

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-03>

Возможности восстановления сексуальной функции у женщин репродуктивного возраста после лечения рака эндометрия и пограничных опухолей яичников

А. Солопова, доктор медицинских наук, профессор,

Л. Идрисова, кандидат медицинских наук,

А. Власина,

В. Москвичева

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

E-mail: antoninasolopova@yandex.ru

В последние годы возрастает число женщин репродуктивного возраста, прошедших специальное противоопухолевое лечение по поводу ранних стадий рака эндометрия и пограничных опухолей яичника. Благодаря возможностям современных методов диагностики и лечения пациентки получают высококвалифицированную помощь, обеспечивающую улучшение прогноза заболевания. Это обуславливает актуализацию проблемы не только продолжительности, но и качества жизни таких больных. С целью улучшения названных показателей необходимо внедрить комплекс реабилитационных мероприятий, предусматривающих восстановление сексуальной функции, что может быть обеспечено в рамках мультидисциплинарного подхода.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, рак эндометрия, пограничные опухоли яичников, реабилитация, качество жизни, сексуальная функция.

Для цитирования: Солопова А., Идрисова Л., Власина А. и др. Возможности восстановления сексуальной функции у женщин репродуктивного возраста после лечения рака эндометрия и пограничных опухолей яичников // Врач. – 2018; 29 (11): 16–20. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-03>

Злокачественные опухоли занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения. С каждым годом растет численность женщин, прошедших специальное противоопухолевое лечение, эффективность которого определяется не только числом лет, прожитых после него, но и качеством жизни (КЖ). К одному из важнейших показателей высокого КЖ пациенток онкогинекологического профиля относят качество сексуальной функции (СФ).

В 2017 г. в России зарегистрировано 25 496 случаев злокачественных опухолей с локализацией в теле матки (из них 84% – I–II стадии) и 14 030 случаев рака яичников (РЯ; из них 39,4% – I–II стадии). Среди наблюдающихся в онкологических учреждениях >5 лет

доля больных раком эндометрия (РЭ) составляет 8,2%, РЯ – 3,4%. К показателям, существенно влияющим на прогноз заболевания, относится степень распространенности опухолевого процесса на момент постановки диагноза. В 2017 г. 29,8% злокачественных опухолей были диагностированы на I стадии заболевания (в 2016 г. – 28,6%) [1], что во многом стало возможным благодаря активной работе врачей первичного медико-санитарного звена в рамках федеральных программ. Однако в России показатель раннего выявления онкологических заболеваний до сих пор существенно отстает от такового в развитых странах. В таблице представлены статистические данные по 2 нозологиям – РЭ и РЯ, демонстрирующие положительную динамику активного выявления злокачественных опухолей в последнее десятилетие, а следовательно – и улучшение прогноза заболевания, непосредственно связанного с КЖ.

Однако выявление злокачественных опухолей должно служить не только поводом к скорейшему проведению специального противоопухолевого лечения. Это прежде всего – сигнал лечащему врачу о необходимости обязательного применения реабилитационных мероприятий, а точнее – пререабилитации, которая представляет собой процесс непрерывного оказания помощи в интервале между моментом диагностики онкологического заболевания и началом лечения (см. рисунок) [2, 3]. Но, к сожалению, на современном этапе стандарты диагностики и лечения рака в России не учитывают данный вид помощи онкогинекологическим больным, несмотря на то, что реабилитация таких пациенток должна начинаться до применения того или иного метода лечения и продолжаться всю оставшуюся жизнь [4].

Особую роль играют реабилитационные мероприятия (и пререабилитационные – как часть общего комплекса) у женщин репродуктивного возраста с онкогинекологическими заболеваниями ввиду наличия прямой связи с КЖ. У таких пациенток немалое влияние на КЖ оказывает СФ и ее восстановление после специального противоопухолевого лечения.

Цель этого исследования – изучить данные мировой литературы по вопросам оценки СФ и КЖ пациенток, получивших специальное противоопухолевое лечение по поводу РЭ и пограничных опухолей яичников (ПОЯ) на ранних стадиях, а также факторов, влияющих на эти показатели.

В результате более раннего выявления и применения современных методов лечения у женщин с диагнозами РЭ и РЯ в последние десятилетия улучшаются показатели выживаемости [5]. Особенно впечатляющими они представляются у больных ПОЯ (достигают 100% на I стадии). В связи с этим оценка КЖ до и после лечения у пациентов, перенесших рак, стала важным методом изучения [6].

Как известно, первоначальное лечение РЭ состоит из радикальной хирургической операции, включающей экстирпацию матки, билатеральную сальпингоофорэктомию и лимфаденэктомию. Терапия ПОЯ может варьировать от резекции вовлеченного в патологический процесс яичника до хирургического вмешательства в объеме пангистерэктомии, оментэктомии и множественной биопсии брюшины. Эти медицинские вмешательства могут отрицательно сказаться на процессах нормальной физиологии таких пациенток. Кроме того, проведение лучевой и адъювантной химиотерапии после хирургического вмешательства приводит к развитию сексуальной дисфункции, а значит – и снижению КЖ в связи с нарушением целостности половых органов, нейронных структур, функции яичников [7–11].

Согласно имеющимся сообщениям, число женщин, страдающих какой-либо формой женской сексуальной дисфункции – ЖСД (снижение либидо, отсутствие сексуального удовлетворения и диспареуния), значительно выше среди пациенток с гинекологическим раком, чем среди здоровых женщин [12, 13]. Кроме того, на СФ могут оказывать влияние тревога, депрессия и стресс, связанные с самим фактом наличия онкологического диагноза, а также изменения в интимных отношениях, снижение самооценки. Таким образом, психологические и социальные последствия РЭ и ПОЯ являются важнейшими факторами, влияющими на состояние СФ [14–16].

Вместе с тем в России распространенность ЖСД у перенесших РЭ и ПОЯ не имеет достаточного документального подтверждения. В ряде стран проводились исследования влияния медицинского консультирования, психологических тренингов и ауто-тренингов, обучающих мероприятий на СФ и КЖ в целом у пациенток с онкогинекологическими заболеваниями после специального противоопухолевого лечения. Данные мировой литературы об эффективности проводимых мероприятий неоднородны и не

Удельный вес больных со злокачественными опухолями, выявленных активно, от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом «злокачественная опухоль» в России в 2007–2017 гг.; % [11]

Локализация опухоли	Код по МКБ	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Тело матки	C54	11,8	11,5	12,1	12,2	15,3	14,8	16,4	18,1	23,1	23,2	29,1
Яичник	C56	8,3	9,2	9,2	10,2	11,7	11,4	12,2	13,0	15,1	15,6	18,4

стандартизированы, так как не существует утвержденного протокола реабилитационных мероприятий среди женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы, а значит, не существует единого метода оценки ЖСД. Однако большинство врачей для определения сексуальной активности и СФ у больных РЭ и ПОЯ применяют специальные опросники и шкалы, получая необходимые данные из бесед с пациентками.

Многочисленные исследования, проведенные в Европе и Азии, показали, что оценивать КЖ и ЖСД у больных, перенесших РЭ или ПОЯ, рекомендуется при каждом амбулаторном посещении гинеколога (онкогинеколога) при наличии определенных критериев:

- диагноз РЭ/ПОЯ, подтвержденный интраоперационно и патоморфологическим исследованием;
- полностью завершённое лечение;
- отсутствие коммуникационного барьера в общении между врачом и пациентом;
- информированное согласие на участие в исследовании [6, 7, 9, 11].

Состояние пациенток с «неконтролируемым раком» (uncontrolled cancer), т.е. не находящихся под постоянным диспансерным наблюдением онколога или с доказанным рецидивом, а также с наличием в анамнезе других видов злокачественных образований или психических расстройств (депрессия, шизофрения, параноидальные расстройства, подтвержденные документально), не может быть оценено без привлечения смежных специалистов. Во всех остальных случаях определение КЖ и СФ у женщин не представляет особых трудностей и может быть проведено при очередном визите пациентки в медицинское учреждение, где она наблюдается у врача-онколога [15, 16].

Среди данных медицинской документации следует обращать внимание на стадию опухоли; степень злокачественности; гистологический тип; индекс массы тела (ИМТ) до хирургического вмешательства и на момент наблюдения; хирургический доступ (лапаротомия, лапароскопия и др.); проведение лучевой и (или) химиотерапии; время, прошедшее после операции. Необходимо также учитывать возраст пациентки, уровень образования, семейное положение, профессию и ежемесячный доход семьи. Стадирование обычно

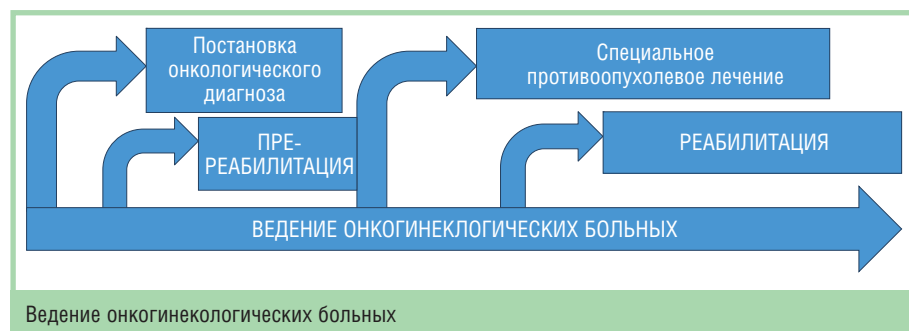
основано на данных хирургического вмешательства и патоморфологического заключения в соответствии с классификацией FIGO [7, 9]. Следует обращать внимание и на то, кто именно проводит опрос и консультирование, так как доверие к разным специалистам может сильно варьировать [11, 12].

Наиболее эффективным методом оценки ЖСД и ее коррекции считается индивидуальная беседа, включающая в себя сбор информации, анализ полученных ответов и дальнейшие рекомендации. Однако в ряде случаев может быть использован групповой тренинг или консультирование семейных пар по вопросам онкологического заболевания, КЖ и сексуального здоровья. В данном случае важны поддержка женщины со стороны ее ближайшего окружения (особенно мужа/партнера), создание психологического климата в семье, благоприятного для такой пациентки, и доверительных отношений с лечащим врачом [13, 17].

СФ достаточно удобно измерять с использованием FSFI (индекс женской СФ) – краткой многомерной шкалы, позволяющей оценить половое влечение, возбуждение, смазку, способность к оргазму, наличие диспареунии и удовлетворенность женщины. КЖ определяют с помощью опросника FACT-G (функциональная оценка противоопухолевой терапии). Кроме того, врач должен понимать причину отсутствия полового акта после операции у каждой конкретной женщины и обязательно проводить консультирование по вопросам сексуального здоровья со всеми пациентками независимо от наличия или отсутствия партнера на текущий момент [15].

Многие женщины отмечали, что не получили консультации по вопросам интимной жизни в стационаре, где они проходили специальное противоопухолевое лечение по поводу РЭ или ПОЯ. Кроме того, среди пациенток, получивших консультацию по вопросам сексуальной активности, <10% поднимали этот вопрос сами. Это объясняется тем, что большинство женщин испытывали дискомфорт при разговоре со специалистом, особенно в случаях, когда лечащий врач – представитель противоположного пола. В некоторых случаях особой проблемой представлялась табуированность данной темы (например, в связи с национальными, религиозными, личностными особенностями пациентки). Именно поэтому в ~90% случаев предложение о консультировании по вопросам, связанным с половой сферой, исходило от специалиста, чаще – от лечащего врача.

Среди женщин, которые согласились принять участие в исследованиях СФ и КЖ после операции по поводу РЭ, более чем у половины (~70%) была диагностирована ЖСД. У пациенток с ПОЯ, проопериро-



Ведение онкогинекологических больных

ванных на ранних стадиях, данное состояние отмечалось реже, возможно, в связи с проведением во многих случаях органосохраняющего лечения. Около 60% женщин сообщали также, что после хирургического вмешательства у них никогда не было полового контакта с партнером. Основными факторами, влияющими на снижение (а в некоторых случаях — на полное отсутствие) сексуальной активности, о которых сообщали участницы, были «психологические проблемы (страх и беспокойство)» — около 30% — и «отсутствие интереса к половым отношениям» — около 25%. У сексуально активных женщин среднее время возобновления интимной жизни после оперативного вмешательства по поводу РЭ составило в среднем 10 мес вне зависимости от рекомендаций врача; о возобновлении интимной жизни после операции по поводу ПОЯ данные отсутствуют [11, 12, 14].

Некоторые проанализированные исследования показали, что возраст пациентки, применение лучевой терапии и проведение консультаций существенно влияют на состояние СФ [14].

Нами проведен многомерный анализ для оценки влияния определенных факторов на результаты опроса. Существенным моментом был ежемесячный доход семьи: у людей с более высоким достатком КЖ, как правило, выше. Кроме того, установлено, что развитие побочных эффектов химиотерапии (анемия, тошнота, рвота, усталость и др.) и семейное положение (наличие партнера) имели значительное влияние на СФ и КЖ. Однако другие факторы, такие как ИМТ, стадия заболевания, хирургический доступ, не оказали существенного влияния на КЖ женщин, перенесших РЭ или ПОЯ [8].

Многие исследования продемонстрировали, что положительные эмоции, связанные с сексуальной жизнью у женщин репродуктивного возраста, перенесших РЭ и, особенно, ПОЯ, способствуют улучшению КЖ. Кроме того, осознание пациентками факта, что после лечения ПОЯ на ранней стадии возможны сохранение не только интимной близости, но и реализация репродуктивной функции, благотворно сказывалось на сексуальной активности женщин и их КЖ. Таким образом, половые отношения наряду с оптимальным уходом и хорошим информированием играют ключевую роль в процессе оказания медицинской помощи по поводу РЭ или ПОЯ и еще более важны в период реабилитации [18].

Более того, установлено, что удовлетворенность больных РЭ или ПОЯ половой жизнью может повышать их комплаентность, улучшать настроение и восстанавливать самооценку, а интимные отношения с мужем/партнером — важная форма утешения и поддержки женщин в состоянии стресса. Исследование S. Wilailak и соавт. [19] показало, что у онкогинекологических пациенток, чьи мужья/партнеры проявляли заботу о них, результаты оценки КЖ были достоверно выше.

Среди больных РЭ и ПОЯ число сексуально активных значительно меньше, чем среди здоровых женщин [20]. Также, согласно данным иностранной литературы, из пациенток, перенесших РЭ, около 55% сексуально неактивны, что может быть вызвано страхом снижения эффективности лечения и опасением рецидива заболевания [21].

Психологические факторы играют важную роль в возникновении ЖСД. Согласно нашим данным, в связи с нехваткой знаний о заболевании многие пациентки выражают обеспокоенность тем, что половой акт может привести к боли в области культы влагалища (при операциях по поводу РЭ), плохому заживлению, расхождению швов и даже к рецидиву заболевания (особенно при ПОЯ). Подобные переживания могут вести к прекращению интимной жизни [3, 13].

Не стоит забывать и о физиологических изменениях у женщин после лечения. Повреждение репродуктивных органов, обусловленное хирургическим вмешательством, лучевой и химиотерапией, а также развивающийся гормональный дисбаланс могут вызвать снижение сексуального желания и ухудшение КЖ [11].

Итак, анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что после завершения лечения <10% пациенток получали рекомендации, касающиеся сексуальной сферы. Установлено, что женщины хотели бы получать информацию по проблемам, связанным с половой жизнью и СФ [22, 23]. Однако большинство пациенток испытывают затруднение при обсуждении этой темы с другими людьми по собственной инициативе.

Рандомизированные контролируемые исследования показали, что у женщин, прошедших послеоперационное консультирование, отмечена положительная динамика СФ и КЖ по сравнению с больными, которые не получали психологическую помощь [22]. Распространенность ЖСД среди пациенток, получивших врачебные рекомендации по поводу половой жизни, значительно ниже. Таким образом, клиницистам необходимо брать на себя инициативу в обсуждении указанных тем, чтобы понимать сексуальные проблемы пациенток и предоставлять им необходимую информацию.

Благодаря росту диагностических возможностей, оснащению медицинских организаций современным оборудованием и совершенствованию методов обследования доля активно выявленных больных и тех, у кого злокачественное образование выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, постепенно увеличивается; это касается и РЭ и ПОЯ. Кроме того, все большее число врачей и их пациенток учитывают не только возможность прожить максимально возможное число лет после перенесенного заболевания, но и КЖ. Одно из важнейших условий повышения КЖ — восстановление СФ, что особенно актуально для женщин репродуктивного возраста.

Представляется необходимой организация подготовки квалифицированных кадров, в частности онкологов-реабилитологов, способных реализовать междисциплинарный подход к ведению онкогинекологических пациенток и оказать им специализированную помощь в полном объеме.

Следует также подчеркнуть важность проспективных исследований и необходимость внедрения реабилитационных мероприятий в клиническую практику, в том числе необходимость консультирования по вопросам здоровья и СФ, что поможет специалистам открыть перед женщинами дверь в мир с высоким уровнем КЖ, несмотря на трудности лечения онкологических заболеваний и стереотипы, принятые в нашем обществе.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В (ред.). Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018; с. 4–124.
- Хасанов Р.Ш., Озол С.А., Гилязутдинов И.А. и др. Современные принципы реабилитации онкологических больных (обзор литературы) // Поволжский онкол. вестн. – 2013; 4: 49–55.
- Идрисова Л. Э., Солопова А.Г., Табакман Ю. Ю. и др. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016; 4: 94–104.
- Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных // Социологические науки. – 2013; 2: 10–5.
- Morice P., Leary A., Creutzberg C. et al. Endometrial cancer // Lancet. – 2015; 387: 1094–108.
- Fader A., Frasure H., Gil K. et al. Quality of life in endometrial cancer survivors: what does obesity have to do with it? // Obstet. Gynecol. Int. – 2011; 2011: 308609.
- Nout R., Putter H., Jürgenliemk-Schulz I. et al. Quality of life after pelvic radiotherapy or vaginal brachytherapy for endometrial cancer: first results of the randomized PORTEC-2 trial // J. Clin. Oncol. – 2009; 27: 3547–56.
- Perwitasari D., Atthobari J., Mustofa M. et al. Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on quality of life in Indonesian patients with gynecologic cancer // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2012; 22: 139–45.
- Becker M., Malafy T., Bossart M. et al. Quality of life and sexual functioning in endometrial cancer survivors // Gynecol. Oncol. – 2011; 121: 169–73.
- Alder J., Bitzer J. Gynecological cancer and sexuality // Ther. Umsch. – 2011; 68: 581–6.
- Harter P., Schrof I., Karl L. et al. Sexual function, sexual activity and quality of life in women with ovarian and endometrial cancer // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 2013; 73: 428–32.

- Ratner E., Foran K., Schwartz P. et al. Sexuality and intimacy after gynecological cancer // Maturitas. – 2010; 66: 23–6.
- Rutledge T., Heckman S., Qualls C. et al. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010; 203 (5): 514e1–7.
- Abbott-Anderson K., Kwekkeboom K. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors // Gynecol. Oncol. – 2012; 124: 477–89.
- Pilger A., Richter R., Fotopoulou C. et al. Quality of life and sexuality of patients after treatment for gynaecological malignancies results of a prospective study in 55 patients // Anticancer Res. – 2012; 32: 5045–9.
- Smorag L., Florkowski A., Zboralski K. et al. Quality of life and depressive symptoms in patients diagnosed with uterus cancer // Pol. Merkur. Lekarski. – 2014; 37: 227–30.
- Идрисова Л., Солопова А., Макацария А. и др. Возможности восстановления сексуальной функции у женщин после лечения рака молочной железы // Врач. – 2018; 29 (4): 64–7. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-13
- Onujiogu N., Johnson T., Seo S. et al. Survivors of endometrial cancer: who is at risk for sexual dysfunction? // Gynecol. Oncol. – 2011; 123: 356–9.
- Wilailak S., Lertkachonsuk A., Lohacharoenvanich N. et al. Quality of life in gynecologic cancer survivors compared to healthy check-up women // J. Gynecol. Oncol. – 2011; 22: 103–9.
- Grimm D., Hasenburg A., Eulenbug C. et al. Sexual activity and function in patients with gynecological malignancies after completed treatment // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2015; 25: 1134–41.
- Zeng Y., Li Q., Li X. et al. Chinese women's sexuality concerns after gynecological cancer // Cancer Nurs. – 2012; 35: 257–64.
- McCallum M., Lefebvre M., Jolicoeur L. et al. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2012; 33: 135–42.
- Hill E., Sandbo S., Abramsohn E. et al. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs // Cancer. – 2011; 117: 2643–51.

OPPORTUNITIES TO RESTORE SEXUAL FUNCTION IN REPRODUCTIVE-AGED WOMEN AFTER TREATMENT FOR ENDOMETRIAL CANCER AND BORDERLINE OVARIAN TUMORS

Professor A. Solopova, MD; L. Idrisova, Candidate of Medical Sciences; A. Vlasina; V. Moskvicheva

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

In recent years, there has been an increase in the number of reproductive-aged women who have undergone special antitumor treatment for the early stages of endometrial cancer and borderline ovarian tumors. Thanks to the possibilities of current methods for diagnosis and treatment, the patients receive highly qualified assistance to improve the prognosis of disease. This determines the actualization of the problem associated not only with the duration, but also quality of life in these patients. To improve the above indicators, it is necessary to introduce a package of rehabilitation measures to restore sexual function, which can be provided within the framework of a multidisciplinary approach.

Key words: *obstetrics and gynecology, endometrial cancer, borderline ovarian tumors, rehabilitation; quality of life, sexual function.*

For citation: *Solopova A., Idrisova L., Vlasina A. et al. Opportunities to restore sexual function in reproductive-aged women after treatment for endometrial cancer and borderline ovarian tumors // Vrach. – 2018; 29 (11): 16–20. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-03>*