

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Солопова А.Г.¹, Идрисова Л.Э.¹, Макацария А.Д.¹,
Суренков А.А.¹, Зубенко В.Б.²

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва

² ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1», Ставрополь

Резюме

Медицинская реабилитация онкогинекологических больных представляется важной и социально значимой проблемой современной медицины, которая с каждым годом приобретает все большую популярность, привлекая внимание врачей-исследователей всего мира. Улучшение диагностики и качества лечения способствовало значительному увеличению численности контингента онкологических больных. В связи с этим возникла потребность в формировании комплексных реабилитационных программ, направленных на восстановление нарушенных или компенсацию утраченных функций организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности и психических расстройств, а также на своевременное выявление осложнений, ранних рецидивов и метастазирования опухоли. Таким образом, внедрение в практику врачей-онкологов медицинской реабилитации, реализуемой на базе учреждений онкологического профиля и реабилитационных центров, позволит улучшить качество жизни и создать комфортные условия для социальной адаптации и интеграции пациентов в общество.

Ключевые слова

Медицинская реабилитация, мультидисциплинарный подход, реабилитация онкогинекологических больных, «пререабилитация».

Статья поступила: 16.05.2017 г.; в доработанном виде: 20.10.2017 г.; принята к печати: 29.11.2017 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., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д., Суренков А.А., Зубенко В.Б. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2017; 11 (4): 57-67. DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO MEDICAL REHABILITATION OF ONCOGYNECOLOGIC PATIENTS

Solopova A.G.¹, Idrisova L.E.¹, Makatsariya A.D.¹, Surenkov A.A.¹, Zubenko V.B.²

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Health Ministry of Russian Federation, Moscow

² Stavropol Regional Clinical Perinatal Center № 1, Stavropol

Summary

Medical rehabilitation of oncogynecologic patients is a socially important aspect of current clinical practice; this field of medicine attracts more and more attention of medical professionals around the world. The improved methods of early diagnostics contributed to a significant increase in the number of cancer patients. Today, there is a need for comprehensive rehabilitation programs aimed at restoring the affected body functions, preventing/reducing the disability and mental disorders, as well as timely detecting complications, relapses or tumor metastases. The introduction of medical rehabilitation into oncological practice, implemented on the basis of oncology and rehabilitation centers, will improve the quality of patients' lives and create the appropriate conditions for social adaptation and integration into the society.

Key words

Medical rehabilitation, multidisciplinary approach, rehabilitation of oncogynecologic patients, «prehabilitation».

Received: 16.05.2017; **in the revised form:** 20.10.2017; **accepted:** 29.11.2017.

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclose regarding the funding or conflict of interests with respect to this manuscript. All authors contributed equally to this article.

For citation

Solopova A.G., Idrisova L.E., Makatsariya A.D., Surenkov A.A., Zubenko V.B. Multidisciplinary approach to medical rehabilitation of oncogynecologic patients. *Obstetrics, gynecology and reproduction. [Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya]*. 2017; 11 (4): 57-67 (in Russian). DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067.

Corresponding author

Address: ul. Zemlyanoi Val, 62, str. 1, Moscow, Russia, 109004.
E-mail: antoninasolopova@yandex.ru (Solopova A.G.).

Введение

На сегодняшний день одним из важных и социально значимых направлений современной медицины выступает реабилитация, которая с каждым годом приобретает все большее развитие, обращая внимание значительного числа врачей-исследователей во всем мире.

В первую очередь такой интерес объясняется стремительным ростом за последние 10 лет заболеваемо-

сти злокачественными новообразованиями и смертности от них не только в нашей стране, но и за рубежом [1-3]. В соответствии с прогнозами экспертов Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, IARC), к 2030 году число случаев вновь диагностированных злокачественных новообразований может вырасти более чем в 2 раза. Согласно последним данным

Всемирной организации здравоохранения, значительное количество онкологических патологий у женского населения всего мира приходится на органы репродуктивной системы (39,2%), при этом онкопатология половых органов (тела матки, шейки матки, яичников) составляет 18,3% всех злокачественных опухолей у женщин [4, 5]. Также следует заметить, что в последние годы отмечается выраженная тенденция к росту не только онкогинекологических заболеваний, но и прирост удельного веса активных в репродуктивном отношении женщин с данной патологией, что представляет собой одну из серьезных проблем современной медицины [6].

В настоящее время медицина достигла достаточно высокого уровня в диагностике и лечении больных с различными формами онкологических заболеваний, что позволило увеличить продолжительность жизни и достичь пятилетней выживаемости приблизительно у 70% онкобольных [7, 8]. Несмотря на это, полученные результаты нельзя считать удовлетворительными, поскольку успех проведенной диагностики и лечения определяется не только по количеству спасенных жизней, но и самое главное, по числу пациентов, способных почувствовать себя полноценными членами общества [9].

Основными методами лечения онкологических больных являются агрессивное оперативное вмешательство, лучевая, лекарственная и гормонозаместительная терапия, которые широко применяются в онкологической практике и часто сопровождаются серьезными нарушениями и функциональными расстройствами различных систем и функций организма, снижением трудоспособности, изменением социального статуса и качества жизни [10, 11]. Так, у большинства онкогинекологических больных репродуктивного возраста после проведенного радикального лечения развивается хирургическая (искусственная) менопауза [12], что проявляется серьезными физиологическими и психосоциальными расстройствами, требующими проведения медицинских реабилитационных мероприятий, направленных на адаптацию пациентов к новым условиям жизни. Таким образом, конечной целью терапевтического процесса в онкогинекологии следует считать не только клиническое выздоровление пациента, но и возвращение его к привычному образу жизни [13, 14].

Многочисленные исследования, проведенные в России, Европе и США показали, что пациенты с онкологическими заболеваниями, которым проводилась комплексная восстановительная коррекция послеоперационных нарушений путем применения методов медицинской реабилитации, способны не только улучшить социальный статус и качество жизни, но и снизить риск развития рецидивов и метастазирования опухоли [14-16]. Это объясняет стремительный рост за рубежом числа онкологических и реабилитационных центров, активно применяющих в лечении онкобольных, в том числе и гинекологического профиля,

медицинские реабилитационные программы, позволяющие ускорить процесс восстановления и максимально приблизить больного к прежним условиям жизни в обществе [3, 17].

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отдельное внимание уделяется вопросам медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, где в статье 40 на законодательном уровне закреплено определение понятия «медицинская реабилитация» и обозначено ее место в системе оказания медицинской помощи. Медицинская реабилитация рассматривается как комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, которые направлены на восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе развившегося патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество [13, 18].

Оказание медицинской реабилитационной помощи больным онкогинекологического профиля имеет ряд особенностей: этапность, непрерывность, преемственность, последовательность, максимально раннее начало, индивидуальность, социальная направленность, активное участие больного и его семьи в восстановительном процессе, мультидисциплинарный подход (комплексность) [13, 19, 20].

Для составления конкретного плана медицинских реабилитационных мероприятий следует максимально точно представлять цели проводимой реабилитации [13, 19, 21]: восстановительная (сохранение трудоспособности, благоприятный прогноз), поддерживающая (снижение или полная утрата трудоспособности, адаптация к перестройке функционирования органов и систем) и паллиативная (создание благоприятных и комфортных условий существования больного в процессе прогрессирования и генерализации опухолевого процесса).

Проведение комплексной реабилитационной помощи больным онкогинекологического профиля, независимо от нозологической формы и локализации опухоли, должно включать несколько этапов: подготовительный (разработка индивидуального и наиболее эффективного плана диагностики и лечения, минимизация риска осложнений и рецидивирования опухоли), лечебный (проведение органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных операций), ранний восстановительный (разработка комплексных реабилитационных программ, направленных на профилактику и лечение общих и местных послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, побочных эффектов химиотерапии) и поздний восстановитель-

ный этап (самореабилитация, социальная адаптация и восстановление трудоспособности) [13, 19, 21].

Медицинская реабилитация онкогинекологических больных должна проводиться группой специалистов: онкогинекологом, при необходимости – эндокринологом, сексопатологом, психотерапевтом, физиотерапевтом, социологом, трудотерапевтом, функциональным диагностом, приобретая таким образом мультидисциплинарный характер.

Последние годы во многих зарубежных публикациях, посвященных реабилитации больных, часто встречается понятие «пререабилитация» (prehabilitation) [11, 14, 22, 23]. Пререабилитация – это процесс прохождения пациентом реабилитационных процедур в интервале между моментом диагностики онкологического заболевания и началом лечения [14, 22]. Его рассматривают как этап, предшествующий медицинской реабилитации, который позволяет уже с момента постановки диагноза оказать своевременную психологическую помощь пациенту. Это объясняется тем, что уже с момента диагностики заболевания или подозрения на него у онкобольных, особенно гинекологического профиля, часто возникают так называемые реактивные состояния, требующие проведения психореабилитационных мероприятий [24]. Также на этапе пререабилитации представляется возможным раннее информирование профильных реабилитационных центров, кабинетов врачей-онкологов и специалистов по реабилитации о том, что появился новый онкобольной, которому понадобится медицинская реабилитация, что поможет оптимизировать их работу и достичь высоких результатов на всех этапах лечения и реабилитации данного больного [25, 26] (рис. 1).

Диагностика рецидивов

Продолжительность терапии различных злокачественных новообразований часто составляет достаточно длительное время – от нескольких месяцев до нескольких лет. В результате прохождения комплексного курса лечения все онкогинекологические боль-

ные нуждаются в системном наблюдении и противорецидивных мероприятиях [27].

Своевременное выявление осложнений и метастазирования опухоли позволяет значительно повлиять на прогноз и исход заболевания, скорректировать лечение и дать соответствующие рекомендации. Поэтому немаловажным моментом при проведении медицинских реабилитационных мероприятий является диагностический скрининг, который проводится на всех этапах реабилитационного процесса и включает лабораторные (онкомаркеры) и инструментально-диагностические (ультразвуковое исследование – УЗИ) методы, компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ), необходимые для своевременного выявления осложнений, рецидивов и метастазирования после лечения, а также для прогностической оценки опухолевого процесса [21].

Выявление злокачественного опухолевого процесса на ранней стадии развития в большинстве случаев определяет продолжительный результат проведенного комплексного лечения, однако даже в процессе стойкой ремиссии может произойти рецидивирование заболевания. Наиболее часто такое осложнение возникает в течение первых 3-5 лет после проведения курса специфической терапии, когда и необходимо осуществлять периодический контроль и наблюдение за онкобольными. Основными причинами осложненного течения заболевания могут быть: диагностирование опухолевого процесса на поздней стадии, неправильно выбранная тактика и методика проводимого лечения, раннее метастазирование.

Так, в настоящее время на базе реабилитационных центров многих европейских стран проводят мониторинг состояния больных раком яичника путем регулярных клиничко-лабораторных обследований и определения опухолевого маркера СА-125 в сыворотке крови, поскольку уже за 3-6 месяцев до возникновения клинического рецидива данный онкомаркер обна-

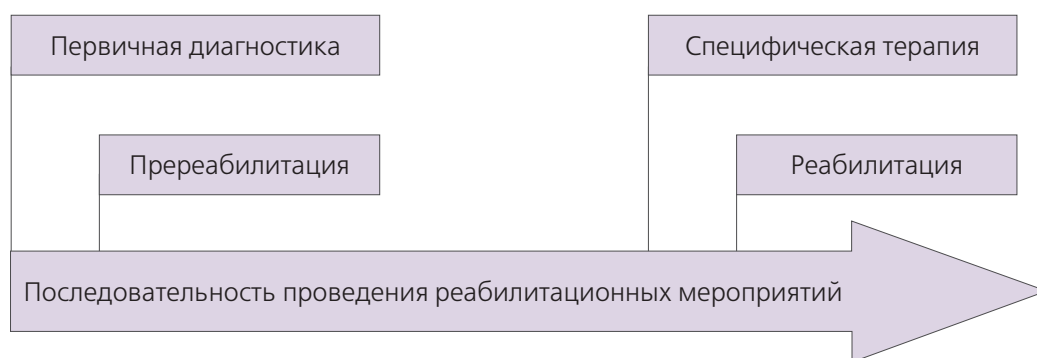


Рисунок 1. Последовательность проведения реабилитационных мероприятий при оказании помощи онкологическим больным.

Figure 1. The sequence of rehabilitations measures in the management of oncogynecologic patients.

руживается современными лабораторно-диагностическими методами [28, 29].

Также очень важно, планируя терапевтические и реабилитационные мероприятия, владеть информацией о степени распространенности опухолевого процесса и возможной локализации рецидива рака. Большой интерес представляет современный высокочувствительный метод радионуклидной визуализации – ПЭТ и ее комбинированный с КТ вариант – ПЭТ/КТ [30-32]. Данные методы дополняют диагностический процесс информацией о метаболических расстройствах в очагах поражения и их анатомической структуре, что существенно детализирует характеристику опухолевого заболевания [32, 33]. Потенциально их можно применять в диагностике рецидива рака яичника при отсутствии признаков опухолевого процесса, сомнительных данных других методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) и при повышенной концентрации опухолевого маркера. ПЭТ/КТ в онкогинекологической практике является одним из ведущих методов диагностики, который стал существенным компонентом обследования и мониторинга пациентов с опухолями репродуктивной системы [31, 34].

Таким образом, на базе реабилитационных центров и учреждений санаторно-курортного профиля необходимо формировать лабораторно-диагностические кабинеты, позволяющие осуществлять систематический контроль за состоянием здоровья онкогинекологических больных на протяжении всего восстановительно-оздоровительного периода.

В настоящее время в практике медицинской реабилитации онкогинекологических больных во всем мире активно используются различные современные реабилитационные мероприятия: физиотерапия, санаторно-курортное лечение, психотерапия, диетотерапия, фитотерапия, иммунотерапия [35-39].

Физиотерапия

Традиционно считалось, что проведение общеукрепляющих физиотерапевтических процедур больным онкогинекологического профиля категорически противопоказано и может способствовать прогрессированию опухолевого процесса, развитию осложнений и рецидивов. Однако в последние годы резко возрос интерес врачей-исследователей всего мира к возможностям применения физиотерапии в рамках медицинских реабилитационных программ по восстановлению онкологических больных [5, 23, 37].

По результатам зарубежных и отечественных исследований был сделан вывод, что физиотерапия не только не оказывает отрицательного влияния на течение злокачественных заболеваний, но и стимулирует восстановление сниженных или частично утраченных вследствие противоопухолевой терапии функций организма [11, 37]. На сегодняшний день физиотерапевтические методы приобрели широкое распространение в комплексной системе медицинских реабилитационных

мероприятий в отношении пациенток с опухолями органов репродуктивной системы [37, 40, 41].

Одним из частых осложнений хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) является постмастэктомический лимфостаз, который проявляется отеком верхней конечности на стороне поражения, нарушением лимфообращения, задержкой лимфатической жидкости в тканях и способствует развитию инфекционно-аллергического рожистого воспаления. По данным различных авторов, такое осложнение развивается после радикальной мастэктомии в 10-46%, а при ее комбинировании с лучевой терапией – в 59-88% случаев [37, 43]. При проведении реабилитационных мероприятий больным РМЖ применяются различные методы физиотерапевтического воздействия: пневматическая компрессия отечной конечности, электростимуляция мышц плечевого пояса на стороне операции и спины на различных аппаратах, искусственные магнитные поля, массаж и лечебная гимнастика. Установлено, что уже после 3 курсов физиотерапевтических процедур наблюдается значительное уменьшение избыточного объема отечной конечности для всех степеней отека в среднем на 75%, а частота рожистого воспаления встречается в 6,4 раза реже [37, 40, 42].

Показанием к восстановительному лечению больных раком тела и шейки матки является посткастрационный синдром. После удаления яичников он развивается в 50-80% случаев и включает в себя вегетативно-сосудистые, нервно-психические и обменно-эндокринные нарушения; у 52,8% больных выявляются различные нарушения центральной нервной системы. С целью нормализации функционального состояния высших отделов головного мозга используется электросон, который показывает высокие результаты в комплексной терапии посткастрационного синдрома, улучшает состояние и оказывает существенную положительную динамику показателей биоэлектрической активности головного мозга онкогинекологических больных репродуктивного возраста после проведенного лечения [21, 37, 42].

Другими осложнениями противоопухолевой терапии онкогинекологических больных являются нарушение самостоятельного мочеиспускания, отеки нижних конечностей, лучевой фиброз тканей передней брюшной стенки, паховой области и промежности. Для восстановления произвольного мочеиспускания применяют электростимуляцию мочевого пузыря, для уменьшения отеков – пневматическую компрессию, а для замедления нарастающего фиброза и улучшения кровообращения – искусственные магнитные поля, электростатический и вакуумный массаж, ультразвуковую терапию, восходящий и циркулярный душ [6, 37, 42, 44].

Для уменьшения и ликвидации постоперационного болевого синдрома применяют импульсную электротерапию и диадинамфорез (одновременное воздействие на организм диадинамическими токами и

вводимыми с их помощью лекарственными веществами). Противовоспалительный и антиэкссудативный эффект достигается путем использования локальной криотерапии, УВЧ-терапии, структурно-резонансной терапии и электростатического массажа. Комплексный подход к реабилитации онкогинекологических больных включает в себя также массаж отежных конечностей, ношение эластических изделий, лечебную физкультуру и занятия в бассейне.

Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение, несомненно, оказывает благоприятное воздействие и выступает важным компонентом реабилитации онкогинекологических больных. Необходимость и уместность включения санаторно-курортного лечения в программу медицинской реабилитации не вызывает сомнения. При этом в некоторых странах сложилось негативное отношение к применению данного метода у больных, прошедших курс противоопухолевого лечения [6, 11].

За последние годы во многих европейских странах (Италии, Германии, Франции и др.), США и Австралии на базе онкологических реабилитационных центров создаются санаторно-профилактические и лечебно-оздоровительные центры с круглосуточным пребыванием пациентов. Данные учреждения позволяют не только в полном объеме оказывать квалифицированную восстановительную помощь, но предоставить весь спектр санаторно-курортных общеукрепляющих программ: аэротерапия, климатотерапия, ландшафто-терапия, прогулки по терренкуру, лечебное плавание и гимнастика, индифферентные изотермические ванны, бальнеотерапия, лечебное питание, питьевое лечение минеральными водами. Такие санаторно-курортные факторы способствуют укреплению общего состояния и иммунного статуса больного, повышению трудовой активности, восстановлению морфофункциональных показателей, а самое главное, направлены на улучшение качества жизни пациентов [6, 37].

Прохождение санаторно-курортного лечения также оказывает благоприятное воздействие на психоэмоциональное состояние онкологических больных. Спокойная и непринужденная обстановка, ежедневная психологическая поддержка и гармонично распланированный режим дня позволяют пациентам выйти из тяжелой стрессовой ситуации, перестать фиксировать свои негативные мысли и ощущения [6, 36].

Реабилитация онкологических больных в санаториях региона проживания является наиболее приемлемой и эффективной. Такой режим не требует дополнительного расхода энергии на акклиматизацию, что очень важно для онкогинекологических больных, имеющих расстройства основных адаптационных и регуляторных систем организма. Санаторно-курортное лечение способствует укреплению иммунного статуса, повышению защитных возможностей организма. Основная цель реабилитации онкологических больных в условиях курорта после противоопухоле-

вого лечения – это восстановление нарушенных функций за счет повышения собственных защитных механизмов организма [45].

Психотерапия

Одним из основных и наиболее важных для онкогинекологических больных компонентов восстановительного комплекса программ является психологическая реабилитация, которая включает работу с психологом, психотерапевтом и обучение методикам ауто-тренинга. Выделяют различные методы психологической онкорейабилитации: когнитивно-поведенческие, десенсибилизация психологических травм с помощью движения глаз, креативная визуализация, нервно-мышечная релаксация, арт-терапия (изотерапия, танцевально-терапевтическая), трудотерапия, гипнотерапия, йога, восточные практики и медитации [24, 46].

Данные методы активно применяются как для групповой, так и для индивидуальной психотерапии. Безусловно, индивидуальные программы обладают большей результативностью, поскольку все внимание психолога сосредоточено на конкретном пациенте, что позволяет более детально понять его проблемы, оценить психологический статус и назначить соответствующее психотерапевтическое лечение. Однако для решения проблем межличностного характера, где основным реабилитационным аспектом выступает межличностный контакт, метод групповой психокоррекции незаменим. При работе с онкологическими больными, в т.ч. и гинекологического профиля, эффективность психотерапевтической помощи значительно увеличивается при комбинировании различных восстановительных методов, в связи с этим в программу психологической реабилитации включают различные методы и их сочетание. Таким образом, психореабилитационная программа приобретает комплексный характер [13, 24].

Выделяют три основных этапа психологической реабилитации онкобольных: дооперационный, послеоперационный и в отдаленный периоды [47]. Работа в дооперационном периоде направлена преимущественно на коррекцию представлений пациента о болезни, структурирование всех имеющихся у него знаний о заболевании, проговаривание с психологом возникающих страхов и отрицательных установок по поводу данной нозологии. Для этой задачи актуальны такие направления, как убеждение и ценностное ориентирование в рамках когнитивно-поведенческой и рационально-эмоциональной психотерапии [19, 48].

Психотерапия в раннем послеоперационном периоде направлена на предотвращение самоизоляции и погруженности в болезнь. Наиболее эффективными в данном случае выступают различные направления групповой психотерапии, позволяющие создать условия общения, приближенные к естественным [19, 47, 49].

В отдаленные периоды восстановительного лечения психокоррекция является более продолжитель-

ной и сложной по сравнению с предыдущими этапами, поскольку ранние психосоматические расстройства переходят в тяжелые тревожно-депрессивные состояния [19, 47]. Таким образом, оказание адекватной, а самое главное, своевременной психотерапевтической помощи позволит улучшить качество и создать благоприятные условия для жизни пациентов в обществе.

Диетотерапия

В результате выявления злокачественного новообразования у онкогинекологических больных решительно изменяется не только образ и качество жизни, но и характер питания. Это объясняется, в первую очередь, общим и местным воздействием опухоли на метаболические и обменные процессы в организме, а также результатом обширных хирургических вмешательств, продолжительным противоопухолевым лечением и психосоциальными расстройствами. Последнее проявляется нахождением в непривычной обстановке в условиях стационара, нередко – финансовыми трудностями, вызванными утратой трудоспособности и применением дорогостоящих лекарственных средств, регулярным посещением лечебно-профилактических учреждений и медицинских лабораторий, поездками на лечение в отдаленные регионы, что ограничивает пациентов в возможности соблюдать режим и сбалансированность рациона питания, способствует нарушению системы пищеварения и обмена веществ в и без того ослабленном организме.

В соответствии с рекомендациями Американского противоракового общества (American Cancer Society), рацион питания онкологических больных должен быть сбалансирован по макро- и микронутриентному составу. Онкологическим больным, особенно прошедшим курс лучевой и лекарственной терапии, в первую очередь показано потребление богатой белками пищи (нежирное мясо, яйца, молоко, орехи, бобы и др.), поскольку недостаточное поступление в организм белковой пищи замедляет регенерационные и восстановительные процессы в тканях, снижает защитные свойства организма [50].

Энергетические затраты восполняются путем достаточного потребления простых (фрукты и сухофрукты, овощи, мучные изделия) и сложных (овощи, зерновые злаки, бобовые) углеводов, а также жиросодержащих продуктов (животное и растительное масло, рыбий жир и орехи). При возникновении осложнений, тяжелом и продолжительном течении заболевания пациенту дополнительно назначают витаминосодержащие препараты или сбалансированные по витаминному и микроэлементному составу питательные смеси [35, 50].

Несмотря на то, что питание каждого онкологического больного исключительно индивидуально, разработаны основные принципы составления врачом рационального и сбалансированного питания [35, 50]: соблюдение режима (дробное питание), времени и условий (обстановки) приема пищи; ограничение

потребления жирного мяса, очищенных (рафинированных) углеводов и злаков; подбор продуктов, обеспечивающих поддержание оптимальной массы тела.

Фитотерапия

Фитотерапия получила широкое применение в онкогинекологической практике с целью коррекции посткастрационного синдрома, который особенно остро протекает у женщин репродуктивного возраста, ни физиологически, ни психологически не подготовленных к наступлению искусственной (хирургической) менопаузы. Частым спутником посткастрационного синдрома является остеопороз, который проявляется снижением плотности костной массы и ухудшением архитектоники костной ткани, вследствие чего повышается хрупкость костей и подверженность переломам.

В этом отношении представляются весьма перспективными препараты, созданные на основе корневищ растения цимицифуга кистевидная (*Cimicifuga racemosa*, клопогон кистевидный), поскольку за последние 10 лет появились убедительные данные, представленные в исследовательских работах многих авторов, о том, что использование специальных экстрактов из корневищ этого растения облегчает симптоматику посткастрационного синдрома и улучшает метаболизм в костной ткани. Опыт использования препаратов цимицифуги для устранения симптомов посткастрационного синдрома продемонстрировал положительные результаты [39, 51].

На практике растительные лекарственные средства показали высокую эффективность в третичной профилактике осложнений и рецидивов злокачественных новообразований после применения хирургической, химио- и лучевой терапии [11, 52]. Фитопрепараты способствуют выведению шлаков, токсинов и продуктов распада.

Фитотерапия используется в комплексном лечении онкобольных с целью анальгезии и иммунокоррекции, а также в качестве антидепрессивных и седативных средств. Целесообразно создание фитоцентров, где в содружестве работают прошедшие специальную подготовку врачи, провизоры, ботаники, что, в свою очередь, позволит онкобольному получить реальную помощь от квалифицированной фитотерапии.

Иммунотерапия

Противоопухолевая иммунотерапия в онкологии используется сравнительно недавно, однако зарекомендовала себя как высокоэффективный метод лечения и реабилитации онкологических больных. Иммунотерапевтические препараты широко представлены различными видами вакцин, лимфокин-активированных клеток, цитокинов, моноклональных антител [38].

Основные цели иммунотерапии: поддержание иммунного статуса, стимуляция противоопухолевого иммунитета, снижение побочных эффектов от химио- и лучевой терапии, активация клеточного иммунитета

и подавление образования блокирующих антител, усиление киллерной функции лимфоцитов и макрофагов для отторжения диссеминированных клеток опухоли, компенсация иммунодепрессивного действия проведенной противоопухолевой терапии.

Одним из известных и часто применяемых в онкогинекологии цитокинов является интерферон-гамма (ингарон). Он относится к группе природных цитокинов, используемых в сочетании с химиотерапией для обеспечения стимуляции клеточного иммунитета, обладает также антипролиферативным и иммуномодулирующим действием. Данный препарат исследовался и применялся при раке шейки матки и раке молочной железы, продемонстрировав эффективность даже в далеко зашедших стадиях [38, 53, 54]. Поэтому иммунологическая терапия рассматривается как перспективное и актуальное направление в лечении и реабилитации онкологических больных.

Заключение

Таким образом, лечение онкогинекологических больных обязательно должно сопровождаться комплексом медицинских реабилитационных меро-

ятий, направленных на максимальное восстановление физического, психологического и социального благополучия, а также на своевременное выявление осложнений, ранних рецидивов и метастазирования опухоли.

На сегодняшний день необходимо не только активно внедрять в практику врачей-реабилитологов уже существующие методы медицинской онкорезабилитации, но и создавать новые и более эффективные восстановительно-оздоровительные программы, позволяющие осуществлять индивидуальный подход к каждому онкобольному. Также с учетом современных исследований целесообразно включить в первый этап оказания реабилитационной помощи онкогинекологическим пациентам «пререабилитацию», что поможет оптимизировать реабилитационный процесс и достичь высоких результатов.

Важно вести работу по созданию учреждений онкологического профиля и реабилитационных центров, включающих опытных врачей и специалистов по реабилитации (мультидисциплинарный подход), что позволит реализовать предложенные комплексные программы и оказать квалифицированную помощь каждому онкологическому больному.

Литература:

- World Cancer Report 2014 [Eds. B.W. Stewart, C.P. Wild]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2014: 953 p.
- Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*. 2011; 20 (7): 677-80.
- Ko A.H., Dollinger M., Rosenbaum E. Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day (5th Edition). Kansas City. 2008; 2: 17-30.
- Голивец Т.П., Коваленко Б.С. Анализ мировых и российских тенденций онкологической заболеваемости в XXI веке. *Научный результат. Серия: Медицина и фармация*. 2015; 4 (6): 79-86.
- World Cancer Report/World Health Organization, International Agency for Research on Cancer [Eds. B.W. Stewart, P. Kleihues]. Lyon: IARC Press. 2003: 351 p.
- Молчанов С.В., Коломиец Л.А., Гриднева Т.Д. Менопаузальный синдром и его коррекция у онкогинекологических больных. *Сибирский онкологический журнал*. 2009; 2: 86-90.
- Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63 (1): 11-30.
- Lianos G.D., Mangano A., Cho W.C., Dionigi G., Roukos D.H. Circulating tumor DNA: new horizons for improving cancer treatment. *Future Oncol*. 2015; 11 (4): 545-8.
- Кулаков А.А., Чучков В.М., Матякин Е.Г. и др. Реабилитация онкологических больных с дефектом и полной вторичной адентией после удаления обеих верхних челюстей. *Опухоли головы и шеи*. 2012; 4: 34-40.
- Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. *Международный медицинский журнал*. 2010; 4: 11-3.
- Хасанов Р.Ш., Озол С.А., Гилязутдинов И.А., Гатауллин И.Г. и др. Современные принципы реабилитации онкологических больных. *Поволжский онкологический вестник*. 2013; 4: 49-55.
- Cella D., Davis K., Breitbart W. et al. What are the most important symptom targets when treating advanced cancer? A survey of providers in the National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Cancer Investigation*. 2009; 4: 526-35.
- Ткаченко Г.А. Комплексная реабилитация онкологических больных. *Заместитель главного врача*. 2014; 9: 102-10.
- Silver J.K., Baima J., Mayer R.S. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63 (5): 295-317.
- Astin J.A., Shapiro J., Shapiro D.H. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med*. 2013; 39: 7-10.
- Saotome T., Klein L., Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer*. 2015; 23 (10): 3033-41.
- Cristian A., Tran A., Patel K. Patient safety in cancer rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2012; 23 (2): 441-56.
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/>. [Дата доступа: 17.12.2017].
- Захарченко Н.А., Шахсуварян С.Б., Мирзоян Э.И. и др. Вопросы реабилитации онкологических больных. VI форум «Движение против рака». М.: ФГБУ «ФБ МСЭ Минтруда России». 2013.
- Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных. *Социологические науки*. 2013; 2: 10-5.
- 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.
- Silver J.K., Baima J. Cancer rehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil*. 2013; 92 (8): 715-27.
- Arving C., Thormodsen I., Brekke G. et al. Early rehabilitation of cancer patients – a randomized controlled intervention stud. *BMC Cancer*. 2012; 7: 13-9.
- Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Макацария А.Д., Суренков А.А. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2016; 4: 94-104.
- Булетов Д.А. Реабилитация детей с онкологической патологией. Взгляд онколога. URL: <http://statusmedicus.ru/2016/02/18/reabilitaciya-detej-s-onkologicheskoy-patologii-vzglyad-onkologa/>. [Дата доступа: 17.12.2017].

26. Жуков Н.В. Практическое пособие по сопроводительной терапии в онкологии. *М.* 2008: 44 с.
27. Шаназаров Н.А., Булекбаева Ш.А., Лисовская Н.Ю. и др. Возможности и проблемы современной реабилитации в онкологии. *Фундаментальные исследования.* 2015; 1: 1735-40.
28. Солопова А.Е., Чащин А.А., Солопова А.Г., Макацария А.Д. Неoadьювантная терапия рака яичников. Современные возможности и критерии отбора. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2016; 2: 44-54.
29. Харченко Е.В., Олийниченко Е.Г., Ключев А.Н. Роль ПЭТ-КТ-диагностики в раннем выявлении рецидива рака яичника. *Онкогинекология.* 2016; 3 (23).
30. Basu S., Li G., Alavi A. PET and PET-CT imaging of gynecological malignancies: present role and future promise. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009; 9 (1): 75-96.
31. Maffione A.M., Piva M., Tsamita C.S. et al. Positron-emission tomography in gynecologic malignancies. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280 (4): 521-8.
32. Солопова А.Е., Чащин А.А., Солопова А.Г., Макацария А.Д. Современные взгляды на патогенез и возможности диагностики эпителиального рака яичников. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2016; 1: 75-83.
33. Hebel C.B., Behrendt F.F. et al. Negative 18F-2-fluorodeoxyglucose PET/CT predicts good cancer specific survival in patients with a suspicion of recurrent ovarian cancer. *Eur J Radiol.* 2014; 83 (3): 463-7.
34. Абашин С.Ю., Анিকেва О.Ю., Головин П.С., Иванников В.В. Клинические Аспекты ПЭТ/КТ-диагностики опухолей репродуктивной системы. *Онкогинекология.* 2015; 3: 66-74.
35. Брюзгин В.В. Лечебное питание при онкологических заболеваниях. *М.* 2011: 480 с.
36. Грушина Т.И., Миронова Е.Е. Санаторно-курортное лечение в комплексе реабилитационных мероприятий у больных раком молочной железы. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.* 2003; 4: 34-8.
37. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. *М.* 2006: 240 с.
38. Михайлова И.Н., Титов К.С., Демидов Л.В. Парадигма иммунотерапии в онкогинекологии. *Онкогинекология.* 2015; 1: 16-21.
39. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И. Искусственная менопауза и опыт применения экстракта цимицифуги (климадинон). *Опухоли женской репродуктивной системы.* 2009; 3-4: 58-62.
40. Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы. *М.* 2013: 144 с.
41. Uzkeser H. Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial. *Breast Cancer.* 2013; 8: 145-8.
42. Грушина Т.И., Куликов А.Г. Методы физической терапии в реабилитации больных раком молочной железы III клинической группы с постмастэктомическим отеком (часть I). *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.* 2015; 14 (5): 46-51.
43. Синяков А.Г., Царев О.Н., Васильев Л.А., Сидоров Е.В. Оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения. *Тюменский медицинский журнал.* 2012; 4: 12-3.
44. Озол С.А., Бодрова Р.А., Кучумова Т.В. и др. Опыт реабилитации больных раком шейки матки с нарушениями функции мочевого пузыря после проведенного радикального лечения. Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012»: тезисы докл. *М.* 2012: 73 с.
45. Семиглазова Т.Ю. Санаторно-курортное лечение для онкологических пациентов. НИИ Онкологии им. Петрова. URL: <http://www.niioncologii.ru/97/highlights/index?id=20234>. [Дата доступа: 17.12.2017].
46. Шаназаров Н.А., Жусупова Б.Т., Кокошко А.И. Психологический статус онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири.* 2011; 2: 52-3.
47. Кукшина А.А., Верещагина Д.А. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных. *Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.* 2013; 5: 28-34.
48. Русина Н.А. Психологическая адаптация к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании»: тезисы докл. *М.* 2011: 108-4.
49. Ткаченко Г.А., Воротников И.К., Буйденюк Ю.В. Роль психотерапии в лечении больных раком молочной железы. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.* 2010; 21: 61-4.
50. Гарипова Л.М. Питание онкологического больного. Республиканский клинический онкологический диспансер. URL: <http://oncort.ru/?p=7002>. [Дата доступа: 17.12.2017].
51. Bodinet C., Freudenstein J. Influence of marketed herbal menopause preparations on MCF-7 cell proliferation. *Menopause.* 2004; 11 (3): 281-9.
52. Корепанов С.В. Растения в профилактике и лечении рака. *Барнаул.* 2011: 160 с.
53. Stiff P.J., Czerlanis C., Drakes M.L. Dendritic cell immunotherapy in ovarian cancer. *Expert Review of Anticancer Therapy.* 2013; 13: 43-53.
54. Suzuki S., Shibata K., Kikkawa F., Nakatsura T. Significant clinical response of progressive recurrent ovarian clear cell carcinoma to glypican-3-derived peptide vaccine therapy: Two case reports. *Hum Vaccin Immunother.* 2014; 10 (2): 338-43.

References:

- World Cancer Report 2014 [Eds. B.W. Stewart, C.P. Wild]. *Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.* 2014: 953 p.
- Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology.* 2011; 20 (7): 677-80.
- Ko A.H., Dollinger M., Rosenbaum E. Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day (5th Edition). *Kansas City.* 2008; 2: 17-30.
- Golivets T.P., Kovalenko B.S. An analysis of the world and Russian trends in oncological morbidity in XXI century [Analiz mirovyyh i rossijskikh tendencij onkologicheskoy zabolevaemosti v XXI veke]. *Nauchnyj rezul'tat. Seriya: Medicina i farmaciya.* 2015; 4 (6): 79-86 (in Russian).
- World Cancer Report/World Health Organization, International Agency for Research on Cancer [Eds. B.W. Stewart, P. Kleihues]. *Lyon: IARC Press.* 2003: 351 p.
- Molchanov S.B., Kolomiets L.A., Gridneva T.D. Menopausal syndrome and its correction in oncogynecologic patients [Menopauzal'nyj sindrom i ego korrekciya u onkoginekologicheskikh bol'nyh]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal.* 2009; 2: 86-90 (in Russian).
- Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013. *CA Cancer J Clin.* 2013; 63 (1): 11-30.
- Lianos G.D., Mangano A., Cho W.C., Dionigi G., Roukos D.H. Circulating tumor DNA: new horizons for improving cancer treatment. *Future Oncol.* 2015; 11 (4): 545-8.
- Kulakov A.A., Chuchkov V.M., Matyakin Ye.G. et al. Rehabilitation of cancer patients with a defect and a complete secondary adentia after removal of both upper jaws [Reabilitaciya onkologicheskikh bol'nyh s defektom i polnoj vtorichnoj adentiej posle udaleniya obeih verhnih cheljustej]. *Opuholi golovy i shei.* 2012; 4: 34-40 (in Russian).
- Balabuha O.S. Quality of life as the basis of rehabilitation programs for cancer patients [Kachestvo zhizni kak osnova programm reabilitacii onkologicheskikh bol'nyh]. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal.* 2010; 4: 11-3 (in Russian).
- Hasanov R.Sh., Ozol S.A., Gilyazutdinov I.A., Gataullin I.G. Modern principles of rehabilitation of cancer patients [Sovremennye principy reabilitacii onkologicheskikh bol'nyh]. *Povolzhskij onkologicheskij vestnik.* 2013; 4: 49-55 (in Russian).
- Cella D., Davis K., Breitbart W. et al. What are the most important symptom targets when treating advanced cancer? A survey of providers in the National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Cancer Investigation.* 2009; 4: 526-35.
- Tkachenko G.A. Complex rehabilitation of cancer patients [Kompleksnaya reabilitaciya onkologicheskikh bol'nyh]. *Zamestitel' glavnogo vracha.* 2014; 9: 102-10 (in Russian).
- Silver J.K., Baima J., Mayer R.S. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin.* 2013; 63 (5): 295-317.

15. Astin J.A., Shapiro J., Shapiro D.H. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med.* 2013; 39: 7-10.
16. Saotome T., Klein L., Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer.* 2015; 23 (10): 3033-41.
17. Cristian A., Tran A., Patel K. Patient safety in cancer rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2012; 23 (2): 441-56.
18. Federal Law of 21.11.2011 № 323-FZ «On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation» [Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii»]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/> (in Russian). [Accessed: 17.12.2017].
19. Zakharchenko N.A., Shahsuvaryan S.B., Mirzoyan E.I. et al. Rehabilitation of cancer patients [Voprosy reabilitacii onkologicheskikh bol'nyh]. VI forum «Dvizhenie protiv raka». *Moskva: FGBU «FB MSE Mintruda Rossii».* 2013 (in Russian).
20. Cherkasova E.A., Krom I.L., Novichkova I.Yu. Medico-sociological substantiation of rehabilitation of oncological patients [Mediko-sociologicheskoe obosnovanie reabilitacii onkologicheskikh bol'nyh]. *Sociologicheskie nauki.* 2013; 2: 10-5 (in Russian).
21. Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Idrisova L.E., Sdvizhkov A.M. Rehabilitation of oncogynecologic patients. A look at the problem [Reabilitaciya onkoginekologicheskikh bol'nyh. Vzglyad na problemu]. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2015; 4: 46-5 (in Russian).
22. Silver J.K., Baima J. Cancer rehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013; 92 (8): 715-27.
23. Arving C., Thormodsen I., Brekke G. et al. Early rehabilitation of cancer patients – a randomized controlled intervention stud. *BMC Cancer.* 2012; 7: 13-9.
24. Idrisova L.E., Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Makatsariya A.D., Surenkov A.A. The main directions of psychological rehabilitation of oncogynecologic patients [Osnovnye napravleniya psihologicheskoy reabilitacii onkoginekologicheskikh bol'nyh]. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2016; 4: 94-104 (in Russian).
25. Buletov D.A. Rehabilitation of children with oncological pathology. Oncologist's look [Reabilitaciya detej s onkologicheskoy patologiej. Vzglyad onkologa]. URL: <http://statusmedicus.ru/2016/02/18/reabilitaciya-detej-s-onkologicheskoy-patologiej-vzglyad-onkologa/> (in Russian). [Accessed: 17.12.2017].
26. Zhukov N.V. Practical textbook on accompanying therapy in oncology [Prakticheskoe posobie po soprovoditel'noj terapii v onkologii]. *Moskva.* 2008: 44 s (in Russian).
27. Shanazarov N.A., Bulekbaeva Sh.A., Lisovskaya N.Yu. et al. Opportunities and problems of modern rehabilitation in oncology [Vozmozhnosti i problemy sovremennoj reabilitacii v onkologii]. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2015; 1: 1735-40 (in Russian).
28. Solopova A.E., Chashchin A.A., Solopova A.G., Makatsariya A.D. Neoadjuvant therapy of ovarian cancer. Modern opportunities and selection criteria [Neoad'vuvantnaya terapiya raka yaichnikov. Sovremennye vozmozhnosti i kriterii otbora]. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2016; 2: 44-54 (in Russian).
29. Kharchenko E.V., Oliinichenko E.G., Klyusov A.N. The role of PET-CT diagnostics in the early detection of recurrence of ovarian cancer [Rol' PET-KT-dagnostiki v rannem vyavlenii recidiva raka yaichnika]. *Onkoginekologiya.* 2016; 3 (23) (in Russian).
30. Basu S., Li G., Alavi A. PET and PET-CT imaging of gynecological malignancies: present role and future promise. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009; 9 (1): 75-96.
31. Maffione A.M., Piva M., Tsamita C.S. et al. Positron-emission tomography in gynecologic malignancies. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280 (4): 521-8.
32. Solopova A.E., Chashchin A.A., Solopova A.G., Makatsariya A.D. Modern views on the pathogenesis and possibilities of diagnosis of epithelial ovarian cancer [Sovremennye vzglyady na patogenez i vozmozhnosti diagnostiki epitelial'nogo raka yaichnikov]. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2016; 1: 75-83 (in Russian).
33. Hebel C.B., Behrendt F.F. et al. Negative 18F-2-fluorodeoxyglucose PET/CT predicts good cancer specific survival in patients with a suspicion of recurrent ovarian cancer. *Eur J Radiol.* 2014; 83 (3): 463-7.
34. Abashin S.Yu., Anikeeva O.Yu., Golovin P.S., Ivannikov V.V. Clinical Aspects of PET/CT scan of reproductive system tumors [Klinicheskie aspekty PET/KT-dagnostiki opuholej reproduktivnoj sistemy]. *Onkoginekologiya.* 2015; 3: 66-74 (in Russian).
35. Brizgin V.V. Therapeutic nourishment for oncological diseases [Lechebnoe pitanie pri onkologicheskikh zabolevaniyah]. *Moskva.* 2011: 480 s (in Russian).
36. Grushina T.I., Mironova E.E. Sanatorium treatment in a complex of rehabilitation measures in patients with breast cancer [Sanatorno-kurortnoe lechenie v komplekse reabilitacionnyh meropriyatij u bol'nyh rakom molochnoj zhelezy]. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitaciya.* 2003; 4: 34-8 (in Russian).
37. Grushina T.I. Rehabilitation in oncology: physiotherapy [Reabilitaciya v onkologii: fizioterapiya]. *Moskva.* 2006: 240 s (in Russian).
38. Mikhailova I.N., Titov K.S., Demidov L.V. Paradigm of immunotherapy in oncogynecology [Paradigma immunoterapii v onkoginekologii]. *Onkoginekologiya.* 2015; 1: 16-21 (in Russian).
39. Pajanidi Yu.G., Jordania K.I. Artificial menopause and the experience of using the extract of tsimitsifugi (climadinone) [Iskusstvennaya menopauza i opyt primeneniya ekstrakta cimicifugi (klimadinon)]. *Opuholi zhenskoy reproduktivnoj sistemy.* 2009; 3-4: 58-62 (in Russian).
40. Mika K. Rehabilitation after removal of the breast [Reabilitaciya posle udaleniya molochnoj zhelezy]. *Moskva.* 2013: 144 s (in Russian).
41. Uzkesev H. Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial. *Breast Cancer.* 2013; 8: 145-8.
42. Grushina T.I., Kulikov A.G. Methods of physical therapy in the rehabilitation of patients with breast cancer of the III clinical group with postmastectomy edema (part I) [Metody fizicheskoy terapii v reabilitacii bol'nyh rakom molochnoj zhelezy III klinicheskoy grupy s postmastektomicheskim otekom (chast' I)]. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitaciya.* 2015; 14 (5): 46-51 (in Russian).
43. Sinyakov A.G., Tsarev O.N., Vasiliev L.A., Sidorov E.V. Optimization of dispensary follow-up of breast cancer patients after radical treatment [Optimizaciya dispansernogo nablyudeniya bol'nyh RMZh posle radikal'nogo lecheniya]. *Tyumenskij medicinskij zhurnal.* 2012; 4: 12-3 (in Russian).
44. Ozol S.A., Bodrova R.A., Kuchumova T.V. et al. The experience of rehabilitation of cervical cancer patients with impaired urinary bladder function after radical treatment [Opyt reabilitacii bol'nyh rakom shejki matki s narusheniyami funkcii mochevoego puzыrya posle provedennogo radikal'nogo lecheniya]. *Mezhdunarodnyj kongress «Reabilitaciya i sanatorno-kurortnoe lechenie 2012»: tezisy dokl. Moskva.* 2012: 73 s (in Russian).
45. Semiglazova T.Yu. Sanatorium treatment for cancer patients. Research Institute of Oncology n.a. Petrov. [Sanatorno-kurortnoe lechenie dlya onkologicheskikh pacientov. NII Onkologii im. Petrova.] URL: <http://www.niioncologii.ru/97/highlights/index?id=20234> (in Russian). [Accessed: 17.12.2017].
46. Shanazarov N.A., Zhusupova B.T., Kokoshko A.I. Psychological status of cancer patients [Psihologicheskij status onkologicheskikh bol'nyh]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri.* 2011; 2: 52-3 (in Russian).
47. Kukshina A.A., Vereshchagina D.A. Features of the psychoemotional state and psychotherapeutic approaches in the rehabilitation of cancer patients [Osobennosti psihoehmocional'nogo sostoyaniya i psihoterapevticheskiye podhody v reabilitacii onkologicheskikh bol'nyh]. *Fizioterapiya, bal'neologiya, reabilitaciya.* 2013; 5: 28-34 (in Russian).
48. Rusina N.A. Psychological adaptation to the disease in patients with cancer [Psihologicheskaya adaptaciya k bolezni u pacientov s onkologicheskimi zabolevaniyami]. *Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem «Klinicheskaya psihologiya v zdavoohranenii i obrazovanii»: tezisy dokl. Moskva.* 2011: 108-4 (in Russian).
49. Tkachenko G.A., Vorotnikov I.K., Buydenyuk Yu.V. The role of psychotherapy in the treatment of patients with breast cancer [Rol' psihoterapii v lechenii bol'nyh rakom molochnoj zhelezy]. *Vestnik RONG im. N.N. Blohina RAMN.* 2010; 21: 61-4 (in Russian).

50. Garipova L.M. Nutrition of the cancer patient. Republican Clinical Oncology Center [Pitanie onkologicheskogo bol'nogo. Respublikanskij klinicheskij onkologicheskij dispanser]. URL: <http://oncort.ru/?p=7002> (in Russian). [Accessed: 17.12.2017].
51. Bodinet C., Freudenstein J. Influence of marketed herbal menopause preparations on MCF-7 cell proliferation. *Menopause*. 2004; 11 (3): 281-9.
52. Korepanov S.V. Plants in the prevention and treatment of cancer [Rasteniya v profilaktike i lechenii raka]. *Barnaul*. 2011: 160 s (in Russian).
53. Stiff P.J., Czerlanis C., Drakes M.L. Dendritic cell immunotherapy in ovarian cancer. *Expert Review of Anticancer Therapy*. 2013; 13: 43-53.
54. Suzuki S., Shibata K., Kikkawa F., Nakatsura T. Significant clinical response of progressive recurrent ovarian clear cell carcinoma to glypican-3-derived peptide vaccine therapy: Two case reports. *Hum Vaccin Immunother*. 2014; 10 (2): 338-43.

Сведения об авторах:

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

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

Макацария Александр Давидович – д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Суренков Алексей Алексеевич – студент 5-го курса медико-профилактического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. E-mail: aleksei_surenkov@mail.ru.

Зубенко Владислав Борисович – зав. акушерским отделением ГБУЗ СК «СККПЦ № 1». Адрес: ул. Семашко, 3/1, Ставрополь, Россия, 355029. E-mail: zubenko_md@mail.ru.

About the authors:

Solopova Antonina Grigorievna – MD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine, I.M. Sechenov FMSM HM of RF. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62, str. 1, Moscow, Russia, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Idrisova Larisa Emievna – PhD, Researcher, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine, I.M. Sechenov FMSM HM of RF. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62, str. 1, Moscow, Russia, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Makatsariya Aleksandr Davidovich – MD, corresponding member of RAS, Professor, Head of Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine, I.M. Sechenov FMSM HM of RF. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62, str. 1, Moscow, Russia, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Surenkov Aleksey Alekseevich – 5th year student, Faculty of Medical and Preventive Medicine, I.M. Sechenov FMSM HM of RF. Address: ul. Trubetskaya, 8, str. 2, Moscow, Russia, 119048. E-mail: aleksei_surenkov@mail.ru.

Zubenko Vladislav Borisovich – Head of Obstetric Department, SRCPC № 1. Address: ul. Semashko, 3/1, Stavropol, Russia, 355029. E-mail: zubenko_md@mail.ru.