

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2020 • том 14 • № 5



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

2020 Vol. 14 No 5

www.gynecology.su



Психоэмоциональное благополучие и сексуальная функция больных пограничными опухолями яичников

А.Ю. Власина¹, А.Г. Солопова¹, Е.А. Сон¹, А.Е. Иванов², И.М. Жалялова¹

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

²ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 105005 Москва, Бауманская ул., д. 17/1

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

Резюме

Цель исследования: изучить выраженность проявлений постовариоэктомического синдрома (ПОЭС), тревоги, депрессии и сексуальной функции у больных пограничными опухолями яичников (ПОЯ) после радикального лечения в зависимости от тактики ведения в реабилитационном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 62 женщины репродуктивного возраста ($42,0 \pm 4,1$ лет), после радикального лечения ПОЯ: группа I – 29 больных, которые наблюдались в соответствии со стандартами и Национальными клиническими рекомендациями и дополнительно прошли 12-месячную программу комплексной персонифицированной реабилитации; группа II – 33 пациентки, не участвовавших в программе реабилитации. Проводили оценку модифицированного менопаузального индекса (ММИ) и всех его составляющих подшкал по опроснику Куппермана–Уваровой, уровня тревоги и депрессии по шкале HADS (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale) и сексуальной функции по шкале FSFI (англ. Female Sexual Function Index) до и через 1, 6 и 12 мес после операции.

Результаты. Все участницы исследования отмечали значительное нарастание симптомов хирургической менопаузы уже через 1 мес после операции: суммарное значение ММИ повысилось с исходных $10,9 \pm 2,2$ баллов (отсутствуют проявления ПОЭС) до $37,0 \pm 6,3$ баллов (проявления средней степени выраженности) в группе I и с $10,5 \pm 2,0$ баллов (отсутствуют проявления ПОЭС) до $35,8 \pm 4,3$ баллов (проявления средней степени выраженности) в группе II. К 12-му месяцу ММИ снизился до $22,2 \pm 4,6$ баллов (проявления легкой степени выраженности) в группе I и остался практически неизменным в группе II – $36,9 \pm 8,0$ баллов (проявления средней степени выраженности). У 93,1 % женщин в группе I и 81,8 % в группе II через 1 мес после противоопухолевой терапии наблюдались нарушения психоэмоциональной сферы. Спустя 1 год у представительниц группы I показатели возвращались к дооперационным значениям, при этом у 87,9 % больных группы II фиксировали значительные отклонения от нормы. Отмечено двукратное снижение значений тревоги по шкале HADS в группе I через 12 мес восстановительной терапии; в группе II данный показатель также снижался, но с меньшей скоростью. В случае с показателями уровня депрессии зафиксировано постепенное нарастание значений в группе II в первый год после операции, тогда как среди участниц группы I отмечалось неуклонное снижение уровня депрессии. В течение 1 мес после радикального лечения ПОЯ наблюдали существенное снижение сексуальной функции и индекса FSFI у всех женщин репродуктивного возраста (с $23,7 \pm 5,5$ до $4,0 \pm 1,2$ баллов в группе I и с $23,4 \pm 5,3$ до $4,0 \pm 1,3$ баллов в группе II). Через 12 мес комплексной реабилитации половая функция практически полностью восстановилась в группе I ($22,5 \pm 5,4$ баллов), тогда как в группе II отмечено значительное проявление сексуальной дисфункции ($14,9 \pm 6,4$ баллов).

Заключение. Комплексная персонифицированная реабилитация способна снизить негативные проявления ПОЭС, нормализовать психоэмоциональное состояние, повысить сексуальную функцию, а следовательно, улучшить качество жизни молодых пациенток с ПОЯ после радикального лечения.

Ключевые слова: пограничные опухоли яичников, качество жизни, реабилитация, постовариоэктомический синдром, менопаузальный индекс, тревога, депрессия, сексуальная функция

Для цитирования: Власина А.Ю., Солопова А.Г., Сон Е.А., Иванов А.Е., Жалялова И.М. Психоэмоциональное благополучие и сексуальная функция больных пограничными опухолями яичников. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2020;14(5):551–567. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.147>.

Psycho-emotional well-being and sexual function of patients with borderline ovarian tumors

Anastasiya Yu. Vlasina¹, Antonina G. Solopova¹, Elena A. Son¹, Alexander E. Ivanov², Inas M. Zhalyalova¹

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

²City Clinical Oncology Hospital № 1, Moscow Healthcare Department;
17/1 Baumanskaya Str., Moscow 105005, Russia

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

Abstract

Aim: to study the severity of surgical menopause (postovariectomy syndrome), anxiety, depression and sexual function in patients with borderline ovarian tumors (BOTs) after radical treatment, depending on management in the rehabilitation period.

Materials and Methods. There were examined 62 women of reproductive age (42.0 ± 4.1 years) after radical treatment of BOTs: Group I – 29 patients were observed during rehabilitation period according to the standards and the National Clinical Guidelines and underwent a 12-month Comprehensive Personalized Rehabilitation Program; Group II – 33 non-participating rehabilitation program patients. The Modified Menopausal Index (MMI) and all related constituent subscales, the level of anxiety and depression according to the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), as well as sexual function according to the FSFI (Female Sexual Function Index) scale were assessed prior to surgery as well as 1, 6, and 12 months afterwards.

Results. All study participants noted significantly aggravated symptoms related to surgical menopause as early as 1 month after treatment: the total MMI increased from 10.9 ± 2.2 score (lacked manifestations of surgical menopause) up to 37.0 ± 6.3 score (moderate manifestations) in Group I and from 10.5 ± 2.0 score (lacked manifestations of surgical menopause) up to 35.8 ± 4.3 score (moderate manifestations) in Group II. By the 12 months, MMI decreased down to 22.2 ± 4.6 score (mild manifestations) in Group I and remained almost unchanged in Group II – 36.9 ± 8.0 (moderate manifestations). In 93.1 % and 81.8 % women from Group I and Group II, respectively, 1 month after antitumor therapy, disorders of the psycho-emotional sphere were observed. In Group I, after 12 months parameters returned to preoperative baseline magnitude, whereas in Group II 87.9 % of patients noted their significant altered values. A twofold decrease in anxiety values according to the HADS was observed in Group I after 12 months of rehabilitation therapy, whereas in Group II, it was also decreased, but to a lower degree. While assessing level of depression, it was found to gradually increase in Group II within the first year after the operation, whereas in Group I it was steadily decreased. Within 1 month after radical treatment of BOTs, a significant decrease in sexual function and the FSFI index was observed in all women of reproductive age (from 23.7 ± 5.5 to 4.0 ± 1.2 score in Group I and from 23.4 ± 5.3 up to 4.0 ± 1.3 score in Group II). After 12 months of comprehensive rehabilitation, sexual function was almost completely recovered in Group I (22.5 ± 5.4 score), whereas in Group II sexual dysfunction was markedly evident (14.9 ± 6.4 score).

Conclusion. Comprehensive personalized rehabilitation can reduce the negative symptoms of surgical menopause, normalize the psycho-emotional state, increase sexual function, and hence, improve the quality of life of patients with BOTs of reproductive age after radical treatment.

Keywords: borderline ovarian tumors, quality of life, rehabilitation, surgical menopause (postovariectomy syndrome), menopausal index, anxiety, depression, sexual function

For citation: Vlasina A.Yu., Solopova A.G., Son E.A., Ivanov A.E., Zhalyalova I.M. Psycho-emotional well-being and sexual function of patients with borderline ovarian tumors. *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcija = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2020;14(5):551–567. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.147>.

Введение / Introduction

Согласно мировым данным, среди больных пограничными опухолями яичников (ПОЯ) преобладают женщины репродуктивного возраста [1]. В большинстве случаев им проводят радикальное хирургическое лечение, которое в зависимости от стадии и сопутствующей патологии может варьировать от двухсторонней аднексэктомии до экстирпации матки с придатками и удалением большого сальника. Пятилетняя выживаемость пациенток превышает 90 % (при I–II

стадиях – больше 98 %), 10-летняя колеблется от 60 до 95 % в зависимости от гистологического подтипа и наличия инвазивных имплантов (экстраовариальных очагов ПОЯ) [2].

Ввиду столь благоприятного прогноза, приоритетной проблемой становится качество жизни больных ПОЯ после противоопухолевой терапии. Это понятие характеризует субъективное ощущение удовлетворенности своей жизнью, на которое могут влиять физические, психические, духовные, эмоциональные, соци-

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Психоземotionalное состояние онкогинекологических пациенток во многом определяет качество их жизни после противоопухолевого лечения. В восстановительном периоде женщины репродуктивного возраста после радикального лечения пограничных опухолей яичника (ПОЯ) часто сталкиваются с проявлениями постовариоэктомического синдрома (ПОЭС), тревогой, депрессией, сексуальной дисфункцией и др.
- ▶ Для коррекции данных нарушений необходимо проведение адекватной оценки психоземotionalного состояния и использование персонифицированной программы комплексной реабилитации, разработанной мультидисциплинарной командой специалистов, с обязательным включением диетотерапии, лечебной гимнастики, контроля массы тела, коррекции иммунных нарушений, индивидуальной и групповой психотерапии и др.

Что нового дает статья?

- ▶ Впервые в мире представлены данные о выраженности проявлений ПОЭС, тревоги, депрессии, сексуальной дисфункции у больных ПОЯ после радикального лечения в зависимости от тактики ведения в реабилитационном периоде.
- ▶ Показано преимущество «активной» реабилитации женщин репродуктивного возраста с использованием персонифицированных программ комплексного восстановительного лечения.

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Комплексная персонифицированная программа реабилитации, способствующая улучшению психоземotionalного состояния и сексуальной функции, позволит значительно повысить качество жизни молодых женщин после радикального лечения ПОЯ в восстановительном периоде.

альные и другие факторы [3, 4]. На современном этапе развития медицины отсутствуют единые стандартизованные критерии качества жизни и методологические рекомендации по его оценке, однако общепризнанным и целесообразным является анкетирование пациенток и использование специализированных опросников и шкал. При этом информация может быть получена как в ходе полуструктурированного интервью в рамках клинической беседы (что повышает объективность данных), так и путем анонимного заполнения бланков (когда женщина готова отвечать более откровенно, например, на вопросы интимного характера).

Анализируя проблемы, с которыми сталкиваются больные ПОЯ после противоопухолевой терапии, становится очевидным, что существенное влияние на качество жизни оказывает психоземotionalное состояние [4, 5]. Во-первых, диагноз онкологического заболевания с первых дней усиливает тревожность и активизирует нейровегетативные реакции. Во-вторых,

Highlights

What is already known about this subject?

- ▶ The quality of life of gynecological cancer survivors depends on the psycho-emotional status. There are manifestations of surgical menopause (postovariectomy syndrome), anxiety, depression, sexual dysfunction after radical surgical treatment of borderline ovarian tumors (BOTs) in women of reproductive age.
- ▶ It is necessary to assess the psycho-emotional status in order to correct the existing disorders. It is appropriate to use a personalized comprehensive rehabilitation program developed by multidisciplinary team of medical specialists, with obligatory inclusion of diet therapy, physical exercises, body weight control, correction of immune disorders, individual and group psychotherapy etc.

What are the new findings?

- ▶ We present for the first time worldwide the data about surgical menopause, anxiety, depression, sexual dysfunction at patients with BOTs after radical treatment, depending on rehabilitation management.
- ▶ The advantage of "active" rehabilitation of reproductive age women (undergone a program of personified complex rehabilitation treatment) is shown.

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

- ▶ A comprehensive personalized rehabilitation program will improve the quality of life of reproductive age females after radical treatment of BOTs by improving psycho-emotional status and sexual function.

рых, для людей репродуктивного возраста локализация злокачественного новообразования в области гениталий наносит серьезный удар по самооценке и ведет к дистрессу и депрессивным расстройствам. В-третьих, агрессивное радикальное лечение влечет за собой развитие постовариоэктомического синдрома (ПОЭС) и урогенитальных нарушений, что непосредственным образом отражается на сексуальной функции, значительно снижая качество жизни, особенно у молодых женщин [3, 6, 7].

В связи с этим огромное значение приобретает медицинская реабилитация данной группы пациенток, реализующаяся путем комплексного мультидисциплинарного персонифицированного подхода. Однако на сегодняшний день в научной литературе имеются лишь единичные статьи, посвященные тем или иным аспектам качества жизни больных ПОЯ [5, 8, 9]; работ по возможности применения реабилитационных мероприятий не представлено вовсе. Принимая во

внимание вышеизложенное, возникла необходимость проведения собственных наблюдений и анализа психозомоциональных, нейровегетативных, тревожно-депрессивных и сексуальных расстройств, возникающих у женщин репродуктивного возраста после противоопухолевой терапии в рамках обобщенной оценки качества жизни онкогинекологических больных.

Цель исследования: изучить выраженность проявлений ПОЭС, тревоги, депрессии и сексуальной функции у больных ПОЯ после радикального лечения в зависимости от тактики ведения в реабилитационном периоде.

Материалы и методы / Materials and Methods

Работу проводили на базе кафедры акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет) и ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ».

В проспективное сравнительное исследование вошли 62 женщины с ПОЯ. Возраст варьировал от 30 до 48 ($42,0 \pm 4,1$) лет. Все пациентки получили радикальное хирургическое лечение в зависимости от стадии процесса и гистологического варианта опухоли.

Критерии включения и исключения / Inclusion and exclusion criteria

Критерии включения: женщины репродуктивного возраста, у кого к моменту операции не было выявлено признаков приближающейся менопаузы и сохранен нормальный менструальный цикл; радикальное хирургическое лечение в анамнезе по поводу «*suspicio cancer*» (подозрения на злокачественное новообразование яичников); патоморфологически подтвержденный диагноз ПОЯ; срок явки к онкогинекологу от 25 до 60 дней после оперативного вмешательства; наличие письменно оформленного добровольного информированного согласия на участие в исследовании; для оценки сексуальной функции – наличие мужа/партнера на текущий момент и в предшествующие 4 нед.

Критерии исключения: возраст менее 18 лет; наличие подтвержденных психических заболеваний; беременность; тяжелые послеоперационные осложнения лечения ПОЯ; для оценки сексуальной функции – отсутствие мужа/партнера на данный момент и в предшествующие 4 нед.

Дизайн исследования / Study design

Всем женщинам с подозрением на злокачественное новообразование яичников до операции было предложено участие в исследовании качества жизни. После получения добровольного письменного информированного согласия пациентки проходили опрос, осмотр, клинико-лабораторное и инструментальное обследо-

вание и самостоятельно либо с помощью врача (полуформализованное интервью) заполняли 3 анкеты: 1) модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана–Уваровой, адаптированный для пациенток с ПОЯ; 2) госпитальную шкалу тревоги и депрессии (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); 3) индекс женской сексуальной функции (англ. Female Sexual Function Index, FSFI). Дизайн и протокол исследования представлены на **рисунке 1** и в **таблице 1**.

При первом визите к онкогинекологу после противоопухолевой терапии ($\approx$ через 1–2 мес после оперативного вмешательства) для дальнейшего участия в эксперименте отобраны 62 пациентки репродуктивного возраста (хирургическое лечение выполнено на фоне активно функционирующих яичников и нормального менструального цикла), у которых объем операции включал как минимум двухстороннюю овариэктомию, а при патоморфологической верификации подтвержден диагноз ПОЯ. В ходе клинической беседы все женщины вновь заполнили 3 опросника (ММИ, HADS, FSFI). Каждой из них было предложено помимо стандартных исследований пройти комплексную реабилитационную программу («активную» реабилитацию), составленную с учетом выявленных нарушений и патологий. Принимая во внимание то, что в настоящее время у онкогинекологических больных отсутствует возможность получать полноценное восстановительное лечение на бесплатной основе, окончательное решение об участии в программе принималось женщиной самостоятельно и осознанно (с пониманием, что это понесет за собой дополнительные финансовые траты), исходя из собственной заинтересованности в максимально быстром возвращении к прежнему качеству жизни. Пациентки, отказавшиеся от «активной» реабилитации, попадали в группу «пассивной», когда дальнейшее ведение больной осуществлялось в объеме и в сроки, прописанные в Национальных клинических рекомендациях.

Таким образом, сформировалось 2 группы участниц: группа I – 29 пациенток репродуктивного периода в возрасте от 30 до 48 ($42,0 \pm 4,3$) лет, принявших решение об «активной» реабилитации; группа II – 33 женщины в возрасте от 33 до 48 ($42,1 \pm 3,8$) лет, отдавших предпочтение «пассивной» реабилитации. Данные по этим 2 группам оценивали четырежды: до хирургического вмешательства (визит 0), после операции (в среднем через $36,5 \pm 6,2$ дней), через 6 и через 12 мес после противоопухолевой терапии (визиты 1, 2 и 3).

Программа комплексной реабилитации / Comprehensive Rehabilitation Program

Для каждой участницы группы I мультидисциплинарная команда специалистов (акушер-гинеколог, онколог, реабилитолог, кардиолог, психиатр/психотерапевт, диетолог, врач лечебной физической культуры, физиотерапевт и др.) разработала персонифициро-

Таблица 1. Протокол обследования пациенток.

Table 1. Protocol of patient examination.

Методы обследования Examination methods	Визит 0 Visit 0	Визит 1 Visit 1		Визит 2 Visit 2		Визит 3 Visit 3	
	Все Total (n = 62)	Группа I Group I (n = 29)	Группа II Group II (n = 33)	Группа I Group I (n = 29)	Группа II Group II (n = 33)	Группа I Group I (n = 29)	Группа II Group II (n = 33)
Клиническая беседа Clinical interview	+	+	+	+	+	+	+
Осмотр Examination	+	+	+	+	+	+	+
Клинико-лабораторные и инструментальные исследования Clinical, laboratory and instrumental examination	+	+	+	+	+	+	+
Оформление письменного информированного согласия на участие в исследовании качества жизни Preparing written informed consent to participate in the study of quality of life	+						
Модифицированный менопаузальный индекс Куппермана–Уваровой Modified Kupperman–Uvarova Menopausal index	+	+	+	+	+	+	+
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	+	+	+	+	+	+	+
Индекс женской сексуальной функции (FSFI) для женщин, у кого есть муж/половой партнер Female Sexual Function Index (FSFI) for women with husband/sexual partner	+	+	+	+	+	+	+
Персонализированная программа реабилитационных мероприятий с последующей коррекцией Comprehensive Personalized Rehabilitation Program and subsequent correction		+		+			

ванный комплекс реабилитационных мероприятий, рассчитанный на 10–12 мес с возможной коррекцией объемов и сроков восстановительного лечения. Программу составляли в зависимости от основного диагноза и сопутствующих патологий, а также с учетом осложнений противоопухолевой терапии и общего самочувствия. Среди обязательных компонентов для всех женщин группы I были диетотерапия, адекватное потребление жидкости, контроль массы тела, индивидуальная и групповая психотерапия, терренкур, лечебная гимнастика, фитотерапия, коррекция иммунных нарушений, физиотерапевтические процедуры. Большинство восстановительных мероприятий проводили на базе реабилитационных центров и учреждений санаторно-курортного лечения.

Методы исследования / Study methods

Во время каждого из 4 визитов осуществляли опрос, физикальный осмотр, оценку состояния наружных

половых органов, гинекологическое бимануальное и ректовагинальное исследование, визуализацию стенок влагалища и шейки матки в зеркалах, оценку «инфекционного индекса», онкоцитологический скрининг, а также трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое сканирование у всех женщин независимо от группы. В рамках настоящего исследования использовали 3 опросника для оценки разных компонентов качества жизни больных ПОЯ. Подробная информация о них представлена далее.

Опросники и шкалы / Questionnaires and Scales

Модифицированный менопаузальный индекс / Modified menopausal index

Данный опросник представляет собой перечисление симптомов, разделенных на 3 блока – нейровегетативные, психоэмоциональные и метаболические (табл. 2). Степень выраженности каждого из них оценивается от 0 до 3. Общая сумма баллов по

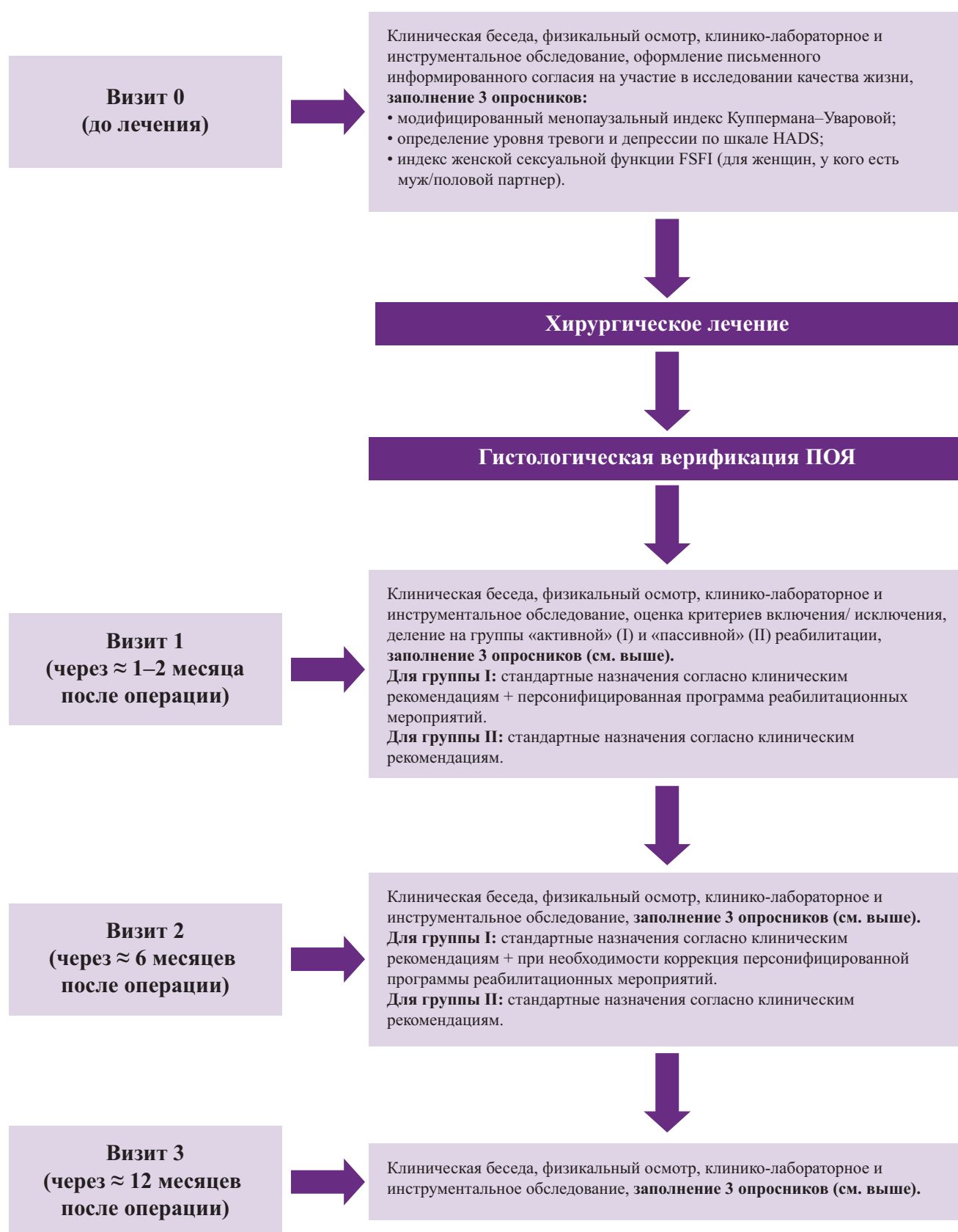


Рисунок 1. Дизайн исследования.

Figure 1. Study design.

Таблица 2. Модифицированный менопаузальный индекс Куппермана–Уваровой, адаптированный для пациенток с пограничными опухолями яичников.**Table 2.** Modified Kupperman–Uvarova Menopausal Index, adapted for patients with borderline ovarian tumors.

Симптомы Symptoms	Оценка в баллах Assessment score			
	0	1	2	3
Нейровегетативные симптомы Neurovegetative symptoms				
Повышение АД, мм рт. ст.	110/70–120/80	140/90	150/100	более 160/100
Понижение АД, мм рт. ст.	110/70–120/80	100/70	95/65	90/60
Головные боли	нет	редко	часто	постоянно
Вестибулопатии	нет	редко	часто	постоянно
Сердцебиение, количество приступов в сутки	нет	1	2–3	более 3
Непереносимость высокой температуры	нет	редко	часто	постоянно
Судороги/онемение	нет	редко	в ночное время	постоянно
Гусиная кожа, зябкость/ознобы	нет	изредка	в ночное время	всегда
Дермографизм		белый	красный нестойкий	красный стойкий
Сухость кожи	нет	шелушение	кератоз	трещины
Потливость	нет	редко	часто	постоянно
Отечность	нет	пастозность лица и конечностей	отеки конечностей к вечеру	постоянно выраженные отеки
Аллергические реакции	нет	ринит	крапивница	отек Квинке
Экзофтальм, блеск глаз	нет	редко	часто	постоянно
Повышенная возбудимость	нет	редко	часто	постоянно
Сонливость	нет	утром	вечером	постоянно
Нарушение сна	нет	при засыпании	прерывисто	бессонница
Приливы жара (1 раз в день)	нет	менее 10	от 10 до 20	более 20
Приступы удушья (1 раз в неделю)	нет	1	2	более 2
Симптоадреналовые кризы (1 раз в месяц)	нет	1	2	более 2
Метаболические нарушения Metabolic disorders				
Нарушения жирового обмена, индекс массы тела, кг/м ²	18,5–24,9	25,0–29,9	30,0–34,9	35–40
Тиреоидная функция	не изменена	субклинический гипотиреоз	гипотиреоз	выраженная дисфункция
Сахарный диабет	нет	нарушение толерантности к глюкозе	2-го типа	1-го типа
Жажда	нет	редко	периодически	постоянно
Мышечно-суставные боли	нет	редко	периодически	постоянно
Недержание мочи	нет	редко	периодически	постоянно
Атрофия гениталий	нет	невыраженная	средней степени	выраженная
Психозомоциональные нарушения Psycho-emotional disorders				
Утомляемость	нет	после легкой физической нагрузки	после легкой умственной нагрузки	пробуждение с чувством усталости
Снижение памяти	нет	редко	часто	постоянно
Плаксивость	нет	редко	часто	постоянно
Изменение аппетита	нет	повышение	понижение	потеря
Навязчивые идеи	нет	подозрительность	страхи	суицид
Настроение	не изменено	лабильное	депрессия	меланхолия
Либи́до	удовлетворительное	угнетенное	отсутствие	повышенное

конкретному блоку позволяет судить об интенсивности тех или иных нарушений, а итоговые значения ММИ – о тяжести течения ПОЭС в целом (табл. 3).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии / Hospital Anxiety and Depression Scale

Для оценки уровня тревоги и депрессии используется шкала HADS: она состоит из 2 частей, в каждой из которых 7 вопросов и 4 варианта ответа. Пациентки выбирают тот вариант, который в наибольшей степени соответствует их психозомоциональному состоянию. Затем баллы суммируются отдельно по тревоге и депрессии (табл. 4).

Индекс женской сексуальной функции / Female Sexual Function Index

Анкетирование предусматривает оценку сексуальной функции за последний месяц и включает в себя 19 вопросов, касающихся полового влечения, уровня сексуального возбуждения, увлажнения влагалища, удовлетворения, частоты и интенсивности оргазма, дискомфорта или болезненности при половом акте (табл. 5). Каждый ответ оценивается в баллах: максимальный результат – 36 баллов, минимальный – 2 балла. Индекс ниже 26,55 свидетельствует о сексуальной дисфункции.

Оценку опросников проводили в соответствии с их инструкциями и методическими рекомендациями.

Этические аспекты / Ethical aspects

Дизайн исследования утвержден локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), протокол № 01-18 от 17.01.2018. Каждая обследованная пациентка была поставлена в известность о характере ее заболевания и включении ее в научное исследование.

Работа проводилась с соблюдением ФЗ РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (с изменениями на 29.07.2017 г.) «О персональных данных» и в соответ-

ствии со статьей 13 «Соблюдение врачебной тайны» ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Все женщины дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Все манипуляции, выполненные в рамках данной работы, соответствовали этическим стандартам Хельсинкской декларации 1964 г. и ее последующим изменениям или сопоставимым нормам этики.

Статистический анализ / Statistical analysis

Для статистической обработки данных применяли программы IBM SPSS Statistics 20 (IBM, США) и Microsoft Excel 2016 (Microsoft, США). Количественные данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое значение, m – стандартная ошибка среднего. На объеме выборки получено нормальное распределение признаков, поэтому использовали методы параметрической статистики: для проверки гипотез о значимости различий применен критерий Стьюдента при статистическом уровне вероятности различий $p < 0,01$.

Результаты и обсуждение / Results and Discussion

Подробное распределение пациенток по возрасту, уровню образования, семейному статусу, наличию детей и их количества представлено на рисунках 2–5 соответственно.

Модифицированный менопаузальный индекс / Modified Menopausal Index

Согласно полученным результатам, все участницы исследования отмечали значительное нарастание нейровегетативных, психозомоциональных и метаболических симптомов уже через 1 мес после операции по сравнению с исходными данными до лечения: суммарное значение ММИ выросло с $10,9 \pm 2,2$ баллов (отсутствуют проявления ПОЭС) до $37,0 \pm 6,3$ баллов (проявления средней степени выраженности)

Таблица 3. Шкала оценки модифицированного менопаузального индекса.

Table 3. Rating scale for Modified Menopausal Index.

Симптомы Symptoms	Степень выраженности, баллы Severity, score			
	отсутствует absent	легкая mild	средняя moderate	тяжелая severe
Нейровегетативные Neurovegetative	≤ 9	10–20	21–30	> 30
Психозомоциональные Psycho-emotional	0	1–7	8–14	> 14
Метаболические Metabolic	0	1–7	8–14	> 14
Сумма баллов Total score	≤ 11	12–34	35–58	> 58

Таблица 4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Table 4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Часть I (оценка уровня тревоги)		Часть II (оценка уровня депрессии)	
I	Я испытываю напряженность, мне не по себе 3 – все время 2 – часто 1 – время от времени, иногда 0 – совсем не испытываю	I	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – это совсем не так
II	Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться 3 – определенно это так, и страх очень сильный 2 – да, это так, но страх не очень сильный 1 – иногда, но это меня не беспокоит 0 – совсем не испытываю	II	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – совсем не способен
III	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 – постоянно 2 – большую часть времени 1 – время от времени и не так часто 0 – только иногда	III	Я испытываю бодрость 3 – совсем не испытываю 2 – очень редко 1 – иногда 0 – практически все время
IV	Я легко могу сесть и расслабиться 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь изредка это так 3 – совсем не могу	IV	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 – практически все время 2 – часто 1 – иногда 0 – совсем нет
V	Я испытываю внутреннее напряжение и дрожь 0 – совсем не испытываю 1 – иногда 2 – часто 3 – очень часто	V	Я не слежу за своей внешностью 3 – определенно это так 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 – может быть, я стал меньше уделять этому внимание 0 – я слежу за собой так же, как и раньше
VI	Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться 3 – определенно это так 2 – наверное, это так 1 – лишь в некоторой степени это так 0 – совсем не испытываю	VI	Я считаю, что мои дела, занятия, увлечения могут принести мне чувство удовлетворения 0 – точно так же, как обычно 1 – да, но не в той степени, как раньше 2 – значительно меньше, чем обычно 3 – совсем так не считаю
VII	У меня бывает внезапное чувство паники 3 – очень часто 2 – довольно часто 1 – не так уж часто 0 – совсем не бывает	VII	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- и телепрограммы 0 – часто 1 – иногда 2 – редко 3 – очень редко

в группе I и с $10,5 \pm 2,0$ баллов (отсутствуют проявления ПОЭС) до $35,8 \pm 4,3$ баллов (проявления средней степени выраженности) в группе II. К 12-му месяцу данный показатель снизился до $22,2 \pm 4,6$ баллов (проявления легкой степени выраженности) в группе I и остался практически неизменным в группе II – $36,9 \pm 8,0$ баллов (проявления средней степени выраженности).

Особый интерес представляют показатели психоэмоционального состояния у пациенток обеих групп. Так, 93,1 % женщин группы I и 81,8 % группы II через 1 мес после противоопухолевой терапии указывали на нарушения психоэмоциональной сферы. Через 6 мес комплексной восстановительной программы только 34,5 % участниц группы I обращали внимание на изменения в настроении и другие расстройства, тогда как

в группе II этот показатель достигал 90,9 %. Еще более очевидной разница между группами «активной» и «пассивной» реабилитации становилась через 12 мес наблюдения: у представительниц группы I показатели психоэмоциональной шкалы возвращались к дооперационным значениям, при этом 87,9 % больных группы II спустя 1 год отмечали значительные отклонения от нормы.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования дают основание утверждать, что ПОЭС реализуется у абсолютного большинства больных ПОЯ, начиная с первого месяца после радикального лечения, особенно сильно страдают нейровегетативная и психоэмоциональная составляющие. Наиболее часто женщины предъявляют жалобы на головные боли, непереносимость высокой температуры,

Таблица 5. Индекс женской сексуальной функции (FSFI).

Table 5. Female Sexual Function Index (FSFI).

1	Как часто Вы испытывали половое влечение или интерес в последние 4 недели?	[5] Почти всегда или всегда. [4] В большинстве случаев (больше, чем в половине случаев). [3] Иногда (приблизительно в половине случаев).	[2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
2	Как Вы оценили бы ваш уровень (степень) полового влечения (желания) или интереса в последние 4 недели?	[5] Очень высокий. [4] Высокий. [3] Умеренный.	[2] Низкий. [1] Очень низкий или его не было.
3	Как часто Вы чувствуете себя активно сексуально «включенными» в течение полового контакта или общения в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Почти всегда или всегда. [4] Часто (больше, чем в половине случаев).	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
4	Как бы Вы оценили уровень полового возбуждения в течение полового контакта в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Очень высокий. [4] Высокий.	[3] Умеренный. [2] Низкий. [1] Очень низкий или отсутствовал вообще.
5	Пробуждалась ли Ваша сексуальность в течение полового контакта в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Почти всегда или всегда. [4] Больше, чем в половине случаев.	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
6	Как часто Вы были удовлетворены вашим возбуждением (волнением) в течение полового акта или общения в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Почти всегда или всегда. [4] Больше, чем в половине случаев.	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
7	Как часто появлялось увлажнение половых органов (влагалища) в процессе полового акта, за последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. Никаких половых действий. [5] Почти всегда или всегда. [4] Больше, чем в половине случаев.	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
8	Насколько трудным было достижение увлажнения половых органов (влагалища) в начале полового акта в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [1] Чрезвычайно трудным или невозможным. [2] Очень трудным.	[3] Трудным. [4] Относительно трудным. [5] Не трудным.
9	Как часто появлялась необходимость в поддержании увлажнения половых органов (влагалища) до завершения полового акта в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Почти всегда или всегда. [4] Больше, чем в половине случаев.	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
10	Насколько трудно было сохранить увлажнение половых органов до завершения полового акта в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [1] Чрезвычайно трудно или невозможно. [2] Очень трудно.	[3] Трудно. [4] Относительно трудно. [5] Нетрудно.
11	Как часто Вы достигали оргазма при половом возбуждении за последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Почти всегда или всегда. [4] Больше, чем в половине случаев.	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [1] Почти никогда или никогда.
12	Насколько трудным для Вас было достижение оргазма при половом контакте прошлые 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [1] Чрезвычайно трудным или невозможным. [2] Очень трудным.	[3] Трудным. [4] Относительно трудным. [5] Не трудным.
13	Насколько Вас удовлетворяли приемы и усилия, необходимые для достижения оргазма, за последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Очень удовлетворена. [4] Удовлетворена.	[3] Относительно одинаково удовлетворена. [2] Не удовлетворена. [1] Очень не удовлетворена.
14	Вы были удовлетворены эмоциональной близостью между Вами и вашим партнером в процессе полового акта в последние 4 недели?	[0] Общения и контактов не было. [5] Очень удовлетворена. [4] Удовлетворена.	[3] Относительно удовлетворена. [2] Не удовлетворена. [1] Очень не удовлетворена.
15	Удовлетворены ли Вы были сексуальными отношениями с вашим партнером в течение последних 4 недель?	[5] Очень удовлетворена. [4] Удовлетворена. [3] Относительно удовлетворена.	[2] Не удовлетворена. [1] Очень не удовлетворена.
16	Насколько удовлетворены Вы были сексуальной жизнью в целом в течение прошедших 4 недель?	[5] Очень удовлетворена. [4] Удовлетворена. [3] Относительно удовлетворена.	[2] Не удовлетворена. [1] Совсем не удовлетворена.
17	Как часто Вы испытывали дискомфорт или боль в процессе проникновения полового члена во влагалище за последние 4 недели?	[0] Не было попыток общения. [1] Почти всегда или всегда. [2] Часто (больше, чем в половине случаев).	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [4] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [5] Почти никогда или никогда.
18	Как часто Вы испытывали дискомфорт или боль в процессе и/или после полового акта за последние 4 недели?	[0] Не было попыток общения. [1] Почти всегда или всегда. [2] Часто (больше, чем в половине случаев).	[3] Иногда (приблизительно в половине случаев). [4] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев). [5] Почти никогда или никогда.
19	Как бы Вы оценили величину (степень) дискомфорта или боли в процессе и/или после полового акта за прошедшие 4 недели?	[0] Не было попыток общения. [1] Очень высокая. [2] Высокая.	[3] Умеренная. [4] Низкая. [5] Очень низкая или вообще отсутствовала.

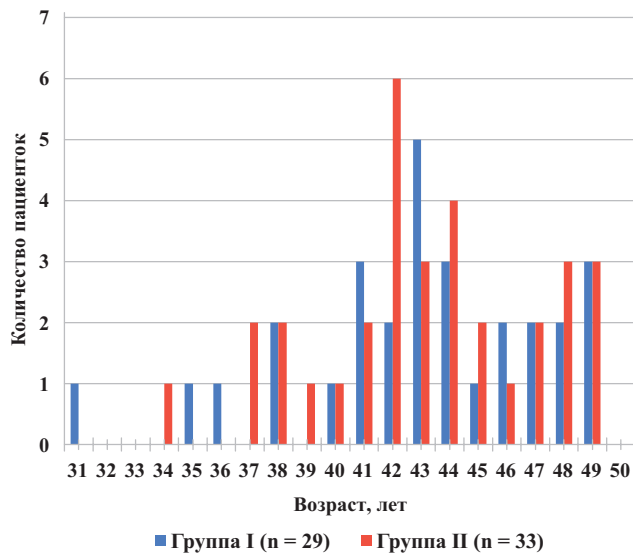


Рисунок 2. Распределение обследованных пациенток по возрасту.

Figure 2. Age distribution for patients examined.

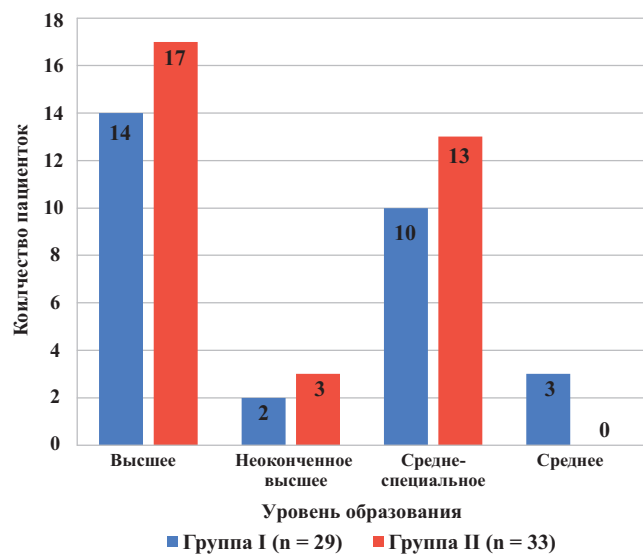


Рисунок 3. Распределение обследованных пациенток по уровню образования.

Figure 3. Distribution of patients examined by education level.

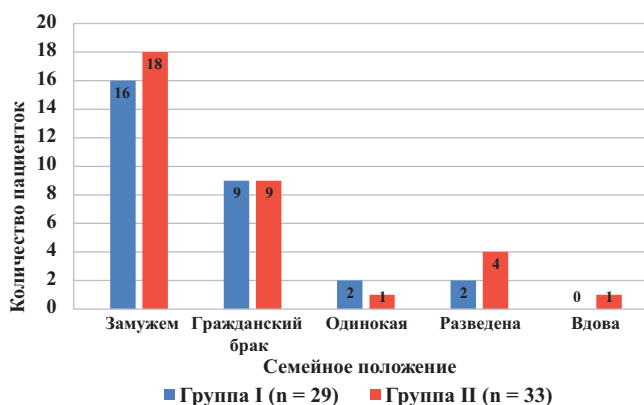


Рисунок 4. Распределение обследованных пациенток по семейному статусу.

Figure 4. Distribution of patients examined by marital status.

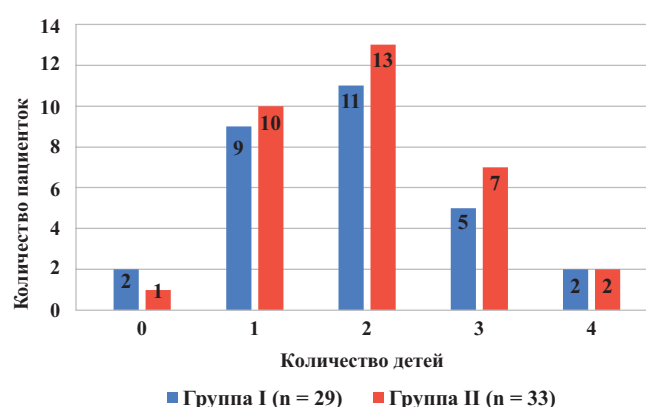


Рисунок 5. Распределение обследованных пациенток по количеству детей.

Figure 5. Distribution of patients examined by the number of children.

«скачки» давления, сухость кожи, повышенную потливость, нарушения сна. Кроме того, практически все пациентки отмечают быструю утомляемость, частую смену настроения, угнетение либидо, плаксивость, увеличение аппетита (возрастает объем порций, бесконтрольно употребляются простые углеводы и др.). Все это негативным образом влияет на эмоциональное состояние больных, значительно ухудшая качество их жизни. Дополнительным фактором развития дистресса становится постепенный, но неуклонный набор веса вследствие низкой физической активности в послеоперационном периоде, что особенно угнетает женщин молодого возраста. Наши данные согласуются с результатами, полученными

иранскими коллегами в 2015 г.: М. Farahmand с соавт. показали, что метаболические расстройства встречаются практически в 10 раз чаще у больных после хирургической менопаузы по сравнению с теми, у кого она наступила естественным образом [10]. Необходимость мультидисциплинарного подхода к решению данной проблемы была продемонстрирована в 2019 г. в работе японских врачей под руководством S. Koshimoto [11]. В своих публикациях мы также неоднократно подчеркивали важность комплексного подхода к реабилитации больных ПОЯ, так как только таким путем возможно разорвать «порочный круг» проявлений ПОЭС [3, 7, 9].

Выраженность нейровегетативных, психоэмоцио-

нальных и метаболических симптомов, а также показатели индекса массы тела и суммарные значения ММИ по группам представлены на **рисунках 6-10**.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии / Hospital Anxiety and Depression Scale

В рамках текущего исследования выявлено статистически значимое повышение уровня тревоги и депрессии у пациенток с ПОЯ. Максимальные показатели по шкале HADS были зафиксированы до операции, когда диагноз уже установлен, но лечение ещё не

проведено. В этот момент у всех пациенток наблюдалась субклиническая или клиническая форма тревоги и депрессии (**табл. 6**).

Результаты, полученные через 6 и 12 мес после операции, указывают на значительную роль персонализированного комплекса реабилитации в снижении уровня тревоги и депрессии после противоопухолевого лечения. Наблюдалось почти двукратное уменьшение значений по шкале HADS в группе I через 12 мес восстановительной терапии (**рис. 11**). В группе II уровень тревоги также снижался с течением времени

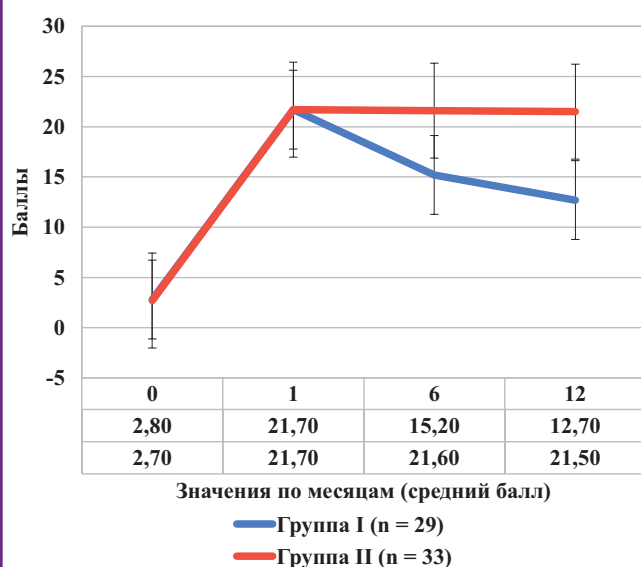


Рисунок 6. Динамика нейровегетативных нарушений у обследованных пациенток.

Figure 6. Distribution of patients examined by the number of children.

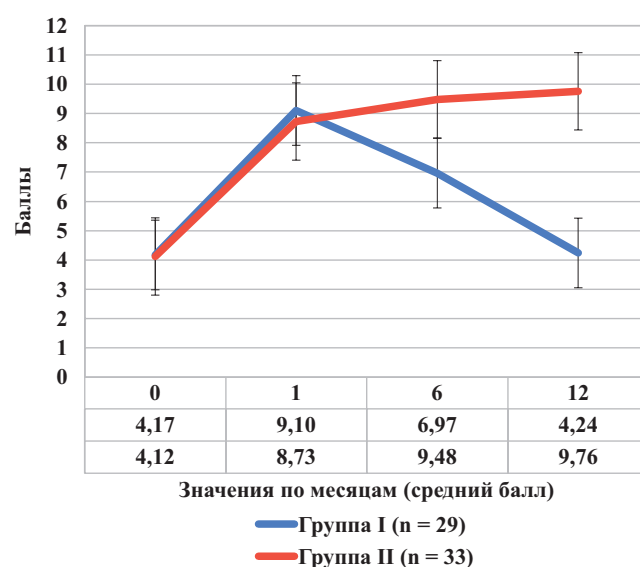


Рисунок 7. Динамика психозомоциональных нарушений у обследованных пациенток.

Figure 7. Dynamics of psycho-emotional disorders in patients examined.

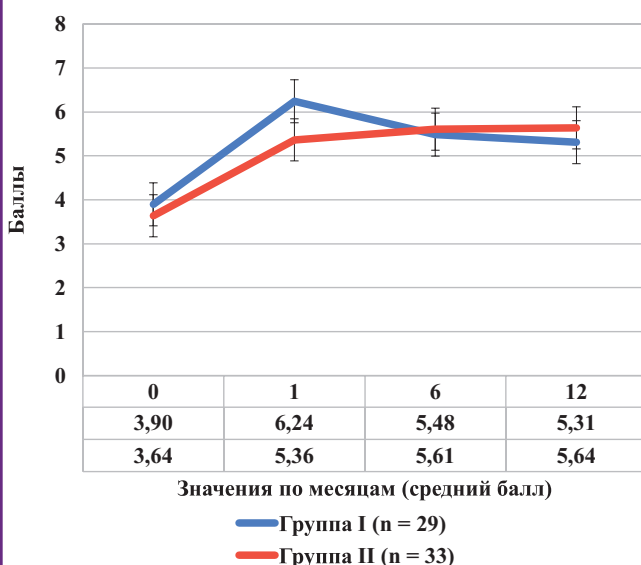


Рисунок 8. Динамика метаболических нарушений у обследованных пациенток.

Figure 8. Dynamics of metabolic disorders in patients examined.

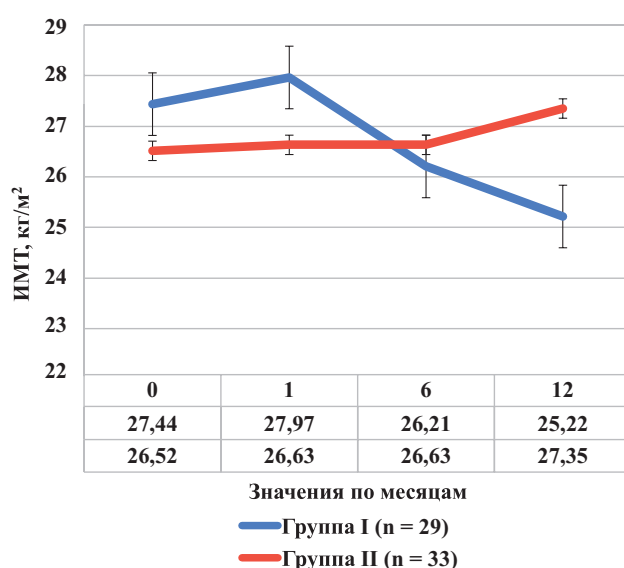


Рисунок 9. Динамика индекса массы тела (ИМТ) у обследованных пациенток.

Figure 9. Dynamics of body mass index (ИМТ) in patients examined.

(это объясняется естественными адаптивными возможностями организма), однако с гораздо меньшей скоростью. В случае с показателями уровня депрессии, наоборот, зафиксировано постепенное нарастание значений в группе II в первый год после операции, тогда как среди участниц «активной» группы реабилитации отмечалось неуклонное снижение уровня депрессии (рис. 12).

Согласно данным мировой литературы, женщины подвержены развитию депрессии гораздо чаще, чем мужчины [12, 13]. Особенно это касается лиц молодого возраста в случае, когда триггерным фактором выступает онкологический диагноз. У большинства пациенток с ПОЯ депрессия проявляется снижением самооценки, патологическим чувством усталости, неспособностью радоваться жизни и получать удовольствие [4, 14, 15]. К сожалению, данное психическое нарушение зачастую может протекать в затяжной форме, особенно при отсутствии профессиональной помощи специалистов. При умеренном и тем более тяжелом течении необходимы психокоррекци-

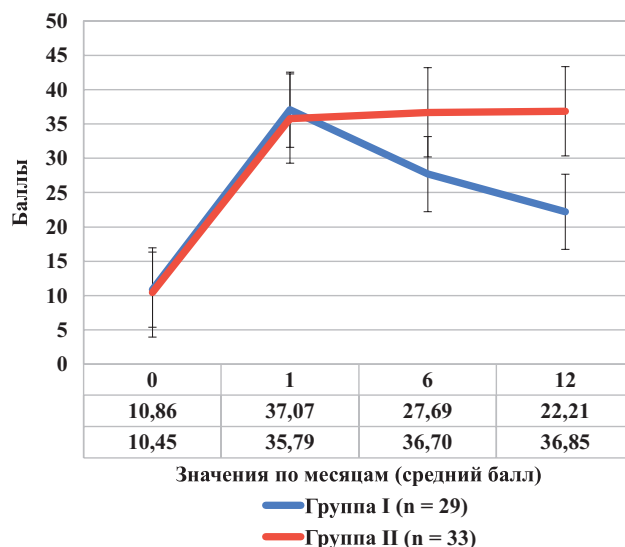


Рисунок 10. Динамика значений модифицированного менопаузального индекса у обследованных пациенток.

Figure 10. Dynamics of Modified Menopausal Index in patients examined.

Таблица 6. Количество пациенток с повышенным уровнем тревоги и депрессии до лечения.

Table 6. Baseline distribution of patients with increased level of anxiety and depression.

Группа Group	Тревога Anxiety			Депрессия Depression		
	Норма Normal range	Слабо-выраженная Mild intensity	Выраженная Prominent intensity	Норма Normal range	Слабо-выраженная Mild intensity	Выраженная Prominent intensity
Группа I, n Group I, n	0	13	16	0	25	4
Группа II, n Group II, n	0	11	22	0	30	3

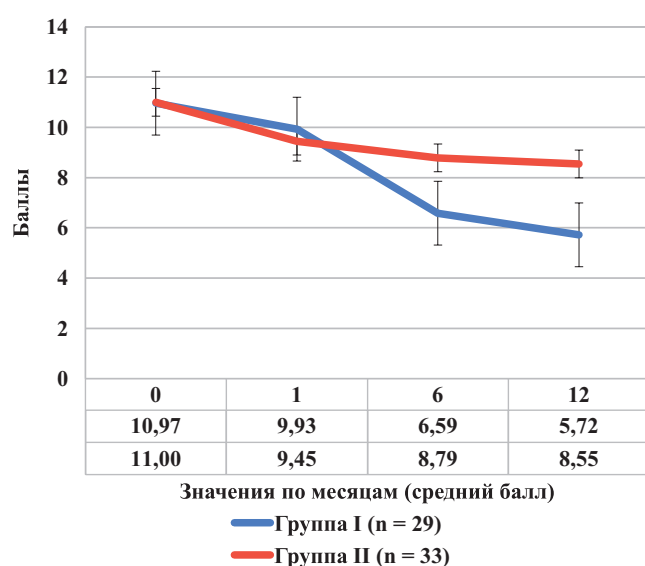


Рисунок 11. Динамика уровня тревоги у обследованных пациенток.

Figure 11. Dynamics of anxiety level in patients examined.

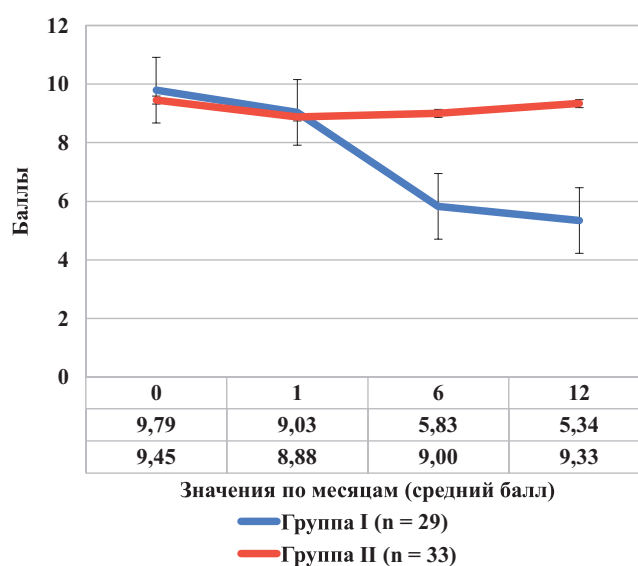


Рисунок 12. Динамика уровня депрессии у обследованных пациенток.

Figure 12. Dynamics of depression level in patients examined.

онные мероприятия, в некоторых случаях не обойтись без медикаментозных препаратов. При особо тяжелых формах депрессии у женщин могут возникать суицидальные мысли, это необходимо учитывать при работе с данной группой больных.

Тем не менее очевидно, что с тревожно-депрессивными расстройствами в большинстве случаев можно вполне успешно справиться. Для этого используют не только традиционные сеансы у психиатра (индивидуальные или групповые), но и перспективные методики арт-терапии.

Индекс женской сексуальной функции / Female Sexual Function Index

Результаты проведенного нами исследования показали, что в течение первого месяца после радикального лечения ПОЯ наблюдается существенное снижение индекса FSFI у всех женщин репродуктивного возраста: с $23,7 \pm 5,5$ до $4,0 \pm 1,2$ баллов в группе I и с $23,4 \pm 5,3$ до $4,0 \pm 1,3$ баллов в группе II (рис. 13). Через 12 мес проведения комплексной реабилитации половая функция женщин в группе I практически полностью восстановилась ($22,5 \pm 5,4$ баллов), тогда как в группе II отмечены значительные проявления сексуальной дисфункции ($14,9 \pm 6,4$ баллов).

Несмотря на то, что с каждым годом появляется все больше публикаций, посвященных сексуальным расстройствам онкогинекологических больных [16–19], до сих пор эта тема очень редко обсуждается пациенткой с лечащим врачом. Кроме того, насколько нам известно, наше исследование является первым, посвященным оценке сексуальной функции у женщин с ПОЯ.

Ограничения исследования / Study limitations

Наше исследование ограничено небольшим количеством наблюдений, так как диагноз ПОЯ встречается достаточно редко в практической деятельности онкогинекологов. Кроме того, ограничения связаны с невозможностью использования «стандартной схемы» реабилитации, так как каждая женщина с данной патологией требует индивидуальной программы восстановительного лечения. Мы были ограничены продолжительностью исследования: наблюдение за участницами в течение 12 мес не позволяет сделать окончательных выводов об отдаленных проявлениях ПОЭС и эффективности реабилитационной программы спустя более продолжительное время после противоопухолевого лечения. Значение данного исследования лимитировано тем, что больные после органосохраняющего лечения, а также женщины пери- и постменопаузального возраста (которым операция была выполнена на фоне угасающей функции яичников) не были включены в исследование, хотя эти пациентки представляют интерес в качестве группы сравнения.

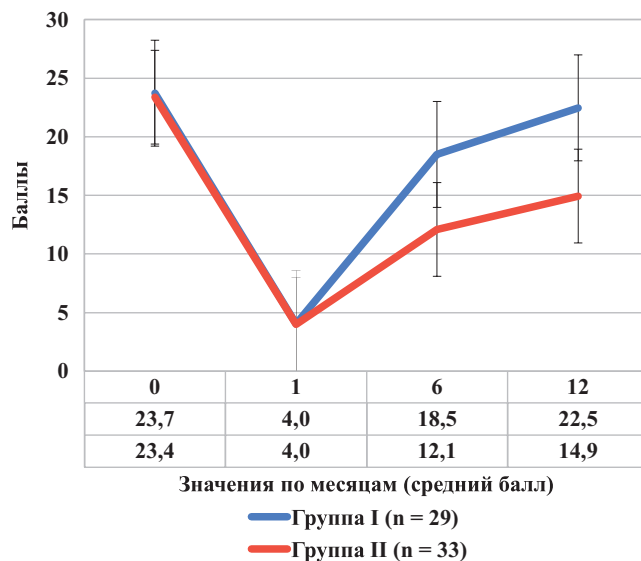


Рисунок 13. Динамика индекса женской сексуальной функции у обследованных пациенток.

Figure 13. Dynamics of the Female Sexual Function Index in patients examined.

В будущие исследования мы постараемся включить большее количество больных ПОЯ, добавить группы сравнения и увеличить сроки наблюдения.

Благодарности / Acknowledgements

Авторы выражают искреннюю признательность специалистам (онкогинекологам, реабилитологам, терапевтам, диетологам, врачам ЛФК, физиотерапевтам, кардиологам, эндокринологом, психиатрам, психологам, и др.), консультировавшим пациенток в рамках мультидисциплинарного подхода.

Заключение / Conclusion

Онкогинекологическое заболевание и его лечение – стрессовая ситуация для любой женщины, особенно молодого возраста. Этот переломный момент влечет за собой интенсивные страхи и переживания по поводу дальнейшей жизни. Отсутствие гарантий выздоровления, возможная инвалидизация, резкое переосмысление целей и ценностей, тревога за себя и близких, значительные финансовые затраты, изменение социального статуса негативным образом влияют на эмоциональное благополучие. Психика подвергается колоссальным нагрузкам, что зачастую приводит к дистрессу и дезадаптации больных.

Комплексная персонифицированная реабилитация способна снизить негативные проявления ПОЭС, нормализовать психосоциальное состояние, повысить сексуальную функцию, а следовательно, значительно улучшить качество жизни молодых пациенток с ПОЯ после радикального лечения.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 07.05.2020. В доработанном виде: 17.07.2020.	Received: 07.05.2020. Revision received: 17.07.2020.
Принята к печати: 26.08.2020. Опубликована онлайн: 17.10.2020.	Accepted: 26.08.2020. Published online: 17.10.2020.
Вклад авторов	Author's contribution
Все авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных.	All authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data.
Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи.	All authors have read and approved the final version of the manuscript.
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.	Authors declare no conflict of interest.
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки.	The authors declare they have nothing to disclose regarding the funding.
Согласие пациентов	Patient consent
Получено.	Obtained.
Одобрение этического комитета	Ethics approval
Дизайн исследования утвержден локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), протокол № 01-18 от 17.01.2018.	The study design was approved by the Local Ethics Committee of Sechenov University, protocol No. 01-18 dated 17.01.2018.
Политика раскрытия данных клинических исследований	Clinical trials data disclosure policy
План статистического анализа, принципы анализа и данные об отдельных участниках, лежащие в основе результатов, представленных в этой статье, после деидентификации (текст, таблицы) будут доступны по запросу исследователей, которые предоставят методологически обоснованное предложение для метаанализа данных индивидуальных участников, спустя 3 мес и до 3 лет после публикации статьи. Предложения должны быть направлены на почтовый ящик antoninasolopova@yandex.ru . Чтобы получить доступ, лица, запрашивающие данные, должны будут подписать соглашение о доступе к данным.	Statistical analysis plan, analytic code and individual participant data that underlie the results reported in this article, after deidentification (text, tables, figures, and appendices) will be available with researchers who provide a methodologically sound proposal for individual participant data meta-analysis beginning 3 months and ending 3 years following article publication. Proposals should be directed to antoninasolopova@yandex.ru . To gain access, data requestors will need to sign a data access agreement.
Происхождение статьи и рецензирование	Provenance and peer review
Журнал не заказывал статьи; внешнее рецензирование.	Not commissioned; externally peer reviewed.

Литература:

- Kurman R.J., Carcangiu M., Herrington C.S. et al. WHO classification of tumours of female reproductive organs. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014. 307 p.
- Клинические рекомендации. Пограничные опухоли яичников. 2019. 44 с. Режим доступа: https://oncology-association.ru/files/new-clinical-guidelines/pogranichnye_opuholi_jaichnikov.pdf. [Дата доступа: 06.05.2020].
- Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Солопова А.Г. и др. Реабилитация онкогинекологических больных после противоопухолевой терапии: пути решения. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2020;14(1):44–55. <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2020.14.1.44-55>.
- Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. СПб.: Любавич, 2017. 352 с.
- Watts S., Prescott P., Mason J. et al. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*. 2015;5(11):e007618. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007618>.
- Vivian-Taylor J., Hickey M. Menopause and depression: Is there a link? *Maturitas*. 2014;79(2):142–6. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>.
- Солопова А.Г., Дадак К., Власина А.Ю. и др. Сексуальное здоровье онкогинекологических больных. *Акушерство и гинекология*. 2019;(10):75–80. <https://doi.org/10.18565/aig.2019.10.75-80>.
- Farthmann J., Hasenburg A., Weil M. et al. Quality of life and sexual function in patients with borderline tumors of the ovary. A substudy of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie (AGO) study group ROBOT study. *Support Care Cancer*. 2015;23(1):117–23. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2330-0>.
- Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Ачкасов Е.Е. и др. Оценка влияния реабилитации на качество жизни онкогинекологических больных. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2019;18(6):41–5. <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2019-6-41-45>.
- Farahmand M., Ramezani Tehrani F., Bahri Khomami M. et al. Surgical menopause versus natural menopause and cardio-metabolic disturbances: A 12-year population-based cohort study. *J Endocrinol Invest*. 2015;38(7):761–7. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0253-3>.
- Koshimoto S., Arimoto M., Saitou K. et al. Need and demand for nutritional counselling and their association with quality of life, nutritional status and eating-related distress among patients with cancer receiving outpatient chemotherapy: a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2019;27(9):3385–94. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4628-9>.
- Silverstein B., Edwards T., Gamma A. et al. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(2):257–63. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0540-7>.
- Иванец Н.Н., Тювина Н.А., Воронина Е.О., Балабанова В.В. Особенности депрессивных расстройств у женщин и мужчин. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(1):15–9. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181115>.
- Cho N.Y., Kim S., Nowakowski S. et al. Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. *Menopause*. 2019;26(4):357–64. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001257>.
- Li C.C., Tsai Y.F., Chang T.C., Chen L. Associations among menopausal symptoms, sleep and fatigue in Taiwanese women with endometrial cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(5). <https://doi.org/10.1111/ecc.12559>.
- Del Pup L., Villa P., Amar I.D. et al. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(3):630–4. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000096>.
- Carter J., Lacchetti C., Andersen B.L. et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical

- Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(5):492–511. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.8995>.
18. McCallum M., Jolicoeur L., Lefebvre M. et al. Supportive care needs after gynecologic cancer: where does sexual health fit in? *Oncol Nurs*

References:

- Kurman R.J., Carcangiu M., Herrington C.S. et al. WHO classification of tumours of female reproductive organs. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014. 307 p.
- Clinical recommendations. Borderline ovarian tumors. 2019. 44 s. (In Russ.). Available at: https://oncology-association.ru/files/new-clinical-guidelines/pogranichnye_opuholi_jaichnikov.pdf. [Accessed: 06.05.2020].
- Vlasina A.V., Idrisova L.E., Solopova A.G. et al. Rehabilitation of oncogynecological patients after antitumor therapy: ways of solution. [Reabilitaciya onkoginekologicheskikh bol'nyh posle protivopuholevoj terapii: puti resheniya]. *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcija*. 2020;14(1):44–55. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2020.14.1.44-55>.
- Oncopsychology for medical oncologists and medical psychologists. Guideline. Eds. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. [Onkopsihologiya dlya vrachej-onkologov i medicinskih psihologov. Rukovodstvo. Pod red. A.M. Belyaeva, V.A. Chulkovoj, T.Yu. Semiglazovoj, M.V. Rogacheva]. *SPb.: Lyubavich*, 2017. 352 s. (In Russ.).
- Watts S., Prescott P., Mason J. et al. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*. 2015;5(11):e007618. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007618>.
- Vivian-Taylor J., Hickey M. Menopause and depression: Is there a link? *Maturitas*. 2014;79(2):142–6. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>.
- Solopova A.G., Dadak K., Vlasina A.Yu. et al. The sexual health of gynecologic cancer patients. [Seksual'noe zdorov'e onkoginekologicheskikh bol'nyh]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2019;(10):75–80. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2019.10.75-80>.
- Farthmann J., Hasenburger A., Weil M. et al. Quality of life and sexual function in patients with borderline tumors of the ovary. A substudy of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie (AGO) study group ROBOT study. *Support Care Cancer*. 2015;23(1):117–23. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2330-0>.
- Idrisova L.E., Solopova A.G., Achkasov E.E. et al. Assessment of the impact of rehabilitation on the quality of life of gynaecological oncology patients. [Ocenka vliyaniya reabilitatsii na kachestvo zhizni onkoginekologicheskikh bol'nyh]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2019;18(6):41–5. <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2019-6-41-45>.
- Farahmand M., Ramezani Tehrani F., Bahri Khomami M. et al. Surgical menopause versus natural menopause and cardio-metabolic disturbances: A 12-year population-based cohort study. *J Endocrinol Invest*. 2015;38(7):761–7. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0253-3>.
- Koshimoto S., Arimoto M., Saitou K. et al. Need and demand for nutritional counselling and their association with quality of life, nutritional status and eating-related distress among patients with cancer receiving outpatient chemotherapy: a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2019;27(9):3385–94. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4628-9>.
- Silverstein B., Edwards T., Gamma A. et al. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(2):257–63. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0540-7>.
- Ivanets N.N., Tyuvina N.A., Voronina E.O., Balabanova V.V. Comparative evaluation of depressive disorders in women and men. [Osobennosti depressivnykh rasstrojstv u zhenshchin i muzhchin]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(1):15–9. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181115>.
- Cho N.Y., Kim S., Nowakowski S. et al. Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. *Menopause*. 2019;26(4):357–64. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001257>.
- Li C.C., Tsai Y.F., Chang T.C., Chen L. Associations among menopausal symptoms, sleep and fatigue in Taiwanese women with endometrial cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(5). <https://doi.org/10.1111/ecc.12559>.
- Del Pup L., Villa P., Amar I.D. et al. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(3):630–4. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000096>.
- Carter J., Lacchetti C., Andersen B.L. et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(5):492–511. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.8995>.
- McCallum M., Jolicoeur L., Lefebvre M. et al. Supportive care needs after gynecologic cancer: where does sexual health fit in? *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(3):297–306. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.297-306>.
- Bober S.L., Recklitis C.J., Michaud A.L., Wright A.A. Improvement in sexual function after ovarian cancer: Effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer*. 2018;124(1):176–82. <https://doi.org/10.1002/cncr.30976>.

Сведения об авторах:

Власина Анастасия Юрьевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8660-7951>. Scopus Author ID: 1016902. Researcher ID: AAF-3130-2020.

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-2386>. Scopus Author ID: 6505479504. Researcher ID: Q-1385-2015.

Сон Елена Алексеевна – к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии № 1 Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5168-8752>. Scopus Author ID: 19837664400.

Иванов Александр Евгеньевич – к.м.н., врач-онколог высшей квалификационной категории, зав. онкогинекологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1115-3144>.

Жалялова Инас Мухаммедовна – студент 5-го курса педиатрического факультета ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7424-8680>.

About the authors:

Anastasiia Yu. Vlasina – MD, Postgraduate Student, Department of Obstetrics and Gynecology, N.F. Filatov Clinical Institute of Children's Health, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8660-7951>. Scopus Author ID: 1016902. Researcher ID: AAF-3130-2020.

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

Elena A. Son – MD, PhD, Associate Professor, Department of Faculty Therapy № 1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5168-8752>. Scopus Author ID: 19837664400.

Alexander E. Ivanov – MD, PhD, Head of Department of Oncogynecology, City Clinical Oncology Hospital № 1, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1115-3144>.

Inas M. Zhalyalova – 5th year Student, Faculty of Pediatrics, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7424-8680>.