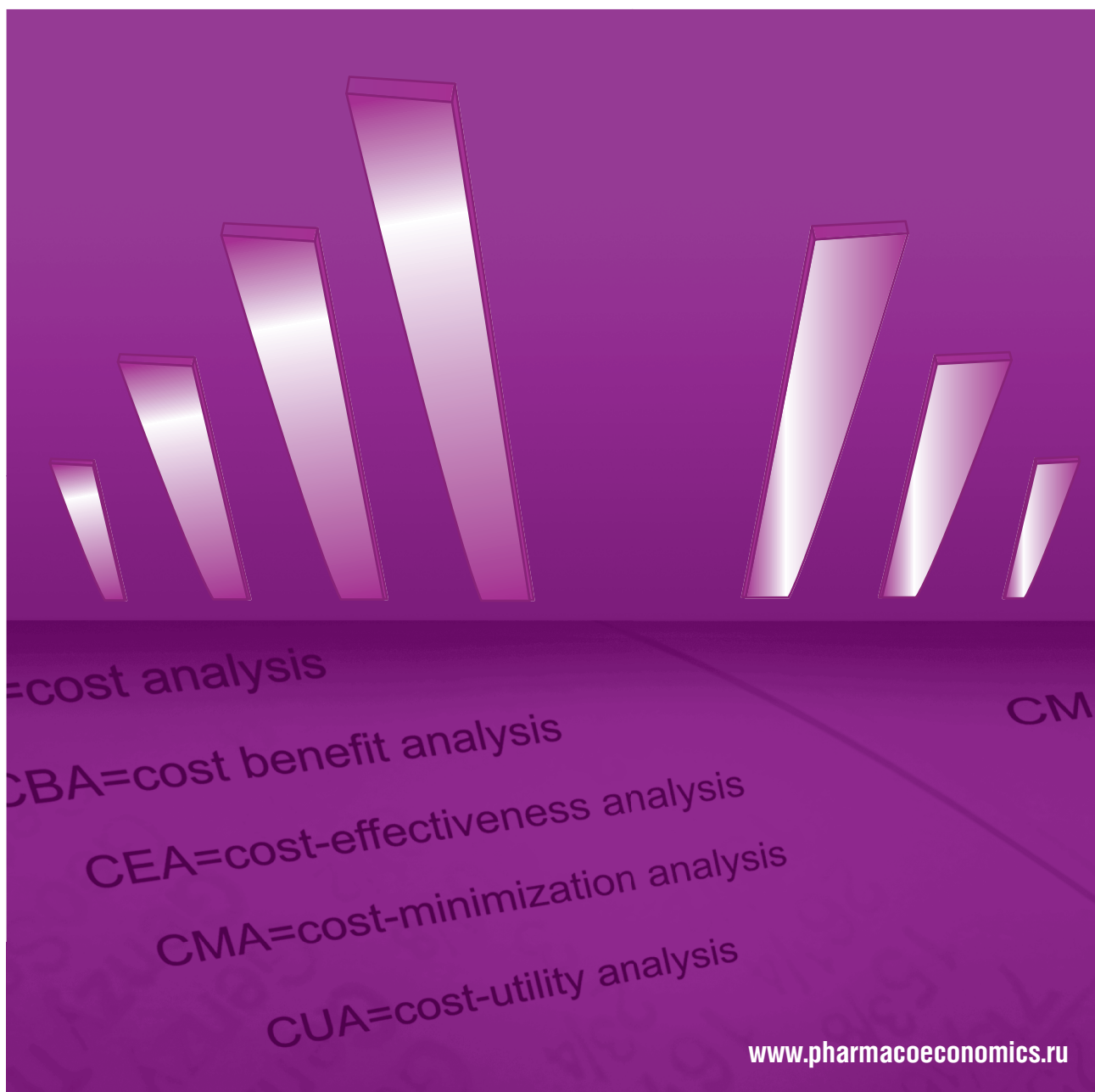


Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2022 Vol. 15 No. 1

№1

Том 15

2022



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.132>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы

Блинов Д.В.^{1,2}, Солопова А.Г.³, Плутницкий А.Н.^{4,5},
Ампилогова Д.М.³, Санджиева Л.Н.³, Корабельников Д.И.²,
Петренко Д.А.³

¹ Институт Превентивной и Социальной Медицины (ул. Садовая-Триумфальная, д. 4/10, Москва 127006, Россия)

² Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Газа» (ул. 2-я Брестская, д. 5, стр. 1-1а, Москва 123056, Россия)

³ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет) (ул. Трубецкая, д. 8/2, Москва 119048, Россия)

⁴ Министерство здравоохранения Российской Федерации (Рахмановский пер., д. 3, Москва 127994, Россия)

⁵ Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России (ул. Живописная, д. 46, стр. 8, Москва 123098, Россия)

Для контактов: Блинов Дмитрий Владиславович, e-mail: blinov2010@googlemail.com

РЕЗЮМЕ

В последние десятилетия растет заболеваемость злокачественными новообразованиями женской половой системы. Особенно актуальным это становится у женщин репродуктивного возраста вследствие «омоложения» опухолевой патологии. Морфо-функциональные нарушения и агрессивные методы противоопухолевой терапии оказывают сильнейшее влияние на качество жизни, психологическое благополучие, эмоциональную стабильность, взаимоотношения в семье, приводя к ограничению физиологических и социальных возможностей. Реабилитационные программы для онкогинекологических больных направлены на предотвращение нежелательных последствий самого заболевания, его лечения и рецидивов. Особую роль играет «пререабилитация», включающая оказание необходимой психологической и специализированной медицинской помощи пациентке в период от момента постановки диагноза до начала терапии. Своевременное осуществление мероприятий по реабилитации позволяет снизить число повторных госпитализаций, связанных с побочными явлениями химиотерапии, осложнениями от радиотерапии, противоопухолевого лечения и радикальных хирургических вмешательств. Реабилитация как часть стандартной лечебной тактики способна уменьшить фармакоэкономический ущерб для системы здравоохранения. Однако для внедрения реабилитации на уровне системы здравоохранения требуются дальнейшие клинические и фармакоэкономические исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Онкогинекологические заболевания, репродуктивный возраст, «пререабилитация», реабилитация, качество жизни, психосоциальная сфера, адаптация, социальная значимость, система здравоохранения.

Статья поступила: 09.02.2022 г.; в доработанном виде: 20.03.2022 г.; принята к печати: 31.03.2022 г.

Конфликт интересов

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

Вклад авторов

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н., Ампилогова Д.М., Санджиева Л.Н., Корабельников Д.И., Петренко Д.А. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2022; 15 (1): 119–130. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.132>.

Strengthening health care to provide rehabilitation services for women with cancer diseases of the reproductive system

Blinov D.V.^{1,2}, Solopova A.G.³, Plutnitskiy A.N.^{4,5}, Ampilogova D.M.³, Sandzhieva L.N.³, Korabel'nikov D.I.², Petrenko D.A.³

¹ Institute for Preventive and Social Medicine (4/10 Sadovaya-Triumfalnaya Str., Moscow 127006, Russia)

² Moscow Haass Medical Social Institute (5 bldg 1-1a 2nd Brestskaya Str., Moscow 123056, Russia)

³ Sechenov University (8/2 Trubetskaya Str., Moscow 119991, Russia)

⁴ Ministry of Health of the Russian Federation (3 Rakhmanovskiy Aly, Moscow 127994, Russia)

⁵ Medico-Biological University of Innovation and Continuing Education, State Scientific Center of the Russian Federation – Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Federal Medical and Biological Agency of Russia (46 bldg 8 Zhivopisnaya Str., Moscow 123098, Russia)

Corresponding author: Dmitry V. Blinov, e-mail: blinov2010@googlemail.com

SUMMARY

During the past decades, the prevalence of cancer diseases of female reproductive system has been constantly growing. The issue is especially acute in reproductive-age women because of earlier oncological pathology onset. Morpho-functional disorders and aggressive methods of anti-tumor therapy significantly affect the patients' quality of life, psychological well-being, emotional stability, and family relationship, which leads to a limitation of physiological and social possibilities. Rehabilitation programs for oncological patients target to prevent unwanted sequela of the disease, its therapy, and relapses. Pre-rehabilitation plays a special role. It includes psychological and specialized medical care for the patient during the period from the disease verification to the start of therapy. Timely rehabilitation measures reduce the rate of repeated hospitalizations for side effects of chemotherapy, radiotherapy complications, antitumor therapy, and radical surgical interventions. Rehabilitation as a part of standard therapeutic strategy can reduce pharmacoeconomical burden for the health care system. However, further clinical and pharmacoeconomic studies are required for the implementation of rehabilitation at the level of the health care system.

KEYWORDS

Cancer diseases, reproductive age, pre-rehabilitation, rehabilitation, quality of life, psychological sphere, adaptation, social significance, health care system.

Received: 09.02.2022; **in the revised form:** 20.03.2022; **accepted:** 31.03.2022

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclose regarding the conflict of interests with respect to this manuscript.

Author's contribution

The authors contributed equally to this article.

For citation

Blinov D.V., Solopova A.G., Plutnitskiy A.N., Ampilogova D.M., Sandzhieva L.N., Korabel'nikov D.I., Petrenko D.A. Strengthening health care to provide rehabilitation services for women with cancer diseases of the reproductive system. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2022; 15 (1): 119–130 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.132>.

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

По данным Global Cancer Statistics, в 2020 г. во всем мире было зарегистрировано 19,3 млн новых случаев рака и почти 10,0 млн случаев фатальных исходов вследствие опухолевой патологии. Важно отметить, что рак молочной железы (РМЖ) у женщин как наиболее часто диагностируемая патология превзошел рак легких: было установлено 2,3 млн новых случаев РМЖ (11,7%). На втором месте – рак легких (11,4%), далее следуют колоректальный рак (10%), рак предстательной железы (7,3%) и рак желудка (5,6%). Заболеваемость раком шейки матки (РШМ) составила 3,1% от всех случаев диагностированного рака, однако смертность от РШМ – 3,4% от всех фатальных исходов, обусловленных онкологическими заболеваниями. РМЖ у женщин составил 6,9% в структуре смертности от рака. Ожидается, что в 2040 г. глобальная заболеваемость опухолевыми патологиями составит 28,4 млн случаев, что на 47% больше, чем в 2020 г. [1]. Причем, по данным I. Soerjomataram et al., к 2070 г. заболеваемость шестью самыми встречаемыми нозологиями увеличится: в случае

колоректального рака – на 2,9 млн, РМЖ – на 2,3 млн, рака легких – на 1,7 млн, рака предстательной железы – на 1,6 млн, рака желудка – на 0,3 млн, РШМ – на 0,06 млн [2].

Таким образом, наблюдается отчетливая закономерность по увеличению онкологической заболеваемости во всем мире, включая онкологическую заболеваемость репродуктивной сферы. При этом за минувшие десятилетия появилась тенденция к «омоложению» опухолей и более частому появлению их у женщин репродуктивного возраста [3]. Распространенность случаев онкологических заболеваний органов репродуктивной системы остается на высоком уровне в Российской Федерации, не уступая мировым показателям: на 100 тыс. населения фиксируется 471,5 случаев РМЖ, 180,5 – рака тела матки (РТМ), 123,7 – РШМ, 76,2 случая овариальных неоплазий [4]. Эпидемиология опухолей в России и других странах демонстрирует значительный рост числа больных, состоящих на диспансерном учете по поводу рака, в частности онкопатологий репродуктивной системы.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Пациенткам с онкогинекологическими заболеваниями для эффективного лечения и восстановления требуется реабилитация. Внедрение реабилитационных мероприятий позволяет сохранить качество жизни и социальную функцию
- ▶ В ряде стран в составе системы здравоохранения существует реабилитационная программа для онкологических больных, при этом особое внимание уделяется «пререабилитации»

Что нового дает статья?

- ▶ Подробно рассмотрена концепция «пререабилитации» на этапе от момента постановки диагноза до начала лечения, ее роль в благоприятном исходе у пациенток онкогинекологического профиля
- ▶ Приводятся примеры формирования реабилитационных программ в системах здравоохранения западных стран. Обобщен позитивный опыт и нерешенные вопросы, а также сформулированы пробелы в оценке экономической эффективности

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Внедрение реабилитационных мероприятий у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы будет способствовать снижению количества осложнений как самого заболевания, так и нежелательных явлений противоопухолевой терапии, тем самым сохраняя дееспособность женщин, повышая их качество жизни и позитивно влияя на психологическую сферу
- ▶ Реабилитация уменьшит экономическое бремя на систему здравоохранения и должна быть рассмотрена в рамках государственных программ и стандартов лечения онкогинекологических больных после дальнейших исследований с учетом особенностей системы здравоохранения в России

Highlights

What is already known about the subject?

- ▶ Patients with oncogynecological diseases require rehabilitation for effective treatment and recovery. The implementation of rehabilitation measures will preserve the quality of life and social functioning
- ▶ Health care systems of some countries provide rehabilitation program for cancer patients. Special attention is paid to pre-rehabilitation

What are the new findings?

- ▶ A concept of pre-rehabilitation was studied in the period from diagnosis verification to the start of treatment and its role in the favorable outcome in oncological patients
- ▶ Examples are given on the preparation of rehabilitation programs in the health care systems in Western countries. Positive experience and unsolved issues were collected and analyzed. Understudied areas in the economic effectiveness were identified

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

- ▶ The implementation of rehabilitation measures for women with cancer diseases of the reproductive system will contribute to a decrease in the rate of complications associated with the disease and adverse effects of antitumor therapy, which will preserve women's capacity, increase their quality of life, and positively influence their psychological status
- ▶ Rehabilitation will reduce economic burden on the health care system. It has to be included in the state programs and standards of treatment of cancer patients after further studies considering the peculiarities of the health care system of the Russian Federation

Данная категория пациенток чаще всего встречается с проблемой снижения качества жизни как из-за влияния самой болезни, так и вследствие тяжелых диагностических и лечебных мероприятий, постоперационных осложнений и побочных явлений химиотерапии. В результате больная лишается возможности вести полноценный, привычный ей образ жизни, иногда вплоть до инвалидизации. Это приводит к ограничениям в реализации профессиональных, общественных и личных интересов. Нередко пациенткам приходится уходить с работы из-за снижения трудоспособности, а их родственникам – брать больничный/внеплановый отпуск для ухода за ними в периоды декомпенсации заболевания, после оперативных вмешательств и т.п. Помимо непосредственных морфофункциональных последствий заболевания следует выделить психологический аспект. Онкологические больные наиболее уязвимы в плане душевных переживаний, стресса, тревоги и депрессивных расстройств. Множество психотравмирующих событий, с которыми им приходится сталкиваться, оказывает непоправимое влияние на все сферы жизни. Снизить негативное воздействие на перечисленные составляющие можно путем своевременной и комплексной реабилитации данной категории пациенток [1–5].

РЕАБИЛИТАЦИЯ – ОСНОВНАЯ СТРАТЕГИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В XXI ВЕКЕ / REHABILITATION: THE MAIN STRATEGY OF PUBLIC HEALTH IN THE 21st CENTURY

В XXI веке реабилитация пациентов выходит на новый уровень значимости и становится основной стратегией общественного здравоохранения. Современное здравоохранение уделяет повышенное внимание методам, направленным на улучшение функционирования человека в дополнение к стремлению снижения

показателей смертности. Новая тенденция заключается в содействии увеличению не только продолжительности жизни, но и ее качества. Именно реабилитация, по мнению международных экспертов, является ключом к оптимизации функционирования и качества жизни человека. Что несет в себе термин «функционирование»? В данном контексте это означает возможность человека совершать привычные ему действия как физиологического, так и социально-общественного, творческого характера. Ограничение функционирования (например, подвижности, познания, дыхания, зрения, общения) является основной «мишенью» реабилитационных мероприятий, именно их предотвращение или минимизация становятся главной задачей реабилитации [2, 3, 5–7].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доступ к реабилитационным программам должен увеличиваться пропорционально неотложной, травматической медицинской помощи [8]. Интеграция реабилитации в систему здравоохранения и обеспечение как можно более раннего доступа к услугам данной сферы позволит достичь оптимальных результатов проведенных или параллельных медицинских вмешательств, снизить риски осложнений и ограничения функционирования, что может повысить качество здоровья и жизни пациента, уменьшить экономическое и социальное бремя системы здравоохранения. Система ВОЗ ориентирована, в первую очередь, на человека в рамках комплексного ухода, а не на нозологическую единицу. В своем первоначальном значении реабилитация отвечает потребностям отдельных людей с учетом их индивидуальных приоритетов с целью устранения ограничения функционирования на протяжении всего периода оказания медицинской помощи и всей жизни конкретного пациента. Таким образом, по мере того как страны переходят к комплексному подходу оказания необходимых лечебных мероприятий, ориентированных на человека, крайне

важно, чтобы качественная реабилитация была включена в модели предоставления услуг. Все большее значение приобретает долгосрочная модель ухода, в основе которой лежит уже не пропаганда, профилактика, лечение и паллиативная помощь, а реабилитация – благодаря ее влиянию не только на восстановление утраченных функций, но и на повышение качества жизни [7, 8].

Своевременная реабилитация положительно влияет не только на пациента и его близких, но и на здравоохранение в целом, другие сектора (социальную сферу, образование, трудовую деятельность). Благодаря реабилитационному этапу происходит сокращение продолжительности пребывания в стационаре, повторных госпитализаций, случаев дорогостоящих и потенциально смертельных осложнений, что снижает экономическую нагрузку на здравоохранение и государство в долгосрочной перспективе. Человек, восстановивший функционирование в рамках реабилитации, возвращает прежнюю степень независимости, может возобновить образование, работу и сократить этим расходы, связанные с постоянным уходом и поддержкой, которые несут социальные службы или семья [3, 5, 7, 8].

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ / PRINCIPLES OF REHABILITATION ORGANIZATION

По данным Н. Hoeing et al., для успешной реализации реабилитационной стратегии необходимо понимать причины ограниченный функционирования или инвалидности в конкретном случае, на их основе строить определенный диагностический подход и выбор лечебной тактики [9]. Для ведения пациентов с инвалидностью применяются две традиционные концептуальные модели здоровья и болезни: биомедицинская и биопсихосоциальная. Биомедицинская модель фокусируется на этиологии и патофизиологии патологических процессов в рамках живых организмов. Она отслеживает причинно-следственную связь и в большей степени применима к линейным однонаправленным процессам. Биопсихосоциальная модель рассматривает болезнь с точки зрения среды, в которой она развилась, окружающих внешних факторов, способствовавших ее формированию, дальнейшего функционирования и благополучия больного в обществе. Инвалидность – это совокупность биологических анатомо-физиологических нарушений, социальной дезадаптации и экономических потерь. С этой точки зрения логичным подходом к снижению инвалидности как исхода заболевания представляется использование совокупности описанных моделей. Наиболее известной концептуальной основой инвалидности является принятая ВОЗ модель, представленная на **рисунке 1**. Она отражает ограничение функционирования как поэтапный процесс от пусковых механизмов, реализующих болезнь, до исхода болезни в виде инвалидности с учетом всех сопутствующих событий, способствовавших прогрессированию заболевания.

Факторы, меняющие риск инвалидности, могут действовать в определенных точках на пути от болезни к потере функционирования в виде дефекта/неполноценности. К ним относятся внутренние (эндогенные) факторы индивида или внешние (экзогенные). К внутренним относят психологические аспекты (например, мотивация, депрессия), образование, культуру и сопутствующие заболевания, повышающие риск инвалидизации. Существуют также циклы обратной взаимосвязи между одним и другим нарушениями. Например, пациент с нарушением походки может упасть и получить травму конечности, что приведет к новым дефектам и прогрессированию заболевания, функциональной ограниченности. Внешние факторы включают медицинские вме-

шательства (профилактические мероприятия, медикаментозное лечение, хирургические и реабилитационные вмешательства), социальную поддержку и финансы.

Пол, возраст и раса связаны с различиями в риске возникновения инвалидности. Однако вклад этих различий до конца не установлен и может быть связан с разницей в вероятности сопутствующих заболеваний и нарушений, в ожидаемой продолжительности жизни, в профилактической медицинской помощи и ее качестве, в социально-экономическом статусе и/или культурных и образовательных различиях, которые влияют на то, как люди справляются с нарушениями и инвалидностью.

Характер и тяжесть инвалидности в значительной степени определяются взаимодействием человека с социальным и экологическим окружением, приспособленностью общества к сосуществованию и совместной деятельности с людьми, частично утратившими полноценность функционирования. Лечение данной категории людей происходит в основном за счет внешних факторов, оказывающих влияние на разных этапах процесса формирования неполноценности по той или иной системе органов. Например, своевременная и правильная терапия заболевания может предотвратить потерю определенной функции, оказанная реабилитационная помощь позволяет вернуть частично утраченные функции и качество жизни, предоставление вспомогательных устройств может интегрировать человека в общество и привычную для него деятельность, недоступную без специального оборудования [7–9].

Таким образом, принципы организации реабилитации должны основываться на своевременном применении специализированной помощи на конкретном этапе пути болезни пациента, чтобы прервать порочный круг взаимодействия внутренних и внешних факторов, приводящих к формированию и прогрессированию патологии.

ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ / APPROACHES TO REHABILITATION OF FEMALE CANCER PATIENTS

Пациент, столкнувшийся с онкологическим диагнозом, в частности репродуктивной системы, требует комплексного подхода мультидисциплинарной команды специалистов. На каждом этапе, от момента постановки диагноза до лечения и периода ремиссии, необходимо оценивать его психологическое благополучие и оказывать помощь в необходимом объеме [2, 3, 5]. Успехи в диагностике опухолей и внедрение новых высокотехнологичных методов их лечения за последнее десятилетие значительно увеличили продолжительность жизни пациентов и показатели их 5-летней выживаемости. Однако до сих пор хирургические вмешательства остаются достаточно агрессивными, лучевая, химиотерапия и заместительная гормональная терапия вызывают у пациентов множество побочных явлений, иногда и тяжелых декомпенсированных состояний, вызванных срывом адаптации организма к проводимому лечению [5, 6]. У онкогинекологических больных в большинстве случаев развивается хирургическая менопауза после проведенных радикальных операций, сопровождающаяся генитоуринарным менопаузальным синдромом, включающим вульвовагинальную атрофию, диспареунию, дизурию, рецидивирующие урогенитальные инфекции, расстройства сексуальной функции и психологические проблемы [7–10]. Наиболее тяжелыми такими последствия представляются у пациенток репродуктивного возраста, для которых реализация семейных отношений является крайне актуальной. Вследствие отсутствия у больных

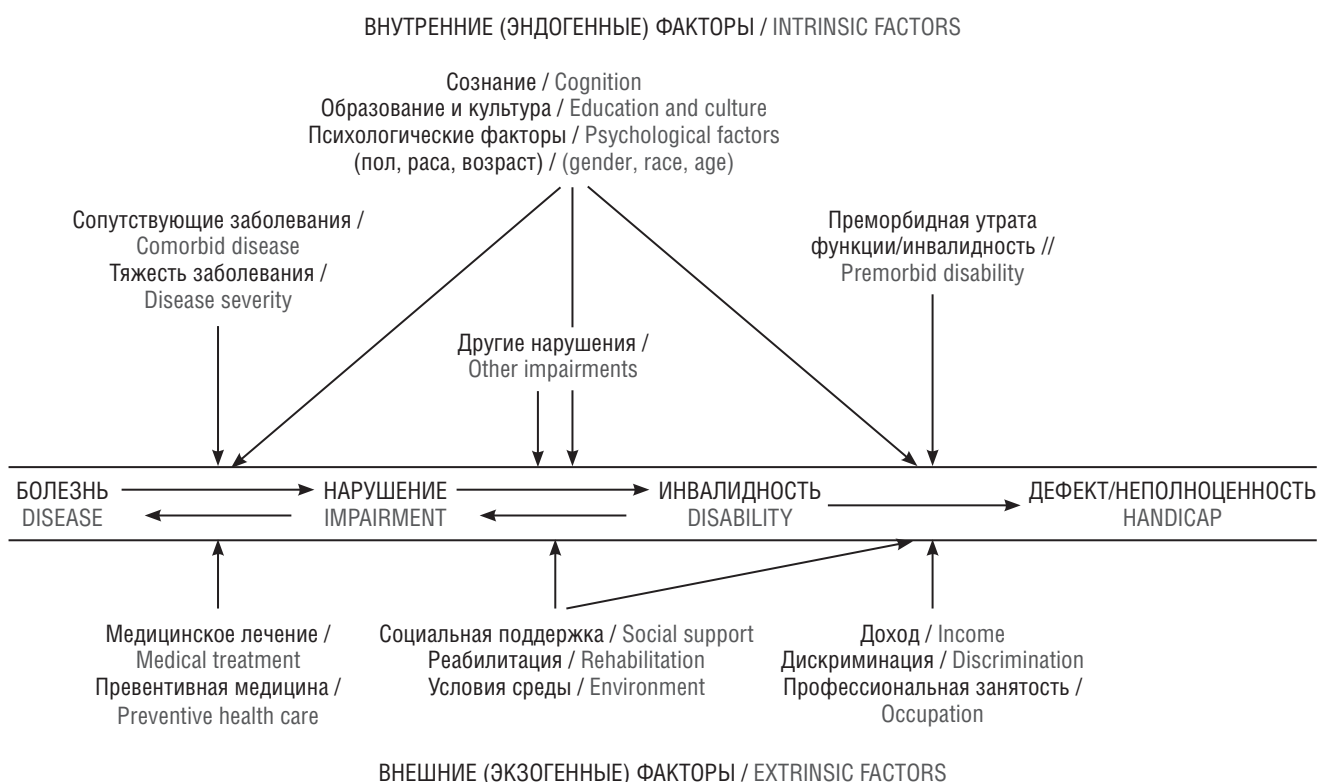


Рисунок 1. Концептуальная модель инвалидности (адаптировано из [9])

Figure 1. A conceptual model of disability (adapted from [9])

внутреннего ресурса для психологического преодоления сложившихся обстоятельств и невозможности принятия ситуации, они часто уходят в себя, у них развивается апатия и социальная дезадаптация. Таким образом, нужно не просто достичь клинического выздоровления пациента, но и вернуть его к привычному образу жизни, дееспособности и реинтегрировать в общество [2, 3, 5].

Во многих странах критерием успешной реабилитации является достижение цели реабилитации [8–10]. Для обоснования необходимости реабилитационных мероприятий нужно сформулировать четкую цель и конечные точки ее достижения. Как правило, план проводимой восстановительной терапии включает: 1) сохранение трудоспособности, благоприятный прогноз; 2) поддерживающую цель (адаптацию к перестройке функционирования организма в условиях сниженной или утраченной трудоспособности); 3) паллиативную помощь (создание благоприятных и комфортных условий существования пациента с опухолью в стадии прогрессирования и генерализации) [5, 6]. Реабилитация онкологических пациенток гинекологического профиля имеет некоторые особенности: этапность, непрерывность, преемственность, последовательность, максимально раннее начало, индивидуальность, социальная направленность, активное участие больной и ее семьи в восстановительном процессе, мультидисциплинарный подход (комплексность) [5–7].

По данным S.L. Anwar et al., реабилитационные программы для пациенток с онкологическим анамнезом направлены на улучшение качества жизни и достижение независимости, самоопределения. Добиться поставленных целей позволяет именно команда врачей различных специальностей, в которую кроме онкологов и акушеров-гинекологов стандартно для пациенток онкологического профиля входят врачи-реабилитологи, психологи, физиотерапевты, логопеды, группа реабилитационного сестринского ухода. В условиях стационара реабилитация проводится для

восстановления и оптимизации функциональных возможностей, включая повседневную и профессиональную деятельность. Однако так же важно распознавать физические нарушения пациентки в диапазоне от легкой до тяжелой степени, которые возникают во время различных по продолжительности программ лечения рака. Лучшее распознавание нарушений и значительного ограничения функционирования очень важно, особенно в контексте раннего выявления, чтобы как можно раньше начать восстановление не только на этапе реабилитационного отделения, но и в процессе лечения врачом-онкологом. Онкологи и специалисты по восстановительной медицине должны работать вместе, чтобы реализовать программу реабилитации для каждой онкологической больной в соответствии со стадией заболевания, этапом лечения, а также уровнями нарушений [11].

В последнее время в литературе все чаще встречается термин «пререабилитация», означающий проведение реабилитационных мероприятий на этапе между постановкой диагноза до начала лечения. Это связано с тем, что как раз в этот период пациент наиболее подвержен развитию психических расстройств, реактивных состояний, требующих квалифицированной помощи. Целью специалистов на данном интервале становится предотвратить травмирующее воздействие самого факта диагноза, помочь пациенту принять сложившуюся ситуацию и обозначить пути решения проблемы, конечный благоприятный итог, к которому будет выстраиваться весь план терапии. Этого можно достичь путем раннего информирования профильных реабилитационных центров о появлении нового онкобольного с потенциальной необходимостью комплексной реабилитации [3–5].

В работе E. Miralpeix et al. сообщается о малом количестве публикаций на тему программ предварительной реабилитации в гинекологической хирургии, в частности онкологического спектра [12]. В проспективном многоцентровом слепом рандомизирован-

ном исследовании, проведенным A. Vonk Noordegraaf et al., участвовали 215 пациенток, перенесших гистерэктомию или другое лапароскопическое оперативное вмешательство по поводу доброкачественных образований придатков. Входящие в основную группу больные до и после оперативного вмешательства получали персональные рекомендации по повседневной деятельности, работе и саморазвитию. Эта программа оказала значительное влияние на время их возвращения к работе, интенсивность боли и качество жизни; однако авторы не предоставили подробной информации о физическом, питательном и психологическом статусе пациенток [13].

В еще продолжающемся многоцентровом рандомизированном исследовании II фазы с тремя группами больных с ожирением и ранней стадией рака эндометрия A.L. Hawkes et al. сосредоточились на стратегии снижения веса наряду с гормональным лечением (внутриматочное устройство с левоноргестрелом) с метформином или без него. Исследователи предполагают, что выбранный комплексный подход, включая меры по снижению веса, может принести пользу пациенткам с раком эндометрия и снизить затраты на здравоохранение за счет сокращения числа госпитализаций и уменьшения частоты нежелательных явлений, наблюдаемых в настоящее время при стандартном лечении [14].

Основываясь на имеющихся данных, авторы обзора E. Miralpeix et al. предложили свою мультимодальную программу по предварительной реабилитации для гинекологической онкологии. Эксперты рассматривают предоперационное время до плановой хирургической операции онкогинекологического профиля как окно возможностей для предварительной реабилитации. Она включает в себя: оптимизацию терапии, физические упражнения, консультирование по вопросам питания и психологическую поддержку [12]. Кроме того, согласно рекомендациям программы ускоренного восстановления (англ. Enhanced Recovery After Surgery, ERAS), которая является стандартом хирургического подхода для данной категории пациенток с 2014 г., больные старше 18 лет с показаниями к плановой гинекологической онкологической хирургии имеют право на консультации хирурга и анестезиолога в рамках программы предварительной реабилитации. Пациентки должны подписать информированное согласие на предварительном обследовании. После официального включения все женщины должны пройти три оценочных визита: во время постановки диагноза (базовый), за неделю до операции (предоперационный) и через 8 нед после операции (послеоперационный). Исходная оценка проводится примерно за 2–4 нед до запланированной даты операции, во время прохождения предоперационной инструментальной диагностики (например, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии). На базовом этапе сначала определяется предоперационный статус, оцениваются пищевые, физические и психологические факторы, принимаются во внимание результаты скрининговых анализов и назначается либо домашняя, либо контролируемая специалистами программа. В течение 1 нед до операции (предоперационный этап) и 8 нед после операции (послеоперационный период) авторы оценивают соответствие физиологических и психологических показателей пациенток их записям в ежедневных дневниках, затем повторно оценивается их физическое, пищевое и эмоциональное состояние. После операции также возобновляется мультимодальная реабилитация как во время пребывания в больнице, так и после выписки в течение 8 нед. Кроме консультации с профильными специалистами всем женщинам предоставляется информационный буклет, содержащий инструкции по физической активности, пищевым добавкам и методикам релаксации. Брошюра также

включает дневник, в который больные должны записывать все свои действия. Хотя рекомендуемая продолжительность периода предварительной реабилитации составляет 2–4 нед до операции, продолжительность программы не является фиксированной и зависит от состояния пациентки, типа опухоли и ее распространенности. Женщины с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы являют собой разнородную группу больных и заболеваний, поэтому комплекс реабилитационных мероприятий адаптируется и индивидуализируется в соответствии с функциональным статусом пациентки, сопутствующими заболеваниями и типом опухоли. Например, у больных раком эндометрия и шейки матки рекомендуемая продолжительность программы предварительной реабилитации составляет 2–4 нед, захватывающие период между диагностикой и операцией, когда пациентки проходят дополнительную предоперационную диагностику с использованием расширенных инструментально-лабораторных методов. При раке яичников все больные начинают предварительную реабилитацию на этапе подозрения на онкологический процесс или постановки диагноза, и продолжительность программы варьирует в зависимости от выбранной тактики лечения. В случае первичной операции по удалению опухоли пациентки обычно проходят 2 нед предварительной реабилитации между базовыми стандартными анализами и исследованиями, установкой степени и стадии заболевания в ходе лапароскопического диагностического вмешательства и первичной операцией. В случае «интервальной» операции по удалению опухоли больные проходят предварительную реабилитацию во время неоадьювантной химиотерапии, которая обычно длится 2 мес. На рисунке показан дизайн мультимодальной программы предварительной реабилитации для пациенток, проходящих плановую гинекологическую операцию по поводу онкологических заболеваний женской репродуктивной системы (рис. 2) [12].

После пререабилитации идет процесс непосредственной специфической терапии, показанной для конкретной нозологии в рамках онкогинекологического профиля. Она включает различные методы противоопухолевого лечения и последующей системной терапии: хирургические вмешательства, химиотерапию, лучевую терапию, заместительную гормональную терапию. В этот период важно не только руководствоваться современными рекомендациями по лечению определенной нозологии и успешно их применять, но и информировать пациентку о возможных нежелательных явлениях, систематически их контролировать и при необходимости назначать симптоматическую сопутствующую терапию, направлять к психологам, психотерапевтам для поддержания психологического благополучия [5, 6, 9, 10].

После окончания специфической терапии идет реабилитация. Она направлена на профилактику послеоперационных осложнений, восстановление сниженных функций (мышц тазового дна и др.), коррекцию появившихся в ходе лечения нарушений (генитоуринарного менопаузального синдрома), возвращение качества жизни, сексуальной сферы, возможности быть дееспособным и активным членом общества [1, 5]. Конечной целью является оптимизация или восстановление предраковых уровней физической, психосоциальной и профессиональной деятельности. У пациенток с серьезными нарушениями функционирования реабилитационная помощь сосредоточена на способности к самообслуживанию и передвижению. Обучение использованию протезов, инвалидной коляски, эмоциональная поддержка и адаптация к нарушениям являются частью этих поддерживающих вмешательств. Для больных раком на поздней стадии планируются программы паллиативной реабилитации путем улучше-



Рисунок 2. Программа предварительной реабилитации в комбинации с рекомендациями ERAS (англ. Enhanced Recovery After Surgery – концепция ускоренного восстановления после операции) для пациенток онкогинекологического профиля (адаптировано из [12])

Figure 2. Program of pre-rehabilitation in combination with ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) guidelines for patients with oncogynecological profile (adapted from [12])

ния комфорта и самопринятия, включая обезболивание, профилактику пролежней и психологическую поддержку [11].

В настоящее время на базе реабилитационных центров многих европейских стран реализуется санаторно-курортный профиль, включающий наиболее эффективные методики по восстановлению онкогинекологических больных: физиотерапия (пневматическая компрессия отечной конечности, электростимуляция мышц плечевого пояса и спины пораженной области, магнитная терапия, лечебный массаж и гимнастика), ультразвуковая терапия, диадинамофорез, локальная криотерапия, ультравысокочастотная терапия, занятия в бассейне [5–7].

Круглосуточные санаторно-курортные центры, лечебно-оздоровительные учреждения на базе онкологических центров позволяют оказать весь спектр необходимой помощи: как высококвалифицированной специализированной в аспекте самого онкологического заболевания, так и восстановительной. В их рамках реализуются реабилитационные программы, такие как аэротерапия, климатотерапия, ландшафтотерапия, лечебное питание и питьевое лечение минеральными водами. Что не менее важно, в таких центрах осуществляется специализированная психологическая помощь: проводятся и групповая, и индивидуальная психотерапия, обучение аутотренингу. К методам психологической онкорехабилитации относят когнитивно-поведенческие, арт-терапию, медитацию, трудотерапию, креативную визуализацию, нервно-мышечную релаксацию, йогу, гипнотерапию и медитацию [5, 6, 9].

Итальянские исследователи С. Falcicchio et al. провели ретроспективный анализ региональной базы данных системы здравоохранения Лацио, включивший 5538 женщин с диагнозом РМЖ. Результаты исследования продемонстрировали, что большинство пациенток (81,7%) получали амбулаторную реабилитационную помощь в виде медицинских вмешательств, связанных непосредственно с основным заболеванием, и гораздо реже реабилитация включала восстановление утраченных в ходе за-

болевания и его лечения функций (в частности, двигательную реабилитацию, психологическую поддержку). Лишь немногие женщины проходили стационарную (1,3%) или интенсивную амбулаторную программу реабилитации (1%). Это позволило авторам сделать вывод, что большинство пациенток не получают адекватной реабилитационной помощи в течение первого года после постановки диагноза [15].

Таким образом, необходимо предоставлять больным больше информации о доступных методах реабилитации и улучшать структуру восстановительных программ, чтобы помочь пациенткам с опухолями женской репродуктивной системы получить доступ к полному комплексу нужных реабилитационных мероприятий. Для полноценной разработки стратегических реабилитационных программ требуются дальнейшие исследования.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК / ECONOMIC EFFICIENCY OF FEMALE CANCER PATIENTS REHABILITATION

Реабилитационные мероприятия могут снизить фармакоэкономическое бремя группы онкологических заболеваний. Как показали многочисленные исследования в России, Европе и США, своевременно начатая комплексная реабилитация улучшает социальный статус, возвращает качество жизни и дееспособность [5–7]. Медицинская реабилитация снижает число послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания и метастазирования. Это способствует «разгрузке» стационаров от повторных госпитализаций, выполнения дорогостоящих методов диагностики и лечения, которые в отсутствие реабилитации становятся гораздо более объемными и требуют высокоспециализированного оборудования, что ложится бременем повышенных затрат на бюджет здравоохранения [5–10]. Для определения «фармакоэкономического ущерба» системе здравоохранения вследствие

десоциализации раковых больных можно обратиться к статистическим данным Y. Sun et al., которые провели обобщение опубликованных научных данных, посвященных определению доли пациенток, перенесших РМЖ и вернувшихся на работу. Авторы обнаружили, что в большинстве рассмотренных публикаций ($n=25$) основное внимание уделялось трем исходам: периоду возвращения к работе, трудоспособности и производительности труда. Наиболее часто изучаемые независимые переменные были объединены в следующие группы: здоровье и благополучие, симптомы и функционирование, требования к работе и рабочая среда, индивидуальные характеристики, социальные и культурные факторы. Во всех исследованиях сообщалось о снижении вовлеченности в работу и трудоспособности. Статус занятости и производительность труда были связаны с комбинацией индивидуальных факторов, рабочей среды, культуры и ресурсов. Вместе с тем авторы отметили, что пробелом в имеющихся научных данных является анализ эффективности вмешательств, направленных на поддержку возвращения к работе выживших после РМЖ [16].

J. Dholakia et al. оценили потенциальную экономическую эффективность предварительной реабилитации у ослабленных пациенток, перенесших операцию по поводу эпителиального рака яичников (ЭРЯ). Авторы создали модель экономической эффективности, оценивающую влияние предварительной реабилитации в когорте ослабленных с медицинской точки зрения женщин, подвергающихся первичному хирургическому вмешательству по поводу ЭРЯ. В когорте из 4415 женщин затраты на ведение пациенток с включением предварительной реабилитации были определены в размере 371,1 млн долл. США в год по сравнению с 404,9 млн долл. в год на обычное ведение – экономия средств составила 33,8 млн долл. в год. Стоимость медицинской помощи на одну пациентку с предварительной реабилитацией составила 84 053 долл., с обычным ведением – 91 713 долл. При оценке экономической эффективности было продемонстрировано, что предварительная реабилитация связана как с ее повышением, так и со снижением затрат по сравнению с обычным ведением пациенток. Анализ чувствительности показал, что предварительная реабилитация была более эффективной с точки зрения затрат, вплоть до ее стоимости в размере 9418 долл. на пациентку. Авторы сделали вывод, что предварительная реабилитация у больных онкогинекологического профиля (с эпителиальными опухолями яичников) является выгодным методом снижения экономического бремени на систему здравоохранения за счет улучшения двух показателей: снижения частоты осложнений и, соответственно, необходимости оказания более сложной высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в рамках госпитализации. Это представляет собой новую стратегию оптимизации эффективности здравоохранения. Следует провести проспективные исследования, чтобы лучше охарактеризовать преимущества пререпарации у пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы [17].

A.M. May et al. провели метаанализ, оценивающий экономическую эффективность 18-недельной программы упражнений для пациентов с РМЖ и раком толстой кишки, проходящих адъювантную химиотерапию в рамках рандомизированного контролируемого многоцентрового исследования PACT (англ. Physical Activity during Cancer Treatment). В него были включены амбулаторные клиники на базе 7 больниц в Нидерландах, в которых проходили адъювантное лечение (включая химиотерапию) 204 пациентки с РМЖ и 33 пациента с раком толстой кишки. Больные были разделены на группы, одна из которых проходила 1-часовые аэробные упражнения или усложненные физические упражнения

под контролем специалистов 2 раза в неделю в течение 18 нед, а другая получала обычный уход без реабилитационных физических программ. При раке толстой кишки анализ экономической эффективности показал положительное влияние лечебных упражнений с дополнительной экономией затрат на 4321 евро и увеличением добавленных лет жизни с поправкой на качество (англ. quality-adjusted life year, QALY) на 0,03. Однако экономическая эффективность этой методики относительно пациенток с РМЖ не показала значимого результата. Дополнительные затраты составили 2912 евро, а дополнительный эффект – 0,01 по QALY. При пороговом значении 20 тыс. евро за QALY, принятом в Нидерландах, вероятность того, что вмешательство будет рентабельным, составляет 2% [18].

L.G. Gordon et al. оценили экономическую эффективность индивидуальных программ физических упражнений в качестве дополнительных мероприятий реабилитации для женщин с РМЖ с последующим 8-летним наблюдением. Сравнивали две группы пациенток: одна выполняла курс специально разработанных индивидуальных лечебных упражнений, другая получала обычный медицинский уход в рамках ведения больных с РМЖ. Дополнительные затраты на курс лечебной физкультуры составили 7409 австралийских долл., а показатель QALY при этом оказался 0,35, в результате чего дополнительные затраты на 1 QALY составили 21 247 австралийских долл. Вероятность того, что внедрение физических упражнений рентабельно на приемлемом уровне, составила 93%. Дополнительные затраты на 1 год жизни составили 8894 австралийских долл. при вероятности выгоды в 99,4%. Результаты были наиболее чувствительны к вероятности рецидива заболевания, влекущего соответствующие затраты на его лечение. Авторы сделали вывод, что лечебная реабилитация в виде физических восстановительных упражнений является экономически эффективной в случае РМЖ ранней стадии и будет разумным вложением ресурсов здравоохранения [19].

До сих пор опубликовано недостаточно данных по оценке экономической эффективности реабилитации как официально внедренной стратегии ведения пациенток онкогинекологического профиля. Более того, в перечисленных выше работах продемонстрированы разнонаправленные результаты: в то время как большинство исследований демонстрируют фармакоэкономическую эффективность реабилитации как медицинской технологии, некоторые авторы, например A.M. May et al. [18], преимуществ не подтверждают. По-видимому, это связано с различным дизайном исследований и отличающейся стоимостью реабилитационных программ в разных странах. Поэтому требуются дальнейшие фармакоэкономические анализы в этой области.

НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ / UNMET NEEDS OF PATIENTS

В связи с отсутствием единой совершенной системы реабилитации в системе здравоохранения большинства стран многие потребности пациентов остаются неудовлетворенными. Например, по результатам анкетирования онкологических больных с самыми распространенными типами рака в Норвегии в 2008 г. большинство опрошенных имели потребность в дополнительных реабилитационных услугах или считали недостаточными те, которые получали на тот момент. Всего в опросе приняли участие 1325 человек, среди которых 70% составили женщины, средний возраст респондентов – 52 года. Необходимость хотя бы в одной реабилитационной услуге выразили 63% респондента. Чаще всего сообщалось о потребности в физической лечебной тера-

пии (43%), лечебной гимнастике (34%), психологических консультациях (27%), многопрофильных групповых занятиях (24%), нахождении в специальных реабилитационных центрах, санаторно-курортных учреждениях (24%), консультациях социального работника (19%) и трудотерапии (6%). Участники, которые вследствие болезни и проведенного или текущего курса химиотерапии изменили статус своей занятости, в абсолютном большинстве случаев сообщали о необходимости во всем спектре реабилитационных программ. Около 40% констатировали неудовлетворенность в своих потребностях [20].

Исследователи P.N. Butow et al. выполнили интересный анализ качества жизни и неудовлетворенных потребностей в когорте лиц, ухаживающих за женщинами с ЭРЯ в последний год жизни. По данным авторов, ухаживающие лица имели гораздо меньшее качество жизни, связанное со сниженным оптимизмом и социальной поддержкой, более высокий уровень психологического стресса, неудовлетворенных психосоциальных реабилитационных потребностей, в сравнении с популяционной нормой. Все переживания касались в основном эмоций по поводу прогноза заболевания, подопечной, страха распространения опухоли, балансирования между собственными потребностями и потребностями пациентки, влияния обязанностей по уходу на их работу и принятия решений в условиях неопределенности. Таким образом, лицам, осуществляющим уход за пациентками онкогинекологического профиля, тоже нужна помощь в управлении эмоциями, связанными с морально тяжелыми обязанностями [21].

Влияние сопутствующих патологий на потребность в реабилитации, участие в восстановительных программах и отсутствие их реализации у больных с онкологическим анамнезом изучили L.V. Holm et al. в рамках популяционного когортного исследования на протяжении 14 мес с момента постановки диагноза. Были включены пациенты с онкологическими заболеваниями, диагностированными в двух регионах Дании. Через 14 мес после постановки диагноза участники заполнили анкету, в которой оценивали различные аспекты их жизни, включая реабилитационные мероприятия и потребности в них. Наличие сопутствующей патологии было в значительной степени связано с потребностями в физической реабилитации. Сопутствующая патология от умеренной до тяжелой степени была также связана с другим спектром потребностей (эмоциональная, семейная и финансовая сферы) и участием в физической активности. Это следует принимать во внимание при планировании реабилитационных мероприятий для пациентов, перенесших рак [22].

Согласно исследованию M. Seland et al., женщины, проходившие лечение по поводу онкологических заболеваний репродуктивной системы, испытывают выраженный дистресс. В работу были включены 92 пациентки, которые в течение последних 2 лет подвергались лечению онкогинекологического профиля. Среднее время с момента последней процедуры составило 7,6 (0–24,5) мес. В общей сложности 57% участниц сообщили о дистрессе. Четырьмя наиболее распространенными проблемами, о которых сообщалось, были усталость (58%), покалывание в руках/ногах (54%), беспокойство (53%) и проблемы с памятью/концентрацией внимания (50%). Проблемы, связанные с дистрессом, включали: отношения с партнером, все эмоциональные расстройства (например, депрессию, страхи, нервозность, печаль, беспокойство и потерю интереса к обычным занятиям), внешний вид, память/концентрацию, боль, сексуальные отношения, сон и снижение физической выносливости. О неудовлетворенных потребностях в реабилитационных услугах сообщили 52%. Распространенность дистресса в популяции женщин, получавших лечение по поводу

гинекологического рака, была высокой. Наличие большого количества проблем и неудовлетворенных потребностей в реабилитационных услугах ассоциировалось с дистрессом [23].

На основе существующей литературы можно сделать вывод, что среди пациентов остается высокий процент неудовлетворенных объемом оказываемых реабилитационных мероприятий или их эффектом, что говорит о необходимости более тщательно составлять восстановительные программы, своевременного их внедрения в лечебный процесс и внимательного отношения к больным, которое поможет заподозрить снижение качества жизни или срыв их адаптационных ресурсов.

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ / DIGITAL HEALTH CARE

В большинстве западных стран реабилитация пациентов с опухолями внедрена в неспециализированные реабилитационные центры или является неотъемлемой частью самого процесса лечения онкологического больного. Кроме того, практические рекомендации по лечению опухолей включают реабилитацию в ходе терапии с обязательными функциональной и психологической оценкой пациента, скринингом физических отклонений. Существуют официальные программы по обучению и просвещению для лиц, оказывающих реабилитационную онкологическую помощь. Основная стратегия заключается в обмене опытом и знаниями между специалистами-онкологами и реабилитологами, их сотрудничество, совместное ведение пациентов данного профиля с комплексным подходом, направленным на индивидуализацию реабилитационных мероприятий. Например, в Японии комплексная мультидисциплинарная реабилитация внедрена с 2010 г. и продолжает свое развитие, демонстрируя клиническую значимость и эффективность [11].

Параллельно с этим в последние годы набирают популярность цифровые способы обмена мнениями и опытом специалистов из разных точек мира. Увеличивается роль Интернета и в качестве средства доставки информации самим пациентам, даже ряда вмешательств первичной медицинской помощи. Помимо возможности консультирования лечащим врачом в рамках телемедицины появляются дополнительные онлайн-ресурсы для пациентов, на которых они могут получить информацию о своем заболевании, возможных побочных явлениях, способах борьбы с ними. Например, женщины, пережившие онкологическое заболевание гинекологического профиля, могут конфиденциально узнать о проводимых мероприятиях, связанных с их проблемами, возникшими на фоне терапии, получить социальную и психологическую поддержку в рамках различных онлайн-программ или от таких же интернет-пользователей, переживших подобный опыт. Этот подход приобретает особую важность в период карантинных ограничений, связанных с пандемией COVID-19, когда пациенткам онкогинекологического профиля доступ к медицинской помощи затруднен вследствие перефокусирования лечебно-профилактических учреждений на инфекционных больных и необходимости ограничения социальных контактов [24].

Телемедицина позволяет больным онкогинекологического профиля находиться на связи со своим специалистом-онкологом или хирургом, психологом, реабилитологом из любой точки мира, что значительно повышает шансы на успешную реабилитацию и снижение частоты осложнений, депрессии и тревожных расстройств, повторных госпитализаций.

Примером может служить предложенная модель коммуникационной онлайн-платформы, обеспечивающей совместную работу специалистов и пациентов Франции и Кубы. Проект ориентирован

на стандарты оказания помощи пациенткам с онкологическими заболеваниями и проблемами фертильности, сексуальной сферы, связанными с последствиями опухоли. Основные мероприятия цифровой платформы включают следующие инициативы:

- теоретическая подготовка по программе электронного обучения, адаптированная к низкоскоростному Интернету;
- практическая подготовка по сохранению фертильности и сексуальной реабилитации;
- междисциплинарные консилиумы в онлайн-формате для принятия медицинских решений в сложных клинических случаях.

Показателями эффективности работы платформы выступают: число подготовленных кубинских специалистов, их удовлетворенность обучением, количество онлайн-мероприятий, число поддерживаемых пациенток. Данный проект соответствует планам борьбы с раком и национальным стратегиям укрепления сексуального здоровья как составным частям политики Кубы и Франции в области здравоохранения и будет осуществляться во взаимодействии с учреждениями здравоохранения обеих стран и посольством Франции на Кубе [25].

В XXI веке цифровое здравоохранение играет значимую роль в практике ведения пациентов и обмене знаниями и навыками между специалистами. При правильном использовании онлайн-ресурсов возможно эффективно повысить благоприятные отдаленные результаты применения этой методики наравне со все еще незаменимыми очными инициативами. Вместе с тем проблемой являются пробелы в регулировании рынка цифрового здравоохранения, вследствие чего качество предоставляемой специалистам здравоохранения и пациентам информации может разниться: часто доминируют коммерчески ангажированная информация, личное мнение или опыт в ущерб информации, основанной на данных доказательной медицины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Реабилитация при онкологической патологии женской репродуктивной системы играет особенно важную роль в улучше-

нии качества жизни и физического, социального, культурного, а также психологического благополучия. Несмотря на то что во многих западных странах реабилитация успешно интегрирована в последовательный процесс ведения пациента с онкологической проблемой, в России восстановительные мероприятия не внедрены на официальном уровне в системе здравоохранения. Ряд проблем, включая нехватку медицинских учреждений, образовательных инициатив и государственного финансирования, препятствует предоставлению надлежащих услуг по реабилитации [7, 8, 17–24]. Улучшению ситуации должны способствовать такие подходы к созданию и внедрению программ реабилитации у пациенток онкогинекологического профиля, как:

- укрепление государственной политики в области реабилитации, включая предоставление страхового покрытия пациентам;
- улучшение образования и подготовки специалистов по реабилитации с помощью стандартных подходов и телемедицины;
- взаимодействие с международными общественными организациями в сфере реабилитации;
- повышение осведомленности общественности о рисках инвалидности, развития функциональных нарушений у больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы и реабилитации как способ противодействия данным рискам;
- предоставление программ реабилитации в общенациональном масштабе.

До сих пор недостаточно данных об экономической эффективности внедрения реабилитационных этапов на уровне системы здравоохранения, однако в существующих публикациях отражено положительное влияние реабилитации на снижение затрат здравоохранения, связанных с осложнениями и рецидивами основного заболевания, повторными госпитализациями, психосоциальными проблемами и ограничением функционирования, а также лишением возможности профессиональной деятельности. Для составления полноценной концепции реабилитационных программ в Российской Федерации требуется проведение дальнейших исследований, включая экономическую оценку медицинских технологий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71 (3): 209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
2. Soerjomataram I., Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. *Nat Rev Clin Oncol.* 2021; 18 (10): 663–72. <https://doi.org/10.1038/s41571-021-00514-z>.
3. 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>.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. (ред.) Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2019: 250 с. URL: <https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/2018.pdf> (дата обращения 03.02.2022).
5. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д. и др. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2017; 11 (4): 57–67. <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067>.
6. Stucki G., Bickenbach J., Gutenbrunner C., Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med.* 2018; 50 (4): 309–16. <https://doi.org/10.2340/16501977-2200>.
7. Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э., Сдвижков А.М. Реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2015; 9 (4): 46–54. <https://doi.org/10.17749/2070-4968.2015.9.4.046-054>.
8. Rehabilitation 2030: a call for action. February 6–7, 2017. Executive Boardroom, WHO Headquarters. Meeting Report. URL: https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf (дата обращения 03.02.2022).
9. Hoenig H., Nusbaum N., Brummel-Smith K. Geriatric rehabilitation: state of the art. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45 (11): 1371–81. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb02939.x>.
10. Saotome T., Klein L., Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer.* 2015; 23 (10): 3033–41. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2673-1>.
11. Anwar S.L., Adistyawan G., Wulaningsih W., et al. Rehabilitation for cancer survivors: how we can reduce the healthcare service inequality in low- and middle-income countries. *Am J Phys Med Rehabil.* 2018; 97 (10): 764–71. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000982>.
12. Miralpeix E., Mancebo G., Gayete S., et al. Role and impact of multimodal prehabilitation for gynecologic oncology patients in an

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program. *Int J Gynecol Cancer*. 2019; 29 (8): 1235–43. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-000597>.

13. Vonk Noordegraaf A., Anema J.R., van Mechelen W., et al. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial. *BJOG*. 2014; 121 (9): 1127–35. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12661>.

14. Hawkes A.L., Quinn M., Gebiski V., et al. Improving treatment for obese women with early stage cancer of the uterus: rationale and design of the levonorgestrel intrauterine device ± metformin ± weight loss in endometrial cancer (feMME) trial. *Contemp Clin Trials*. 2014; 39 (1): 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.06.014>.

15. Falcicchio C., Di Lallo D., Fabi A., et al. Use of rehabilitation pathways in women with breast cancer in the first 12 months of the disease: a retrospective study. *BMC Cancer*. 2021; 21 (1): 311. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07927-0>.

16. Sun Y., Shigaki C.L., Armer J.M. Return to work among breast cancer survivors: a literature review. *Support Care Cancer*. 2017; 25 (3): 709–18. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3446-1>.

17. Dholakia J., Cohn D.E., Straughn J.M., Dilley S.E. Prehabilitation for medically frail patients undergoing surgery for epithelial ovarian cancer: a cost-effectiveness analysis. *J Gynecol Oncol*. 2021; 32 (6): e92. <https://doi.org/10.3802/jgo.2021.32.e92>.

18. May A.M., Bosch M.J., Velthuis M.J., et al. Cost-effectiveness analysis of an 18-week exercise programme for patients with breast and colon cancer undergoing adjuvant chemotherapy: the randomised PACT study. *BMJ Open*. 2017; 7 (3): e012187. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012187>.

19. Gordon L.G., Eakin E.G., Spence R.R., et al. Cost-effectiveness

analysis from a randomized controlled trial of tailored exercise prescription for women with breast cancer with 8-year follow-up. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (22): 8608. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228608>.

20. Thorsen L., Gjerset G.M., Loge J.H., et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol*. 2011; 50 (2): 212–22. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.531050>.

21. Butow P.N., Price M.A., Bell M.L., et al. Caring for women with ovarian cancer in the last year of life: a longitudinal study of caregiver quality of life, distress and unmet needs. *Gynecol Oncol*. 2014; 132 (3): 690–7. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.01.002>.

22. Holm L.V., Hansen D.G., Kragstrup J., et al. Influence of comorbidity on cancer patients' rehabilitation needs, participation in rehabilitation activities and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer*. 2014; 22 (8): 2095–105. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2188-1>.

23. Seland M., Skrede K., Lindemann K., et al. Distress, problems and unmet rehabilitation needs after treatment for gynecological cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022; 101 (3): 313–22. <https://doi.org/10.1111/aogs.14310>.

24. Блинов Д.В., Акарачкова Е.С., Ампилогова Д.М. и др. Депрессия у женщин в менопаузе: организация междисциплинарного подхода в лечении и перспективы реабилитации. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2021; 15 (6): 738–54. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2021.280>.

25. Almont T., Bujan L., Joachim C., et al. Collaborative digital platform France – Cuba: oncorehabilitation in reproductive and sexual health. *BMC Med Educ*. 2021; 21 (1): 337. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02774-w>.

REFERENCES:

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71 (3): 209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.

2. Soerjomataram I., Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021; 18 (10): 663–72. <https://doi.org/10.1038/s41571-021-00514-z>.

3. Vlasina A.V., Idrisova L.E., Solopova A.G., et al. Rehabilitation of oncogynecological patients after antitumor therapy: ways of solution. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2020; 14 (1): 44–55 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2020.14.1.44-55>.

4. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. (Eds.) Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality). Moscow; 2019: 250 pp. Available at: <https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/2018.pdf> (in Russ.) (accessed 03.02.2022).

5. Solopova A.G., Idrisova L.E., Makatsariya A.D., et al. Multidisciplinary approach to medical rehabilitation of oncogynecologic patients. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2017; 11 (4): 57–67 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067>.

6. Stucki G., Bickenbach J., Gutenbrunner C., Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med*. 2018; 50 (4): 309–16. <https://doi.org/10.2340/16501977-2200>.

7. Solopova A.G., Tabakman Y.Y., Idrisova L.E., Sdvizhkov A.M. Rehabilitation of oncogynecologic patients. View of a problem. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2015; 9 (4): 46–54 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4968.2015.9.4.046-054>.

8. Rehabilitation 2030: a call for action. February 6–7, 2017. Executive Boardroom, WHO Headquarters. Meeting Report. Available at: https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf (in Russ.) (accessed 03.02.2022).

9. Hoenig H., Nusbaum N., Brummel-Smith K. Geriatric rehabilitation:

state of the art. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45 (11): 1371–81. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb02939.x>.

10. Saotome T., Klein L., Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer*. 2015; 23 (10): 3033–41. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2673-1>.

11. Anwar S.L., Adistyawan G., Wulaningsih W., et al. Rehabilitation for cancer survivors: how we can reduce the healthcare service inequality in low- and middle-income countries. *Am J Phys Med Rehabil*. 2018; 97 (10): 764–71. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000982>.

12. Miralpeix E., Mancebo G., Gayete S., et al. Role and impact of multimodal prehabilitation for gynecologic oncology patients in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program. *Int J Gynecol Cancer*. 2019; 29 (8): 1235–43. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-000597>.

13. Vonk Noordegraaf A., Anema J.R., van Mechelen W., et al. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial. *BJOG*. 2014; 121 (9): 1127–35. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12661>.

14. Hawkes A.L., Quinn M., Gebiski V., et al. Improving treatment for obese women with early stage cancer of the uterus: rationale and design of the levonorgestrel intrauterine device ± metformin ± weight loss in endometrial cancer (feMME) trial. *Contemp Clin Trials*. 2014; 39 (1): 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.06.014>.

15. Falcicchio C., Di Lallo D., Fabi A., et al. Use of rehabilitation pathways in women with breast cancer in the first 12 months of the disease: a retrospective study. *BMC Cancer*. 2021; 21 (1): 311. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07927-0>.

16. Sun Y., Shigaki C.L., Armer J.M. Return to work among breast cancer survivors: a literature review. *Support Care Cancer*. 2017; 25 (3): 709–18. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3446-1>.

17. Dholakia J., Cohn D.E., Straughn J.M., Dilley S.E. Prehabilitation for

- medically frail patients undergoing surgery for epithelial ovarian cancer: a cost-effectiveness analysis. *J Gynecol Oncol.* 2021; 32 (6): e92. <https://doi.org/10.3802/jgo.2021.32.e92>.
18. May A.M., Bosch M.J., Velthuis M.J., et al. Cost-effectiveness analysis of an 18-week exercise programme for patients with breast and colon cancer undergoing adjuvant chemotherapy: the randomised PACT study. *BMJ Open.* 2017; 7 (3): e012187. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012187>.
19. Gordon L.G., Eakin E.G., Spence R.R., et al. Cost-effectiveness analysis from a randomized controlled trial of tailored exercise prescription for women with breast cancer with 8-year follow-up. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17 (22): 8608. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228608>.
20. Thorsen L., Gjerset G.M., Loge J.H., et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol.* 2011; 50 (2): 212–22. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.531050>.
21. Butow P.N., Price M.A., Bell M.L., et al. Caring for women with ovarian cancer in the last year of life: a longitudinal study of caregiver quality of life, distress and unmet needs. *Gynecol Oncol.* 2014; 132 (3): 690–7. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.01.002>.
22. Holm L.V., Hansen D.G., Kragstrup J., et al. Influence of comorbidity on cancer patients' rehabilitation needs, participation in rehabilitation activities and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer.* 2014; 22 (8): 2095–105. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2188-1>.
23. Seland M., Skrede K., Lindemann K., et al. Distress, problems and unmet rehabilitation needs after treatment for gynecological cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022; 101 (3): 313–22. <https://doi.org/10.1111/aogs.14310>.
24. Blinov D.V., Akarachkova E.S., Ampilogova D.M., et al. Depression in postmenopause: interdisciplinary approach in management and perspectives for rehabilitation. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction.* 2021; 15 (6): 738–54 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2021.280>.
25. Almont T., Bujan L., Joachim C., et al. Collaborative digital platform France – Cuba: oncorehabilitation in reproductive and sexual health. *BMC Med Educ.* 2021; 21 (1): 337. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02774-w>.

Сведения об авторах

Блинов Дмитрий Владиславович – к.м.н., руководитель по научным и медицинским вопросам Института Превентивной и Социальной Медицины, преподаватель кафедры неврологии, психиатрии и наркологии АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза» (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-710X>; WoS ResearcherID: J-4946-2017; Scopus Author ID: 7003589812; РИНЦ SPIN-код: 6317-9833. E-mail: blinov2010@googlemail.com.

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>; WoS Researcher ID: Q-1385-2015; Scopus Author ID: 6505479504; РИНЦ SPIN-код: 5278-0465.

Плутницкий Андрей Николаевич – д.м.н., профессор, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, директор Департамента проектной деятельности Минздрава России, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2933-267X>; РИНЦ SPIN-код: 4371-2602.

Ампилгова Диана Михайловна – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия).

Санджиева Лидия Николаевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, Россия). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5083-6581>; РИНЦ SPIN-код: 7228-3726.

Корабельников Даниил Иванович – к.м.н., профессор кафедры внутренних болезней с курсами семейной медицины, функциональной диагностики, инфекционных болезней, ректор АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза» (Москва, Россия). WoS Researcher ID: AAG-9623-2020; Scopus Author ID: 7801382184; РИНЦ SPIN-код: 7380-7790.

Петренко Дарья Андреевна – студентка 6-го курса Международной школы «Медицина будущего» ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, Россия).

About the authors

Dmitry V. Blinov – MD, PhD, MBA, Head of Medical and Scientific Affairs, Institute for Preventive and Social Medicine; Faculty Member, Chair of Neurology, Psychiatry and Narcology, Moscow Haass Medical Social Institute (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-710X>; WoS ResearcherID: J-4946-2017; Scopus Author ID: 7003589812; RSCI SPIN-code: 6317-9833. E-mail: blinov2010@googlemail.com.

Antonina G. Solopova – Dr. Med. Sc., Professor, Chair of Obstetrics and Gynecology, Filatov Clinical Institute of Children's Health, Sechenov University (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>; Scopus Author ID: 6505479504; WoS Researcher ID: Q-1385-2015; RSCI SPIN-code: 5278-0465.

Andrey N. Plutnitskiy – Dr. Med. Sc., Professor, Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Director of the Department of Project Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation; Chief of Chair of Public Health and Healthcare with a Course of Medical and Social Expertise, Medico-biological University of Innovation and Continuing Education, State Scientific Center of the Russian Federation – Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, FMBA of Russia (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2933-267X>; RSCI SPIN-code: 4371-2602.

Diana M. Ampilogova – Clinical Resident, Chair of Obstetrics and Gynecology, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov University (Moscow, Russia).

Lidiya N. Sandzhieva – Postgraduate, Chair 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.

Daniil I. Korabel'nikov – MD, PhD, Professor, Chair of Internal Diseases with Courses of Family Medicine, Functional Diagnostics, Infectious Diseases, Rector, Moscow Haass Medical Social Institute (Moscow, Russia). WoS Researcher ID: AAG-9623-2020; Scopus Author ID: 7801382184; RSCI SPIN-code: 7380-7790.

Daria A. Petrenko – 6th Year Student, International School "Medicine of the Future", Sechenov University (Moscow, Russia).