

ISSN 2313-7347 (print)

ISSN 2500-3194 (online)

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2022 • том 16 • № 4



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

2022 Vol. 16 No 4

www.gynecology.su

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gynecology.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.



Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях

Л.Н. Санджиева¹, А.Г. Солопова¹, Д.В. Блинов^{2,3}, В.Н. Галкин⁴, Е.Н. Ачкасов¹

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет);
Россия, 119991 Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4;

²Институт Превентивной и Социальной Медицины; Россия, 127006 Москва, ул. Садовая-Триумфальная, д. 4–10;

³Клинический госпиталь Лапино, ГК «Мать и Дитя»; Россия, 143081 Московская область, Одинцовский район,
Лапино, 1-ое Успенское шоссе, д. 111;

⁴ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»;
Россия, 105005 Москва, Бауманская ул., д. 17/1

Для контактов: Антонина Григорьевна Солопова, e-mail: antoninasolopova@yandex.ru

Резюме

Введение. Радикальное оперативное вмешательство при рецидивирующей атипической гиперплазии эндометрия (АГЭ) позволяет провести полную патологическую оценку эндометрия, риска развития рака и обеспечивает понимание в плане окончательной терапии. Однако после удаления матки с яичниками у женщин молодого возраста развиваются постоварио-эктомический синдром (ПОЭС) и психосексуальные расстройства, значительно снижающие качество жизни (КЖ), что требует реабилитационных мероприятий.

Цель: провести сравнительный анализ КЖ у больных рецидивирующей АГЭ после гистерэктомии с двусторонней сальпингофорэктомией в зависимости от тактики ведения в реабилитационном периоде.

Материалы и методы. Во второй части проспективного рандомизированного сравнительного исследования в течение одного года обследовано 58 женщин с диагнозом рецидивирующая АГЭ (средний возраст – 44,25 ± 3,40 лет), разделенных на 2 группы в зависимости от тактики ведения в реабилитационном периоде: группа 1 – 27 больных с «активной» реабилитацией по разработанному нашей группой исследователей комплексу восстановительных и лечебных мероприятий; группа 2 – 31 пациентка с «пассивной» реабилитацией. Для оценки общего КЖ использован опросник – шкала функциональной оценки терапии рака для пациенток с раком эндометрия (англ. Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Endometrial Cancer, FACT-En), для оценки уровня тревожно-депрессивных расстройств – госпитальная шкала тревоги и депрессии (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), для оценки проявлений хирургической менопаузы – модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана–Уваровой, для исследования сексуальной функции – индекс женской сексуальной функции (англ. Female Sexual Function Index, FSFI) на 3–7-е сутки и через 3, 6, 12 мес после хирургического лечения.

Результаты. Статистически значимая разница между группами по опроснику FACT-En наблюдалась уже к 3 мес наблюдения, а к 12 мес КЖ женщин в группе «активной» реабилитации согласно опроснику FACT-En повысилось на 39,36 баллов, в то время как при «пассивной» реабилитации произошло увеличение всего лишь на 17,38 баллов ($p < 0,001$). При анализе ММИ Куппермана–Уваровой степень проявлений хирургической менопаузы уменьшалась с течением времени в обеих группах. Однако уже на сроке 6 и 12 мес при «активной» реабилитации показатели соответствовали легкому течению, в то время как при «пассивной» реабилитации регистрировались нарушения средней степени тяжести ($p < 0,001$). За весь период наблюдения в группе «активной» реабилитации показатели тревоги уменьшились с 10,77 ± 2,36 баллов (субклиническая тревога) до 4,55 ± 1,50 баллов (нормальные значения), в то время как при «пассивной» реабилитации через 6 и 12 мес наблюдения показатели тревожности соответствовали субклиническому проявлению. С течением времени

сексуальная функция улучшалась в обеих группах, однако показатели в группе «активной» реабилитации были статистически значимо выше, чем в группе «пассивной» реабилитации уже через 3 мес, а также через 6 и 12 мес ($p < 0,05$).

Заключение. Разработанный комплекс реабилитационных мероприятий улучшает психоэмоциональное состояние, корректирует проявления ПОЭС, улучшает сексуальную функцию больных АГЭ, тем самым повышая КЖ в целом, что сопоставимо с результатами «активной» реабилитации женщин после радикального лечения рака эндометрия.

Ключевые слова: атипическая гиперплазия эндометрия, АГЭ, постовариоэктомический синдром, ПОЭС, тревога, депрессия, сексуальная функция, качество жизни, КЖ, реабилитация

Для цитирования: Санджиева Л.Н., Солопова А.Г., Блинов Д.В., Галкин В.Н., Ачкасов Е.Н. Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2022;16(4):410–425. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.344>.

Comparatively analyzed quality of life in patients with atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer during various rehabilitation activities

Lidiya N. Sandzhieva¹, Antonina G. Solopova¹, Dmitry V. Blinov^{2,3}, Vsevolod N. Galkin⁴, Evgeniy E. Achkasov¹

¹Sechenov University; 2 bldg. 4, Bolshaya Pirogovskaya Str., Moscow 119991, Russia;

²Institute for Preventive and Social Medicine; 4–10 Sadovaya-Triumfalnaya Str., Moscow 127006, Russia;

³Lapino Clinical Hospital, GC «Mother and Child»; 111, 1st Uspenskoe Highway, Lapino, Odintsovo District, Moscow region 143081, Russia;

⁴City Clinical Oncological Hospital № 1, Moscow Healthcare Department; 17/1 Baumanskaya Str., Moscow 105005, Russia

Corresponding author: Antonina G. Solopova, e-mail: antoninasolopova@yandex.ru

Abstract

Introduction. Radical surgery for recurrent atypical endometrial hyperplasia (AEH) allows to fully assess pathological changes of the endometrium, a risk of concomitant cancer, and provides insight into proposing a definitive therapy. However, after ovariectomy, young women develop postovariectomy syndrome (POES) and psychosexual disorders profoundly decreasing quality of life (QoL) that requires rehabilitation measures.

Aim: to conduct a comparative analysis of QoL in patients with recurrent AEH after hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy based on the management tactics in the rehabilitation period.

Materials and Methods. In the second part of the prospective randomized comparative study, 58 women diagnosed with recurrent AEH (mean patient age 44.25 ± 3.40 years) underwent a one-year-follow-up, divided into 2 groups according to the management tactics in the rehabilitation period: group 1 – 27 patients with "active" rehabilitation according to the complex rehabilitation and therapeutic protocol proposed by our research group; group 2 – 31 patients with "passive" rehabilitation. To assess the overall QoL, a questionnaire the Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Endometrial Cancer (FACT-En) was used, analyzing a level of anxiety and depressive disorders with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) as well as manifestations of surgical menopause using Kupperman–Uvarova modified menopausal index (MMI) and sexual function – with the Female Sexual Function Index (FSFI) on day 3–7 as well as 3, 6, 12 months after surgical treatment.

Results. It was found that inter-group difference was significant in the FACT-En questionnaire observed as early as by 3 months of the study, whereas by 12 months the QoL score in the "active" rehabilitation group increased by 39.36 points based on the FACT-En questionnaire, but only by 17.38 points in the "passive" rehabilitation cohort ($p < 0.001$). Analyzing Kupperman–Uvarova MMI, the degree of manifested surgical menopause decreased over time in both groups. However, as early as 6 and 12 months after onset, "active" rehabilitation was featured with surgical menopause parameters corresponding to a mild course, whereas "passive" rehabilitation was associated with moderate severity ($p < 0.001$). Over the entire follow-up period, "active" rehabilitation group was shown to have anxiety parameters decreased from 10.77 ± 2.36 score (subclinical anxiety) to 4.55 ± 1.50 score (normal range), whereas at 6 and 12 months of follow-up the "passive" rehabilitation group was found to have anxiety parameters corresponding to subclinical manifestations. Over time, sexual function improved in both groups, however, the parameters in the "active" vs. "passive" rehabilitation group were significantly higher as early as 3 months after the onset, with similar pattern observed at 6 and 12 months ($p < 0.05$).

Conclusion. The set of rehabilitation measures proposed by us improves psycho-emotional state, corrects POES manifestations, improves sexual function of AEH patients, thereby increasing overall QoL. This is comparable to the results of medical rehabilitation of women after radical treatment with endometrial cancer.

Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях

Keywords: atypical endometrial hyperplasia, AEH, postovariectomy syndrome, POES, anxiety, depression, sexual function, quality of life, QoL, rehabilitation

For citation: Sandzhieva L.N., Solopova A.G., Blinov D.V., Galkin V.N., Achkasov E.E. Comparatively analyzed quality of life in patients with atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer during various rehabilitation activities. *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcia = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2022;16(4):410–425. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.344>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Ввиду высокой частоты рецидивирования и риска сопутствующего рака эндометрия окончательным объемом лечения рецидивирующей атипической гиперплазии эндометрия (АГЭ) у молодых женщин при отказе от фертильности является гистерэктомия с маточными трубами. При наличии сопутствующей патологии и факторов риска возникает необходимость также удалить яичники.
- ▶ Последствия радикального хирургического вмешательства включают постовариоэктомический синдром (ПОЭС), психосексуальные расстройства, значительно снижающие качество жизни (КЖ). Для коррекции данных состояний, а также ускорения восстановления с целью повышения КЖ проводятся реабилитационные мероприятия.

Что нового дает статья?

- ▶ «Активная» реабилитация по разработанному комплексу восстановительных и лечебных мероприятий достоверно улучшает психоземotionalное состояние, уменьшает проявления ПОЭС, улучшает сексуальную функцию больных АГЭ по сравнению с группой пациенток, которых вели традиционными способами.

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Внедрение в рутинную практику разработанной программы комплексной медицинской реабилитации позволит улучшить исход и повысить КЖ женщин после радикального лечения АГЭ.

Highlights

What is already known about this subject?

- ▶ Due to the high recurrence rate and the risk of concomitant endometrial cancer, tubal hysterectomy is the definitive treatment for recurrent atypical endometrial hyperplasia (AEH) in infertile young women. In case of concomitant pathology and risk factors, it becomes necessary to also remove the ovaries.
- ▶ The sequelae of radical surgery include postovariectomy syndrome (POES), psychosexual disorders profoundly reducing the quality of life (QoL). To correct such conditions as well as to accelerate recovery for QoL improving, rehabilitation measures are being taken.

What are the new findings?

- ▶ "Active" rehabilitation according to the set of rehabilitation and therapeutic measures significantly improves the psycho-emotional state, reduces the POES manifestations, improves sexual function of AHE patients compared with the group of patients treated by traditional methods.

How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ The introduction of the complex medical rehabilitation program proposed by us into routine practice will improve an outcome and increase QoL of women after AHE radical treatment.

Введение / Introduction

Гиперплазия эндометрия – патологический процесс, характеризующийся пролиферативными изменениями эндометрия с преобладанием железистого компонента над стромальным [1]. Распространённость данного состояния составляет 133–208 случаев на 100 тыс. женщин в западных странах [2]. К факторам риска развития гиперплазии эндометрия относятся раннее менархе или более поздняя менопауза, отсутствие родов в анамнезе, бесплодие, ановуляция, пожилой возраст, менопаузальный переход, синдром Линча, терапия эстрогенами или тамоксифеном, сопутствующие заболевания (например, ожирение, синдром поликистозных яичников, сахарный диабет, гипертония). Специалистами Всемирной организации здравоохранения в 2014 г. была предложена прикладная классификация, согласно которой выделяют 2 морфологических типа гиперплазии эндометрия – без атипии и с атипией [3]. Атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) – предраковое состояние, характеризующееся наличием измененных эпителиальных

клеток с еще большим преобладанием железистого компонента над стромальным, деформацией желез и наличием микропапиллярных формирований.

АГЭ имеет множество общих мутаций с эндометриоидным типом рака эндометрия: микросателлитная нестабильность, мутации генов *PAX2*, *PTEN*, *KRAS* и *CTNWB1*. В связи с этим АГЭ имеет высокую степень сосуществования или перехода в злокачественное новообразование [4], что позволяет считать ее истинным предраком эндометрия. Частота прогрессирования в рак составляет от 8 до 27 % для гиперплазии с атипией. Сопутствующая карцинома была выявлена у 36–59 % женщин, перенесших гистерэктомию по поводу АГЭ [4]. Диагностика АГЭ включает трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ), аспирационную биопсию эндометрия, гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием и последующей гистологической верификацией.

Несмотря на результаты оценки обследований перед лечением, существует риск наличия более высокой степени или более распространенного заболевания [5]. Так, до 60 % пациенток с АГЭ имеют риск

развития или начальные клеточные изменения в виде островков рака эндометрия [6–8]. При АГЭ есть риск сосуществующего рака яичников (4 %) и риск прогрессирования рака эндометрия выше I стадии (2 %). Рецидив после первоначального ответа при консервативном лечении АГЭ был отмечен у 23,2 % женщин в период наблюдения [9]. Поэтому окончательный объем лечения рецидивирующей АГЭ заключается в гистерэктомии с маточными трубами, а при наличии сопутствующей патологии и факторов риска необходимо также удалить яичники.

После радикального оперативного вмешательства у женщин репродуктивного возраста возникает постовариоэктомиический синдром (ПОЭС), болевой синдром, психоэмоциональные расстройства, сексуальная дисфункция, что существенно снижает качество жизни (КЖ) [10, 11]. В настоящее время КЖ является показателем адекватно проведенного лечения и включает субъективные и объективные показатели о физическом и психологическом благополучии, социальных отношениях, окружающей среде и духовности. Для коррекции всех возникающих нарушений необходима программа реабилитации, которая могла бы повышать КЖ женщин в различных ее аспектах. На сегодняшний день имеются данные о различных реабилитационных мероприятиях, применяющихся в клинической практике у онкогинекологических больных [12, 13]. По данным мировой литературы, проведение реабилитационных мероприятий позволяет достигнуть повышения КЖ в более краткие сроки [14, 15]. Согласно действующим клиническим рекомендациям Российской Федерации, специфическая реабилитация для больных гиперплазией эндометрия, в том числе с атипией, не предусмотрена [16], в связи с чем возникла необходимость в разработке собственных методик и последующей ее оценки влияния на КЖ.

Цель: провести сравнительный анализ КЖ у больных рецидивирующей АГЭ после гистерэктомии с двусторонней сальпингоофорэктомией в зависимости от тактики ведения в реабилитационном периоде.

Материалы и методы / Materials and Methods

Первая часть нашего исследования была посвящена качеству жизни при «активной» реабилитации женщин после радикальной хирургической терапии рака эндометрия [17]. Во второй части нашего исследования в проспективном открытом сравнительном исследовании участвовало 58 пациенток в возрасте $44,25 \pm 3,40$ лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ ГКОБ № 1 ДЗМ в период с 2018 года по 2020 гг.

Критерии включения: репродуктивный возраст (18–49 лет); проведенная гистерэктомия с двусторонней сальпингоофорэктомией; гистологически верифицированный диагноз рецидивирующей АГЭ; нали-

чие сопутствующей гинекологической патологии; наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения: соматические заболевания; осложнения после оперативного вмешательства; психические расстройства.

Критерии исключения: пропуск очередного визита; впервые диагностированные в течение срока наблюдения соматические заболевания, не связанные с исследуемой патологией, которые потенциально могут оказать негативное влияние на КЖ и функциональный статус; отзыв информированного согласия на участие.

Распределение по группам / Patient stratification

Участвующих в исследовании женщин методом конвертов рандомизировали в 2 группы сравнения: группа 1 с «активной» реабилитацией – 27 женщин (средний возраст – $44,44 \pm 4,49$ лет); группа 2 – 31 женщина с «пассивной» реабилитацией (средний возраст – $44,09 \pm 4,28$ лет). Сроки наблюдения составили через 3–7 суток и 3, 6, 12 мес после оперативного вмешательства.

Методы исследования / Study methods

Помимо стандартного клинического обследования, включавшего физикальный осмотр, гинекологическое и бимануальное и ректовагинальное исследование, УЗИ органов малого таза, магнитно-резонансную томографию (МРТ), выполнялась субъективная оценка КЖ с использованием набора шкал: шкала функциональной оценки терапии рака для пациенток с раком эндометрия (англ. Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Endometrial Cancer, FACT-En), модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана–Уваровой, госпитальная шкала тревоги и депрессии (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), индекс женской сексуальной функции (англ. Female Sexual Function Index, FSFI).

Программа комплексной реабилитации / Complex medical rehabilitation program

Для создания программы «активной» персонализированной реабилитации, предназначенной женщинам из группы 1, привлекали врачей следующих специальностей: реабилитолога, онкогинеколога, психиатра/психотерапевта, невролога, сексолога, терапевта, диетолога, врача лечебной физической культуры, физиотерапевта и др. Восстановительные стратегии предлагали, исходя из синдромального подхода. В состав программы были включены: диетотерапия, адекватная физическая нагрузка, контроль массы тела, индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа, физиотерапия, ксенонотерапия, ландшафтотерапия, бальнеотерапия, фитотерапия, медикаментозная поддержка, применение интравагинальных и наружных увлажняющих средств, упраж-

нения для тренировки мышц тазового дна и т. д. Реабилитацию выполняли преимущественно в условиях реабилитационных центров и учреждений санаторно-курортного лечения.

Оценка качества жизни / Assessing patient quality of life

Анализ КЖ проведен с помощью анкеты FACT-Еп с дополнительным модулем для рака эндометрия, итоговая балльная оценка (составляет от 0 до 172) выше при лучшем качестве жизни.

Для оценки степени проявлений ПОЭС использован опросник ММИ Куппермана–Уваровой, состоящий из 3 шкал (нейровегетативные, метаболические, психоэмоциональные расстройства) и общего индекса. Итоговый (общий) ММИ рассчитывается как сумма данных шкал. Нормальным значением является < 12 баллов; количество баллов от 12 до 34 соответствует легкому, от 35 до 58 – среднему и > 58 баллов – тяжелому течению ПОЭС, соответственно.

Анализ психоэмоциональных расстройств проведен при помощи шкалы HADS, состоящей из 2 разделов и 14 вопросов. Нормальным значением является диапазон балльной оценки от 0 до 7, субклинической тревоге и депрессии соответствует от 8 до 10 баллов и клинически выраженной – от 11 до 21 баллов.

Оценка сексуальной функции проведена с помощью опросника FSFI: максимальный результат – 36 баллов, минимальный – 2 балла. Индекс в 26,55 баллов свидетельствовал о сексуальной дисфункции.

Этические аспекты / Ethical aspects

Все наблюдаемые были проинформированы о включении их в научное исследование, протокол которого был одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол № 10-18 от 07.11.2018. Все манипуляции, выполненные в ходе данной работы, соответствовали этическим стандартам Хельсинкской декларации 1964 г. и ее последующим изменениям и сопоставимым нормам этики. Все пациентки подписали информированное добровольное согласие.

Статистический анализ / Statistical analysis

Подготовка данных и их статистическая обработка производились в программе Microsoft Office Excel (Microsoft, США) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Для проверки нормальности распределения использовали критерий Шапиро–Уилка, а также анализ описательной статистики – среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$). Статистический анализ показал близость к нормальному распределению данных. В этой связи для сравнительного анализа полученных результатов между группами были использованы параметрические методы статистики. Наличие

выбросов проверялось методом «трех сигм». Для определения различий между полученными результатами лечения в различные сроки наблюдения относительно исходных значений в каждой группе применялся t-критерий Стьюдента для повторных измерений (зависимых выборок). Сравнение групп между собой в каждой временной точке наблюдения проводилось с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Различия принимались значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение / Results and Discussion

Подробная характеристика женщин по семейному положению, уровню образования, трудовому статусу, наличию детей, индексу массы тела (ИМТ), сопутствующей гинекологической патологии представлена в **таблице 1**.

Функциональная оценка / Functional assessment

Динамика восстановления функции и КЖ на различных сроках наблюдения, отражаемая как среднее значение общего балла FACT-Еп, различалась в зависимости от типа реабилитации, что наглядно продемонстрировано на **рисунке 1**. На первом визите (3–7-е сутки после оперативного вмешательства) существенных отличий по суммарному показателю КЖ между группами не выявлено ($p > 0,05$). Достоверные различия между группами наблюдались уже к сроку 3 мес ($p < 0,001$), а именно, в группе «активной» реабилитации получен более высокий показатель – $112,11 \pm 8,16$ баллов, в то время как у тех пациенток, которым активная реабилитация не проводилась, он составил $103,77 \pm 6,38$ баллов ($p < 0,001$). К сроку 12 мес значимые различия между группами сохранялись, и показатели составили $139,37 \pm 6,99$ баллов в группе «активной» реабилитации и $112,54 \pm 7,74$ баллов в группе «пассивной» реабилитации ($p < 0,001$). В группе «активной» реабилитации происходило более быстрое восстановление КЖ по сравнению с группой «пассивной» реабилитации (**табл. 2**). В других клинических исследованиях также были выявлены схожие показатели общего КЖ по тест-опроснику FACT-Еп как на дооперационном, так и в послеоперационном периоде [18]. Активная реабилитация позволила значительно повысить уровень КЖ за счет восстановительных мероприятий. Известно, что диета, физическая нагрузка, психотерапия позволяют ускорить восстановление пациенток после операции [12, 13], что и было получено в этой части сравнительного анализа.

Оценка проявлений хирургической менопаузы / Assessing surgical menopause manifestations

Динамика средних значений общего балла по шкале ММИ Куппермана–Уваровой для пациенток с АГЭ

Таблица 1. Характеристика пациенток с атипической гиперплазией эндометрия.

Table 1. Characteristics of patients with atypical endometrial hyperplasia.

Характеристика Characteristics		n = 58 n (%)
Семейное положение Marital status	Замужем / Married	29 (50,0)
	В гражданском браке / Civil marriage	25 (43,1)
	Не замужем / Not married	4 (6,9)
Образование Education level	Высшее / Higher	47 (81,03)
	Среднее / Secondary	6 (10,34)
	Среднее профессиональное / Secondary professional	5 (8,63)
Трудовой статус Employment status	Домохозяйка / Housewife	7 (12,07)
	Работает / Employed	51 (87,93)
Дети Children	1	21 (36,21)
	2	27 (46,55)
	3	10 (17,24)
Структура распределения массы тела Pattern of body weight distribution	Нормальный вес, ИМТ = 18,5–24,9 кг/м ² / Normal weight, BMI = 18,5–24,9 kg/m ²	2 (3,45)
	Избыточная масса тела, ИМТ = 25,0–29,9 кг/м ² / Overweight, BMI = 25,0–29,9 kg/m ²	3 (5,17)
	Ожирение I степени, ИМТ = 30,0–34,9 кг/м ² / Obesity degree I, BMI = 30,0–34,9 kg/m ²	41 (70,69)
	Ожирение II степени, ИМТ = 35,0–39,9 кг/м ² / Obesity degree II, BMI = 35,0–39,9 kg/m ²	10 (17,24)
	Ожирение III степени, ИМТ ≥ 40 кг/м ² / Obesity degree III, BMI ≥ 40 kg/m ²	2 (3,45)
Структура генитальных патологий Pattern of genital pathologies	Миома матки / Uterine fibroid	44 (75,86)
	Синдром поликистозных яичников / Polycystic ovary syndrome	21 (36,20)
	Серозные цистаденомы / Serous cystadenoma	19 (32,75)
	Дермоидные кисты яичников / Dermoid ovarian cysts	14 (24,13)
	Эндометриоидные кисты яичников / Endometrial ovarian cysts	30 (51,72)
	Аденомиоз / Adenomyosis	33 (56,89)
	Глубокий инфильтративный эндометриоз / Deep infiltrative endometriosis	8 (13,79)
	Дисплазия шейки матки II степени / Cervical dysplasia grade II	41 (70,68)
	Дисплазия шейки матки III степени / Cervical dysplasia grade III	17 (29,31)
	Ранее перенесенная овариоэктомия по причинам, не связанным со злокачественными опухолями / Former ovariectomy unrelated to malignant tumors	16 (27,58)

Примечание: ИМТ – индекс массы тела.

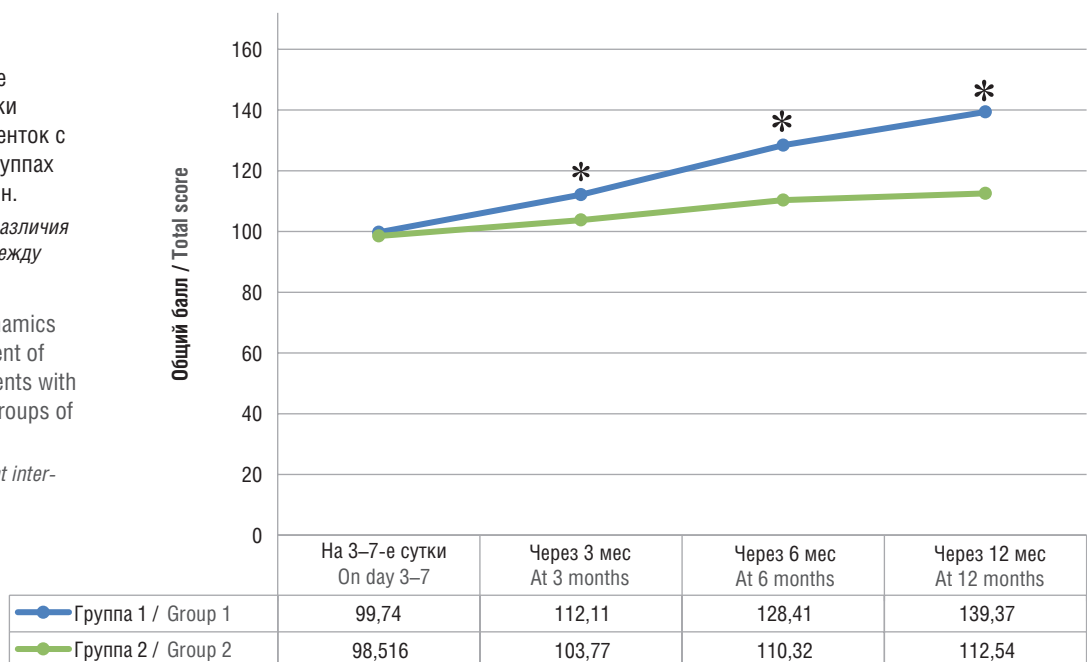
Note: BMI – body mass index.

Рисунок 1. Динамика общего балла по шкале функциональной оценки терапии рака для пациенток с раком эндометрия в группах обследованных женщин.

Примечание: *p < 0,05 – различия статистически значимы между группами.

Figure 1. Total score dynamics for Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Endometrial Cancer in groups of women examined.

Note: *p < 0.05 – significant inter-group differences.



Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипичской гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях

Таблица 2 (начало). Динамика показателей по шкале функциональной оценки терапии рака для пациенток с раком эндометрия в группах обследованных женщин.

Table 2 (beginning). Dynamically changed parameters based on Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Endometrial Cancer in groups of women examined.

Время после хирургического лечения Time points post-surgery	Атипичская гиперплазия эндометрия Atypical endometrial hyperplasia		p (между группами) p (inter-groups)
	Группа 1 / Group 1 n = 27	Группа 2 / Group 2 n = 31	
Физическое состояние / Physical condition			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	14,70 ± 3,18	14,25 ± 2,17	0,532
Через 3 мес / At 3 months	19,59 ± 3,39	16,58 ± 2,15	< 0,001
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	22,07 ± 2,96	17,87 ± 1,68	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	23,41 ± 2,18	19,52 ± 1,84	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Социально-семейные взаимоотношения / Social-familial relationships			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	13,07 ± 4,91	12,64 ± 3,82	0,710
Через 3 мес / At 3 months	11,44 ± 4,52	11,32 ± 3,87	0,912
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	0,024	0,002	
Через 6 мес / At 6 months	15,52 ± 5,29	12,61 ± 2,84	0,010
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	0,021	0,935	
Через 12 мес / At 12 months	18,59 ± 4,34	15,54 ± 2,83	0,002
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Эмоциональное благополучие / Emotional well-being			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	15,70 ± 2,32	15,45 ± 1,94	0,654
Через 3 мес / At 3 months	19,00 ± 2,78	17,64 ± 1,99	0,036
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	21,07 ± 2,45	18,35 ± 2,17	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	22,04 ± 1,72	19,13 ± 2,17	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Благополучие в повседневной жизни / Everyday well-being			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	13,93 ± 1,92	13,48 ± 1,54	0,336
Через 3 мес / At 3 months	18,41 ± 2,84	17,19 ± 2,01	0,063
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	22,07 ± 2,25	18,32 ± 2,09	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	23,96 ± 1,85	20,51 ± 2,09	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Дополнительные показатели / Additional parameters			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	42,33 ± 2,98	42,67 ± 4,69	0,745
Через 3 мес / At 3 months	43,67 ± 4,75	41,03 ± 4,19	0,029
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	0,187	0,131	
Через 6 мес / At 6 months	47,66 ± 4,54	43,16 ± 3,47	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	0,637	
Через 12 мес / At 12 months	51,37 ± 5,41	47,84 ± 5,33	0,015
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	

Примечание: p – t-тест Стьюдента для повторных измерений; выделены значимые различия.

Note: p – repeated measures Student's t-test; significant differences are shown in bold.

Таблица 2 (окончание). Динамика показателей по шкале функциональной оценки терапии рака для пациенток с раком эндометрия в группах обследованных женщин.

Table 2 (ending). Dynamically changed parameters based on Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Endometrial Cancer in groups of women examined.

Время после хирургического лечения Time points post-surgery	Атипичная гиперплазия эндометрия Atypical endometrial hyperplasia Баллы / Score M ± σ		p (между группами) p (inter-groups)
	Группа 1 / Group 1 n = 27	Группа 2 / Group 2 n = 31	
Общий балл / Total score			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	99,74 ± 7,83	98,516 ± 7,26	0,539
Через 3 мес / At 3 months	112,11 ± 8,16	103,77 ± 6,38	< 0,001
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Через 6 мес / At 6 months	128,41 ± 8,50	110,32 ± 6,93	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	139,37 ± 6,99	112,54 ± 7,74	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	

Примечание: p – t-тест Стьюдента для повторных измерений; выделены значимые различия.

Note: p – repeated measures Student's t-test; significant differences are shown in bold.

в зависимости от типа реабилитации представлена на рисунке 2.

На 3–7-е сутки после операции существенных различий между группами не обнаружено. Согласно полученным данным, все пациентки отмечали проявления нейровегетативных, психоэмоциональных симптомов разной степени выраженности уже в первую неделю после оперативного вмешательства. Значимые отличия наблюдались через 6 и 12 мес после операции ($p < 0,001$). К сроку 6 мес в группе «активной» реабилитации произошло снижение общего индекса до показателей, соответствующих легкому течению ПОЭС, и еще более значительному снижению к 12-у месяцу наблюдения на 18,4 балла ($p < 0,001$), что свидетельствовало об эффективности разрабо-

танного комплекса восстановительных мероприятий. В группе «пассивной» реабилитации к 6-у месяцу также произошло снижение показателя до уровня течения средней тяжести ПОЭС, и к 12-у месяцу тяжесть проявления симптомов сохранялась (табл. 3). Полученные данные еще раз подчеркивают важность своевременного проведения активных реабилитационных мероприятий.

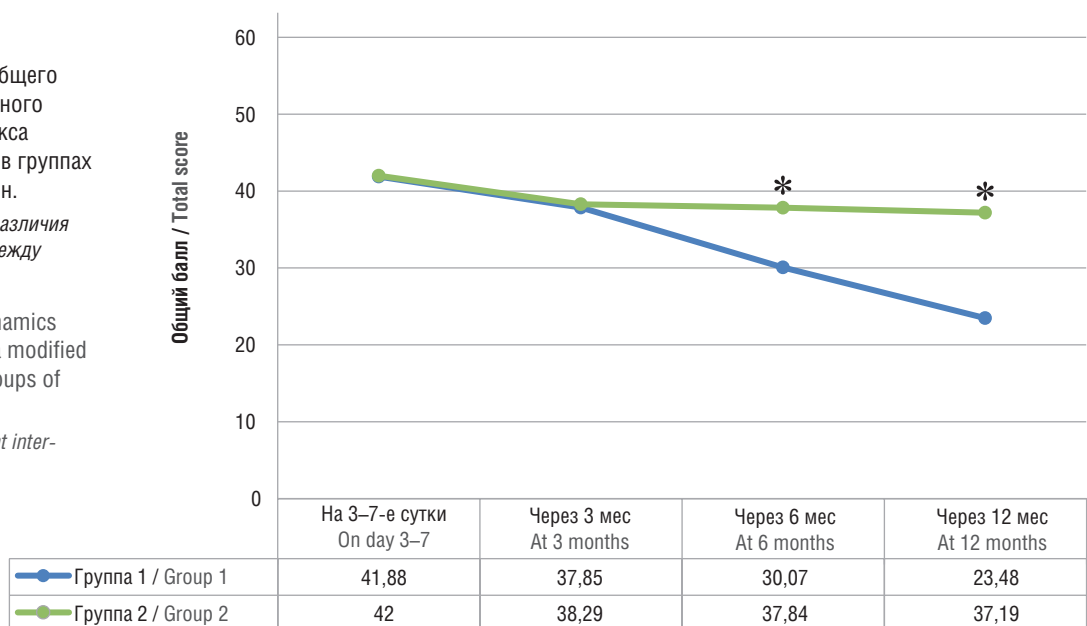
Назначение менопаузальной гормональной терапии для купирования проявлений ПОЭС высокоэффективно [19], однако ее применение при эстрогензависимых новообразованиях ограничено ввиду их гормонозависимой природы и вследствие этого повышения риска рецидива. Кроме того, сопутствующие соматические патологии у больных АГЭ

Рисунок 2. Динамика общего балла модифицированного менопаузального индекса Куппермана–Уваровой в группах обследованных женщин.

Примечание: * $p < 0,05$ – различия статистически значимы между группами.

Figure 2. Total score dynamics for Kupperman–Uvarova modified menopausal index in groups of women examined.

Note: * $p < 0,05$ – significant inter-group differences.



Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях

Таблица 3. Динамика показателей модифицированного менопаузального индекса Куппермана–Уваровой в группах обследованных женщин.

Table 3. Dynamically changed parameters based on Kupperman–Uvarova modified menopausal index in groups of women examined.

Время после хирургического лечения Time points post-surgery	Атипическая гиперплазия эндометрия Atypical endometrial hyperplasia Баллы / Score M ± σ		p (между группами) p (inter-groups)
	Группа 1 / Group 1 n = 27	Группа 2 / Group 2 n = 31	
Нейровегетативные нарушения / Neurovegetative disorders			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	27,92 ± 4,72	27,32 ± 5,67	0,664
Через 3 мес / At 3 months	22,88 ± 4,84	23,58 ± 3,02	0,511
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	0,002	
Через 6 мес / At 6 months	18,40 ± 3,83	22,42 ± 2,25	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	14,26 ± 2,52	21,25 ± 3,69	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Метаболические нарушения / Metabolic disorders			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	3,81 ± 1,36	3,84 ± 1,57	0,951
Через 3 мес / At 3 months	5,88 ± 2,10	5,38 ± 2,07	0,365
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	5,59 ± 1,34	6,90 ± 1,92	0,004
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	5,22 ± 1,50	7,51 ± 1,94	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	0,002	< 0,001	
Психозмоциональные нарушения / Psycho-emotional disorders			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	10,14 ± 2,11	10,83 ± 2,08	0,216
Через 3 мес / At 3 months	9,07 ± 1,96	9,32 ± 2,28	0,661
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	6,07 ± 1,99	8,51 ± 2,32	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	4,00 ± 1,49	8,41 ± 2,09	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Общий балл / Total score			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	41,88 ± 5,31	42,00 ± 6,22	0,942
Через 3 мес / At 3 months	37,85 ± 5,24	38,29 ± 4,62	0,736
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	0,010	
Через 6 мес / At 6 months	30,07 ± 4,08	37,84 ± 3,69	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	0,004	
Через 12 мес / At 12 months	23,48 ± 4,05	37,19 ± 4,94	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	0,002	

Примечание: p – t-тест Стьюдента для повторных измерений; выделены значимые различия.

Note: p – repeated measures Student's t-test; significant differences are shown in bold.

ограничивают их применение. Поэтому необходимы альтернативные методы коррекции ПОЭС. По данным литературы, для купирования симптомов ПОЭС эффективным является изменение образа жизни с помощью диеты и физической нагрузки, применения акупунктуры, использования негормональных препаратов [20, 21]. Данные комплексные мероприятия показали свою эффективность в минимизации проявлений хирургической менопаузы, что и было доказано в исследовании.

Оценка уровня тревоги и депрессии / Assessing anxiety and depression level

В таблице 4 и на рисунках 3 и 4 приведена динамика средних значений балла тревоги и депрессии для пациенток в зависимости от типа реабилитации. На 3–7-е сутки после операции в обеих группах показатели соответствовали субклинической тревоге, в то время как показатели депрессии соответствовали нормальным значениям. Уровень тревоги значительно снижался в группе «активной» реабилитации, достигая самого низко-

Таблица 4. Динамика показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии в группах обследованных женщин.

Table 4. Dynamically changed parameters based on Hospital Anxiety and Depression Scale in groups of women examined.

Время после хирургического лечения Time points post-surgery	Атипичная гиперплазия эндометрия Atypical endometrial hyperplasia Баллы / Score M ± σ		p (между группами) p (inter-groups)
	Группа 1 / Group 1 n = 27	Группа 2 / Group 2 n = 31	
Тревога / Anxiety			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	10,77 ± 2,36	10,54 ± 2,54	0,724
Через 3 мес / At 3 months	8,77 ± 1,72	8,42 ± 1,97	0,468
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	6,55 ± 1,57	8,74 ± 1,91	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	0,001	
Через 12 мес / At 12 months	4,55 ± 1,50	8,00 ± 2,01	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Депрессия / Depression			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	7,92 ± 2,25	7,61 ± 2,06	0,583
Через 3 мес / At 3 months	7,22 ± 2,20	6,61 ± 1,76	0,248
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	0,222	0,069	
Через 6 мес / At 6 months	6,07 ± 2,09	7,09 ± 2,10	0,069
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	0,007	0,255	
Через 12 мес / At 12 months	5,41 ± 2,17	6,58 ± 1,78	0,028
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	0,040	

Примечание: p – t-тест Стьюдента для повторных измерений; выделены значимые различия.

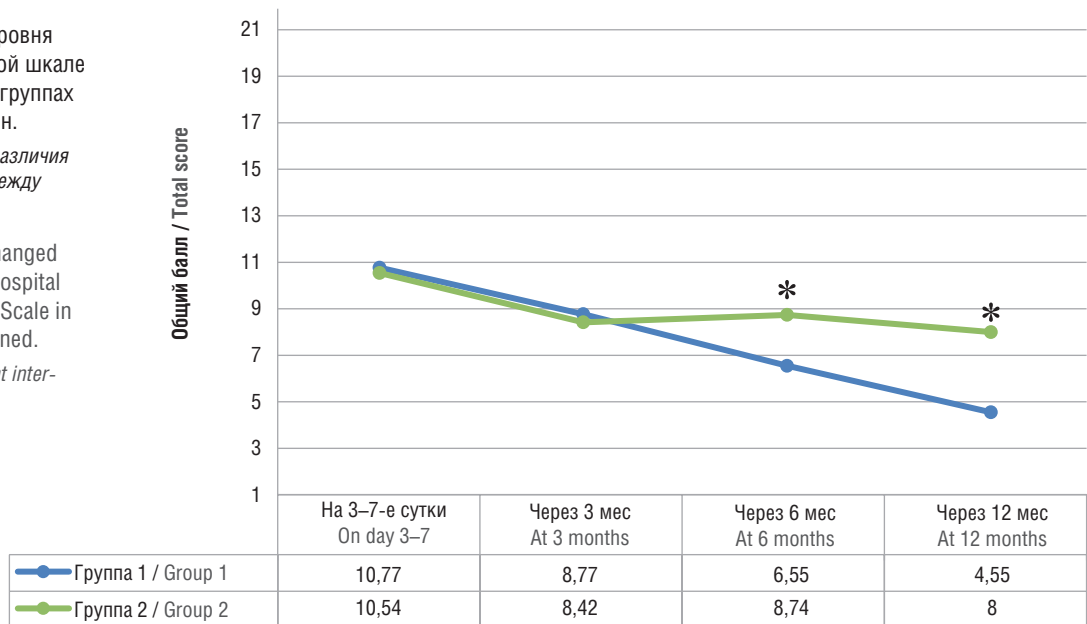
Note: p – repeated measures Student's t-test; significant differences are shown in bold.

Рисунок 3. Динамика уровня тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии в группах обследованных женщин.

Примечание: *p < 0,05 – различия статистически значимы между группами.

Figure 3. Dynamically changed anxiety level based on Hospital Anxiety and Depression Scale in groups of women examined.

Note: *p < 0.05 – significant inter-group differences.



го показателя к 12-у месяцу и соответствующему нормальным значениям в этом сроке (p < 0,001). Через 6 и 12 мес наблюдения показатели тревоги статистически значимо различались между группами, соответствуя нормальным значениям в группе «активной» реабилитации и субклинической тревоге в группе «пассивной» реабилитации (p < 0,001). Сохранение субклинической тревожности пациентки связывали с проявлениями

ПОЭС (ночной потливостью, приливами, учащенным сердцебиением, повышением массы тела), которые вызывали у них беспокойство, смену настроения, нарушения сна и вследствие этого увеличение потребления быстрых углеводов, что способствовало формированию и сохранению порочного круга.

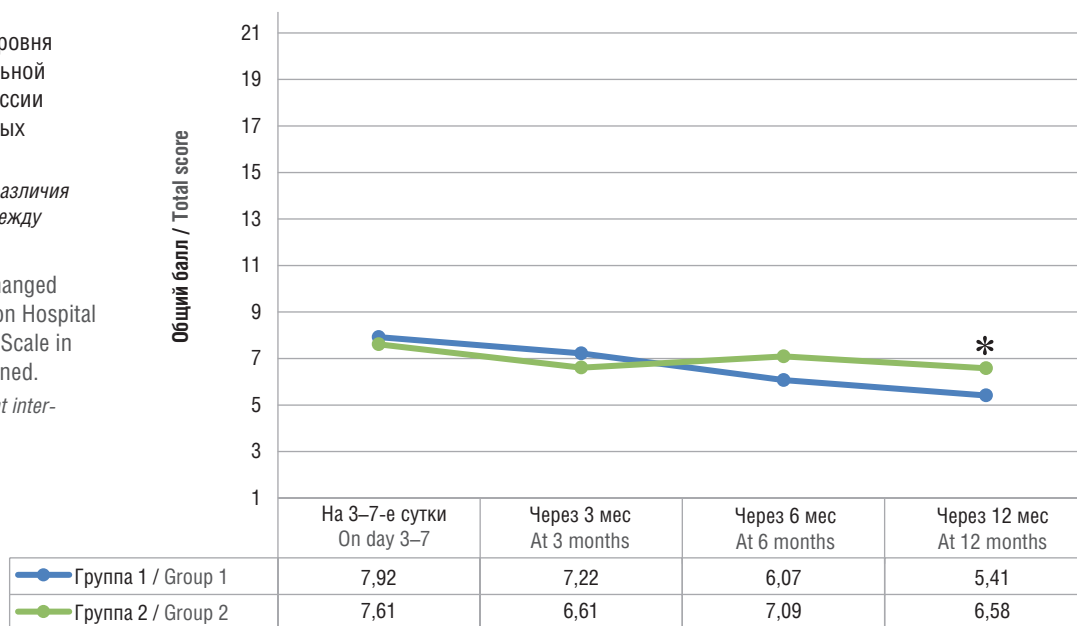
В 2-летнем проспективном продольном исследовании G. Ferrandina с соавт. [22] установили высо-

Рисунок 4. Динамика уровня депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии в группах обследованных женщин.

Примечание: * $p < 0,05$ – различия статистически значимы между группами.

Figure 4. Dynamically changed depression level based on Hospital Anxiety and Depression Scale in groups of women examined.

Note: * $p < 0.05$ – significant inter-group differences.



кую распространенность тревоги и депрессии после оперативного лечения, что коррелирует с полученными нами данными. Таким образом, понимание психоэмоционального состояния больных рецидивирующей АГЭ в разные временные точки поможет своевременно включить необходимые мероприятия по устранению тревожно-депрессивных расстройств, что улучшит КЖ в целом.

Оценка сексуальной функции / Assessing sexual function

На 3–7-е сутки все пациентки отмечали значительную сексуальную дисфункцию, что связано с отсутствием половой жизни в предшествующие 4 недели ввиду подготовки к предстоящему лечению. Через 3, 6 и 12 мес средние значения в каждой группе статистически значимо различались ($p < 0,05$). Динамика баллов FSFI в группах реабилитации представлена в **таблице 5** и на **рисунке 5**. При «активной» реабилитации произошло повышение сексуальной функции уже к 3-у месяцу наблюдения, и к 6-у месяцу показатель стал статистически значимо выше ($p < 0,001$). К 12-у месяцу по сравнению с группой «пассивной» реабилитации показатели сексуальной функции в группе «активной» реабилитации были выше на 5,1 балл, что связано с проведением данной группе пациенток мероприятий, включающих коррекцию ПОЭС, применение лубрикантов, укрепление мышц тазового дна, сеансов психотерапии, в том числе совместные консультации с партнерами больных. Больные группы «активной» реабилитации отмечали усиление влечения, возбуждения, лубрикации, увеличения частоты наступления оргазма, снижения боли при половом контакте по сравнению с группой «пассивной» реабилитации. При «пассивной» тактике ведения показатели сексуальной функции также повысились, что связано с воз-

обновлением половой жизни, однако увеличение показателей было не таким значительным по сравнению с группой «активной» реабилитации ($p < 0,001$).

Оценке сексуальной функции у женщин со злокачественными заболеваниями репродуктивной системы посвящается растущее количество научных работ [23–26], тем не менее в реальной клинической практике эта тема довольно редко поднимается пациенткой на приеме у лечащего врача. Основной причиной недостаточного внимания к этой проблеме является некомпетентность медицинского персонала, который в большинстве случаев не знает, как вывести пациентку на такой откровенный разговор и не может дать ответ на возникающие вопросы. Кроме того, ряд специалистов сообщают, что они боятся лишней раз расстроить пациентку и создать дополнительный повод для беспокойства [23].

Нарушение сексуальной функции связано с проводимым хирургическим вмешательством на женской репродуктивной системе, что меняет отношение пациентки к безопасности любого воздействия сексуального характера. Женщина чувствует себя неуверенно, у нее искажается образ и восприятие собственного тела. Снижение уровня половых гормонов приводит к сухости и жжению в области наружных половых органов, вследствие чего снижается либидо, появляется дискомфорт и болезненные ощущения во время полового акта [24, 25]. Кроме того, физические изменения приводят к комплексу неполноценности, тревожности, что опосредовано через гипоталамо-гипофизарную систему дополнительно снижает половую функцию. Порочный круг психофизиологических изменений приводит к половой дисфункции и негативным образом сказывается на взаимоотношениях с половым партнером, повышая тревожность и склонность к депрессиям. В нескольких исследованиях было по-

Рисунок 5. Динамика уровня сексуальной функции в группах обследованных женщин.

Примечание: * $p < 0,05$ – различия статистически значимы между группами.

Figure 5. Dynamically changed sexual function in groups of women examined.

Note: * $p < 0.05$ – significant inter-group differences.

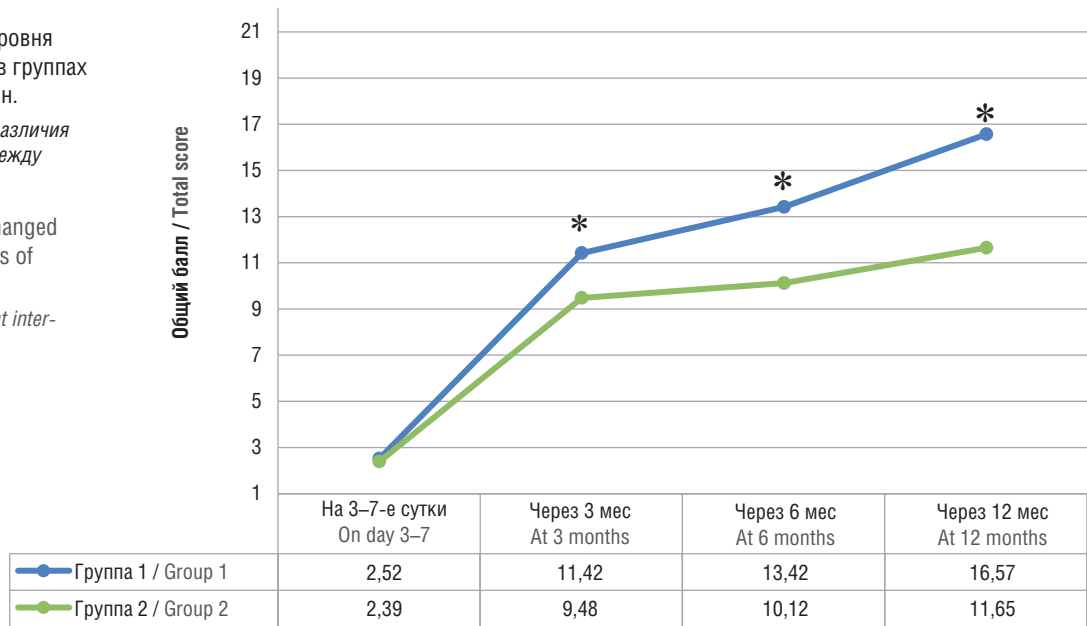


Таблица 5 (начало). Динамика индекса женской сексуальной функции по опроснику FSFI в группах обследованных женщин.

Table 5 (beginning). Dynamically changed Female Sexual Function Index (FSFI questionnaire) in groups of women examined.

Время после хирургического лечения Time points post-surgery	Атипичская гиперплазия эндометрия Atypical endometrial hyperplasia Баллы / Score M ± σ		p (между группами) p (inter-groups)
	Группа 1 / Group 1 n = 27	Группа 2 / Group 2 n = 31	
Влечение / Desire			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	1,24 ± 0,16	1,26 ± 0,18	0,764
Через 3 мес / At 3 months	1,77 ± 0,58	1,58 ± 0,57	0,216
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	0,003	
Через 6 мес / At 6 months	1,66 ± 0,45	1,64 ± 0,53	0,870
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	2,44 ± 0,57	1,74 ± 0,66	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Возбуждение / Arousal			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	0	0	–
Через 3 мес / At 3 months	1,71 ± 0,89	1,46 ± 0,66	0,288
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	2,08 ± 0,76	1,58 ± 0,91	0,029
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	2,70 ± 0,64	1,92 ± 0,82	< 0,0011
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Лубрификация / Lubrication			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	0	0	–
Через 3 мес / At 3 months	2,40 ± 0,60	1,91 ± 0,82	0,014
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	3,07 ± 0,58	2,10 ± 0,79	0,812
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	3,38 ± 1,40	2,54 ± 1,35	0,023
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	

Примечание: p – t-тест Стьюдента для повторных измерений; выделены значимые различия.

Note: p – repeated measures Student's t-test; significant differences are shown in bold.

Сравнительный анализ качества жизни у пациенток с атипической гиперплазией и раком эндометрия при различных реабилитационных мероприятиях

Таблица 5 (окончание). Динамика индекса женской сексуальной функции по опроснику FSFI в группах обследованных женщин.

Table 5 (ending). Dynamically changed Female Sexual Function Index (FSFI questionnaire) in groups of women examined.

Время после хирургического лечения Time points post-surgery	Атипическая гиперплазия эндометрия / Atypical endometrial hyperplasia Баллы / Score (n = 58) M ± σ		p (между группами) p (inter-groups)
	Группа 1 / Group 1 n = 27	Группа 2 / Group 2 n = 31	
Оргазм / Orgasm			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	0	0	–
Через 3 мес / At 3 months	1,66 ± 0,72	1,34 ± 0,64	0,082
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	1,89 ± 0,97	1,52 ± 0,66	0,089
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	2,34 ± 0,61	1,87 ± 1,00	0,042
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Удовлетворение / Satisfaction			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	1,27 ± 0,89	1,13 ± 0,71	0,513
Через 3 мес / At 3 months	1,97 ± 0,54	1,81 ± 0,67	0,295
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	0,002	0,002	
Через 6 мес / At 6 months	2,01 ± 0,76	1,83 ± 0,89	0,412
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	0,008	0,002	
Через 12 мес / At 12 months	2,76 ± 0,75	1,87 ± 0,73	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Боль / Pain			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	0	0	–
Через 3 мес / At 3 months	1,89 ± 0,73	1,37 ± 0,65	0,005
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	2,68 ± 0,63	1,43 ± 0,61	0,587
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	2,93 ± 1,75	1,69 ± 0,83	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Общий балл / Total score			
На 3–7-е сутки / On day 3–7	2,52 ± 0,88	2,39 ± 0,71	0,552
Через 3 мес / At 3 months	11,42 ± 2,39	9,48 ± 2,79	0,007
p-value 3 мес (в динамике) / p-value month 3 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 6 мес / At 6 months	13,42 ± 1,95	10,12 ± 2,44	< 0,001
p-value 6 мес (в динамике) / p-value month 6 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	
Через 12 мес / At 12 months	16,57 ± 3,53	11,65 ± 2,81	< 0,001
p-value 12 мес (в динамике) / p-value month 12 (in dynamics)	< 0,001	< 0,001	

Примечание: p – t-тест Стьюдента для повторных измерений; выделены значимые различия.

Note: p – repeated measures Student's t-test; significant differences are shown in bold.

казано, что нормализация интимных отношений, наоборот, благоприятным образом сказывается на половой функции, что может быть реализовано в программе реабилитации в качестве консультирования пациенток совместно с половыми партнерами [23–25].

Результаты данного исследования сопоставимы с динамикой восстановления сексуальной функции у женщин с «активной» реабилитацией после радикального оперативного лечения рака эндометрия, представленными в нашей предыдущей публикации с результатами первой части исследования [17].

Заключение / Conclusion

Радикальный подход к лечению рецидивирующей АГЭ у молодых пациенток сопряжен с развитием ПОЭС, психоэмоциональных расстройств, сексуальной дисфункции, что существенно снижает КЖ. Адекватная коррекция всех возникающих нарушений путем проведения реабилитационных мероприятий позволяет минимизировать проявления ПОЭС, улучшить сексуальную функцию, снизить уровень тревоги и депрессии, тем самым повышая общее КЖ.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 15.07.2022. В доработанном виде: 08.08.2022.	Received: 15.07.2022. Revision received: 08.08.2022.
Принята к печати: 18.08.2022. Опубликована: 30.08.2022.	Accepted: 18.08.2022. Published: 30.08.2022.
Вклад авторов	Author's contribution
Все авторы внесли равный вклад в написание и подготовку рукописи.	All authors contributed equally to the article.
Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи.	All authors have read and approved the final version of the manuscript.
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.	The authors declare no conflict of interests.
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки.	The authors declare no funding.
Благодарности	Acknowledgements
Авторы выражают искреннюю благодарность специалистам (реабилитологам, психотерапевтам, диетологам, врачам ЛФК, физиотерапевтам и др.), консультировавшим пациенток в рамках мультидисциплинарного подхода.	The authors are sincerely thankful to the multidisciplinary team of specialists (rehabilitologists, psychotherapists, nutritionists, physical therapy doctors, physiotherapists, etc.) who consulted the study patients.
Согласие пациентов	Patient consent
Получено.	Obtained.
Одобрение этического комитета	Ethics approval
Дизайн исследования утвержден локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол № 10-18 от 07.11.2018.	Study design was approved by the Local Ethics Committee of Sechenov University, protocol № 10-18 dated of 07.11.2018.
Политика раскрытия данных	Clinical Trials Disclosure Policy
План статистического анализа, принципы анализа и данные об отдельных участниках, лежащие в основе результатов, представленных в этой статье, после деидентификации (текст, таблицы) будут доступны по запросу исследователей, которые предоставят методологически обоснованное предложение для метаанализа данных индивидуальных участников спустя 3 мес и до 5 лет после публикации статьи. Предложения должны быть направлены на почтовый ящик antoninasolopova@yandex.ru. Чтобы получить доступ, лица, запрашивающие данные, должны будут подписать соглашение о доступе к данным.	The statistical analysis plan, analysis principles and data on individual participants that underlie the results presented in this article, after de-identification (text, tables) will be available at the request of researchers who will provide a methodologically sound proposal for a meta-analysis of individual participants' data 3 months later 5 years after the publication of the article. Proposals should be sent to the mailbox antoninasolopova@yandex.ru. In order to gain access, data requesters will need to sign a data access agreement.
Происхождение статьи и рецензирование	Provenance and peer review
Журнал не заказывал статью; внешнее рецензирование.	Not commissioned; externally peer reviewed.

Литература:

- World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics. Tumours of the breast and female genital organs. Eds. F.A. Tavassoli, P. Devilee. Lyon, France: IARC Press, 2003. 247–8.
- Reed S.D., Newton K.M., Clinton W.L. et al. Incidence of endometrial hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(6):678.e1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.02.032>.
- Emons G., Beckmann M.W., Schmidt D., Mallmann P., Uterus commission of the Gynecological Oncology Working Group (AGO). New WHO classification of endometrial hyperplasias. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015;75(2):135–6. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396256>.
- Zaino R., Carinelli S.G., Ellenson L.H. et al. Tumours of the uterine corpus: epithelial tumours and precursors. In: WHO classification of tumours of female reproductive organs. Eds. R.J. Kurman, M.L. Carcanglu, C.S. Herrington, R.H. Young. Geneva: WHO Press, 2014. 125–6.
- Leitao M.M., Kehoe S., Barakat R.R. et al. Comparison of D&C and office endometrial biopsy accuracy in patients with FIGO grade 1 endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol.* 2009;113(1):105–8. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.12.017>.
- Doherty M.T., Sanni O.B., Coleman H.G. et al. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15(4):e0232231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232231>.
- Taşkın S., Kan Ö., Dai Ö. et al. Lymph node dissection in atypical endometrial hyperplasia. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2017;18(3):127–32. <https://doi.org/10.4274/jtgga.2017.0043>.
- Vilos G.A., Oraif A., Vilos A.G. et al. Long-term clinical outcomes following resectoscopic endometrial ablation of non-atypical endometrial hyperplasia in women with abnormal uterine bleeding. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(1):66–77. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2014.07.009>.
- Gunderson C.C., Fader A.N., Carson K.A., Bristow R.E. Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. *Gynecol Oncol.* 2012;125(2):477–82. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.003>.
- Санджиева Л., Идрисова Л., Солопова А. и др. Рак эндометрия: актуальность вопроса и возможности реабилитации. *Врач.* 2020;(2):7–12. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-02>.
- Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Солопова А.Г. и др. Реабилитация онкогинекологических больных после противоопухолевой терапии: пути решения. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2020;14(1):44–55. <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2020.14.1.44-55>.
- McCarroll M.L., Armbruster S., Frasure H.E. et al. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecol Oncol.* 2014;132(2):397–402. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.12.023>.
- Sekse R.J.T., Blaaka G., Buestad I. et al. Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help? *Scand J Caring Sci.* 2014;28(1):112–21. <https://doi.org/10.1111/scs.12024>.
- Silver J.K. Integrating rehabilitation into the cancer care continuum. *PM R.* 2017;9(9 Suppl 2):S291–S296. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.07.075>.
- Stout N.L., Silver J.K., Alfano C.M. et al. Long-term survivorship care after cancer treatment: a new emphasis on the role of rehabilitation services. *Phys Ther.* 2019;99(1):10–3. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy115>.
- Гиперплазия эндометрия. Клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. 19 с. Режим доступа: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/646>. [Дата доступа: 01.08.2022].
- Санджиева Л.Н., Солопова А.Г., Блинов Д.В. и др. Персонализированная программа комплексной реабилитации после хирургического

лечения рака эндометрия: результаты проспективного рандомизированного сравнительного исследования. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2022;16(2):143–57. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.318>.

18. Ferguson S.E., Panzarella T., Lau S. et al. Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2018;149(3):476–83. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.04.558>.
19. Gordhandas S., Norquist B.M., Pennington K.P. et al. Hormone replacement therapy after risk reducing salpingo-oophorectomy in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations; a systematic review of risks and benefits. *Gynecol Oncol*. 2019;153(1):192–200. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.12.014>.
20. Del Carmen M.G., Rice L.W. Management of menopausal symptoms in women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol*. 2017;146(2):427–35. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.06.013>.
21. Whicker M., Black J., Altwerger G. et al. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer.

References:

1. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics. Tumours of the breast and female genital organs. Eds. F.A. Tavassoli, P. Devilee. Lyon, France: IARC Press, 2003. 247–8.
2. Reed S.D., Newton K.M., Clinton W.L. et al. Incidence of endometrial hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(6):678.e1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.02.032>.
3. Emons G., Beckmann M.W., Schmidt D., Mallmann P., Uterus commission of the Gynecological Oncology Working Group (AGO). New WHO classification of endometrial hyperplasias. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2015;75(2):135–6. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396256>.
4. Zaino R., Carinelli S.G., Ellenson L.H. et al. Tumours of the uterine corpus: epithelial tumours and precursors. In: WHO classification of tumours of female reproductive organs. Eds. R.J. Kurman, M.L. Carcanglu, C.S. Herrington, R.H. Young. Geneva: WHO Press, 2014. 125–6.
5. Leitao M.M., Kehoe S., Barakat R.R. et al. Comparison of D&C and office endometrial biopsy accuracy in patients with FIGO grade 1 endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol*. 2009;113(1):105–8. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.12.017>.
6. Doherty M.T., Sanni O.B., Coleman H.G. et al. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232231>.
7. Taşkın S., Kan Ö., Dai Ö. et al. Lymph node dissection in atypical endometrial hyperplasia. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2017;18(3):127–32. <https://doi.org/10.4274/jtgga.2017.0043>.
8. Vilos G.A., Oraif A., Vilos A.G. et al. Long-term clinical outcomes following resectoscopic endometrial ablation of non-atypical endometrial hyperplasia in women with abnormal uterine bleeding. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015;22(1):66–77. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2014.07.009>.
9. Gunderson C.C., Fader A.N., Carson K.A., Bristow R.E. Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. *Gynecol Oncol*. 2012;125(2):477–82. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.003>.
10. Sandzhieva L., Idrisova L., Solopova A. et al. Endometrial cancer: the relevance of the issue and the possibility of rehabilitation. [Rak endometriya: aktual'nost' voprosa i vozmozhnosti reabilitacii]. *Vrach*. 2020;(2):7–12. (In Russ.). <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-02>.
11. Vlasina A.V., Idrisova L.E., Solopova A.G. et al. Rehabilitation of oncogynecological patients after antitumor therapy: ways of solution. [Reabilitaciya onkoginekologicheskikh bol'nyh posle protivopuholevoj terapii: puti resheniya]. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2020;14(1):44–55. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2020.14.1.44-55>.
12. McCarroll M.L., Armbruster S., Frasure H.E. et al. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecol Oncol*. 2014;132(2):397–402. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.12.023>.
13. Sekse R.J.T., Blaaka G., Buestad I. et al. Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help? *Scand J Caring Sci*. 2014;28(1):112–21. <https://doi.org/10.1111/scs.12024>.
14. Silver J.K. Integrating rehabilitation into the cancer care continuum. *PM R*. 2017;9(9 Suppl 2):S291–S296. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.07.075>.
15. Stout N.L., Silver J.K., Alfano C.M. et al. Long-term survivorship care after cancer treatment: a new emphasis on the role of rehabilitation services. *Phys Ther*. 2019;99(1):10–3. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy115>.
16. Endometrial hyperplasia. Clinical guidelines. [Giperplaziya endometriya. Klinicheskie rekomendacii]. Moscow: Ministerstvo zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii, 2021. 19 p. (In Russ.). Available at: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/646>. [Accessed: 01.08.2022].
17. Sandzhieva L.N., Solopova A.G., Blinov D.V. et al. Personalized comprehensive rehabilitation program after surgical treatment of endometrial cancer: results of a prospective randomized comparative study. [Personificirovannaya programma kompleksnoj reabilitacii posle hirurgicheskogo lecheniya raka endometriya: rezul'taty prospektivnogo randomizirovannogo sravnitel'nogo issledovaniya]. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2022;16(2):143–57. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.318>.
18. Ferguson S.E., Panzarella T., Lau S. et al. Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2018;149(3):476–83. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.04.558>.
19. Gordhandas S., Norquist B.M., Pennington K.P. et al. Hormone replacement therapy after risk reducing salpingo-oophorectomy in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations; a systematic review of risks and benefits. *Gynecol Oncol*. 2019;153(1):192–200. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.12.014>.
20. Del Carmen M.G., Rice L.W. Management of menopausal symptoms in women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol*. 2017;146(2):427–35. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.06.013>.
21. Whicker M., Black J., Altwerger G. et al. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):395–403. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.012>.
22. Ferrandina G., Petrillo M., Mantegna G. et al. Evaluation of quality of life and emotional distress in endometrial cancer patients: a 2-year prospective, longitudinal study. *Gynecol Oncol*. 2014;133(3):518–25. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.03.015>.
23. Gao H., Xiao M., Bai H., Zhang Z. Sexual function and quality of life among patients with endometrial cancer after surgery. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(3):608–12. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000905>.
24. Del Pup L., Villa P., Amar I.D. et al. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(3):630–4. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000096>.
25. Olsson M., Steineck G., Enskär K. et al. Sexual function in adolescent and young adult cancer survivors—a population-based study. *J Cancer Surviv*. 2018;12(4):450–9. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0684-x>.
26. Buckingham L., Haggerty A., Graul A. et al. Sexual function following hysterectomy for endometrial cancer: A five-year follow up investigation. *Gynecol Oncol*. 2019;152(1):139–44. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.10.025>.

Сведения об авторах:

Санджиева Лидия Николаевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии 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), Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5083-6581>. РИНЦ SPIN-код: 7228-3726.

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии 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), Москва, Россия. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>. Scopus Author ID: 6505479504. Researcher ID: Q-1385-2015.

Блинов Дмитрий Владиславович – к.м.н., руководитель по медицинским и научным вопросам, Институт Превентивной и Социальной Медицины, Москва, Россия; врач-невролог, Клинический Госпиталь Лапино, ГК «Мать и Дитя», Московская область, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3367-9844>. Scopus Author ID: 6701744871. Researcher ID: E-8906-2017. RSCI: 9779-8290.

Галкин Всеволод Николаевич – д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6619-6179>.

Ачкасов Евгений Евгеньевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9964-5199>.

About the authors:

Lidiya N. Sandzhieva – MD, Postgraduate Student, Department of Obstetrics and Gynecology, Filatov Clinical Institute of Children's Health, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5083-6581>. RSCI SPIN-code: 7228-3726.

Antonina G. Solopova – MD, Dr Sci Med, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Filatov Clinical Institute of Children's Health, Sechenov University, Moscow, Russia. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>. Scopus Author ID: 6505479504. Researcher ID: Q-1385-2015.

Dmitry V. Blinov – MD, PhD, MBA, Head of Medical and Scientific Affairs, Institute for Preventive and Social Medicine, Moscow, Russia; Neurologist, Lapino Clinical Hospital, MD Medical Group, Moscow region, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3367-9844>. Scopus Author ID: 6701744871. Researcher ID: E-8906-2017. RSCI: 9779-8290.

Vsevolod N. Galkin – MD, Dr Sci Med, Professor, Chief Physician, City Clinical Oncological Hospital № 1, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6619-6179>.

Evgeniy E. Achkasov – MD, Dr Sci Med, Professor, Head of the Department of Sports Medicine and Rehabilitation, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9964-5199>.