

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО
РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С
ОПУХОЛЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1. ОПУХОЛИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

ГЛАВА 3. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

ГЛАВА 4. ЛИМФЕДЕМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГЛАВА 5. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ.

ГЛАВА 6. КОРРЕКЦИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ СИМПТОМОВ ИСКУССТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ) НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

ГЛАВА 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ГЛАВА 9. РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО

ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК

ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ГЛАВА 1. ОПУХОЛИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.

Опухоли репродуктивной системы занимают лидирующее место среди онкологических заболеваний у женщин. Ведущими локализациями являются молочная железа, тело и шейка матки и яичники.

Рак молочной железы (РМЖ) — лидирует по заболеваемости среди всех онкологических заболеваний у женщин (около 21% от всех случаев рака). Ежегодно диагностируется более 75 000 новых случаев.

Рак тела матки (рак эндометрия) — наиболее частая злокачественная опухоль женской половой системы (более 13% всех репродуктивных онкологических заболеваний).

Рак шейки матки (РШМ) — занимает 2-е место по распространенности среди опухолей репродуктивной системы, составляя более 7% заболеваний органов малого таза женской репродуктивной системы. Заболеваемость постепенно снижается благодаря скринингу и вакцинации против ВПЧ, который остается ведущим фактором риска возникновения заболевания.

Рак яичников составляет около 4.5% от онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, что составляет около 13 тысяч случаев в год. Характеризуется поздней диагностикой и высоким уровнем смертности.

Последние десятилетия отмечается рост заболеваемости (особенно РМЖ и рака эндометрия) на ранних стадиях заболевания и снижения уровня смертности благодаря эффективным методам профилактики, улучшению методов ранней диагностики и своевременного лечения с развитием эффективности методов.

Существуют различные типы нарушений, возникающих в процессе и после лечения опухолей женской репродуктивной системы. Эти изменения носят многокомпонентный характер и зависят от вида опухоли, стадии и типа лечения и требуют мультидисциплинарного решения каждой.

Можно разделить их на несколько групп.

1. Репродуктивные и гормональные:

- Менопаузальный синдром, проявляющий себя вегетативными изменениями (приливы, ночная потливость, сухость слизистых и пр.).
- Потеря фертильности ввиду отсутствия органа (части или системы органов) или необратимые изменения после проведенного лечения (хирургическое лечение, лучевая терапия)
- Сексуальная дисфункция. Характеризуется снижением либидо, явлением диспареунии (боль при половом акте) из-за сухости влагалища

или укорочения влагалища после операции/или проведенной лучевой терапии или на фоне проведения лекарственной терапии.

2. Психологические и эмоциональные:

- Тревожные и депрессивные расстройства.
- Нарушения образа тела и измерение женской идентичности
- Страх рецидива.

3. Соматические и функциональные:

- После проведения лечения опухолей женской репродуктивной системы может возникнуть такое нарушение как лимфедема. Это отек верхней или нижней конечности, возникающий вследствие нарушения морфофункциональных и анатомических свойств и структур лимфатической системы.
- Следующим нарушением является ранняя менопауза и ее долгосрочные последствия, к которым относятся остеопороз, сердечно-сосудистые изменения и заболевания и когнитивные изменения.

Также значимыми являются посткастрационный синдром ввиду отсутствия, изменения и нарушения функций яичников, поражения кишечника и мочевого пузыря в виде развития лучевого цистита, проктита и возникновения стриктур влагалища.

Также к системным изменениям относятся явления токсичности после проведения лекарственной терапии. К ним относится кардиотоксичность после химиотерапии антрациклинами и таргетной терапии, периферическая нейропатия, наиболее часто встречающаяся после лечения с использованием препаратов платины, таксанов.

Коррекция данных явлений является междисциплинарной задачей и требует участия команды специалистов, включающих в себя знания различных специалистов - онколога, гинеколога, эндокринолога, психотерапевта, реабилитолога, физиотерапевта, диетолога.

В условиях увеличения продолжительности жизни пациентов с перенесенным онкологическим заболеванием все чаще необходимо использование методов, направленных именно на коррекцию возникших нарушений после лечения.

Для этого могут использоваться такие методы как комплексная физическая противоотечная терапия, физическая реабилитация, лечение сексуальной дисфункции с использованием влагалищных дилататоров после лучевой терапии или операций на тазовых органах с применением лекарственной гормональной и негормональной терапии.

К возможным методам коррекции при каждом методе заболевания можно отнести различные способы. При хирургическом лечении уже имеется тенденция по всему миру, в том числе и в России, к выполнению органосохраняющих и малоинвазивных операций (лампэктомия при РМЖ, конизация и/или трахелэктомия при РШМ), использование техник биопсии сторожевого лимфоузла для снижения риска лимфедемы.

Говоря о возможной минимизации в процессе лечения лучевыми методами стоит упомянуть возможности применения высокоточных методов (IMRT, IGRT, брахитерапия) для минимизации повреждения здоровых тканей и соседних органов.

При возникновении нарушений на фоне лучевой терапии, например, при лучевых дерматитах можно использовать специальные кремы на основе пантенола, сульфадиазина серебра и особенности местных обработок.

При циститах/проктитах необходима противовоспалительная терапия с применением инстилляций, нутритивная коррекция и использование препаратов для улучшения трофики слизистых. Также возможно применение малоинвазивных методик с использованием аргоноплазменной коагуляции в условиях специализированных центров.

При фиброзах и контрактурах может применяться физиотерапия с определенными показаниями и особенностями в виде применения низкочастотных и низкоинтенсивных методик и лечебная физкультура.

3. Последствия лекарственного лечения (химио-, гормоно-, таргетной терапии)

Индивидуальный подход, основанный на молекулярно-генетическом профиле опухоли (например, определение HER2, рецепторов гормонов, мутаций BRCA) может значительно влиять на возможность применения лекарственных средств.

Говоря о сохранении фертильности на фоне применения лекарственной терапии стоит сказать о таких методах как криоконсервация ооцитов или эмбрионов до начала химиотерапии, а также о возможности транспозиции яичников перед началом лучевой терапии при дальнейшем облучении органов малого таза после хирургического лечения или при использовании лучевой терапии в качестве самостоятельного метода (например, при лечении рака шейки матки).

Коррекция симптомов менопаузы: Основная сложность это ограничение возможности применения при гормонозависимых опухолях. Но имеется достаточно Альтернативных методов, например:

- Негормональные препараты для купирования приливов (антидепрессанты группы СИОЗС, габапентин, клонидин).
- Местные (вагинальные) эстрогены при атрофии слизистой влагалища.
- Фитоэстрогены

Современная онкогинекология в России движется в сторону персонализированного подхода, где эффективное удаление опухоли сочетается с комплексной программой реабилитации и коррекции отдаленных последствий. Главные задачи — не только повышение выживаемости, но и сохранение приемлемого качества жизни, физической, психологической и социальной адаптации женщин после перенесенного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения [Электронный ресурс]. — Женева: ВОЗ, 2020. — 56 с.
3. Ассоциация онкологов России (АОР). Рак шейки матки. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общероссийский национальный союз «Ассоциация онкологов России» и др. – 2020. – 56 с.
4. Ассоциация онкологов России (АОР). Рак яичников/рак маточной трубы/первичный рак брюшины. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общероссийский национальный союз «Ассоциация онкологов России» и др. — 2020.
5. Marth C. et al. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up //Annals of Oncology. – 2018
6. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. Gynecol Oncol. 2016 Feb;140(2):359-68. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.11.010. Epub 2015 Nov 7. PubMed PMID: 26556768; PubMed Central PMCID: PMC4835814

7. Goerling U, Jaeger C, Walz A, et al. The efficacy of psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer: A randomized study. *Oncology* 2014;87:114–124. Crossref, Medline
8. Biglia N, Zanfagnin V, Daniele A, Robba E, Bounous VE. Lower Body Lymphedema in Patients with Gynecologic Cancer. *Anticancer Res.* 2017 Aug;37(8):4005-4015.
9. Carmody JF, Crawford S, Salmoirago-Blotcher E, Leung K, Churchill L, Olendzki N. Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause.* 2011 June;18(6):611–20.doi: 10.1097/gme.0b013e318204a05c
10. Bakker RM, ter Kuile MM, Vermeer WM, Nout RA, Mens JW, van Doorn LC, de Kroon CD, Hompus WC, Braat C, Creutzberg CL. Sexual rehabilitation after pelvic radiotherapy and vaginal dilator use: consensus using the Delphi method. *Int J Gynecol Cancer.* 2014 Oct;24(8):1499-506. doi: 10.1097/IGC.0000000000000253. PMID: 25248115
11. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н. и др. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2022;15(1):119-30. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.132>.
12. Abbott-Anderson, K., Kwekkeboom, K. L., & Tostrud, L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, *124*(3), 477–489. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
13. Nakano J et al. Effects of Aerobic and Resistance Exercises on Physical Symptoms in Cancer Patients: A Meta-analysis./ *Integr Cancer Ther.* 2018 Dec;17(4):1048-1058. doi: 10.1177/1534735418807555. Epub 2018 Oct 23.
14. Smith E.S., Moon A.S., O'Hanlon R. et al. Radical trachelectomy for the treatment of early-stage cervical cancer: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2020;136(3):533-42. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003952>.
15. Рекомендации АСОР по реабилитации в онкологии
16. Tewari K.S., Sill M.W., Long H.J. et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. *N Engl J Med.* 2014;370(8):734-43. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1309748>.
17. Хохлова С. В., Кравец О. А., Морхов К. Ю. и соавт. Рак шейки матки. Клинические рекомендации RUSSCO, часть 1.2. Злокачественные опухоли 2025;15(3s2):140–169

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Современные достижения в диагностике и лечении онкогинекологических заболеваний привели к значительному увеличению выживаемости пациенток. В этих условиях на первый план выходит необходимость комплексной поддерживающей терапии и реабилитации, направленных на профилактику и коррекцию осложнений, вызванных как самим заболеванием, так и проводимым противоопухолевым лечением (хирургическим, химиотерапевтическим, лучевым). Поддерживающая терапия, в соответствии с концепцией Международного общества поддерживающей терапии в онкологии (MASCC), должна начинаться с момента постановки диагноза и продолжаться на всех этапах лечения, включая паллиативную помощь, с целью повышения эффективности основной терапии и улучшения качества жизни.

Ключевыми синдромами, требующими активного вмешательства в рамках поддерживающей терапии, являются:

1. Тошнота и рвота, индуцированные химиотерапией. Современные протоколы антиэметической профилактики, основанные на комбинации антагонистов NK1-рецепторов, антагонистов 5-HT₃-рецепторов и дексаметазона, позволяют эффективно контролировать острую и отсроченную тошноту, предотвращая отказ от лечения.
2. Гематологическая токсичность, в частности анемия. Дифференциальная диагностика (железодефицитная, анемия хронического заболевания, B₁₂-дефицитная) определяет тактику: назначение препаратов железа (предпочтительно парентерально), эритропоэз-стимулирующих агентов (с осторожностью) или гемотрансфузий по жизненным показаниям.
3. Периферическая полинейропатия, вызванная препаратами платины и таксанами. Стандартных методов профилактики не существует. Терапия включает модификацию доз химиопрепаратов, купирование нейропатической боли (габапентиноиды, антидепрессанты), лечебную физкультуру и физиотерапию.
4. Сексуальная дисфункция и симптомы искусственной менопаузы. У женщин репродуктивного возраста, перенесших двустороннюю овариэктомию, развивается острый посткастрационный синдром с тяжелыми вазомоторными, психоэмоциональными и урогенитальными нарушениями. Помимо

психологической поддержки и модификации образа жизни, может обсуждаться (с учетом онкологического риска) применение местных ультранизкодозных эстрогенов для коррекции атрофии влагалища.

5. Саркопения и нутритивная недостаточность. Саркопения – синдром потери мышечной массы и силы – является независимым предиктором худшей переносимости лечения, увеличения послеоперационных осложнений и снижения общей выживаемости. Диагностика основана на оценке состава тела (компьютерная томография на уровне L3). Коррекция включает нутритивную поддержку с обеспечением адекватного потребления белка (не менее 1 г/кг фактической массы тела) и обязательную дозированную физическую активность (аэробные и резистивные нагрузки).

6. Раковое истощение (кахексия) и утомляемость. Усталость может сохраняться до года после окончания лечения. Наиболее доказанным нефармакологическим методом коррекции является регулярная физическая активность.

7. Психоземotionalные расстройства (тревога, депрессия, расстройства адаптации). Несмотря на высокую распространенность, лишь немногие пациентки обращаются за специализированной помощью. Когнитивно-поведенческая терапия и своевременная психологическая поддержка демонстрируют значимую эффективность в улучшении психологического статуса и приверженности лечению.

Отдельное место занимает коррекция коморбидной патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ХОБЛ), которая независимо влияет на общую выживаемость. Использование специализированных индексов коморбидности (например, модифицированного индекса Чарльсона) позволяет стратифицировать риски.

Реабилитация пациенток онкогинекологического профиля представляет собой непрерывный, динамичный и целенаправленный процесс, который должен быть синхронизирован с этапами специфического противоопухолевого лечения. Принцип этапности является основополагающим, поскольку позволяет дифференцировать цели, методы и интенсивность вмешательств в соответствии с физическим состоянием пациентки, стадией лечебного процесса и актуальными реабилитационными задачами. Грамотно выстроенная этапная система обеспечивает преемственность, минимизирует риск осложнений, предотвращает формирование стойких функциональных дефектов и способствует скорейшему восстановлению качества жизни. В

соответствии с современными клиническими рекомендациями и периодизацией лечебно-восстановительного процесса, выделяют три основных этапа медицинской реабилитации:

- Предреабилитация на этапе подготовки к лечению включает физическую подготовку (150-300 минут аэробной нагрузки в неделю), нутритивную оптимизацию и психологическую поддержку. Доказано, что предоперационная нутритивная поддержка, в том числе иммуномодулирующими смесями, снижает частоту послеоперационных осложнений и длительность госпитализации.

- Ранняя послеоперационная реабилитация: внедрение протоколов Fast-track recovery с акцентом на раннюю активизацию и раннее возобновление энтерального питания способствует снижению стрессового ответа и быстрому восстановлению.

Ранний послеоперационный (стационарный) реабилитационный период начинается с первых суток до 7-14 дней после оперативного вмешательства (в условиях стационара). Основной целью этапа является профилактика ранних послеоперационных осложнений, поддержание витальных функций, начало восстановления базовых двигательных навыков.

Ключевыми задачами этапа могут являться:

1. Профилактика тромбоэмболических осложнений и застойных явлений: применение эластичной компрессии, ранняя активизация, дыхательная гимнастика (диафрагмальное, грудное дыхание), пассивные и активные движения в дистальных отделах конечностей.

2. Профилактика легочных осложнений: дыхательные упражнения с акцентом на форсированный выдох и откашливание (при адекватном обезболивании).

3. Поддержание функции кишечника и мочевого пузыря: стимуляция перистальтики (поглаживание живота, ранняя вертикализация), профилактика задержки мочи.

4. Начало работы с мышцами тазового дна: изометрическое напряжение (без натуживания) мышц промежности для улучшения кровообращения и профилактики атонии.

5. Психологическая поддержка: информирование, снижение тревоги, формирование адекватного отношения к операции и началу движений.

Методы работы в раннем послеоперационном периоде: ЛФК в положении лежа (дыхательные упражнения, движения конечностями с малой амплитудой), эрготерапия (самообслуживание), физиотерапия (по

показаниям, для обезболивания и улучшения микроциркуляции), психологическое консультирование.

- Специализированная реабилитация направлена на коррекцию специфических отдаленных последствий: комплексная противоотечная терапия при лимфедеме, нейрореабилитация при полинейропатии, урологическая реабилитация при нарушениях мочеиспускания. Специализированная реабилитация включает II и III этапы. II этап – восстановительный (поликлинический, стационарный) период начинается в период с 2-3 недель до 2-3 месяцев после операции, параллельно с проведением адъювантной химио- или лучевой терапии.

Основной целью этапа является максимально полное восстановление нарушенных функций, компенсация возникших ограничений, адаптация к последствиям лечения и подготовка к бытовой активности. Ключевые задачи этапа:

1. Восстановление толерантности к физической нагрузке: постепенное увеличение длительности и сложности занятий ЛФК, включение упражнений в положениях сидя, стоя, на четвереньках, с сопротивлением.

2. Коррекция и профилактика лимфостаза: начало обучения элементам лимфодренажной гимнастики, ношение компрессионного трикотажа, информирование о правилах профилактики.

3. Профилактика и коррекция вагинального стеноза и сексуальной дисфункции: начало систематического (под контролем врача) использования вагинальных дилататоров после лучевой терапии или обширных операций. Включение в комплекс ЛФК специализированных упражнений для мышц тазового дна и тазобедренных суставов.

4. Адаптация к побочным эффектам химио- и лучевой терапии: коррекция астенического синдрома, нейропатии, кожных реакций методами ЛФК, физиотерапии и диетотерапии.

5. Психосоциальная реабилитация: активная работа с тревогой, депрессией, нарушениями телесного образа. Включение элементов когнитивно-поведенческой терапии, формирование адаптивных копинг-стратегий.

Методы реабилитации: групповые и индивидуальные занятия ЛФК в зале, гидрокинезотерапия, эрготерапия (тренировка бытовых навыков), физиотерапия (магнитотерапия, лазеротерапия для коррекции лимфостаза и репарации тканей), психотерапия (индивидуальная и групповая), нутритивная поддержка и коррекция нутритивного статуса.

III этап – поддерживающий (амбулаторный/санаторно-курортный) период начинается с 3-4 месяцев после завершения основного лечения и продолжается в течение всей жизни в рамках диспансерного наблюдения. Основной целью этапа является долгосрочная стабилизация достигнутых результатов, поддержание качества жизни, профилактика рецидивов и поздних осложнений, социально-трудовая реинтеграция. Ключевые задачи этапа:

1. Поддержание физической формы и коррекция образа жизни: включение в режим дня регулярных аэробных нагрузок (ходьба, плавание, скандинавская ходьба), силовых тренировок для профилактики саркопении и остеопороза, обусловленных гормональными изменениями.

2. Контроль и коррекция отдаленных последствий: продолжение мероприятий по профилактике лимфостаза, поддержанию эластичности тканей таза, коррекции урогенитальных симптомов менопаузы (по согласованию с онкологом).

3. Сексуальная реабилитация: углубленная работа с сексуальной дисфункцией при ее сохранении, включая психотерапевтические методы и использование вспомогательных средств.

4. Социально-трудовая адаптация: профессиональная переориентация (при необходимости), юридическое консультирование, поддержка в возвращении к трудовой деятельности.

5. Психологическая поддержка в ремиссии: работа со страхом рецидива, помощь в интеграции опыта болезни в жизненный нарратив, формирование философии «здорового выживания».

Методы: самостоятельные занятия по индивидуальной программе, посещение групп здоровья, фитнес-программ с учетом онкологического анамнеза, периодические курсы поддерживающей физиотерапии и ЛФК, долгосрочное психологическое сопровождение, участие в группах взаимопомощи.

Принцип преемственности между этапами обеспечивается необходимыми условиями:

- Единый реабилитационный диагноз и план, формулируемый на междисциплинарном консилиуме перед выпиской из стационара.
- Четкая документальная передача информации (выписка, рекомендации) из стационара в поликлинику или реабилитационный центр.
- Обучение пациентки и ее родственников простейшим методам самоконтроля и продолжению упражнений в домашних условиях.

- Координация действий между онкологом, врачом ЛФК, физиотерапевтом, психологом и врачом-реабилитологом поликлиники.

Успех поддерживающей терапии и реабилитации обеспечивается мультидисциплинарным подходом с вовлечением онколога, гинеколога, реабилитолога, нутрициолога, клинического психолога/психиатра и физиотерапевта. Создание комплексных программ, охватывающих все этапы лечения, является залогом не только улучшения качества жизни, но и повышения эффективности основного противоопухолевого лечения. Трехэтапная модель реабилитации онкогинекологических больных обеспечивает научно обоснованный, системный и индивидуальный подход к восстановлению на всех стадиях лечения и наблюдения. Реализация данной модели требует организационной слаженности медицинской системы, но является ключевым фактором достижения не только медицинских, но и психосоциальных целей реабилитации, способствуя полноценной и качественной жизни пациенток после перенесенного заболевания.

2.1. Возможности дистанционной реабилитации пациенток онкогинекологического профиля

Современный этап развития медицины характеризуется активным внедрением цифровых технологий во все сферы здравоохранения, включая реабилитацию. Дистанционная (телемедицинская) реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление и поддержание здоровья пациентов, реализуемых с использованием информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) вне традиционного стационара или реабилитационного центра. Для пациенток онкогинекологического профиля, особенно проживающих в отдаленных регионах, имеющих ограниченную мобильность в послеоперационном периоде или сталкивающихся с длительными курсами амбулаторного лечения, дистанционные форматы становятся не просто удобной альтернативой, а зачастую — единственно возможным способом получения непрерывной, квалифицированной и безопасной реабилитационной помощи.

Ключевыми преимуществами дистанционной реабилитации являются:

- Доступность: преодоление географических барьеров, обеспечение помощи пациентам в удаленных населенных пунктах.

- Непрерывность: Возможность обеспечения преемственности между стационарным и амбулаторным этапами, поддержание реабилитационного процесса на всех стадиях.
- Индивидуализация: Создание персонализированных программ, адаптированных под конкретные потребности, физические возможности и техническую оснащенность пациентки.
- Гибкость и экономия времени: Проведение занятий в удобное для пациентки время, исключение необходимости затрат времени и средств на дорогу.
- Безопасность: Снижение рисков внутрибольничных инфекций, что критически важно для пациенток с иммуносупрессией на фоне химиотерапии.
- Повышение приверженности: Интерактивные форматы, возможность обратной связи и удаленного мониторинга способствуют большей вовлеченности пациентки в процесс восстановления.

Дистанционная реабилитация может реализовываться в различных форматах, которые часто комбинируются для достижения максимального эффекта.

1. Синхронная (онлайн) реабилитация:

- Видеосвязь: проведение индивидуальных или групповых занятий лечебной физкультурой (ЛФК) в реальном времени под наблюдением и с коррекцией инструктора ЛФК или физического терапевта. Позволяет обеспечить обратную связь и контроль техники выполнения упражнений.
- Онлайн-консультации специалистов: прямые видеовстречи с врачом-реабилитологом, психологом, диетологом, сексологом для оценки состояния, коррекции программы, психологической поддержки.
- Виртуальные группы поддержки: групповые психотерапевтические сессии или образовательные школы для пациенток, проводимые в формате вебинара.

2. Асинхронная (оффлайн) реабилитация:

- Мобильные приложения: специализированные приложения для онкопациентов, содержащие персонализированные комплексы ЛФК (с видеоинструкциями), дневники самочувствия, напоминания о приеме лекарств, трекеры физической активности, образовательные материалы о питании и управлении симптомами.

- Предзаписанные видеоуроки: библиотеки упражнений, разделенные по этапам реабилитации (ранний послеоперационный, период химиотерапии, поддерживающий период) и направленности (дыхательная гимнастика, упражнения для тазового дна, профилактика лимфедемы, йога).
- Электронные образовательные платформы и чат-боты: структурированные курсы, предоставляющие информацию о заболевании, лечении, побочных эффектах и способах самопомощи. Чат-боты могут выполнять роль автоматизированных помощников, отвечая на частые вопросы и мотивируя к выполнению рекомендаций.
- Удаленный мониторинг (телемониторинг): использование носимых устройств (фитнес-трекеров, умных весов, тонометров) для передачи объективных данных (число шагов, пульс, артериальное давление, вес) лечащей команде для анализа и своевременной коррекции программы.

3. Гибридная (смешанная) модель: сочетание очных визитов к специалисту (для первичной оценки, сложных манипуляций) с регулярными дистанционными сессиями. Эта модель считается наиболее эффективной и сбалансированной.

Применение дистанционных технологий для коррекции специфических нарушений:

Лимфедема: дистанционно могут проводиться обучающие сессии по технике ручного лимфодренажного самомассажа, подбору и правильному надеванию компрессионного трикотажа. Приложения могут напоминать о времени выполнения упражнений и ухода за кожей.

Нарушения функции тазового дна: онлайн-занятия с инструктором ЛФК, специализирующимся на урогинекологии, для обучения правильной технике упражнений Кегеля с использованием принципов биологической обратной связи (при наличии портативных домашних БОС-тренажеров). Консультации по использованию вагинальных дилататоров.

Психологическая реабилитация: широко применяются онлайн-консультации психолога или психотерапевта (в форматах КПТ, поддерживающей терапии), участие в виртуальных группах взаимопомощи. Используются приложения для медитации, управления тревогой и отслеживания настроения.

Нутритивная поддержка: онсультации диетолога по видеосвязи, анализ пищевого дневника, введомого в мобильном приложении, разработка индивидуального плана питания.

Коррекция вазомоторных симптомов и сексуальная реабилитация: Образовательные онлайн-встречи, психологическое консультирование, обсуждение вопросов применения местных средств (лубрикантов, увлажнителей) и негормональной терапии.

Дистанционная реабилитация представляет собой динамично развивающееся и высокоперспективное направление в онкогинекологии. Она не заменяет полностью очное взаимодействие со специалистом, особенно на этапах первичной диагностики и при развитии осложнений, но становится мощным инструментом расширения доступности, персонализации и непрерывности реабилитационной помощи. Внедрение гибридных моделей, сочетающих преимущества очных и дистанционных форматов, позволяет создать гибкую, пациентоориентированную систему поддержки, направленную на максимальное улучшение качества жизни и долгосрочных результатов лечения женщин, перенесших онкогинекологические заболевания. Дальнейшее развитие телемедицинских платформ, носимых технологий и искусственного интеллекта для анализа данных откроет новые возможности для предиктивной и прецизионной реабилитации в онкологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). MASCC Guidelines. <https://www.mascc.org/> (Доступ к рекомендациям по различным аспектам поддерживающей терапии).
2. Roila F., et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. Ann Oncol. 2016.
3. Фирсова Р.А., и соавт. Саркопения как прогностический фактор у онкогинекологических пациенток. Вопросы онкологии. 2021.
4. Arends J., et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017.

5. Гомеева Е.В., и соавт. Влияние предоперационной иммунонутритивной поддержки на послеоперационный период у больных раком яичников. Онкогинекология. 2020. (Пример отечественного исследования).
6. Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (Eds.). From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. National Academies Press, 2006.
7. Национальные клинические рекомендации «Медицинская реабилитация при онкологических заболеваниях». Минздрав России, 2020 (актуализированные версии).
8. Carter, J., et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2018, 68(3), 222-239.
9. Flynn, K. E., et al. Sexual functioning and the treatment of early stage cervical cancer: a systematic review. Gynecologic Oncology, 2011, 120(3), 478-483.
10. Silver, J. K., & Gilchrist, L. S. Cancer rehabilitation with a focus on evidence-based outpatient physical and occupational therapy interventions. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2011, 90(5 Suppl 1), S5-S15.
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 24.04.2020, регламентирующий телемедицинские технологии).

ГЛАВА 3. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Нарушения функции тазовых органов, включая недержание мочи, анальную инконтиненцию и сексуальную дисфункцию, являются частыми и клинически значимыми осложнениями, развивающимися у женщин после обширных гинекологических оперативных вмешательств. Их возникновение связано с интраоперационной травмой нервных структур, обеспечивающих иннервацию мочевого пузыря, прямой кишки и тазового дна, что приводит к нарушению нормальных анатомо-функциональных взаимоотношений в малом тазу. Наиболее распространенной формой является стрессовое недержание мочи, проявляющееся непроизвольной потерей мочи при физическом напряжении (кашель, смех, физическая нагрузка). Тяжесть состояния варьирует от капельной потери (менее 250 мл/сутки) до постоянного подтекания, существенно снижая качество жизни пациенток.

Первичная диагностика должна начинаться с тщательного сбора анамнеза и ведения пациенткой дневника мочеиспускания в течение 3-7 дней. В дневник фиксируются время и объем каждого мочеиспускания, эпизоды недержания и императивных позывов, количество потребляемой жидкости. Объективизацию потерь мочи позволяет провести тест с прокладкой (педальный тест). Обязательным этапом является исключение инфекции мочевыводящих путей (ИМП) как провоцирующего фактора путем сдачи общего анализа мочи и, при необходимости, бактериологического исследования с определением чувствительности к антибиотикам. Инструментальная диагностика включает проведение УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи и, в сложных диагностических случаях, комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), выполняемое в специализированных учреждениях.

Лечение и реабилитация строятся на принципах этапности, комплексности и индивидуального подхода. Консервативная терапия является первым и фундаментальным этапом. Она включает:

1. Коррекцию образа жизни: снижение избыточной массы тела, отказ от курения, модификация диеты с ограничением кофеина, регуляция питьевого режима.
2. Поведенческую терапию: планирование мочеиспусканий (тренировка мочевого пузыря) с постепенным увеличением интервалов между ними.

3. Терапию сопутствующей патологии: адекватная санация ИМП, коррекция хронических запоров.

4. Медикаментозную терапию: по показаниям могут применяться препараты для снижения гиперактивности детрузора или увеличения тонуса уретры (антимускариновые средства, мирабегрон, дулоксетин и др.).

5. Тренировку мышц тазового дна (ТМТД): выполнение упражнений Кегеля. Для достижения клинического эффекта требуется регулярное и длительное выполнение значительного количества сокращений (десятки-сотни в день) с удержанием напряжения от 1 до 15-20 секунд. Методом выбора является тренировка с биологической обратной связью (БОС-терапия), которая с помощью специального датчика, устанавливаемого во влагалище или прямую кишку, позволяет визуализировать на экране компьютера силу и продолжительность сокращения именно целевых мышц тазового дна, исключая компенсаторную работу мышц брюшного пресса и ягодиц. Это обеспечивает правильность и высокую эффективность тренировки.

Физиотерапевтические методы занимают важное место в реабилитационном комплексе:

- Тибеальная нейромодуляция (чрезкожная электростимуляция большеберцового нерва): метод, основанный на модуляции активности нервных центров, контролирующей функцию мочевого пузыря, через стимуляцию n. tibialis. Курс из 10-12 процедур доказал свою эффективность в лечении гиперактивного мочевого пузыря и ургентного недержания мочи.
- Низкочастотная магнитотерапия на область малого таза: способствует уменьшению отека, воспаления и профилактике формирования спаек.
- Электросон: применяется для коррекции невротических расстройств, нормализации сна и эмоционального фона.
- Для коррекции анальной инконтиненции (встречается примерно в 10% случаев) применяется аналогичный комплексный подход с акцентом на целенаправленную нейромодуляцию тибеального нерва с БОС-терапией, направленную на укрепление как наружного, так и внутреннего анального сфинктера.

Сексуальная дисфункция, развивающаяся у 60-80% пациенток, особенно после двусторонней овариэктомии (хирургическая менопауза), требует

особого внимания. Ее патогенез связан с резкой гипоестрогенией, психологической травмой и изменением анатомии. Реабилитация включает:

- Психологическую и сексологическую помощь (консультирование, когнитивно-поведенческая терапия, при необходимости — назначение антидепрессантов психиатром).
- Консультацию гинеколога-эндокринолога для обсуждения возможности применения местной (вагинальной) или системной менопаузальной гормональной терапии (МГТ) с учетом онкологического анамнеза.
- Физиотерапию (электросон, магнитотерапия).
- Дозированную физическую активность: аэробные нагрузки средней интенсивности (не менее 150 минут в неделю), лечебная гимнастика (с исключением упражнений, напрягающих брюшной пресс, в раннем послеоперационном периоде), осторожное использование отдельных практик йоги после консультации с врачом.

Важнейшим компонентом успешной реабилитации является междисциплинарный подход с участием гинеколога-онколога, уролога, реабилитолога, физиотерапевта, психолога/психиатра и эндокринолога. Физическая активность, адаптированная к состоянию пациентки, выступает безопасным и эффективным средством восстановления, улучшающим кровоснабжение, лимфоотток, психоэмоциональное состояние и общее качество жизни [29]. Пациенткам не рекомендуется ждать самостоятельного разрешения проблем; при возникновении любых нарушений следует своевременно обращаться к специалистам для разработки индивидуальной программы реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hoyle L., et al. Pelvic organ dysfunction after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2015.
2. Asher V., et al. The role of nerve-sparing surgery in the preservation of pelvic organ function. *Gynecol Oncol Rep*. 2018.
3. Abrams P., et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn*. 2002.

4. Неймарк А.И., и др. Качество жизни пациенток со стрессовым недержанием мочи. Урология. 2020.
5. Bright E., et al. Urinary diaries: a comparison of data collected for three days versus seven days. Neurourol Urodyn. 2013.
6. Karantanis E., et al. The 1-hour pad test: a simple and effective method of quantifying urine loss. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004.
7. Hooton T.M., et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection. Clin Infect Dis. 2010.
8. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин. Клинические рекомендации. Минздрав России, 2021.
9. Розиев Р.А., и др. Значение комплексного уродинамического исследования в диагностике нарушений мочеиспускания. Экспериментальная и клиническая урология. 2019.
10. Subak L.L., et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med. 2009.
11. Burgio K.L., et al. Behavioral vs drug treatment for urge incontinence in older women. JAMA. 1998.
12. Markland A.D., et al. Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation. Am J Gastroenterol. 2013.
13. Chapple C.R., et al. Mirabegron in overactive bladder: a review of efficacy, safety, and tolerability. Neurourol Urodyn. 2014.
14. Mariappan P., et al. Duloxetine, a serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) for the treatment of stress urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2005.
15. Bo K., et al. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Churchill Livingstone, 2015.
16. Fitz F.F., et al. Biofeedback for training pelvic floor muscles in women with stress urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013.
17. Коган М.И., и др. Биологическая обратная связь в лечении стрессового недержания мочи у женщин. Урология. 2017.

18. Peters K.M., et al. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus extended-release tolterodine. J Urol. 2013.
19. Мартов А.Г., и др. Тибетальная нейромодуляция в лечении гиперактивного мочевого пузыря. Урологические ведомости. 2018.
20. Владимирова В.В., и др. Применение низкочастотной магнитотерапии в комплексной реабилитации пациенток после гинекологических операций. Вопросы курортологии. 2019.
21. Кропотов Ю.Д. Современные методы электросна и транскраниальной электростимуляции в клинической практике. Медицина, 2015.
22. Norton C., et al. Conservative management of fecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2006.
23. Deutekom M., et al. Biofeedback and pelvic floor exercises for fecal incontinence. World J Gastroenterol. 2007.
24. Jensen P.T., et al. Early-stage cervical cancer, sexual function, and quality of life after radical hysterectomy. Cancer. 2004.
25. Аполихина И.А., и др. Сексуальная дисфункция у женщин после хирургической менопаузы. Проблемы репродукции. 2016.
26. Levin R.J., et al. The role of psychotherapy in the treatment of sexual dysfunction. J Sex Marital Ther. 2010.
27. The NAMS 2022 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022.
28. Mishra N., et al. Effect of yoga on quality of life of women with gynecological cancer: a systematic review. Integr Cancer Ther. 2021.
29. Караченцев Ю.В., и др. Роль физической активности в реабилитации онкогинекологических больных. Вопросы онкологии. 2020.

ГЛАВА 4. ЛИМФЕДЕМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Вторичная лимфедема нижних конечностей представляет собой хроническое прогрессирующее состояние, являющееся частым осложнением радикального лечения онкогинекологических заболеваний. Его развитие обусловлено повреждением лимфатических коллекторов и узлов в ходе хирургического вмешательства (лимфаденэктомии) и последующей лучевой терапии на область малого таза, что приводит к нарушению оттока лимфы. Риск развития лимфедемы коррелирует с объемом вмешательства (удаление более 28 лимфоузлов) и комбинированным лечением.

Патогенез лимфедемы включает несколько стадий. Первоначально нарушение лимфатического дренажа приводит к накоплению богатой белком интерстициальной жидкости, что клинически проявляется мягким, обратимым отеком (стадия I). В последующем хронический застой запускает процессы воспаления с инфильтрацией тканей Т-лимфоцитами, пролиферацией фибробластов и отложением коллагена, что ведет к фиброзу и увеличению объема жировой ткани (липогенез). На поздних стадиях (III-IV) развивается необратимый плотный фиброз, деформация конечности (слоновость) и гиперкератоз кожи. Ключевыми осложнениями являются рецидивирующие рожистые воспаления (целлюлит) вследствие нарушения кожного барьера и иммунной дисфункции, а в редких случаях (до 5%) — развитие лимфангиосаркомы (синдром Стюарта-Тревеса).

Диагностика основывается на данных анамнеза (связь с лечением) и клинической картине. Для подтверждения и оценки тяжести применяются инструментальные методы. «Золотым стандартом» функциональной диагностики является лимфосцинтиграфия, позволяющая визуализировать лимфатический дренаж и выявить нарушение оттока. К неинвазивным методам относятся периметрия (измерение объема конечности), биоимпедансная спектроскопия (оценка содержания внеклеточной жидкости) и методы лучевой визуализации (УЗИ, МРТ лимфографии), которые помогают дифференцировать лимфедему от отеков другого генеза (венозных, сердечных, почечных). Основой консервативного лечения и реабилитации является комплексная противоотечная физическая терапия (КФПТ), состоящая из двух фаз. Первая, интенсивная фаза направлена на уменьшение объема конечности и включает:

1. Ручной лимфодренажный массаж (РЛД): специальная техника мягкого массажа, направленная на стимуляцию лимфотока из пораженной области в функционирующие коллекторы.
2. Многослойное бандажирование: наложение низкоэластичных бинтов для создания градиента давления, уменьшающего фильтрацию и усиливающего лимфодренаж во время движения.
3. Лечебная физкультура (ЛФК): специальные упражнения, активирующие мышечно-венозную помпу (сгибание/разгибание стопы, колена), выполняемые в бандаже. Предпочтение отдается плаванию, скандинавской ходьбе, занятиям на велотренажере.
4. Тщательный уход за кожей: гигиена, увлажнение, профилактика микротравм и инфекций (обработка антисептиками) для предотвращения рожистого воспаления.

Вторая, поддерживающая фаза направлена на сохранение достигнутого результата и включает:

1. Ношение медицинского компрессионного трикотажа 2-3 класса компрессии, изготовленного по технологии плоской вязки по индивидуальным меркам.
2. Ежедневные комплексы ЛФК и дозированная физическая активность.
3. Продолжение тщательного ухода за кожей.

В качестве дополнительных физиотерапевтических методов, применяемых в условиях стационара или реабилитационного центра, могут использоваться:

- Аппаратная пневмокомпрессия (прессотерапия): осуществляет волнообразное давление по конечности снизу вверх.
- Низкочастотная магнитотерапия: обладает противоотечным, трофическим и сосудорасширяющим действием.
- Электростимуляция: способствует активации лимфатической помпы.

Хирургические методы (лимфовенозные анастомозы, пересадка лимфоузлов) рассматриваются при неэффективности консервативной терапии и в специализированных центрах.

Профилактика является краеугольным камнем управления лимфедемой. Пациенткам из групп высокого риска (обширная лимфаденэктомия + лучевая терапия) показано превентивное ношение компрессионного трикотажа, избегание травм и перегрева конечности, поддержание нормальной массы тела и регулярная физическая активность.

Таким образом, ведение пациенток с лимфедемой требует длительного, мультидисциплинарного подхода, основанного на этапах КФПТ, модификации образа жизни и активной профилактике инфекционных осложнений для сохранения качества жизни и функциональности конечности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Rockson S.G. Lymphedema after Breast Cancer Treatment. N Engl J Med. 2018.
2. McLaughlin S.A., et al. Prevalence of Lymphedema in Women with Breast Cancer 5 Years after Sentinel Lymph Node Biopsy or Axillary Dissection: Objective Measurements. J Clin Oncol. 2008.
3. International Society of Lymphology. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2020 Consensus Document. Lymphology. 2020.
4. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфедемы. 2021.
5. Grada A.A., Phillips T.J. Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. J Am Acad Dermatol. 2017.

ГЛАВА 5. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ.

5.1. Патогенез нутритивной недостаточности при онкологических заболеваниях.

Одной из наиболее значимых клинических проблем в онкогинекологии является нарушение нутритивного статуса, главным образом в виде синдрома анорексии-кахексии (САК). Данное состояние, выявляемое у 10-30% пациенток, представляет собой сложный патофизиологический процесс, существенно ухудшающий переносимость и исходы противоопухолевого лечения, увеличивающий частоту послеоперационных осложнений и снижающий общую выживаемость.

Развитие САК не является простым следствием сниженного аппетита. В его основе лежат паранеопластические процессы, опосредованные цитокинами воспаления (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6), выделяемыми опухолью и приводящими к состоянию хронического системного воспаления. Это влечет за собой комплекс метаболических сдвигов:

- Изменение энергетического обмена: Усиление катаболизма на фоне снижения синтеза белка и резистентности к инсулину. Энергопотребности могут варьировать: при опухолях головы и шеи они сопоставимы с нормативными, при раке поджелудочной железы — повышены.
- Гормональные и нейроэндокринные нарушения: Подавление синтеза белка, дисрегуляция оси лептин-грелин, центральное подавление аппетита.
- Прямое катаболическое действие опухоли: Выделение специфических факторов (протеин- и липид-мобилизующий фактор), приводящих к распаду мышечного белка и мобилизации жира.

Помимо метаболических, ключевую роль играют алиментарные факторы: анорексия на фоне стресса, раннее насыщение, механические препятствия, извращение вкуса и обоняния вследствие химиотерапии, а также функциональные нарушения ЖКТ (атрофия слизистой, снижение секреции, замедление моторики).

5.2. Диагностика и скрининг нутритивной недостаточности

Своевременная диагностика критически важна. Ключевыми маркерами являются:

1. Непреднамеренная потеря массы тела: $>5\%$ за 3 месяца или $>10\%$ за 6 месяцев.

2. Снижение индекса массы тела (ИМТ).

3. Низкая калорийность и протеиновая ценность рациона (<1 г белка/кг/сут при норме 1.5 г/кг/сут для онкобольных).

4. Снижение мышечной массы (саркопения). Согласно консенсусным критериям, диагноз белково-энергетической недостаточности (или САК) устанавливается при наличии хронического воспаления (этиологический критерий) в сочетании хотя бы с одним фенотипическим критерием (потеря веса, низкий ИМТ, снижение мышечной массы).

5.3. Принципы нутритивной поддержки: этапный подход

1. Предоперационная (пререабилитационная) подготовка.

У пациенток с нутритивным дефицитом плановое хирургическое вмешательство целесообразно отсрочить на 7-14 дней для проведения нутритивной поддержки. Рекомендуется:

- Высокобелковое энтеральное питание (ЭП) с добавлением фармаконутриентов (омега-3 жирные кислоты, аргинин, нуклеотиды). Доказано, что предоперационное иммунное питание снижает частоту инфекционных осложнений и общую стоимость лечения.
- Комбинация с лечебной физкультурой (ЛФК): аэробные и силовые упражнения в предоперационном периоде улучшают функциональный статус и снижают риск послеоперационных осложнений.

2. Ранний послеоперационный период.

Нутритивная поддержка должна начинаться максимально рано, в первые 24 часа после операции, в соответствии с принципами ускоренной реабилитации (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS):

- Раннее энтеральное питание: Начинается с малых объемов (25-30 мл/ч) полуэлементных смесей (например, на основе гидролизованного сывороточного протеина), обладающих низкой осмолярностью (для профилактики диареи) и легкой усвояемостью. Постепенное увеличение объема до расчетного (25-30 ккал/кг/сут, 1.5 г белка/кг/сут).
- Приоритет ЭП перед парентеральным питанием (ПП), так как оно поддерживает функцию ЖКТ, снижает риск транслокации бактерий и более физиологично.

3. Период адъювантной химио- и лучевой терапии.

Активная нутритивная поддержка направлена на повышение толерантности к лечению:

- Продолжение дополнительного ЭП (сиппинга) в объеме 400-600 мл/сут для компенсации анорексии и повышенных потребностей.
- Коррекция специфических осложнений: Использование омега-3 жирных кислот для снижения нейротоксичности химиопрепаратов, полуэлементных смесей при диарейном синдроме, диабетических смесей при гипергликемии. Доказано, что нутритивная поддержка улучшает завершаемость запланированных курсов химиотерапии.
- Обязательная коррекция экзокринной недостаточности поджелудочной железы полиферментными препаратами при наличии симптомов мальабсорбции.

4. Долгосрочное амбулаторное сопровождение.

В отдаленном периоде нутритивная поддержка должна быть адаптирована к индивидуальным нарушениям (диспепсия, демпинг-синдром, стеаторея). Часть пациенток может длительно нуждаться в полуэлементных или стандартных высокобелковых смесях для поддержания мышечной массы и качества жизни. Достаточное потребление белка (≥ 1.5 г/кг/сут) ассоциировано со снижением смертности.

Нутритивная недостаточность является мощным независимым прогностическим фактором у онкогинекологических пациенток. Ее коррекция должна быть неотъемлемой частью комплексного лечения на всех этапах: от пререабилитации и хирургии до адъювантной терапии и длительного наблюдения. Интегративный подход, сочетающий раннюю диагностику, многоуровневую нутритивную поддержку (с акцентом на энтеральный путь и высокобелковые составы) и дозированную физическую активность, позволяет улучшить клинические исходы, переносимость агрессивного лечения и качество жизни пациенток. Мультидисциплинарное взаимодействие онколога, реабилитолога, диетолога и психолога является ключом к успешной реализации данной стратегии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., et al. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet Oncology*, 12(5), 489–495. (Ключевой консенсус, определяющий критерии и значимость кахексии).
2. Weimann, A., Braga, M., Carli, F., et al. (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*, 36(3), 623–650. (Рекомендации по нутритивной поддержке в хирургии, включая предоперационный период).
3. Bozzetti, F., & Forbes, A. (2009). The ESPEN clinical practice Guidelines on Parenteral Nutrition: present status and perspectives for future research. *Clinical Nutrition*, 28(4), 359–364. (Обзор роли питания в переносимости терапии).
4. Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11–48. (Базовые доказательные рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных).
5. Muscaritoli, M., Lucia, S., Farcomeni, A., et al. (2017). Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*, 8(45), 79884–79896. (Подчеркивает распространенность и негативное влияние нутритивной недостаточности на ранних этапах).

ГЛАВА 6. КОРРЕКЦИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ СИМПТОМОВ ИСКУССТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

Искусственная менопауза, индуцированная в рамках комплексного лечения онкологических заболеваний (хирургическая овариэктомия, лучевое воздействие на яичники, химио- или эндокринная терапия), характеризуется резким прекращением функции яичников и дефицитом эстрогенов. В отличие от естественного климакса, протекающего постепенно, быстрое угасание гормональной активности не позволяет организму адаптироваться, что приводит к более выраженным и тяжелым проявлениям менопаузального синдрома. Ведущее место в его структуре занимают вазомоторные симптомы (приливы, ночная потливость), которые, наряду с эмоционально-вегетативными и урогенитальными нарушениями, значительно снижают качество жизни пациенток, особенно репродуктивного возраста, составляющих до 11% больных раком молочной железы.

Основная терапевтическая дилемма заключается в том, что наиболее эффективный метод коррекции — системная менопаузальная гормональная терапия (МГТ) — зачастую противопоказан при гормонозависимых опухолях (например, позитивных по эстрогеновым рецепторам при раке молочной железы). Это определяет необходимость поиска и применения альтернативных негормональных стратегий, составляющих основу реабилитации данной категории пациенток.

Современные негормональные методы коррекции вазомоторных симптомов:

1. Модификация образа жизни: является базовым и доступным направлением. Доказано, что нормализация массы тела снижает частоту и интенсивность приливов. Рекомендуются избегать триггеров: острой пищи, кофеина, алкоголя, стрессовых ситуаций, высокой температуры окружающей среды. Эффективны методы быстрого охлаждения (прохладный душ, вентилятор), ношение одежды из натуральных тканей, оптимизация режима сна.

2. Негормональная лекарственная терапия:

- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина/норадреналина (СИОЗСН) – пароксетин и венлафаксин имеют наилучшую доказательную базу для уменьшения частоты и тяжести приливов. Их назначение требует контроля со стороны онколога и психиатра ввиду возможных лекарственных взаимодействий (особенно с тамоксифеном) и профиля побочных эффектов.

- Габапентиноиды (Габапентин, Прегабалин): эффективны в снижении частоты и выраженности вазомоторных симптомов, особенно ночной потливости. Назначение начинают с низких доз с постепенной титрацией.

- Клонидин: центральный альфа-2-адреномиметик с умеренной эффективностью, может применяться при непереносимости других препаратов.

- Бета-аланин: Аминокислота, обладает терморегулирующим действием, способна уменьшать ощущение жара и частоту приливов.

3. Немедикаментозные психологические методы: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) демонстрирует высокую эффективность в управлении приливами и сопутствующей тревогой. Она помогает изменить паттерны восприятия симптомов и развить навыки совладания с ними. Консультации клинического психолога (индивидуальные или групповые) являются важным компонентом комплексной реабилитации.

4. Фитоэстрогены и БАДы: препараты на основе изофлавонов сои или клевера (генистеин, дайдзеин) обладают слабым эстрогеноподобным действием. Их эффективность вариабельна, а безопасность применения у пациенток с гормонозависимыми опухолями окончательно не установлена, что требует осторожности при назначении.

Решение о выборе метода коррекции должно приниматься коллегиально врачом-акушером-гинекологом совместно с онкологом. Оценке подлежат выраженность симптомов, тип и стадия перенесенного онкологического заболевания, проводимая противоопухолевая терапия, общее состояние и коморбидный фон пациентки. Даже в случаях, когда системная МГТ невозможна, вопрос о применении ультранизкодозной топической (вагинальной) терапии для коррекции урогенитальной атрофии может быть рассмотрен, поскольку ее системная абсорбция минимальна.

Таким образом, коррекция вазомоторных симптомов искусственной менопаузы у онкологических пациенток представляет собой сложную задачу, требующую индивидуального, сбалансированного и мультидисциплинарного подхода. Комбинация модификации образа жизни, психологической поддержки и тщательно подобранной негормональной фармакотерапии позволяет достичь значимого улучшения качества жизни без повышения онкологических рисков.

6.1. Особенности применения менопаузальной гормонотерапии (МГТ).

Проблема применения менопаузальной гормонотерапии (МГТ), как системной, так и топической, у пациенток, перенесших злокачественные новообразования (рак молочной железы, гинекологический рак и другие локализации), остается одной из наиболее дискуссионных в клинической онкологии и гинекологии. Несмотря на накопленный международный опыт, демонстрирующий потенциал безопасного применения МГТ для улучшения качества жизни (КЖ), в Российской Федерации данная практика ограничена ввиду существующих нормативных барьеров и распространенной «гормонофобии» в медицинском сообществе (Урманчеева А.Ф., Ульрих Е.А., 2018; Сметник В.П., 2006). Качество жизни представляет собой комплексный показатель, включающий физическое, психологическое, сексуальное, социальное и экономическое благополучие. Для онкологических пациенток, особенно в постменопаузе, купирование тяжелых вазомоторных симптомов и генитоуринарного синдрома (ГУС) является критически важным для успешной реабилитации и социальной адаптации (The NAMS 2022 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel, 2022).

История применения МГТ претерпела несколько этапов. В 1970-е годы широкое использование монотерапии конъюгированными эстрогенами без прогестинов привело к росту частоты гиперпластических процессов и рака эндометрия. Решением стало добавление прогестинов к схеме терапии. Однако в 2002 году публикация предварительных результатов рандомизированного исследования «Инициатива во имя здоровья женщин» (WHI) нанесла серьезный удар по репутации МГТ, заявив о повышении рисков рака молочной железы и ишемической болезни сердца. Последующий критический анализ выявил методологические недостатки WHI: включение женщин старшего возраста (50-79 лет) с длительностью менопаузы >10 лет, использование высоких доз эстрогенов и синтетического прогестина медроксипрогестерона ацетата (Crandall C.J. et al., 2020; Manson J.E. et al., 2017). Современный пересмотр данных позволил дифференцировать риски. Важными положительными выводами стали: отсутствие повышения риска рака молочной железы и даже его возможное снижение у женщин после гистерэктомии на фоне монотерапии эстрогенами, а также отсутствие повышения риска рака яичников на фоне МГТ.

При рассмотрении системной МГТ при гинекологическом раке данные различаются. Мета-анализы по раку эндометрия (РЭ) не выявили статистически значимого увеличения риска рецидива, решение о назначении должно учитывать тип, стадию и дифференцировку опухоли. При саркомах матки (эндометриальная стромальная саркома, лейомиосаркома) большинство

данных свидетельствует о нежелательности МГТ, тогда как карциносаркома, не являясь гормонозависимой, теоретически допускает такую возможность. Для рака яичников (РЯ) ситуация неоднородна: при серозном РЯ МГТ может ассоциироваться с лучшей выживаемостью, тогда как при гранулезоклеточных и эндометриоидных опухолях она абсолютно противопоказана. Пациентки с плоскоклеточным раком шейки матки, вульвы и влагалища (составляющим ~80% случаев) являются потенциальными кандидатами для МГТ, в отличие от аденокарцином, где данные ограничены. При раке молочной железы (РМЖ) системная МГТ традиционно считается противопоказанной, особенно при эстроген-позитивных опухолях.

Топическая (местная) МГТ, особенно вагинальные формы эстрогенов, — высокоэффективный метод лечения ГУС с минимальной системной абсорбцией. При РМЖ ее применение требует учета терапии: на фоне тамоксифена теоретически возможно после неудачи негормонального лечения, на фоне ингибиторов ароматазы — противопоказано, при трижды негативном РМЖ может рассматриваться. При гинекологическом раке принципы соответствуют таковым для системной МГТ, с возможностью рассмотрения топической терапии, например, при серозном РЯ или плоскоклеточном РШМ.

Ключевыми клиническими аспектами являются: 1) Индивидуализация и обязательный междисциплинарный подход (онколог, гинеколог). 2) Предпочтение трансдермальных форм при системной терапии для минимизации риска тромбозмболических осложнений, особенно актуального для онкологических пациенток. 3) Принцип «начинай с низких доз», особенно для топической терапии, где рекомендованы ультранизкие дозы эстриола. 4) Строгий мониторинг (маммография, УЗИ, контроль биохимии и коагулограммы). В Российской Федерации необходима ревизия нормативной базы и клинических рекомендаций с учетом современных международных данных (Global Consensus Position Statement on menopausal hormone therapy, 2023; Клинические рекомендации РОАГ «Менопауза и климактерическое состояние у женщин», 2024).

Таким образом, применение МГТ у пациенток, излеченных от рака, — сложная, но актуальная клиническая задача. Современные данные позволяют выделить группы пациенток, для которых МГТ может быть рассмотрена с целью значительного улучшения качества жизни при условии тщательного отбора, индивидуального подхода и мультидисциплинарного согласования.

Дальнейшее накопление доказательной базы и диалог между специалистами необходимы для оптимизации реабилитации онкологических пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Management of Menopausal Symptoms in Women With a History of Breast Cancer. The North American Menopause Society (NAMS) Position Statement. Menopause. 2022.
2. Faubion S.S., et al. Genitourinary syndrome of menopause: management strategies for the clinician. Mayo Clin Proc. 2017.
3. Global Consensus Position Statement on menopausal hormone therapy. Climacteric. 2023.
4. Kroenke C.H., et al. Effects of a dietary intervention and weight change on vasomotor symptoms in the Women's Health Initiative. Menopause. 2012.
5. Rada G., et al. Non-hormonal interventions for hot flashes in women with a history of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2010.
6. Ayers B., et al. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flashes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. Menopause. 2012.
7. Урманчеева А.Ф., Ульрих Е.А. Качество жизни и менопаузальная гормонотерапия у онкологических больных // Практическая онкология. – 2018. – Т.19, №3. – С. 221-229.
8. Сметник В.П. (ред.) Медицина климактерия. – М.: Литера, 2006. – 848 с.
9. The NAMS 2022 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society // Menopause. 2022. Vol. 29, No 7. P. 767–794.
10. Crandall C.J. et al. Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the Women's Health Initiative randomized clinical trials // JAMA. 2020. Vol. 324, No 4. P. 369-380.
11. Manson J.E. et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials // JAMA. 2017. Vol. 318, No 10. P. 927-938.

12. Global Consensus Position Statement on menopausal hormone therapy // Climacteric. 2023. Vol. 26, No 1. P. 1-8. URL: <https://aig-journal.ru/articles/Polojeniya-globalnogo-konsensusa-o-menopauzalnoi-gormonoterapii-cel-i-obosnovanie.html>
13. Коган Е.А. и др. Возможности менопаузальной гормонотерапии у больных раком эндометрия: анализ современных данных // Акушерство и гинекология. – 2021. – №5. – С. 32-38.
14. Mascarenhas C. et al. The use of hormone replacement therapy after treatment for gynecological cancer: A systematic review // Gynecol Oncol. 2021. Vol. 163, No 3. P. 667-678.
15. Faubion S.S. et al. Genitourinary syndrome of menopause: management strategies for the clinician // Mayo Clin Proc. 2017. Vol. 92, No 12. P. 1842-1849.
16. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщин». – 2024.

ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ) НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

Внедрение специализированных комплексов лечебной физической культуры (ЛФК) в программу подготовки и реабилитации пациенток, переносящих обширные гинекологические операции по поводу онкологических заболеваний, является важным компонентом мультидисциплинарного подхода. Целью ЛФК является подготовка организма к оперативному стрессу, профилактика послеоперационных осложнений (ателектазов, тромбоэмболий, пареза кишечника), поддержание мышечного тонуса и ускорение процессов восстановления.

7.1. Роль и принципы физической терапии в онкогинекологической реабилитации

Физическая терапия, или лечебная физическая культура (ЛФК), является неотъемлемой частью комплексной реабилитации пациенток после лечения онкогинекологических заболеваний. Ее задачи выходят далеко за рамки простого восстановления двигательной активности и включают: профилактику послеоперационных осложнений (пневмонии, тромбоэмболии, лимфостаза), коррекцию метаболических нарушений и синдрома анорексии-кахексии, снижение токсичности химио- и лучевой терапии, сохранение и восстановление функции мышц тазового дна, улучшение психоэмоционального состояния и качества жизни.

Эффективность ЛФК определяется соблюдением ключевых принципов: индивидуализации (с учетом объема операции, типа адъювантного лечения, возраста, сопутствующей патологии), этапности (строгое соответствие задач и методов текущему периоду заболевания), регулярности и последовательности, адекватности нагрузки (постепенное увеличение объема и интенсивности) и комплексности (сочетание с другими реабилитационными мероприятиями).

7.2. Физическая терапия в раннем послеоперационном периоде (первые 7-14 суток)

Цель на этом этапе – профилактика ранних послеоперационных осложнений, активизация пациентки, поддержание основных функций организма и создание предпосылок для дальнейшей реабилитации.

Основные задачи и методы:

- Профилактика дыхательных осложнений: диафрагмальное и грудное дыхание, дыхательные упражнения с удлиненным выдохом и стимулированным кашлем (при адекватном обезболивании). Начинаются с первых часов после операции.
- Профилактика тромбоэмболических осложнений: пассивные, затем активные движения в голеностопных и лучезапястных суставах, изометрическое напряжение мышц голени и бедер, ранняя вертикализация и начало ходьбы.
- Активация перистальтики кишечника: плавное поглаживание живота по часовой стрелке, повороты в постели, переход в положение сидя.
- Начальная работа с мышцами тазового дна (МТД): щадящие изометрические сокращения МТД без натуживания (упражнения Кегеля) в положении лежа, направленные на улучшение кровообращения и профилактики атонии.
- Поддержание тонуса основных мышечных групп: упражнения в положении лежа для мелких и средних суставов конечностей, с ограниченной амплитудой.

Характер нагрузки: упражнения выполняются в медленном темпе, с минимальной амплитудой, под контролем инструктора. Общая продолжительность занятия 10-15 минут, 2-3 раза в день. Критерием правильности является отсутствие усиления боли и выраженной одышки.

7.3. Физическая терапия в периоде адъювантного лечения и восстановления (3 недели – 3 месяца)

Этот этап совпадает с проведением химио- или лучевой терапии. Цель ЛФК – минимизация побочных эффектов специфического лечения, борьба с астенией и саркопенией, начало активного восстановления функциональных возможностей.

Основные задачи и методы:

- Повышение толерантности к физической нагрузке: поэтапное увеличение длительности и сложности занятий. Включаются

упражнения в положениях сидя, стоя, на четвереньках. Вводится дозированная ходьба.

- Профилактика и коррекция лимфостаза: специальная комплексная противоотечная гимнастика: «лимфодренажные» движения от дистальных отделов конечностей к проксимальным, упражнения на диафрагмальное дыхание, изометрические сокращения мышц. Все упражнения выполняются в компрессионном трикотаже.
- Борьба с периферической нейропатией: упражнения на мелкую моторику (сгибание/разгибание пальцев, работа с мелкими предметами), баланс-тренировка, тактильная стимуляция.
- Тренировка мышц тазового дна: переход к динамическим и более интенсивным изометрическим упражнениям для МТД. Используется принцип биологической обратной связи (БОС-тренинг) для повышения эффективности.
- Силовая тренировка: введение упражнений с небольшим внешним сопротивлением (резиновые ленты, легкие гантели) для профилактики саркопении.

Характер нагрузки: занятия проводятся 3-5 раз в неделю, продолжительность 30-45 минут. Сочетаются аэробная (ходьба, велотренажер) и силовая компоненты. Нагрузка адаптируется к самочувствию пациентки и дням введения химиопрепаратов.

7.4. Физическая терапия в отдаленном (поддерживающем) периоде (с 3-4 месяца и далее)

Цель – долгосрочное поддержание и улучшение физической формы, качества жизни, профилактика рецидивов и поздних осложнений, социальная реинтеграция.

Основные задачи и методы:

- Развитие общей выносливости: регулярные аэробные тренировки умеренной интенсивности (ходьба, скандинавская ходьба, плавание, велотренажер) не менее 150 минут в неделю.
- Силовая тренировка для профилактики саркопении и остеопороза: упражнения на основные мышечные группы с использованием веса тела, тренажеров или свободных весов. Рекомендуется 2-3 силовые тренировки в неделю.

- Коррекция осанки и постурального баланса: упражнения на стабильность кора, растяжение мышц-сгибателей бедра и грудных мышц, укрепление мышц спины. Это особенно важно для пациенток после абдоминальных операций.
- Продвинутая тренировка мышц тазового дна: использование вагинальных конусов или тренажеров с электростимуляцией/БОС для лечения стрессового недержания мочи и улучшения сексуальной функции.
- Интеграция в групповые формы активности: занятия в группах здоровья, пилатес, йога (адаптированные программы), аквааэробика, что также решает задачи психосоциальной адаптации.

Характер нагрузки: Тренировки носят характер здорового образа жизни. Интенсивность рассчитывается по пульсу (до 60-80% от максимального возрастного) или по шкале воспринимаемого напряжения (Borg RPE 12-14). Крайне важна регулярность и постоянство.

7.5. Специальные аспекты и меры предосторожности

Лимфедема: исключаются упражнения с высоким статическим напряжением, подъем тяжестей >5 кг на оперированной стороне, перегревание и травмы. Приоритет – специальная гимнастика и компрессия.

Стомы: подбор упражнений, исключающих риск образования грыж вокруг стомы, использование специальных бандажей.

Остеопороз (на фоне индуцированной менопаузы): акцент на упражнения с осевой нагрузкой (ходьба) и силовые тренировки для стимуляции костеобразования.

Психологический аспект: ЛФК выступает мощным немедикаментозным средством для снижения тревоги и депрессии, что доказано в исследованиях. Групповые формы занятий особенно эффективны.

Мониторинг: перед началом программы и регулярно в процессе необходим контроль со стороны врача ЛФК или реабилитолога с оценкой функционального состояния, наличия осложнений и корректировкой нагрузки.

Физическая терапия в онкогинекологии представляет собой динамичный, научно обоснованный процесс, строго адаптированный к этапам лечения и

индивидуальным особенностям пациентки. От правильного подбора и дозирования физических упражнений на каждом этапе – от палаты реанимации до возвращения к активной жизни – напрямую зависят медицинские исходы, скорость восстановления и качество жизни. Внедрение структурированных программ ЛФК в стандарты лечения является обязательным условием современной комплексной реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., et al. (2010). American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1409–1426.
2. Stuiver, M. M., ten Tusscher, M. R., Agasi-Idenburg, C. S., et al. (2015). Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). (Обзор доказательств по профилактике лимфостаза, включая физические упражнения).
3. Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., et al. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(11), 2375–2390.
4. Craft, L. L., VanIterson, E. H., Helenowski, I. B., et al. (2012). Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21(1), 3–19.
5. Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, C., et al. (2017). Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncology*, 3(7), 961–968.

ГЛАВА 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

8.1. Актуальность и цели психологической реабилитации

Диагноз онкогинекологического заболевания, последующее хирургическое вмешательство и комплексное лечение представляют собой глубокую психотравмирующую ситуацию, затрагивающую ключевые аспекты женской идентичности, сексуальности и социального функционирования. Психологическая реабилитация является неотъемлемой и равнозначной составляющей общего восстановительного процесса, нацеленной не только на купирование негативных психических реакций, но и на помощь в построении новой жизненной перспективы. Ее основными целями являются:

- Купирование острых стрессовых реакций, тревожно-депрессивных и фобических расстройств.
- Коррекция дисфункциональных когнитивных установок (катастрофизация, стигматизация, чувство утраты контроля).
- Помощь в принятии изменений тела и адаптации к возможным функциональным ограничениям.
- Поддержание и восстановление позитивного образа «Я», включая сексуальную составляющую.
- Оптимизация семейных и социальных отношений, профилактика социальной изоляции.
- Формирование адаптивных стратегий совладания (копинг-стратегий) и повышение психологической устойчивости.

8.2. Ключевые психологические проблемы и этапы адаптации

Пациентки сталкиваются со спектром взаимосвязанных проблем:

1. Экзистенциальный кризис: страх смерти, рецидива, неопределенность будущего.
2. Нарушение телесного образа и женской идентичности: чувство утраты привлекательности, неполноценности после гистерэктомии или овариоэктомии. Снижение самооценки, связанное с рубцами, выпадением волос после химиотерапии, лимфедемой.

3. Сексуальные дисфункции: боль во время полового акта (диспареуния), снижение либидо, сухость влагалища, трудности достижения оргазма, обусловленные как физиологическими последствиями лечения, так и психологическими блоками.

4. Социально-ролевые нарушения: страх быть отвергнутой партнером, трудности в выполнении семейных и профессиональных обязанностей, избегание социальных контактов.

5. Высокий уровень тревоги и депрессии: проявляется нарушениями сна, апатией, раздражительностью, ипохондрической фиксацией на ощущениях.

Процесс психологической адаптации носит нелинейный характер и может быть описан через модели, включающие этапы: шока и отрицания, агрессии и «торга», депрессии и, наконец, принятия и интеграции опыта болезни в жизненный нарратив.

8.3. Основные направления и методы психологической помощи

Психологическая реабилитация строится на принципах мультидисциплинарности, этапности и индивидуализации.

1. Психообразование:

Цель: снижение тревоги неопределенности за счет предоставления достоверной, адаптированной информации.

Содержание: разъяснение сути заболевания, плана лечения, ожидаемых побочных эффектов и способов их коррекции. Обсуждение вопросов фертильности, менопаузы, гормонозаместительной терапии. Нормализация психологических реакций («ваши чувства естественны в этой ситуации»).

2. Психотерапевтическая коррекция:

- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): наиболее доказанный метод. Направлена на выявление и изменение негативных автоматических мыслей («я больше не женщина», «болезнь — это наказание»), формирование реалистичного восприятия ситуации, обучение навыкам управления стрессом и релаксации.
- Телесно-ориентированные и арт-терапевтические методики: помогают восстановить контакт с измененным телом, выразить непроговариваемые страхи и эмоции через творчество (рисунок, лепка, движение), способствуют снижению мышечного напряжения.

- Семейная и парная терапия: направлены на улучшение коммуникации, обучение партнера поддержке, совместное преодоление кризиса, обсуждение и поиск решений для интимных проблем.
- Групповая психотерапия и группы взаимопомощи: обеспечивают ощущение общности, снижают стигматизацию и изоляцию. Обмен опытом, моделями адаптивного поведения между пациентами является мощным ресурсом.

3. Психологическое сопровождение при специфических проблемах:

- Сексуальная реабилитация: включает поэтапную работу: открытый диалог о проблемах, обучение техникам постепенного расширения интимной близости (сенсорный фокус), рекомендации по использованию лубрикантов, дилататоров, подбору поз, снижающих дискомфорт. Тесное взаимодействие с гинекологом и сексологом.
- Работа с травмой: при клинически значимых симптомах ПТСР могут применяться специализированные методы, такие как десенсибилизация и переработка травмы движением глаз (ДПДГ).

4. Фармакотерапия: назначается психиатром при клинически выраженных тревожных и депрессивных расстройствах, нарушениях сна. Современные антидепрессанты (например, СИОЗС) и анксиолитики позволяют быстро купировать острые симптомы, создавая основу для эффективной психотерапии.

8.4. Принципы организации психологической помощи в реабилитационном процессе

Помощь должна быть интегрирована в общий лечебный маршрут:

- На диагностическом и предоперационном этапе: скрининг психологического состояния, подготовка к лечению, информированное согласие с учетом эмоционального состояния.
- В период стационарного лечения и раннего восстановления: кризисная поддержка, обучение методам саморегуляции для управления болью и тревогой, начало работы с принятием изменений.
- В амбулаторном и отдаленном периоде: систематическая психотерапевтическая работа, направленная на социально-психологическую реадaptацию, поддержка в возвращении к трудовой деятельности, работа с ремиссией и страхом рецидива.

8.5. Роль междисциплинарной команды

Эффективная психологическая реабилитация возможна только в рамках слаженной работы команды: онкогинеколога, химиотерапевта, радиотерапевта, врача ЛФК, физиотерапевта, медицинского психолога/психотерапевта, психиатра, социального работника. Регулярные консилиумы и единый реабилитационный план, центрированный на пациентке, являются залогом успеха.

Психологическая реабилитация онкогинекологических пациенток — это целенаправленный, длительный процесс, способствующий не просто возвращению к «доболезненному» состоянию, а личностному росту, обретению новых смыслов и повышению качества жизни даже в условиях перенесенного тяжелого заболевания. Интеграция психологической помощи в стандарты лечения является этическим и клиническим императивом современной медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Holland J.C., et al. *Psycho-Oncology*. 3rd ed. Oxford University Press; 2015.
2. Семиглазова Т.Ю., и др. *Качество жизни онкологических больных: руководство для врачей*. М.: Практическая медицина; 2018.
3. Fann J.R., et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(2):112-126.
4. Коваленко Н.А., Урываев В.М. Психологическая реабилитация в онкологии: принципы и модели. *Вопросы онкологии*. 2019;65(4):512-519.
5. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984.
6. Михайлова Е.С. Копинг-стратегии у пациенток с раком молочной железы и раком яичников. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2020;22(3): 45-51.
7. Ялом И. *Экзистенциальная психотерапия*. М.: Класс; 2005.
8. Fingeret M.C., et al. Body image screening for cancer patients: challenges and opportunities. *Support Care Cancer*. 2014;22(8): 2295-2301.

9. Бергфельд А.Ю. Психология телесности: теоретические и прикладные аспекты. СПб.: Речь; 2017.
10. Jensen P.T., et al. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer*. 2004;100(1):97-106.
11. Flynn K.E., et al. Sexual functioning and the treatment of early stage cervical cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol*. 2011;120(3): 478-483.
12. Гордеева О.В. Социально-психологическая адаптация онкологических больных. М.: Институт психологии РАН; 2016.
13. Mitchell A.J., et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12(2):160-174.
14. Kübler-Ross E., Kessler D. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. Scribner; 2005.
15. Devine E.C. Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(1): 75-89.
16. Хельмут В. Разговор с больным раком. Психологическая помощь и уход. М.: Триада; 2008.
17. Greer J.A., et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults with cancer. *Psychol Bull*. 2020;146(11): 1006-1036.
18. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер; 2003.
19. Медведева Л.Н., Лебедева Л.Д. Арт-терапия в онкологии. Паллиативная медицина и реабилитация. 2017;(1): 34-38.
20. Manne S., Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*. 2008;112(11 Suppl): 2541-2555.
21. Группы взаимопомощи для онкологических больных: метод. рекомендации / Под ред. В.В. Моисеенко. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина; 2015.
22. Carter J., et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(3): 222-239.
23. Касян М.С., Тюзиков И.А. Сексуальная реабилитация в онкогинекологии. Акушерство и гинекология. 2021;(5): 23-29.

24. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures. 3rd ed. Guilford Press; 2018.
25. Ostuzzi G., et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4(4): CD011006.
26. Адлер Н., Пейдж А. Психосоциальная онкология: интегративный подход. М.: МЕДпресс-информ; 2012.
27. Hewitt M., et al. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. National Academies Press; 2006.
28. Рекомендации по психосоциальной помощи онкологическим больным. Европейское общество медицинской онкологии (ESMO); 2020.
29. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психология телесности и качество жизни в онкологии. Консультативная психология и психотерапия. 2019;27(4): 70-88.
30. Jacobsen P.B., Wagner L.I. A new quality standard: the integration of psychosocial care into routine cancer care. J Clin Oncol. 2012;30(11):1154-1159.

ГЛАВА 9. РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

9.1. Актуальность проблемы и этиопатогенез нарушений

Нарушения сексуального функционирования (НСФ) относятся к числу наиболее распространенных, но часто недооцениваемых и недиагностируемых последствий лечения онкогинекологических заболеваний (рак шейки матки, тела матки, яичников, вульвы). По данным исследований, до 50–90% пациенток сталкиваются с различными формами сексуальной дисфункции после завершения активной терапии. Актуальность проблемы определяется ее прямым влиянием на качество жизни, психологическое благополучие и стабильность партнерских отношений.

Патогенез НСФ носит мультифакторный характер, что требует междисциплинарного подхода к реабилитации. Выделяют следующие ключевые причинные факторы:

1. Физиологические (органические):

- Гормональный дефицит: Синдром хирургической менопаузы после овариэктомии или индуцированной менопаузы вследствие химио- или лучевой терапии. Дефицит эстрогенов приводит к атрофии слизистой вульвовагинальной области, сухости, диспареунии (болезненному половому акту), снижению либидо. Дефицит андрогенов (после адреналэктомии или подавления функции яичников) также ассоциирован со снижением полового влечения.
- Нейрососудистые повреждения: Радикальные хирургические вмешательства (например, при раке шейки матки) могут приводить к повреждению вегетативной иннервации, отвечающей за вазоконгестию (приток крови к половым органам) и секрецию. Лучевая терапия области малого таза вызывает фиброз и стенозирование тканей, нарушение микроциркуляции.
- Анатомические изменения: Стеноз или укорочение влагалища после операции или лучевой терапии, лимфедема.

2. Психологические (психогенные):

- Нарушение телесного образа и женской идентичности.
- Тревожно-депрессивные расстройства, страх рецидива.
- Снижение самооценки, чувство вины, стигматизация.

- Партнерские проблемы: страх причинить боль, изменение динамики отношений.

9.2. Принципы диагностики и скрининга

Ведение НСФ начинается с активного, но тактичного выявления проблемы, так как пациентки редко иницируют этот разговор самостоятельно.

Скрининг: включение стандартизированных опросников (например, Female Sexual Function Index - FSFI) в рутинную практику осмотра в кабинете онкогинеколога или реабилитолога.

Клиническая беседа: сбор сексуального анамнеза, включая оценку функции до болезни, выявление конкретных жалоб (боль, снижение желания, трудности с возбуждением или оргазмом), оценку эмоционального состояния и качества партнерских отношений.

Физикальный осмотр: оценка состояния вульвовагинальной области (признаки атрофии, рубцовые изменения, степень стеноза), пальпация для выявления болезненности.

9.3. Комплексная программа реабилитации (мультимодальный подход)

Реабилитация должна быть поэтапной, индивидуальной и вовлекать как саму пациентку, так и, при ее согласии, партнера.

1. Психообразование и нормализация: объяснение причин НСФ как ожидаемого следствия лечения, а не личностного провала; информирование о безопасности интимной жизни после лечения (кроме отдельных случаев); формирование реалистичных ожиданий: сексуальность — это не только коитус, но и ласки, близость, эмоциональная связь.

2. Медикаментозная и местная терапия (при гипоестрогении):

- негормональные увлажнители и лубриканты для ежедневного использования и во время полового акта (на водной основе);
- местная (топическая) гормональная терапия — низкодозированные эстрогены в форме кремов, колец или таблеток для интравагинального введения для лечения атрофии и диспареунии, при этом системная абсорбция минимальна, что важно для пациенток с гормонозависимыми

опухолями (например, раком эндометрия). Решение об их назначении принимается онкологом с учетом рисков и пользы.

- Системная менопаузальная гормональная терапия (МГТ): может рассматриваться у пациенток с негормонозависимыми опухолями и тяжелым менопаузальным синдромом. Требуется взвешенного консилиарного решения.
- Ospemifen: селективный модулятор эстрогеновых рецепторов, одобренный для лечения диспареунии, связанной с вульвовагинальной атрофией.

3. Физические методы и ЛФК:

- Упражнения для мышц тазового дна (упражнения Кегеля): укрепление мышц тазового дна улучшает кровообращение, повышает тонус влагалища и может усиливать оргазмические ощущения.
- Использование вагинальных дилататоров: поэтапная, регулярная дилатация является золотым стандартом профилактики и лечения вагинального стеноза после лучевой терапии или операций. Начинается под руководством врача или физиотерапевта.
- Работа с тазовой болью: приемы миофасциального релиза, постизометрическая релаксация, консультация специалиста по тазовой боли.

4. Психосексуальная терапия и консультирование:

- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): для коррекции дисфункциональных мыслей, снижения тревоги, связанной с сексуальностью.
- Парное консультирование: улучшение коммуникации, снятие напряжения в паре, совместное решение проблем.
- Техника «сенсорного фокуса»: поэтапное, не требующее результата, исследование телесных ощущений и ласк, направленное на снижение тревоги производительности и восстановление связи.
- Расширение репертуара: изучение альтернативных способов достижения близости и удовлетворения.

9.4. Этапность и преимущество помощи

1. Предоперационный/предлучевой этап: обсуждение возможных последствий для сексуальной функции, информированное согласие, начало обучения упражнениям.
2. Ранний послеоперационный период (1-2 мес.): акцент на психологической поддержке, обучении упражнениям Кегеля, начале дилатационной терапии (по показаниям).
3. Поздний восстановительный период (3-12 мес.): интенсификация физических методов, подключение секс-терапии, решение вопросов местной гормональной коррекции.
4. Отдаленный период: поддержание достигнутых результатов, периодический скрининг.

Реабилитация сексуального здоровья — неотъемлемая часть комплексного восстановления онкогинекологических пациенток. Успех зависит от проактивной позиции медицинской команды, готовности к открытому диалогу и применению мультимодального подхода, сочетающего физические, медикаментозные и психотерапевтические методы. Включение данной темы в рутинную клиническую практику значительно повышает качество жизни и психосоциальную адаптацию переживших онкологическое заболевание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Flynn, K. E., et al. (2011). Sexual functioning and the treatment of early stage cervical cancer: a systematic review. *Gynecologic Oncology*, 120(3), 478-483. [В систематическом обзоре обобщены данные о высокой частоте сексуальных дисфункций после лечения РШМ].
2. Carter, J., et al. (2018). Interventions to address sexual problems in people with cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(3), 222-239. [Ключевой обзор, описывающий масштаб проблемы и мультимодальные подходы к реабилитации].
3. Barton, D. L., et al. (2007). Evaluation of female sexual function in cancer survivors. *Cancer*, 110(3), 644-653. [Раскрывает роль гормональных и психологических факторов в генезе НСФ].

4. Sturdee, D. W., & Panay, N. (2010). Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*, 13(6), 509-522. [Рассматривает возможности местной гормональной терапии, актуальные для онкопациенток].
5. Miles, T., & Johnson, N. (2010). Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). [Обосновывает эффективность дилататоров как стандарта помощи для профилактики вагинального стеноза].

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АОР – Ассоциация онкологов России

БАД – биологически активная добавка

БОС – биологическая обратная связь

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПЧ – вирус папилломы человека

ГУС – генитоуринарный синдром

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИЛ-1, ИЛ-6 – интерлейкин-1, интерлейкин-6

ИМП – инфекция мочевыводящих путей

ИМТ – индекс массы тела

КЖ – качество жизни

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

КУДИ – комплексное уродинамическое исследование

КФПТ – комплексная противоотечная физическая терапия

ЛФК – лечебная физическая культура

MASCC – Multinational Association of Supportive Care in Cancer
(Международное общество поддерживающей терапии в онкологии)

МГТ – менопаузальная гормональная терапия

МНИОИ – Московский научно-исследовательский онкологический институт

МРТ – магнитно-резонансная томография

МТД – мышцы тазового дна

НМИЦ – национальный медицинский исследовательский центр

НСФ – нарушения сексуального функционирования

ПП – парентеральное питание

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

РДЛ – ручной лимфодренажный массаж

РМЖ – рак молочной железы

РОАГ – Российское общество акушеров-гинекологов

РЭ – рак эндометрия

РЯ – рак яичников

РШМ – рак шейки матки

САК – синдром анорексии-кахексии

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

ТМТД – тренировка мышц тазового дна

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФНО- α – фактор некроза опухоли альфа

ESMO – European Society for Medical Oncology (Европейское общество медицинской онкологии)

ESO – Европейская школа онкологии

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Европейское общество клинического питания и метаболизма)

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery (Программа ускоренного восстановления после хирургических операций)

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

HER2 – human epidermal growth factor receptor 2 (рецептор эпидермального фактора роста человека 2)

IGRT – Image-Guided Radiation Therapy (лучевая терапия под визуальным контролем)

IMRT – Intensity-Modulated Radiation Therapy (лучевая терапия с модулированной интенсивностью)

WHI – Women's Health Initiative (Инициатива во имя здоровья женщин)

ЛЕЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПАЦИЕНТОК ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

1. Лечебно-физкультурный комплекс для пациенток онкогинекологического профиля в предоперационный период

Комплекс упражнений, выполняемый за 1-2 недели до планового вмешательства, направлен на адаптацию кардиореспираторной системы и обучение пациента. Базовый комплекс включает:

- Диафрагмальное дыхание: тренировка брюшного типа дыхания для улучшения оксигенации и мобилизации диафрагмы.
- Изометрические напряжения мышц тазового дна: профилактика стрессового недержания мочи в послеоперационном периоде.
- Активные движения в дистальных отделах конечностей: сгибание-разгибание пальцев рук и ног, круговые движения в голеностопных и лучезапястных суставах для активации периферического кровотока.
- Общеукрепляющие упражнения: подъем рук, подготовка к вставанию, скольжение руками по туловищу для поддержания общего тонуса.

Данный комплекс выполняют в медленном темпе, 1-2 раза в день, с акцентом на правильное дыхание и контроль самочувствия. Его задача – сформировать двигательные навыки, которые пациентка сможет использовать сразу после операции.

2. Лечебно-физкультурный комплекс для пациенток онкогинекологического профиля в ранний послеоперационный период (1-3 сутки)

В первые трое суток после операции занятия ЛФК проводят в палате, в положении лежа на спине. Основные задачи: профилактика застойных явлений в легких и конечностях, стимуляция перистальтики кишечника, активация мышц тазового дна. Комплекс включает:

- Дыхательные упражнения: глубокое диафрагмальное дыхание с акцентом на удлиненный выдох (вдох – задержка – выдох с

напряжением мышц тазового дна и брюшного пресса) направлено на профилактику пареза кишечника и тренировку мышц тазового дна.

- Упражнения для нижних конечностей: движения стопами на себя/от себя, круговые движения в голеностопных суставах, сгибание ног в коленях со скольжением пяткой по кровати. Эти упражнения являются ключевыми для профилактики венозного тромбоза.
- Упражнения для верхних конечностей: сжимание/разжимание пальцев, сведение/разведение пальцев, подъем рук, круговые движения в лучезапястных суставах для улучшения микроциркуляции.
- Изометрические напряжения: сознательное сокращение мышц промежности, ягодиц и брюшного пресса на выдохе.

Все упражнения выполняются плавно, в медленном темпе, с количеством повторений 4-8 раз, строго в соответствии с самочувствием пациентки.

3. Лечебно-физкультурный комплекс для пациенток онкогинекологического профиля в отсроченном послеоперационном периоде (4-7 сутки)

К четвертым-седьмым суткам программа ЛФК расширяется, добавляются упражнения в положении лежа на боку и с большей амплитудой. Цели: дальнейшая активизация пациентки, укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна, подготовка к переходу в вертикальное положение.

- Дыхательные упражнения с элементами дренажа: включение откашливания на выдохе для санации бронхиального дерева.
- Упражнения для мышц тазового дна и брюшного пресса: добавляются более сложные комбинации (повороты ног внутрь/наружу с сокращением мышц промежности, приподнимание таза с опорой на пятки и лопатки).
- Упражнения в положении лежа на боку: отведение ноги в сторону, подтягивание колена к животу, одновременные движения рукой и ногой. Эти упражнения задействуют косые мышцы живота и мышцы бедра.
- Общеукрепляющие упражнения с большей амплитудой: разведение локтей, потягивание руками вверх, круговые движения в плечевых суставах, попеременный подъем прямых ног.

Постепенное усложнение комплекса и увеличение амплитуды движений позволяет плавно адаптировать сердечно-сосудистую и дыхательную системы к возрастающим нагрузкам, что является основой для профилактики ранней послеоперационной астении.

Комплекс направлен на профилактику послеоперационных осложнений, активизацию периферического и центрального кровообращения, стимуляцию репаративных процессов, а также на адаптацию сердечно-сосудистой и дыхательной систем к возрастающей физической нагрузке. Упражнения выполняются в положении лежа, в медленном темпе, с акцентом на диафрагмальное дыхание и произвольное мышечное расслабление.

- Дыхательные упражнения: исходное положение (ИП) лежа на спине, ноги на ширине плеч, стопы параллельно. Одна рука локализуется на груди, другая — на животе. Выполняется спокойный медленный вдох через нос с последующим удлиненным выдохом через рот. Цикл повторяется 4-6 раз. Цель — нормализация дыхательного ритма и вовлечение диафрагмы в акт дыхания.
- Упражнения для шейного отдела позвоночника и верхнего плечевого пояса: Из ИП лежа на спине выполняются плавные повороты головы в стороны (3-5 раз в каждую сторону) с синхронизацией выдоха на фазе поворота. Далее следуют наклоны головы вправо-влево (6-8 раз) путем скольжения по поверхности кровати. Сгибание и разгибание пальцев кистей и стоп (4-6 раз) способствует улучшению периферической микроциркуляции.
- Упражнения для мышц тазового дна и нижних конечностей: ИП лежа на спине, ноги разведены. На вдохе производится ротация ног внутрь с одновременным сокращением мышц промежности и втягиванием ануса. На выдохе — ротация наружу с расслаблением. Повтор 6-8 раз. Изолированное напряжение мышц промежности и бедер (имитация задержки мочеиспускания) выполняется 4-6 раз с последующим полным расслаблением.
- Упражнения динамического характера для суставов верхних и нижних конечностей: Последовательно выполняются: сгибание-разгибание рук в локтевых суставах со сжатием кистей в кулак (6-8 раз каждой рукой); попеременное поднятие прямых рук (6-8 раз); тыльное и подошвенное сгибание стоп (7-9 раз каждой стопой); попеременное сгибание ног в коленных суставах с последующим подъемом (3-5 раз каждой ногой); круговые движения в голеностопных суставах (5-7 раз в каждую сторону).
- Упражнения с элементами постурального дренажа и кашлевой стимуляции: ИП лежа на спине, руки на груди. Производится глубокий вдох через нос, затем форсированный выдох серией кашлевых толчков (6-7 раз). Цель — профилактика застойных явлений в легких.

- Упражнения в положениях лежа на боку: В положении на правом/левом боку выполняются: отведение ноги в сторону (3-5 раз); приведение колена к животу с последующим разгибанием (3-5 раз); отведение ноги назад с фиксацией туловища (5-6 раз); одновременное движение разноименных руки вперед и ноги назад (4-5 раз). Все движения выполняются с малой амплитудой.
- Имитация статико-динамических нагрузок и завершающие упражнения: ИП лежа на спине с опорой на пятки и плечевой пояс. Выполняется подъем таза с одновременным сокращением мышц тазового дна и задержкой дыхания на 10 секунд (5-7 раз). Завершает комплекс дыхательное упражнение: на вдохе руки разводятся в стороны, на выдохе — скрещиваются на груди (5-7 раз).

Представленный комплекс ЛФК структурирован по принципу постепенного увеличения нагрузки, начиная с пассивных дыхательных упражнений и заканчивая элементами активной статодинамической работы. Соблюдение медленного темпа, контроль дыхания и мышечного напряжения являются обязательными условиями для достижения терапевтического эффекта и обеспечения безопасности в раннем послеоперационном периоде. После выполнения комплекса показан кратковременный отдых в исходном положении.

Поэтапное применение дифференцированных комплексов ЛФК, начиная с предоперационной подготовки и заканчивая активной реабилитацией, является доказанным эффективным методом, сокращающим сроки восстановления и улучшающим качество жизни онкогинекологических пациенток. Ключевыми принципами являются индивидуальный подбор нагрузки, контроль за техникой дыхания и изометрическим напряжением мышц тазового дна, а также строгое соответствие упражнений текущему функциональному статусу пациентки.

4. Лечебно-физкультурный комплекс для пациенток онкогинекологического профиля на 8-21 сутки после оперативного вмешательства

Настоящий комплекс лечебной гимнастики предназначен для второго этапа реабилитации и направлен на дальнейшую адаптацию организма к возрастающей нагрузке, улучшение регионального и системного кровообращения, укрепление мышц брюшного пресса, тазового дна и конечностей, а также на подготовку к переходу в вертикальное положение и ходьбе. Характерной особенностью периода является включение упражнений

в положениях лежа на боку, животе, стоя на четвереньках, коленях и, на завершающем этапе, в ортостатическом положении.

- Дыхательные упражнения и упражнения для мышц тазового дна: комплекс инициируется диафрагмальным дыханием (4-6 повторений) с акцентом на паузу после вдоха и выдоха. Следом выполняется стимуляция откашливания (6-8 раз) для санации дыхательных путей. Из положения лежа на спине с согнутыми в коленях ногами производится подъем таза с одновременным втягиванием брюшной стенки и сфинктеров, удержание изометрического напряжения до 30 секунд и последующее расслабление (6-8 повторений). Это ключевое упражнение для укрепления мышц тазового дна и брюшного пресса.
- Упражнения для суставов верхних конечностей и мелкой моторики: в положении лежа выполняются упражнения для кистей: сгибание-разгибание пальцев (до 6 раз), сведение-разведение пальцев (до 6 раз), круговые движения в лучезапястных суставах (по 6 раз в каждую сторону) и сгибание-разгибание рук в локтевых суставах со сжатием кистей в кулак (до 8 раз). Данные движения способствуют улучшению периферического кровообращения и поддержанию функции суставов.
- Упражнения для нижних конечностей в положении лежа на спине: последовательно выполняются: сгибание-разгибание ног в коленях, скользя пятками (4-6 раз); попеременный подъем прямых ног (4-6 раз каждой ногой); разведение-сведение согнутых в коленях ног при фиксированных стопах (до 8 раз); попеременный наклон согнутых коленей вправо-влево (6-8 раз). Усложняются движения для стоп: тыльное и подошвенное сгибание (до 10 раз) и круговые движения в голеностопных суставах (по 8 раз в каждую сторону).
- Упражнения для мышц корпуса с элементами изометрии: из положения лежа на спине с согнутыми в коленях ногами и руками за головой выполняется разведение-сведение локтей (до 6 раз). Далее добавляются упражнения для брюшного пресса: приподнимание головы и плеч с опорой на локти (3-5 раз) и одновременный подъем обеих согнутых ног с аналогичной опорой (3-5 раз). Координационное упражнение включает одновременное сгибание стоп на себя и сжатие кистей в кулак (до 5 раз). Статическое упражнение в положении лежа со скрещенными ногами направлено на одновременное напряжение мышц ног, брюшного пресса и тазового дна с задержкой дыхания до 30 секунд (5-7 раз).

- Упражнения в коленно-кистевом и коленном положениях: в положении стоя на четвереньках выполняются: диагональное подтягивание колена к противоположному локтю (5-7 раз каждой ногой) и упражнение «кошка» — прогиб и округление спины с синхронным движением головы и втягиванием живота (3-5 раз). В положении стоя на коленях: опускание таза на пятки с фиксацией ладоней (до 6 раз) и повороты корпуса в стороны с перестановкой ладоней (4-6 раз).
- Упражнения в положениях лежа на боку и животе: в положении на боку выполняется сгибание-разгибание ног в коленях (4-6 раз). В положении лежа на животе с руками под головой — попеременное сгибание ног в коленях, подтягивая пятки к ягодицам (4-6 раз).
- Упражнения в ортостатическом положении (стоя): комплекс в вертикальной позиции включает: разведение рук в стороны на вдохе и возвращение вперед на выдохе (5-7 раз); круговые движения тазом в медленном темпе в обе стороны; пружинистые приседания с отведением рук вперед (5-7 раз). Заключительное упражнение — ходьба на месте продолжительностью от 30 до 60 секунд.

Представленный комплекс демонстрирует прогрессию нагрузки от статических и изолированных движений к динамическим и комплексным, с постепенным вовлечением всех мышечных групп и переводом пациента в вертикальное положение. Систематическое выполнение упражнений в указанном объеме и темпе способствует формированию адекватного двигательного стереотипа, профилактике функциональных нарушений и подготовке к бытовым нагрузкам. Все упражнения выполняются с контролем дыхания и самочувствия, избегая болезненных ощущений.

5. Лечебно-физкультурный комплекс для пациенток онкогинекологического профиля в тренировочном послеоперационном периоде (свыше трёх недель после операции)

Данный комплекс лечебной гимнастики предназначен для заключительного этапа стационарной или начального этапа амбулаторной реабилитации. Его основной задачей является дальнейшее повышение общего физического тонуса, укрепление мышечного корсета, совершенствование координации движений и статокинетической устойчивости, а также полноценная адаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем к бытовым и дозированным тренировочным нагрузкам. Характерной чертой периода является значительное расширение арсенала упражнений, выполняемых в положениях

стоя на четвереньках, стоя, а также с использованием дополнительного оборудования (мяч, валик), и увеличение их интенсивности, амплитуды и продолжительности.

- Дыхательные и общеразвивающие упражнения в положении лежа: комплекс начинается с диафрагмального дыхания с разведением рук в стороны на вдохе (до 6 раз). Далее следует ключевое упражнение для укрепления мышц тазового дна, ягодиц и спины — подъем таза из положения лежа с согнутыми ногами (до 8 раз) с акцентом на задержку дыхания в верхней точке. Выполняются круговые движения в плечевых суставах (по 6-8 раз в каждую сторону) и имитация движения ногами, как при езде на велосипеде (7-8 раз), что активно включает в работу мышцы брюшного пресса и бедер.
- Специализированные упражнения для мышц тазового дна и аддукторов бедра: в положении лежа выполняется сведение ног с одновременным сокращением мышц промежности и втягиванием ануса на вдохе, и разведение с расслаблением на выдохе (3-5 раз). Используется дополнительный инвентарь: сжатие мяча или валика между коленями с максимальным изометрическим напряжением мышц промежности (удержание 10-20 секунд, 7-10 повторений), за которым следует фаза полного расслабления (30-40 секунд). Более сложный вариант — сжатие мяча между коленями с удержанием напряжения до 80 секунд (3-5 раз). Также выполняется движение скольжения носком одной ноги по внутренней поверхности другой по направлению к промежности (по 4-6 раз каждой ногой), направленное на улучшение подвижности в тазобедренных суставах и эластичности приводящих мышц.
- Упражнения в коленно-кистевом положении (стоя на четвереньках): выполняется упражнение «кошка» — округление спины с втягиванием живота и промежности и удержанием позы до 30 секунд (5-7 раз). Затем следуют динамические упражнения: попеременное вытягивание прямой ноги назад (по 5-7 раз каждой ногой); диагональное подтягивание колена к противоположному локтю (5-7 раз); одновременное вытягивание разноименных руки вперед и ноги назад (4-6 раз). Также выполняются: опускание таза на пятки с фиксацией ладоней (5-7 раз) и повороты туловища в сторону с отведением руки (5-7 раз). Данная группа упражнений эффективно укрепляет мышцы корпуса, улучшает межсегментарную координацию и подвижность позвоночника.

- Упражнения в ортостатическом положении (стоя): в положении стоя выполняются: сгибание рук в локтях с касанием кистей плеч (до 8 раз); выпад ногой назад на носок с одновременным выносом рук вперед (до 5 раз); попеременное подтягивание колена к груди (6-8 раз); наклоны туловища к носкам при широкой постановке ног (5-7 раз); махи ногой в сторону (3-5 раз каждой ногой); круговые движения тазом (по 4-6 раз в каждую сторону). Завершает активную часть комплекс упражнений на координацию — ходьба с различными заданиями (на носках, пятках, скрестным шагом) в течение 1.5 минут.
- Завершающая часть: комплекс завершается успокаивающим дыхательным упражнением в положении стоя: на вдохе руки разводятся в стороны ладонями вверх, на выдохе — опускаются с расслаблением (до 5 раз).

Представленный комплекс ЛФК для позднего послеоперационного периода имеет выраженную тренировочную направленность. Он сочетает статические упражнения с длительным изометрическим напряжением (для мышц тазового дна) с динамическими, координационно сложными и аэробными нагрузками (ходьба). Регулярное выполнение комплекса способствует достижению полной функциональной адаптации, формированию правильного двигательного стереотипа, профилактике рецидивов и подготовке к возвращению к обычной жизненной активности. Все упражнения выполняются с контролем осанки, дыхания и самочувствия, исключая резкие движения и боль.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ДНЕВНИК МОЧЕИСПУСКАНИЯ

[illegible]

ИНДЕКС АКТИВНОСТИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ БАРТЕЛ

Вид активности	Оценка
1. Прием пищи: 0 = не способен 5 = нуждается в помощи при нарезании продуктов, помазке масла, и т.п., или требует специальной диеты 10 = независим от окружающих	
2. Купание: 0 = зависим от окружающих 5 = независим от окружающих	
3. Личный туалет (умывания, чистки зубов, бритья, расчесывания): 0 = нуждается в помощи 5 = способен самостоятельно умываться, чистить зубы, бриться, расчесывать волосы	
4. Одевание: 0 = зависим от окружающих 5 = нуждается в помощи, но в состоянии самостоятельно справиться на половину 10 = независимый (включая застегивание пуговиц, замков и т.п.)	
5. Контроль дефекации: 0 = недержание кала (или необходимость клизм) 5 = иногда случается недержание кала 10 = полностью контролирует дефекацию	
6. Контроль мочеиспускания: 0 = недержание мочи или необходимость катетеризации мочевого пузыря, неспособность самостоятельно справиться с мочеиспусканием 5 = иногда бывает недержание мочи 10 = полностью контролирует мочеиспускание	
7. Пользование туалетом: 0 = зависим от окружающих 5 = требует некоторой помощи, но способен частично справляться самостоятельно 10 = независим от окружающих (способен самостоятельно сесть на унитаз и встать с него, снять и надеть одежду, подтереться)	
8. Передвижение (из кровати в кресло и обратно): 0 = неспособен, не удерживает равновесие в положении сидя 5 = требует определенной помощи (физическая помощь одного или двух человек) 10 = требует незначительной помощи (вербальной или физической) 15 = независим от окружающих	
9. Способность к передвижению по ровной площадке: 0 = неспособен к передвижению или преодолевает менее 45 метров 5 = способен к независимому передвижению в инвалидной коляске 10 = способен ходить с помощью одного или двух человек (вербального или физического), проходит более 45 метров 15 = независим от окружающих (хотя и может пользоваться помощью, например – использовать палку), преодолевает более 45 метров	
10. Преодоление лестницы: 0 = неспособен 5 = нуждается в помощи (вербальной, физической, например, чтобы преподнести вещи) 10 = независимый	
Всего:	

Суммарная оценка:

45-50 баллов соответствует тяжелой инвалидности и зависимости от посторонней помощи,
50-75 баллов свидетельствует об умеренной зависимости,
75–100 баллов соответствует минимальному ограничению или восстановлению утраченных неврологических функций.