коррекция объемов и продолжительности реабилитации при необходимости.

Полученные клиничко-функциональные результаты легли в основу разработки патогенетически обоснованной программы реабилитации на основании синдромального подхода для больных рАГЭ и РЭ. Основная часть мероприятий разработанного комплекса реабилитации проводилась на базе реабилитационных центров, санаторно-курортных учреждений, другая часть – в амбулаторно-поликлинических условиях (Рисунок 2).

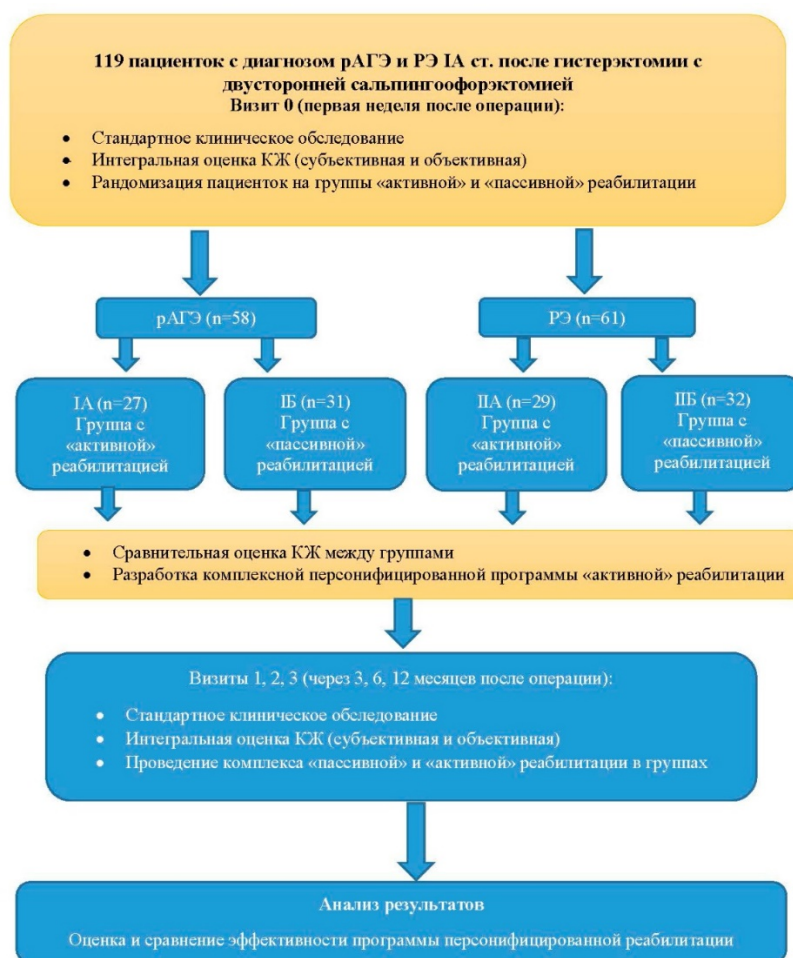


Рисунок 1 – Дизайн исследования



Рисунок 2 – Программа «активной» реабилитации с учетом выявленных факторов, снижающих КЖ

Программа «активной» реабилитации включала: информационную поддержку; модификацию образа жизни; «противораковую диету»; индивидуальную и групповую психотерапию направленную на улучшение психоэмоционального состояния пациенток, уменьшение проявлений уровня тревоги и депрессии, минимизации болевого синдрома, нормализации сна; работу со специалистом-сексологом самостоятельно и в паре с целью нивелирования нарушений сексуальной функции; дозированную физическую нагрузку: терренкур, климато- и ландшафтотерапию, мероприятия, направленные на укрепление мышц тазового дна (МТД); фитотерапию: препараты с содержанием индол-3-карбинола и эпигаллатокатехина-3-галлата, курсовое применение седативных средств: экстракта валерьяны, пустырника; витаминов, макро- и микроэлементов; физиотерапию: гипербарическая оксигенация, электросон, общая магнитотерапия, ксенонотерапия; медикаментозную поддержку: при нарушении цикла сна-бодрствования применялся мелатонин в дозе 3 мг, при немедикаментозном снижении массы тела <5% дополнительно применялись: орлистат, сибутрамин, лираглутид. Для решения проблем с возникшей вульвовагинальной атрофией использовались лубриканты, а также гели на основе гиалуроновой кислоты. Для профилактики дисбиоза влагалища применялся Ацилакт DUO 1-2 раза в сутки вагинально, длительность - 10 дней. Курс повторяли 10 дней в течение 4 месяцев с интервалом 1-3 месяца. Совместно с Ацилакт DUO применяли синбиотик по 1 капсуле на ночь (Рисунок 3).



Рисунок 3 – Календарный план программы «активной» реабилитации

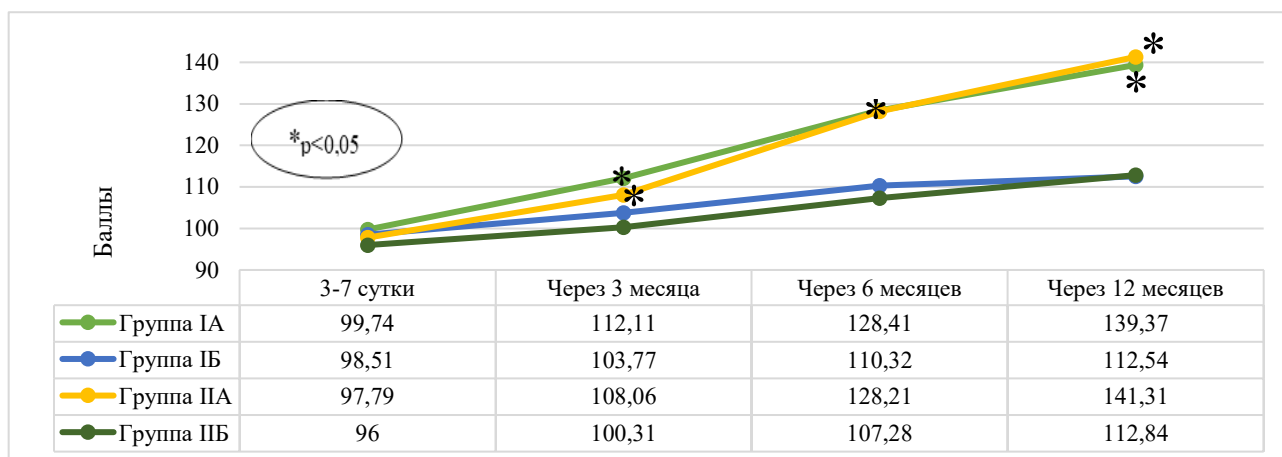
При создании базы данных использовался редактор электронных таблиц «Excel» из пакета приложений «Microsoft Office 2013». Расчет необходимого объема выборки и статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы «STATISTICA 10». Результаты описательной статистики представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднее значение, а  $\sigma$  – стандартное отклонение. С учетом того, что все исследуемые показатели имели нормальное распределение (тест Шапиро-Уилка), в работе были использованы параметрические методы статистики. Для оценки достоверности различий результатов в исследуемых группах и подгруппах между собой на каждом сроке наблюдения использовался t-критерий Стьюдента для независимых переменных. Статистическая значимость различий была принята за  $p < 0,05$ .

### Результаты исследований и обсуждение

Основными предикторами, способными в значительной степени снижать КЖ, были следующие: развитие ПОЭС, психоэмоциональные расстройства и сексуальные нарушения, связанные как с самим фактом постановки диагноза, так и на фоне проводимого радикального хирургического лечения.

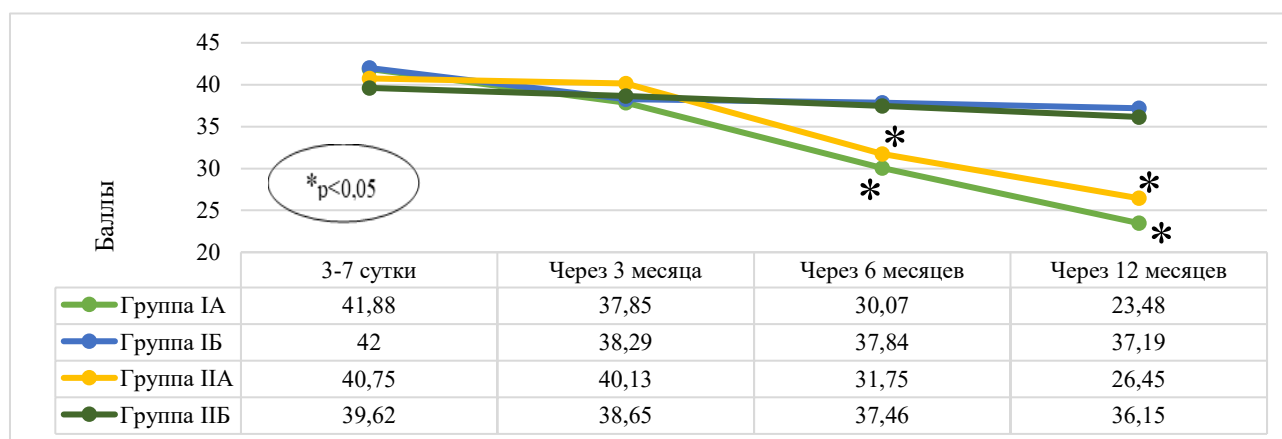
Наше исследование показало, что КЖ, интенсивность проявления ПОЭС, а также степень сексуальной дисфункции не отличались в группах больных рАГЭ и РЭ репродуктивного возраста. На фоне проведения активных реабилитационных мероприятий общее КЖ значительно улучшается к 6 месяцу наблюдения у пациенток обеих групп. В рамках исследования было выявлено значительное ухудшение показателей «эмоционального благополучия» по опроснику FACT-En, «психологического состояния» в ММИ Куппермана, а также по шкале тревоге/депрессии HADS между группами больных

рАГЭ и РЭ, что говорит о том, что сам диагноз «рак» оказывает мощный психоэмоциональный дистресс (Рисунок 4, 5).



\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 4 – Динамика общего балла КЖ по шкале FACT-Ep в группах, балл

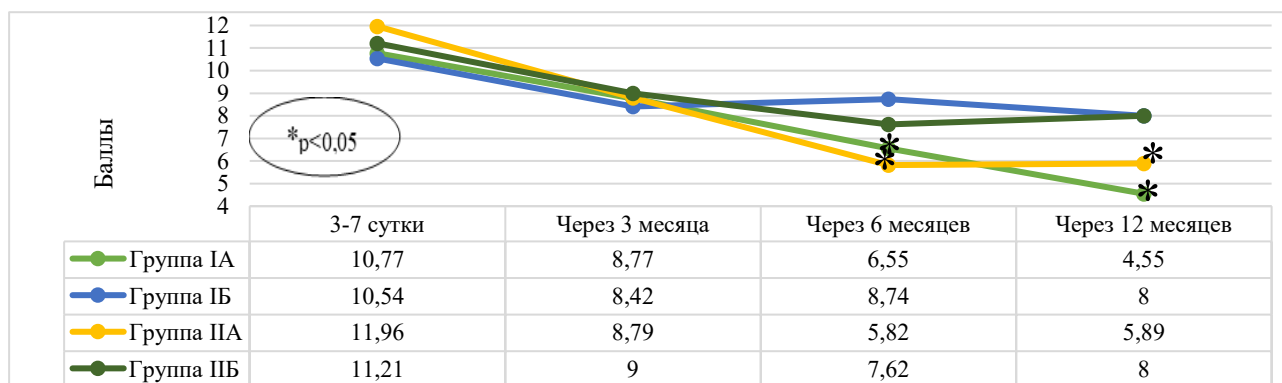


\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 5 – Динамика общего балла ММИ Купшerman-Уваровой, балл

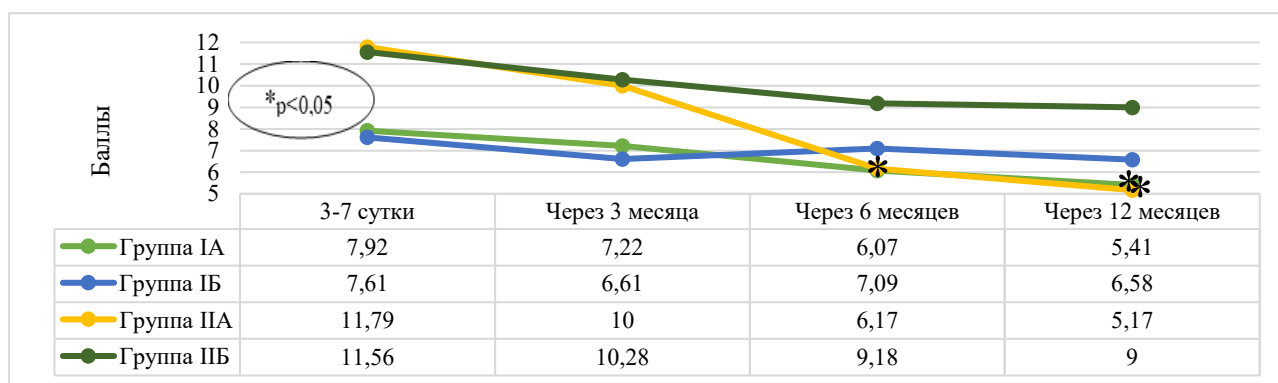
Несмотря на то, что все пациентки испытывали одинаковые побочные эффекты после лечения, больные РЭ больше нуждались в психологической поддержке, чем пациентки с рАГЭ. Нами было продемонстрировано, что комплексное воздействие за счет психотерапии, физических упражнений, медикаментозной поддержки, позволяет в определенной степени скорректировать уровень нейровегетативных расстройств. Мы рекомендуем придерживаться именно такого подхода, поскольку ни один из предложенных методов не смог показать достаточной эффективности как монотерапия.

На рисунках 6 и 7 приведены обобщенные результаты оценки тревоги и депрессии в исследуемых группах. На графиках видно, что у пациенток, проходящих «активную» реабилитацию, выраженность тревоги и депрессии неуклонно снижается к концу срока наблюдения, достигая нормальных значений, в то время как в группах сравнения полного восстановления показателей не происходит.



\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 6 – Динамика уровня тревоги в группах, балл



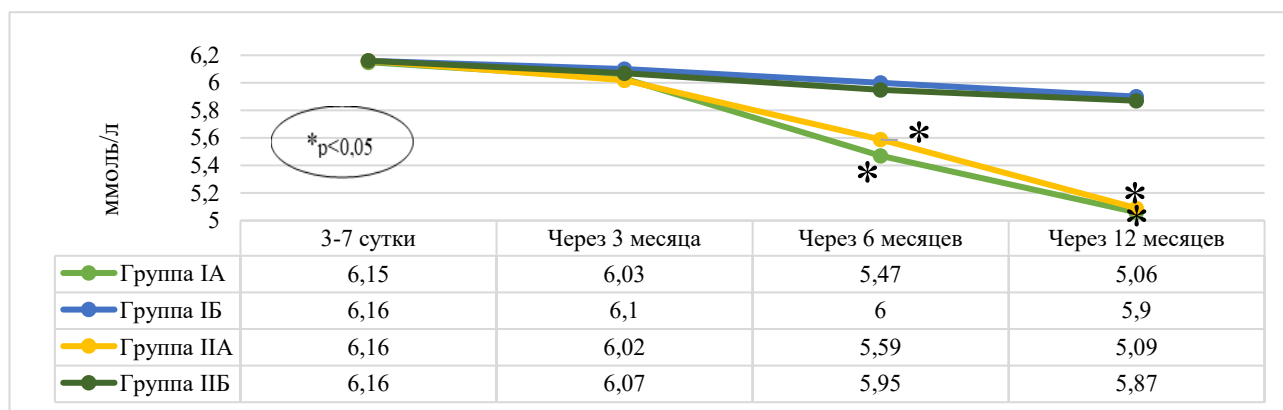
\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 7 – Динамика уровня депрессии в группах, балл

Согласно полученным данным, пациентки нуждаются в постоянной поддержке, чтобы адаптироваться к своей новой жизненной ситуации и восстановить уверенность в себе, чтобы в конечном итоге в долгосрочной перспективе повысить способность самостоятельно справляться с проблемами, связанными с онкологическим заболеванием.

Радикальное хирургическое лечение вызывает сексуальную дисфункцию, наиболее частыми сексуальными проблемами являются сухость влагалища и другие изменения половых органов, которые приводят к боли во время сексуальной активности или потере влечения, обычно сопровождающейся трудностью возбуждения и удовольствия во время секса. Одним из значимых факторов, влияющих на сексуальную дисфункцию, был уровень сахара в крови. При гипергликемии происходит ухудшение кровоснабжения и уменьшение увлажнения слизистой оболочки половых органов, повышается риск вагинальных инфекций, тем самым страдает половая функция.

В нашем исследовании было отмечено достоверное снижение уровня глюкозы во всех исследуемых группах, однако оно было выражено в большей мере у пациенток, проходящих «активную» реабилитацию (Рисунок 8).



\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 8 – Динамика уровня глюкозы в группах, ммоль/л

Выявленная взаимосвязь между уровнем глюкозы в крови и сексуальной дисфункцией означает, что необходимо более тщательное консультирование пациенток с сахарным диабетом II типа по вопросам сексуальной функции в онкологической практике.

Наиболее частыми причинами отказа от интимной близости пациентками после радикального оперативного лечения были проблемы психологического характера, в т.ч. обусловленные недостатком информации об анатомических изменениях и возможностях восстановительного лечения. В нашем исследовании среднее время до первого полового акта после операции среди сексуально активных женщин составляло 3-4 месяца. В группе пациенток «пассивной» реабилитации женщины указали, что они не информированы о подходящем времени для возобновления сексуальной активности, и многие женщины не хотели возобновлять половой акт из-за психологических расстройств. В настоящем исследовании мы обнаружили, что общение о сексе между пациентами и врачами после операции было редким, и только 9% женщин обращались к врачу с вопросами о сексуальной сфере.

Больные часто испытывают трудности, связанные с сексуальным возбуждением и сексуальным удовлетворением, и считается, что такая потеря полового влечения негативно сказывается на их благополучии. Анализ сексуальной функции показал статистически значимую разницу ( $p < 0,05$ ) между группами уже через 6 месяцев и сохранение тенденции к улучшению сексуальной функции в группах «активной» реабилитации к сроку наблюдения 12 месяцев (Рисунок 9). Разработанный комплекс восстановительных мероприятий был одинаково эффективен в группах больных рАГЭ и РЭ.

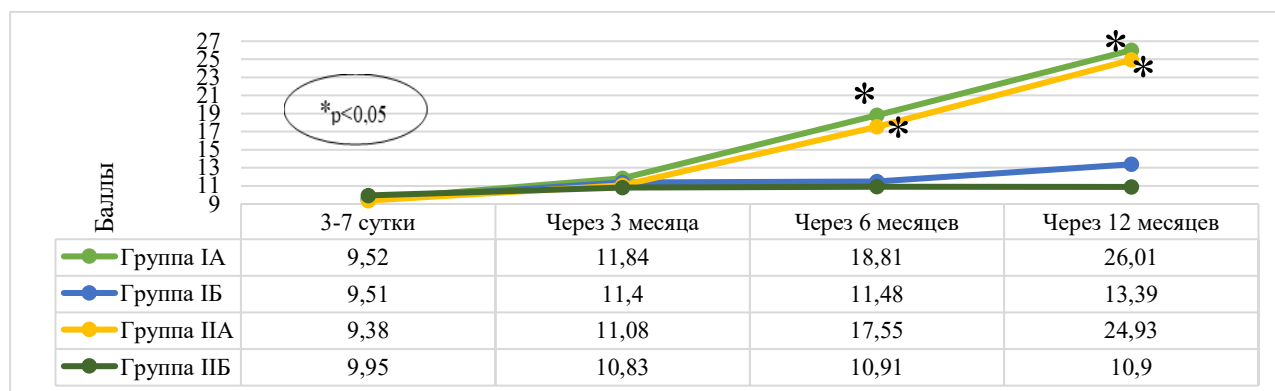
Изменение образа жизни и снижение веса являются существенными факторами как для повышения КЖ, коррекции психоэмоциональной сферы, так и для профилактики рецидивов заболевания. Как было показано в нашем исследовании, большая часть пациенток с рАГЭ и РЭ имели ожирение. После проведенного противоопухолевого лечения для улучшения КЖ, а также снижения риска рецидива в программу реабилитации было включено изменение образа жизни, ориентированное на снижение массы тела (сбалансированное питание, адекватная физическая нагрузка, ведение пищевого дневника). На фоне проведения «активной» реабилитации было выявлено достоверное снижение ИМТ



как в группе больных рАГЭ, так и РЭ, начиная уже с 3 месяца наблюдения. При этом у пациенток, проходивших программу «пассивной» реабилитации, не только не было выявлено снижения ИМТ, но, напротив, зафиксировано его увеличение в течение года (Рисунок 10).

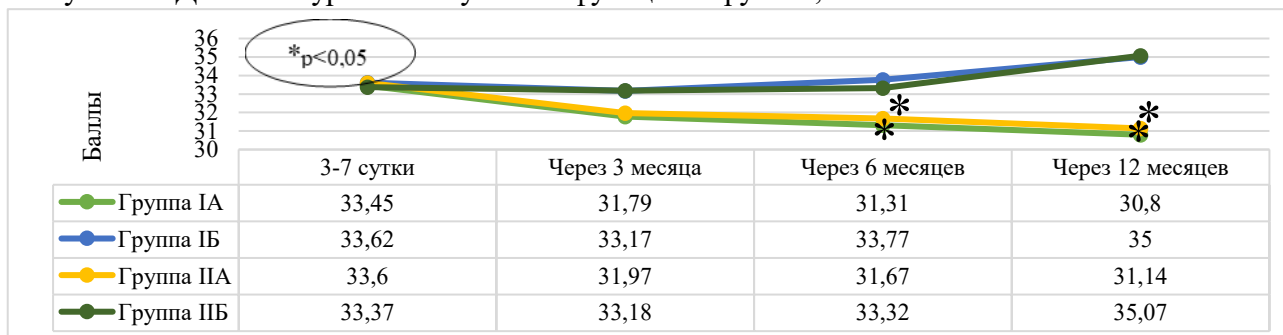
Кроме непосредственно снижения уровня ИМТ у пациенток, проходивших программу «активной» реабилитации мы также отмечаем и достоверное уменьшение объема талии и бедер (Рисунки 11, 12), что с одной стороны также являлось маркером снижения степени ожирения, а с другой стороны – способствовало снижению выраженности сексуальной дисфункции у пациенток.

При этом следует отметить, что в группе стандартной реабилитации, наряду с увеличением ИМТ, также отмечалось и увеличение объема талии и бедер, более выраженное в группе пациенток с РЭ.



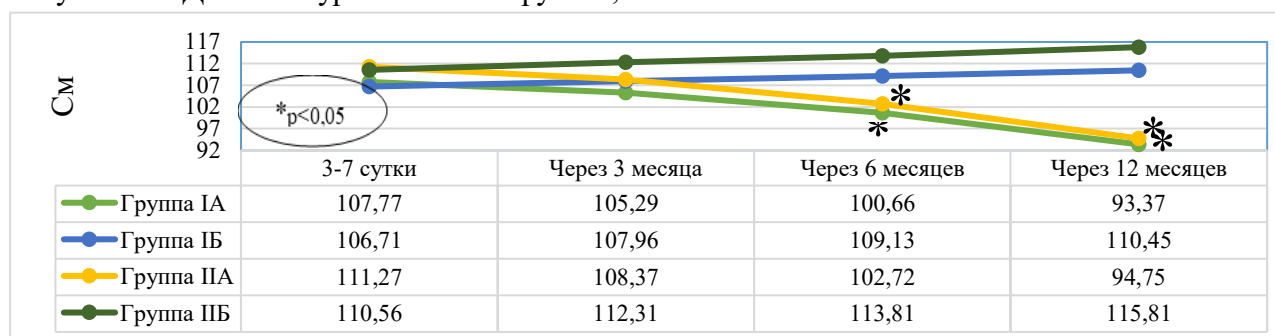
\* t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 9 – Динамика уровня сексуальной функции в группах, балл



\* t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

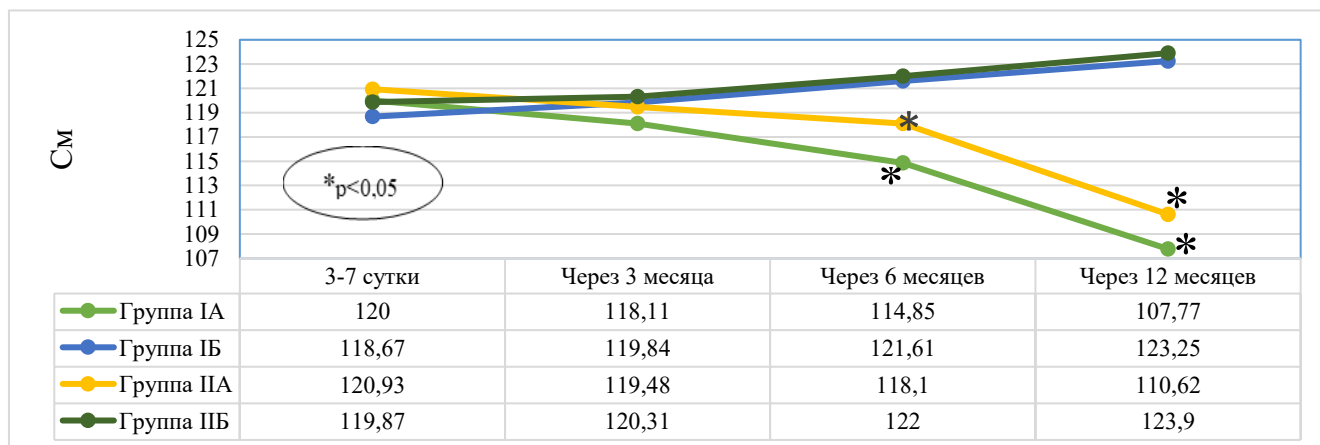
Рисунок 10 – Динамика уровня ИМТ в группах, балл



\* t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

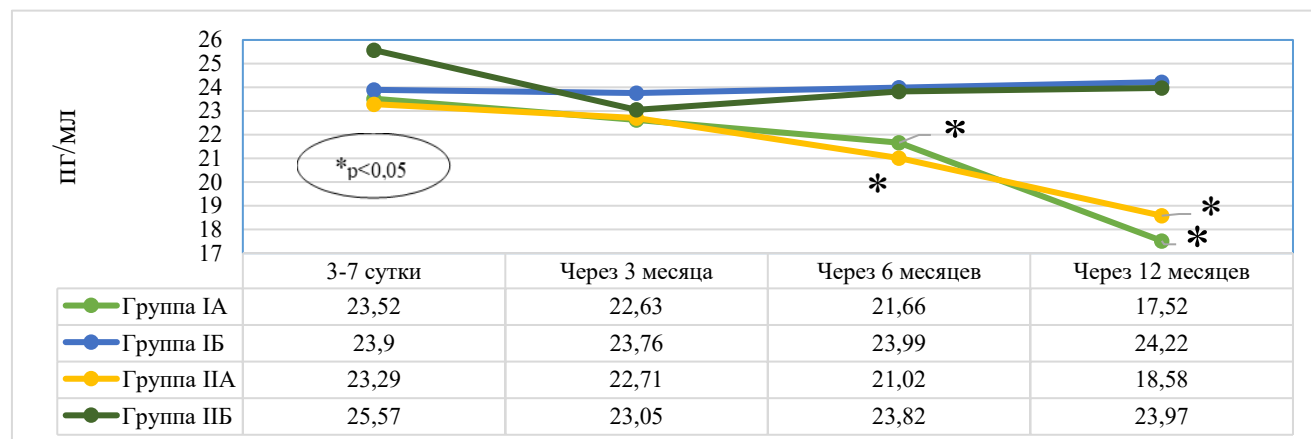
Рисунок 11 – Динамика объема талии в группах, см

Также нами было продемонстрировано снижение уровней провоспалительных маркеров уже с 6 месяца на фоне проведения программы «активной» реабилитации (ФНО-α на сроках 6 и 12 мес., ИЛ-6 на сроке 12 мес.) (Рисунки 13, 14).



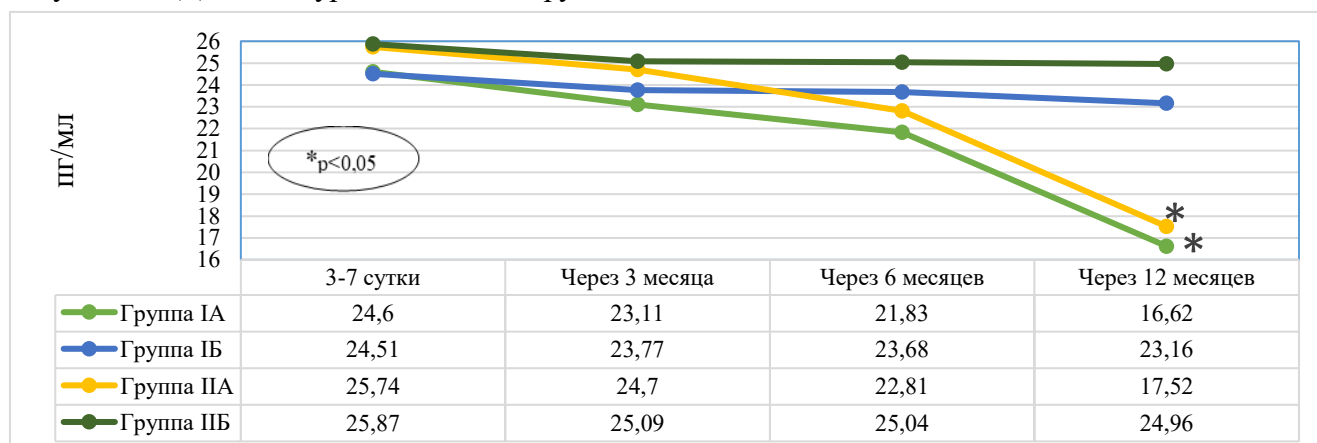
\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 12 – Динамика объема бедер в группах, см



\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 13 – Динамика уровня ФНО-α в группах, пг/мл



\*t-тест Стьюдента для повторных измерений ( $p < 0,05$ )

Рисунок 14 – Динамика уровня ИЛ-6 в группах, пг/мл

Выявленная динамика говорит как о подтверждении объективными методами эффективности предложенных реабилитационных мероприятий, так и о значительном снижении воспалительного потенциала, что является серьезным фактором профилактики рецидивирования.

Одним из компонентов нашего исследования была оценка социально-экономической эффективности реабилитационных мероприятий, основанная на подсчете «уровня возврата к трудовой деятельности». В послеоперационном периоде трудовую деятельность продолжали 11 пациенток с рАГЭ (18,9%) и 9 больных РЭ IA стадии (14,7%). В группу IA были распределены 5 больных (18,5%), в группу IB – 6 (19,3%), в группе ПА таких женщин было 4 (13,8%), в группе ПБ – 5 (15,6%). После начала реабилитационных мероприятий уже к 3 месяцу наблюдения было выявлено достоверное увеличение ( $p < 0,05$ ) уровня возврата к трудовой деятельности в группах пациенток, проходивших «активную» реабилитацию. К 12 месяцу наблюдения разница между группами достоверно возросла ( $p < 0,01$ ): к трудовой деятельности вернулись 23 (85,2%) пациентки в группе IA и 24 (82,8%) в группе ПА, в то время как в группах сравнения соответствующие показатели к 12 месяцу составили 16 (51,6%) в группе IB и 15 (46,9%) в группе ПБ (Таблица 5).

Таблица 5 – Уровень возврата к трудовой деятельности

	Рецидивирующая атипичная гиперплазия эндометрия (n=58)				Рак эндометрия (n=61)			
	IA (n=27)		IB (n=31)		ПА (n=29)		ПБ (n=32)	
3-7 сутки	5	18,5%	6	19,4%	4	13,8%	5	15,6%
Через 3 месяца	11	40,7%	8	25,8%	12	41,4%	7	21,9%
Через 6 месяцев	18	66,7%	13	41,9%	19	65,5%	12	37,5%
Через 12 месяцев	23	85,2%	16	51,6%	24	82,8%	15	46,9%

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что предложенный комплекс «активной» реабилитации, основанный на принципе ранней диагностики осложнений, оказался эффективным в отношении всех измеряемых параметров.

Результаты проведенной нами комплексной оценки КЖ показали, что после хирургического лечения на 3-7 день у больных рАГЭ и РЭ IA ст. имеет место снижение КЖ, связанное с выраженными преимущественно нейровегетативными и психоэмоциональными проявлениями ПОЭС, расстройством сексуальной функции, тревогой и депрессией. Эффективность применения комплекса персонализированной реабилитации отмечается уже на сроке 6 месяцев наблюдения и к 12 месяцу эффект от ее применения еще более выражен. Восстановительные мероприятия позволяют минимизировать проявления хирургической менопаузы и нивелировать вышеперечисленные расстройства, тем самым улучшая КЖ. Общие факторы риска, одинаковый подход к лечению и схожие проблемы, возникающие после оперативного вмешательства у больных рАГЭ и РЭ IA стадии, обуславливают проведение разработанного комплекса «активной» реабилитации, который показал свою эффективность при обеих патологиях.

## ВЫВОДЫ

1. Выявлены основные факторы, снижающие КЖ у пациенток репродуктивного возраста с рАГЭ и РЭ IA стадии после противоопухолевого лечения: ПОЭС (обменно-эндокринные, нейровегетативные, метаболические расстройства), психоэмоциональные нарушения (тревога, депрессия), сексуальная дисфункция, избыточная масса тела и ожирение.
2. Разработанную систему интегральной оценки КЖ больных рАГЭ и РЭ IA стадии, включающая субъективные и объективные показатели, полученные в результате общеклинического обследования (уровень АД, ИМТ, ОТ, а также его соотношение к ОБ), лабораторных исследований (оценка углеводного обмена: уровни глюкозы, инсулина, индекса инсулинорезистентности НОМА-IR, липидного профиля: уровни общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, ИА, а также уровня адипоцитокинов: ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ , лептина) и анализа результатов опросников (FACT-En, ММИ Куппермана-Уваровой, HADS, FSFI) следует применять для адекватного контроля за состоянием пациенток после операции и эффективностью реабилитации.
3. Сравнительный анализ результатов обследования показал схожие тенденции в нарушении КЖ у пациенток с рАГЭ и РЭ по тест-опросникам FACT-En, ММИ Куппермана-Уваровой, FSFI и шкале тревоги HADS. При этом, в группе больных РЭ отмечаются более высокие баллы по шкале депрессии по сравнению с женщинами с рАГЭ, что свидетельствует о худшем эмоциональном состоянии и соответствует клинической депрессии. На фоне проводимых реабилитационных мероприятий, в группе больных рАГЭ выраженность тревоги и депрессии по шкале HADS снижалась с субклинического уровня с  $10,77 \pm 2,36$  до  $4,55 \pm 1,50$  баллов и с  $7,92 \pm 2,25$  до  $5,41 \pm 2,17$  баллов соответственно, то есть до нормальных показателей. У пациенток с РЭ IA стадии до начала реабилитации показатели по шкале HADS соответствовали клинически выраженной тревоге и депрессии –  $11,96 \pm 3,21$  и  $11,79 \pm 2,87$  баллов соответственно, на фоне комплексной программы реабилитации отмечалось достоверное снижение уровня тревоги и депрессии до  $5,89 \pm 1,85$  и  $5,17 \pm 1,41$  баллов.
4. Проведение комплексной программы активной реабилитации в послеоперационном периоде у женщин с рАГЭ достоверно ( $p < 0,05$ ) повышает КЖ: баллы по шкале FACT-En увеличивались по сравнению с исходными на 3-7 сутки после операции с  $99,74 \pm 7,83$  до  $139,37 \pm 6,99$  баллов, выраженность проявлений ПОЭС снижалась по шкале ММИ Куппермана-Уваровой с  $41,88 \pm 5,31$  до  $23,48 \pm 4,05$  баллов, отмечается достоверное повышение индекса сексуальной функции с  $9,52 \pm 2,33$  до  $26,01 \pm 1,92$  баллов.
5. У больных РЭ IA стадии проведение активной реабилитации на этапе послеоперационного лечения достоверно ( $p < 0,05$ ) способствовало улучшению КЖ: баллы по шкале FACT-En увеличивались по сравнению с исходными на 3-7 сутки после операции с  $97,79 \pm 7,29$  до  $141,31 \pm 6,45$  баллов,

выраженность проявлений ПОЭС снижалась по шкале ММИ Куппермана-Уваровой с  $40,75 \pm 5,69$  до  $26,45 \pm 4,84$  баллов, также отмечается достоверное повышение индекса сексуальной функции с  $9,38 \pm 2,11$  до  $24,93 \pm 2,86$  баллов.

6. Разработанный комплекс реабилитационных мероприятий показал свою эффективность у больных рАГЭ и РЭ уже на сроке 6 месяцев и дополнительно улучшил КЖ к 12 месяцу наблюдения. Проведение программы комплексной персонализированной реабилитации позволяет максимально быстро и бережно минимизировать негативные проявления ПОЭС, сексуальной дисфункции, психоэмоциональных нарушений у больных с рАГЭ и РЭ IA стадии после противоопухолевого лечения.

7. На фоне проведения активной реабилитации выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение ИМТ, ОТ, ОБ как в группе больных рАГЭ, так и РЭ, начиная с 6 месяца наблюдения. У пациенток, проходивших стандартную программу реабилитации не только не было выявлено снижения этих параметров, но и их увеличение в течение года. Эти данные коррелировали как с достоверным снижением уровня атерогенности по данным липидограммы, так и снижением уровней маркеров воспаления (лептина, ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6) у женщин, проходящих программу реабилитации.

8. Проведение комплексной программы активной реабилитации в послеоперационном периоде также продемонстрировало свою социально-экономическую эффективность: возвращение к труду было отмечено у пациенток с рАГЭ в 85,2%, при РЭ в 82,8%. Среди женщин, не проходивших программу «активной» реабилитации, в течение года к труду вернулись 51,6% и 46,9% соответственно.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Учитывая высокий риск развития у пациенток репродуктивного возраста с рАГЭ и РЭ IA стадии в послеоперационном периоде ПОЭС, психоэмоциональных нарушений и сексуальной дисфункции всем больным рекомендовано проводить интегральную оценку КЖ.

2. Вследствие выявленного ухудшения КЖ у женщин с рАГЭ и РЭ IA стадии уже в течение первого месяца после хирургического вмешательства, целесообразно начинать активные реабилитационные мероприятия в первые дни после операции.

3. Программа комплексной «активной» реабилитации пациенток с рАГЭ и РЭ в послеоперационном периоде должна включать в себя информационную поддержку, групповую и индивидуальную психотерапию, модификацию образа жизни, включающую рациональное питание (персонализированная диета), дозированную физическую активность, контроль массы тела, терренкур, фитотерапию, курсовое применение седативных средств, физиотерапию, медикаментозную поддержку.

4. У женщин после хирургического лечения рАГЭ и РЭ для оценки динамики состояния и эффективности реабилитационных мероприятий следует применять разработанную систему интегральной оценки КЖ, включающую субъективные и объективные показатели.

5. В создании персонализированной программы «активной» реабилитации женщин с рАГЭ и РЭ должны принимать участие акушер-гинеколог, онколог, врач физической и реабилитационной медицины, психолог/психиатр, диетолог, сексолог и врачи смежных специальностей.
6. Минимальной продолжительностью комплексной «активной» реабилитации больных рАГЭ и РЭ IA стадии является 6 месяцев, оптимальная продолжительность реабилитационных мероприятий составляет 12 месяцев.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Солопова А.Г., Блинов Д.В., Ачкасов Е.Е., **Санджиева Л.Н.**, Корабельников Д.И., Быковщенко Г.К., Демьянов С.В., Петренко Д.А. Методы оценки качества жизни у женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы. **Врач.** 2023; 34 (1): 10-19. Doi: <https://doi.org/10.29296/25877305-2023-01-02>.
2. **Санджиева Л.Н.**, Блинов Д.В., Солопова А.Г., Ачкасов Е.Е., Галкин Н.В., Корабельников Д.И., Петренко Д.А. Восстановление сексуальной функции у женщин в программе реабилитации после оперативного лечения рака эндометрия. **Врач.** – 2022; 33 (10): 60–66. Doi: <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-10-12>.
3. **Санджиева Л.Н.**, Солопова А.Г., Блинов Д.В., Ачкасов Е.Е., Корабельников Д.И., Петренко Д.А. Роль метаболического синдрома и современные подходы к лечению и реабилитации у пациенток с рецидивирующей атипичной гиперплазией эндометрия и раком эндометрия. **Врач.** – 2022; 33 (8): 5–10. Doi: <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-01>.
4. **Санджиева Л.Н.**, Солопова А.Г., Блинов Д.В., Галкин В.Н., Ачкасов Е.Н. Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипичской гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях. **Акушерство, Гинекология и Репродукция.** 2022; 16 (4): 410–425. Doi: <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.344>. [Scopus]
5. Блинов Д.В., Солопова А.Г., **Санджиева Л.Н.**, Ачкасов Е.Е., Корабельников Д.И., Ампилогова Д.М., Хлопкова С.В. Совершенствование организации медицинской реабилитации в системе здравоохранения: анализ ситуации. **Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.** 2022; 15 (2): 237–249. Doi: <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.140>. [Scopus]
6. **Санджиева Л.Н.** Солопова А.Г., Блинов Д.В., Сон Е.А., Галкин В.Н., Алексеев А.Б. Персонифицированная программа комплексной реабилитации после хирургического лечения рака эндометрия: результаты проспективного рандомизированного сравнительного исследования. **Акушерство, Гинекология и Репродукция.** 2022; Т.16, №2. С.143–157. Doi: <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.318>. [Scopus]

7. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н., Ампилогова Д.М., **Санджиева Л.Н.**, Корабельников Д.И., Петренко Д.А. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. **Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.** 2022; 15 (1): 119–130. Doi: <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.132>. [Scopus]
8. Солопова А.Г., Блинов Д.В., Бегович Ё., **Санджиева Л.Н.**, Демьянов С.В., Демьянов Г.В. Неврологические расстройства после гистерэктомии: от патогенеза к клинике. **Эпилепсия и пароксизмальные состояния.** 2022; 14 (1): 54–64. Doi: <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2022.115>. [Scopus]
9. Солопова А.Г., Блинов Д.В., Демьянов С.В., Демьянов Г.В., Ачкасов Е.Е., Власина А.Ю., **Санджиева Л.Н.**, Ампилогова Д.М. Эпигенетические аспекты реабилитации онкогинекологических больных. **Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.** 2022; 15 (2): 294–303. Doi: <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.141/> [Scopus]
10. **Санджиева Л.Н.**, Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Ермакова И.А. Рак эндометрия: актуальность вопроса и возможности реабилитации. **Врач.** – 2020; 31 (2): 7–12. Doi: <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-02>.
11. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Чуканова Е.А., **Санджиева Л.Н.** Рак эндометрия: возможности и перспективы реабилитации. **Врач.** – 2018; 29 (10): 12–14. Doi: <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-03>.
12. Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Москвичёва В.С., Бажанов С.А., **Санджиева Л.Н.**, Солопова А.Г. Возможности улучшения качества жизни онкогинекологических больных. Второй международный форум по онкологии и радиологии For Life, 23-27 сентября 2019 года, г. Москва. Публикация в журнале «Исследования и практика в медицине» (Research'n Practical Medicine Journal), 2019. Т. 6. № S. С. 86.
13. Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., **Санджиева Л.Н.**, Солопова А.Г. Эффективность программ психокоррекции у пациенток с постовариоэктомическим синдромом. XX Юбилейный Всероссийский научно-образовательный форум "Мать и Дитя - 2019", 25-27 сентября 2019 года, г. Москва.
14. **Санджиева Л.Н.** Дифференцированный подход к реабилитации больных с раком эндометрия». XXIII Всероссийская научная конференция с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» (10 февраля 2022 – 1 апреля 2022г., г.Киров).
15. **Санджиева Л.Н.**, Асланова З.Д. «Оценка качества жизни и сексуальной функции у пациенток репродуктивного возраста с атипической гиперплазией после радикального

хирургического лечения». LXXXIII научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины – 2022». (1-29 апреля 2022г., г.Санкт-Петербург).

16. **Санджиева Л.Н.** Комплексная реабилитация пациенток репродуктивного возраста с раком эндометрия после противоопухолевого лечения. VIII Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых и студентов с международным участием «VolgaMedScience» (17-18 марта 2022г., г.Нижний Новгород).

17. Блинов Д.В., Солопова А.Г., **Санджиева Л.Н.**, Блбулян Т.А. «Злокачественные новообразования женской репродуктивной системы: стратегия и тактика реабилитации, дающие результаты». III Национальный междисциплинарный конгресс «Времена года. Женское здоровье – от юного до серебряного и золотого возраста» (г. Москва, 20-21 октября 2022г.)

18. Блинов Д.В., Солопова А.Г., **Санджиева Л.Н.**, Власина А.Ю., Блбулян Т.А. Комплексная реабилитация после оперативного лечения онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. 36-я Межрегиональная научно-информационная конференция по акушерству и гинекологии для практикующих врачей (г.Москва, 2 декабря 2022г.)

#### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

FACT-En – Functional Assessment of Cancer Therapy-Endometrial (Шкала функциональной оценки лечения рака эндометрия)

FIGO – The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Международная федерация гинекологии и акушерства)

FSFI – The Female Sexual Function Index (Индекс женской сексуальной функции)

HADS – Hospital anxiety and depression scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)

STRAW (Stages of Reproductive Ageing Workshop) – классификация стадий репродуктивного старения

TNM (аббревиатура от tumor, nodus и metastasis) — международная классификация стадий злокачественных новообразований

БОС – терапия – терапия с использованием биологической обратной связи

ИА – индекс атерогенности

ИМТ – индекс массы тела

КЖ – качество жизни

ЛФК – лечебная физическая культура

МЗО – метаболически здоровое ожирение

ММИ – модифицированный менопаузальный индекс

МС – метаболический синдром

МТД – мышцы тазового дна

ОБ – объем бедер

ОТ – объем талии

ПОЭС – постовариоэктомический синдром

рАГЭ – рецидивирующая атипическая гиперплазия эндометрия

РЭ – рак эндометрия