

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-05>

Актуальные подходы к реабилитации пациенток с гранулезоклеточными опухолями яичников

**А. Власина¹,
А. Солопова¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Суренков²,
С. Бажанов³,
Д. Брыксин¹**

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

²Национальный медицинский исследовательский
центр гематологии, Москва

³Городская клиническая онкологическая больница №1
Департамента здравоохранения города Москвы

E-mail: antoninasolopova@yandex.ru

Больные с гранулезоклеточными опухолями нуждаются в пожизненном наблюдении, основная цель которого – ранняя доклиническая диагностика рецидивов. Кроме того, на всех этапах восстановления женщине требуется помощь специалистов разных профилей – мультидисциплинарной команды – для составления и реализации реабилитационного плана с учетом возраста и состояния пациентки, а также объема выполненного лечения. Аналитический обзор научно-медицинской литературы свидетельствует о том, что многие вопросы, касающиеся восстановления и мониторинга больных после противоопухолевой терапии, изучены недостаточно, а имеющиеся данные противоречивы и неоднозначны. Поэтому необходимо разрабатывать и внедрять в практику новые, эффективные методы реабилитации, осуществлять индивидуальный и комплексный подход к каждой женщине, рассматривать актуальные алгоритмы и применять наиболее адекватную тактику ведения онкогинекологических пациенток.

Ключевые слова: онкология, гинекология, гранулезоклеточные опухоли яичников, пограничные опухоли яичников, злокачественные опухоли, опухоли стромы полового тяжа, опухолевые маркеры, реабилитация, диагностика рецидивов.

Для цитирования: Власина А., Солопова А., Суренков А. и др. Актуальные подходы к реабилитации пациенток с гранулезоклеточными опухолями яичников // Врач. – 2020; 31 (1): 27–33. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-05>

Одна из важнейших проблем современной медицины – постоянный рост онкологической заболеваемости, причем почти 3,5% ее приходится на овариальные неоплазии. По информации Международного агентства по изучению рака, в 2018 г. в мире зарегистрировано >295 тыс. новых случаев опухолей яичников и >184 тыс. летальных исходов [1]. В России ежегодно диагностируют >14 тыс. новых случаев злокачественных образований данной локализации; их

распространенность — 74,6 на 100 тыс. населения, на диспансерном учете состоят почти 110 тыс. человек [2].

В 2014 г. ВОЗ представила обновленную гистологическую классификацию опухолей яичников, в которой отдельно выделены новообразования стромы полового тяжа [3]. Из них наибольший интерес вызывают гранулезноклеточные опухоли (ГКО) яичников (ГКОЯ), на долю которых приходится 70% всех неоплазий данной подгруппы и 3–8% всех злокачественных овариальных образований [4–6]. В состав ГКОЯ входят гранулезные клетки, клетки внутренней соединительнотканной оболочки (тека-клетки) и фибробласты стромального происхождения. Это — наиболее распространенные (до 85%) гормонально активные опухоли данной локализации [5, 7].

Выделяют **ГКО взрослого (ГКОВТ)** и **ювенильного (ГКОЮТ)** типов [3], причем ГКОВТ относят к высокодифференцированным злокачественным опухолям, а ГКОЮТ — к пограничным (атипичным пролиферативным). Именно поэтому существуют различия в тактике лечения, прогнозе заболевания и вероятности рецидивирования. В редких случаях, когда одновременно наблюдается ГКОЯ 2 типов (взрослый и ювенильный типы), согласно рекомендациям ВОЗ, диагноз ставят по преобладающему компоненту.

ГКОВТ составляют около 95% ГКОЯ и 1% всех опухолей яичников; чаще они встречаются у женщин позднего репродуктивного, пери- и постменопаузального периодов. Пик заболеваемости (94–96%) приходится на возраст 45–55 лет, и только в 1% случаев ГКОВТ диагностируются у детей и подростков [4].

Почти все ГКОВТ активно продуцируют стероидные и гликопротеидные гормоны. Клиническая картина во многом обусловлена преобладающим типом гормона: в большинстве случаев это эстрогены, которые вызывают преждевременное половое развитие девочек, дисменорею у пациенток репродуктивного возраста и кровотечения у больных в постменопаузе. Другие патогномичные признаки заболевания — нарушения менструального цикла; гиперпластические процессы эндометрия; эффекты дисгормонального «омоложения». Неспецифичные проявления — общая слабость; увеличение объема живота; боли разной локализации и интенсивности (чаще — ноющего характера); нарушения функции мочевого пузыря и кишечника; возможен асцит, в исключительных случаях — плеврит [4, 6]. Гораздо реже ГКОВТ синтезируют андрогены (с характерными симптомами вирилизации) и гормон желтого тела — прогестерон. Из типичных гликопротеидов — ингибин и мюллеровская ингибирующая субстанция (МИС) / антимюллеровский гормон (АМГ).

В настоящее время достаточно подробно изучены иммуногистохимический и генетический профили ГКОВТ, обнаружено изменение экспрессии CD56, WT-1, SF-1, FOXL-2 [3, 8].

Прогноз заболевания благоприятный: 5-летняя выживаемость на I стадии достигает 100%, при генерализации процесса она снижается и на IV стадии не превышает 25%. Однако вследствие яркой симптоматики в основном диагноз удается поставить на ранних этапах. Частота рецидивов составляет 20–40%; при стадии Ia этот показатель уменьшается до 10% [9]. В большинстве наблюдений они отсрочены по времени — безрецидивный период составляет в среднем 5–10 лет, хотя описаны случаи возобновления ГКОВТ спустя 30 лет после лечения [10].

ГКОЮТ не превышают 5% ГКОЯ и обычно манифестируют в первые 30 лет жизни (до 97%) [4, 11, 12]. Максимальная заболеваемость наблюдается у девочек-подростков. Новообразования данного вида отличаются лучшим прогнозом, чем при ГКОВТ, так как почти в 90% случаях их диагностируют на I стадии. Однако около 7% случаев характеризуется агрессивным течением, когда прогрессирование наблюдается в первые годы после хирургического лечения в виде бурной диссеминации опухоли [4].

Клиническая картина не отличается от таковой при ГКОВТ — преждевременное половое развитие; увеличение размеров половых органов; ациклические кровянистые выделения из половых путей; увеличение объема живота. Первым признаком зачастую является нарушение менструального цикла.

По макро- и микроскопической картине ГКОЯ двух типов различаются незначительно. В то же время генетические различия в мутации FOXL2 позволили выделить ГКОЮТ в самостоятельную нозологическую единицу согласно классификации ВОЗ [3, 8].

Рецидивы ГКОЮТ наблюдаются редко, в первые 3 года — не более 10%. Интересны случаи рецидива ГКОЮТ в виде ГКОВТ [6].

В некоторых случаях диагностируются ГКОЯ без гормональной активности: чаще всего это — признак их низкой дифференциации, следовательно — плохого прогноза. Кроме того, неблагоприятными прогностическими факторами при всех ГКОЯ считают пожилой возраст; поздние стадии заболевания; большой размер опухоли (>15 см); двустороннее поражение яичников; повреждение капсулы. Спорные показатели — выраженный ядерный атипизм, значительная площадь некрозов, отсутствие гормональной активности, опухолевые эмболы и признаки сосудистой инвазии [4].

Согласно данным литературы, ГКОЯ в большинстве случаев характеризуются достаточно медленным ростом. Яркая клиническая картина способствует их выявлению на ранних стадиях (когда в процесс вовлечен только 1 яичник). Это позволяет произвести органосохраняющие операции девочкам, не достигшим половой зрелости, и молодым женщинам, для которых важен вопрос деторождения. Такой подход сохраняет возможность после терапии реализовать репродуктивную функцию [7].

Однако следует помнить, что риск развития рецидива при проведении органосохраняющих операций увеличивается в 3 раза и в основном возникает в первый год после хирургического лечения, поэтому таким пациенткам рекомендуется проведение реабилитационных мероприятий.

У женщин после радикального оперативного вмешательства рецидивы возникают в более поздний период [5, 6].

Именно поэтому все пациентки с ГКОЯ независимо от стадии заболевания и полученного ранее лечения нуждаются в пожизненном скрининговом мониторинге и контроле.

В последние годы во всем мире реабилитация женщин с ГКОЯ вызывает заметный интерес. При составлении плана реабилитации особое внимание уделяют возрасту пациентки, общему состоянию организма, объему оперативного вмешательства, наличию или отсутствию послеоперационных осложнений.

На всех этапах восстановления важна помощь специалистов разных профилей — мультидисциплинарной команды — онкогинеколога, реабилитолога, эндокринолога, медицинского психолога, психиатра, социолога, трудотерапевта, репродуктолога, физиотерапевта, фитотерапевта, врача клинической лабораторной диагностики и др.

Медицинская реабилитационная помощь имеет ряд важных особенностей. Это — этапность; непрерывность; преемственность; последовательность; максимально раннее начало; индивидуальность; социальная направленность; активное участие больной и ее семьи в восстановительном процессе; комплексный подход.

В качестве методов медицинской реабилитации больных ГКОЯ важно активно использовать современные восстановительные мероприятия и программы — психологическую помощь; лечебную физкультуру и механотерапию; медицинский массаж; физиотерапию; санаторно-курортное лечение; диетотерапию; фитотерапию; плазмаферез; ксенонотерапию; криоконсервацию яичников и др. Однако главная цель реабилитации пациенток после лечения по поводу ГКОЯ — доклиническая диагностика рецидивов.

Своевременное выявление активности опухолевого процесса и **ранняя доклиническая диагностика рецидивов** позволяют значительно повлиять на прогноз и исход заболевания, скорректировать лечение, дать соответствующие рекомендации и реализовать уточняющие методы исследования. Диагностический скрининг, который проводится на всех этапах восстановительного процесса, должен носить пожизненный характер [13, 14].

Выделяют группу онкомаркеров, играющих наибольшую роль в ранней доклинической диагностике ГКОЯ: ингибин (А и В) и АМГ; эстрогены; фолликулостимулирующий гормон; СА-125; ферритин и железо; нейтрофильно-лимфоцитарный индекс [13–15].

Однако ни один из них не обладает свойствами «идеального мономаркера» — 100% чувствительностью и специфичностью.

В настоящее время в диагностике ГКОЯ начал применяться *мультиплексный анализ*, суть которого заключается в одновременной оценке группы (панели) маркеров, что позволяет значительно повысить эффективность ранней диагностики рецидивов [13, 14]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, забор проб для анализа должен осуществляться не реже 1 раза в месяц в течение 1-го года после лечения; далее — 1 раз в 2 мес на 2-й год; затем — 1 раз в 3 мес в течение 3-го года наблюдения и 1 раз в 6 мес — в последующие годы [14–16].

Используют и неинвазивные инструментальные методы исследования — УЗИ, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию и др.

Одна из важнейших составляющих комплексного подхода к восстановлению — **психологическая помощь**, которая должна начинаться с момента постановки диагноза и продолжаться всю жизнь после противоопухолевого лечения. Выделяют 3 периода реабилитации — дооперационный, или «пререабилитация»; послеоперационный и отдаленный. На каждом из них реализуются специализированные программы коррекции психологических расстройств [17].

Медицинские психологи широко применяют разнообразные методы и способы психологической разгрузки [18–20] — *клинические беседы; арт-терапию (изотерапию, дансинг-терапию); когнитивно-поведенческие техники саморегуляции и контроля; десенсибилизацию психологических травм с помощью движения глаз; креативную визуализацию; нервно-мышечную релаксацию; трудотерапию; гипнотерапию; йогу; восточные практики; медитации* и др. Эти методы активно применяются как для групповой, так и для индивидуальной помощи больным с ГКОЯ. Безусловно, *индивидуальные программы* обладают большей результативностью, поскольку все внимание сосредоточено на конкретной пациентке. Это дает возможность более детально понять ее проблемы, оценить психологический статус и назначить соответствующее лечение. Однако для решения проблем межличностного характера, когда в качестве основного реабилитационного аспекта выступает непосредственный контакт между людьми, *групповая психокоррекция* незаменима [19, 20].

Комбинирование разных методов психологической реабилитации у женщин с ГКОЯ позволяет получить лучшие результаты [20, 21].

Лечебную физкультуру и механотерапию традиционно начинают после выполнения оперативного вмешательства. Их применение способствует предотвращению спаечных процессов, укреплению мышц брюшной стенки, улучшению периферического кровообращения, восстановлению физиологических функций организма и нормализации психоэмоционального состояния.

В послеоперационном периоде имеют смысл *тренировки в спортивном зале* (индивидуально или с группой) с использованием гимнастических снарядов и тренажеров. Полезны *пешие прогулки* на свежем воздухе. *Йогой и пилатесом* можно заниматься через 1–2 мес после лапароскопического вмешательства и через 2–3 мес после лапаротомии (зависит от объема оперативного лечения), хотя несложные *упражнения и дыхательную гимнастику* используют практически сразу после стабилизации состояния больной. Физическая нагрузка подбирается индивидуально в зависимости от возраста, объема хирургического вмешательства, наличия других заболеваний и тренированности пациентки. При адекватно дозированной нагрузке происходит активация адаптационных и регуляционных систем организма [22].

В комплексной реабилитации при ГКОЯ один из эффективных методов восстановления в отдаленном периоде – **ручной и аппаратный медицинский массаж**. Он помогает справиться с такими осложнениями, как тромбообразование, болевой синдром, лимфостаз. Массаж стимулирует иммунную систему, снижает эмоциональное перенапряжение, оказывает общеукрепляющее и успокаивающее действие [23].

По данным зарубежной и отечественной литературы, в последние годы у пациенток с опухолями органов репродуктивной системы и ГКОЯ в частности широко применяются **физиотерапевтические методы**. Одно из актуальных и перспективных направлений – *крайне-высокочастотная (КВЧ) терапия*. Суть метода заключается в использовании волн миллиметрового диапазона (электромагнитные колебания частотой 30–300 ГГц). КВЧ-терапия оказывает модулирующее действие на работу иммунной и нервной систем, улучшает обменные процессы и трофику тканей (стимулируя репарацию и регенерацию).

Для уменьшения отеков и болевого синдрома, улучшения заживления послеоперационных ран, лечения и профилактики лучевых осложнений широко применяют *низкоинтенсивную лазеротерапию*. С целью коррекции проявлений постовариоэктомического (посткастрационного) синдрома, который развивается в 50–80% случаев после удаления яичников, используют *электросон*, эффект которого связан с воздействием на центральную нервную систему [24, 25]. Он позволяет значительно снизить выраженность нервно-психических и вегетосудистых нарушений. Для восстановления произвольного мочеиспускания применяют *электростимуляцию мочевого пузыря*, для уменьшения отеков нижних конечностей – *пневматическую компрессию*, для замедления нарастающего фиброза тканей передней брюшной стенки, паховой области, промежности и улучшения кровообращения – *искусственные магнитные поля* различных частот, *электрофорез, ультразвуковую и лазеротерапию, восходящий и циркулярный душ* [26–28].

Ксенонотерапия – одно из прогрессивно развивающихся направлений медицинской реабилитации онкогинекологических больных, которое с каждым годом приобретает все большую популярность. Метод основан на использовании инертного газа ксенона, который в терапевтических дозах дает антистрессорный, анальгетический, миорелаксирующий, иммуностимулирующий, противовоспалительный, регенеративный, антигипоксический, нейрогуморальный, антидепрессивный, седативный и многие другие положительные и общеукрепляющие эффекты. Это позволяет рассматривать ксенонотерапию в качестве высокоактуального направления в реабилитации [29, 30].

Ксенон не вызывает физической и психологической зависимости, не обладает тератогенностью, канцерогенностью, эмбриотоксичностью и аллергенностью, не оказывает отрицательного действия на репродуктивную функцию, не требует затрат и дополнительных ресурсов для биотрансформации и элиминации из организма. Ксенонотерапию успешно сочетают с другими методами лечения и реабилитации, включая в состав комплексных реабилитационных программ. Это позволяет снизить дозы лекарственных препаратов, уменьшить их токсическое действие на организм [30].

В реабилитационной программе при ГКОЯ можно использовать **санаторно-курортное лечение**, в основе которого лежит воздействие природно-климатических факторов с параллельным применением лечебных и восстановительных программ – *аэротерапии, климатотерапии, ландшафтотерапии, лечебного питания, физиотерапии, лечебной физкультуры и гимнастики, посещения бассейна, проведения лечебного массажа, бальнеотерапии, рефлексотерапии, питьевой терапии* и др. Эти процедуры оказывают общеукрепляющее действие, благотворно воздействуют на иммунитет, нормализуют режим дня и питания, повышают трудовую и социальную активность, положительно влияют на психоэмоциональную сферу [31, 32]. Все программы реабилитации следует разрабатывать в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, учитывая степень тяжести, характер течения основного заболевания, сопутствующие виды патологии и послеоперационные осложнения, а также возраст пациенток, физическую подготовку и другие индивидуальные особенности.

Реабилитацию в санаториях рекомендуется проводить в регионе проживания, так как тогда организму не приходится затрачивать дополнительные резервы на акклиматизацию и адаптацию к новым условиям. Создание санаторно-профилактических и лечебно-оздоровительных учреждений на базе онкологических реабилитационных центров с возможностью круглосуточного пребывания пациенток позволит реализовать основную цель санаторно-курортного лечения – восстановление и компенсацию нарушенных функций благодаря нормализации и повышению собственных защитно-приспособительных механизмов организма.

направленных на восстановление физического, психоэмоционального и социального благополучия, а также на своевременное выявление осложнений и ранних доклинических рецидивов опухоли. Необходимо разрабатывать и внедрять в практику эффективные методы реабилитации, осуществлять индивидуальный подход к каждой пациентке, рассматривать новые алгоритмы и применять актуальную и адекватную тактику ведения таких женщин. Для оказания им квалифицированной помощи и реализации предложенных программ важно создавать реабилитационные центры и специализированные отделения на базе учреждений онкологического профиля. Это позволит повысить эффективность восстановления пациенток с ГКОЯ и оптимизировать реабилитационный процесс.

* * *

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература/References

- Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2018; 68 (6): 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- 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 [Kaprin A.D., Starinskij V.V., Petrova G.V. (red.). Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2017 godu / M.: MNIIOI im. P.A. Gercena – filial FGBU «NMIIRC» Minzdrava Rossii; 2018 (in Russ.)].
- Kurman R., Carcangiu M., Herrington C. et al. WHO Classification of tumours of female reproductive organs / Lyon: IARC Press, 2014.
- Давыдова И.Ю., Кузнецов В.В., Трякин А.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неэпителиальных опухолей яичников / М., 2014 [Davydova I.Yu., Kuznecov V.V., Tryakin A.A. et al. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu neepitelial'nyh opuholej yaichnikov / M., 2014 (in Russ.)].
- Хохлова С.В., Давыдова И.Ю., Коломиец Л.А. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных неэпителиальных опухолей яичников // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. – 2018; 8 (3): 156–70 [Hohlova S.V., Davydova I.Yu., Kolomiec L.A. et al. Prakticheskie rekomendacii po lekarstvennomu lecheniyu zlokachestvennyh neepitelial'nyh opuholej yaichnikov // Zlokachestvennyye opuholi: Prakticheskie rekomendacii RUSSCO. – 2018; 8 (3): 156–70 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-8-3s2-156-170>
- Цхай В.Б., Андреева А.А., Блинова Е.Н. и др. Клинический случай гигантской гранулезоклеточной опухоли яичника // Сибирское медицинское обозрение. – 2014; 2: 86–9 [Tskhay V.B., Andreeva A.A., Blinova E.N. et al. Clinical case of a giant ovarian granulosa cell tumor // Sibirskoe medicinskoe obozrenie. – 2014; 2: 86–9 (in Russ.)].
- Козаченко В.П. Опухоли стромы полового тяжа // Онкогинекология. – 2015; 4: 42–6 [Kozachenko V.P. Sex cord stromal tumors // Onkoginekologiya. – 2015; 4: 42–6 (in Russ.)].
- Франк Г.А., Москвина Л.В., Андреева Ю.Ю. Новая классификация опухолей яичника // Архив патологии. – 2015; 77 (4): 40–50 [Frank G.A., Moskvina L.V., Andreeva Yu.Yu. A new classification of ovarian tumors // Archive of Pathology = Arkhiv Patologii. – 2015; 77 (4): 40–50 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/patol201577440-50>
- Бейшембаев А.М., Хайленко В.А., Любимова Н.В. и др. Диагностика и лечение рецидивов гранулезоклеточных опухолей яичников // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2009; 3–4: 112–6 [Beishembayev A.M., Khailenko V.A., Lyubimova N.V. et al. Recurrent ovarian granulosa cell tumors: diagnosis and treatment // Tumors of female reproductive system. – 2009; 3–4: 112–6 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2009-0-3-4-112-116>
- Singh-Ranger G., Sharp A., Crinnion J. et al. Recurrence of granulosa cell tumour after thirty years with small bowel obstruction // Int. Semin Surg. Oncol. – 2004; 1 (1): 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7800-1-4>
- He Zhang, Hongyu Zhang, Shouxin Gu et al. MR findings of primary ovarian granulosa cell tumor with focus on the differentiation with other ovarian sex cord-stromal tumors // J. Ovarian Res. – 2018; 11 (1): 46. <https://doi.org/10.1186/s13048-018-0416-x>
- Jiaheng Li, Riqiang Bao, Shiwei Peng et al. The molecular mechanism of ovarian granulosa cell tumors // J. Ovarian Res. – 2018; 11 (1): 13–20. <https://doi.org/10.1186/s13048-018-0384-1>
- Солопова А.Г., Суренков А.А., Москвичева В.С. и др. Мультиплексный анализ онкомаркеров в ранней диагностике рецидивов гранулезоклеточных опухолей яичников // Врач. – 2019; 30 (2): 37–40 [Solopova A., Surenkov A., Moskvicheva V. et al. Multiplex analysis of tumor markers in the early diagnosis of recurrences of ovarian granulosa cell tumors // Vrach. – 2019; 30 (2): 37–40 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-02-06>
- Кушлинский Н.Е., Любимова Н.В. Опухолевые маркеры. Общая характеристика, клиническое значение и рекомендации по использованию // Лабораторная диагностика. – 2016; 8: 62–77 [Kushlinskiy N.Ye., Lyubimova N.V. Opuholvevyye markery. Obshchaya kharakteristika, klinicheskoye znachenie i rekomendatsii po ispol'zovaniyu // Laboratornaya diagnostika. – 2016; 8: 62–77 (in Russ.)].
- Заздравная А.В. Онкомаркеры и их клиническое значение // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2016; 2: 26–32 [Zazdravnaya A.V. Onkomarkery i ikh klinicheskoye znachenie // Zdravookhraneniye Yugry: opyt i innovatsii. – 2016; 2: 26–32 (in Russ.)].
- Levin G., Zigron R., Haj-Yahya R. et al. Granulosa cell tumor of ovary: A systematic review of recent evidence // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2018; 225: 57–61. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.002>
- Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В. и др. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // Вопросы онкологии. – 2015; 2: 180–4 [Karitskiy A.P., Chulkova V.A., Pestereva E.V. et al. Rehabilitation of a cancer patient as a basis for improving the quality of his life // Voprosy onkologii. – 2015; 2: 180–4 (in Russ.)].
- Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2016; 4: 54–8 [Semiglazova T.Yu., Tkachenko G.A., Chulkova V.A. Psihologicheskie aspekty lecheniya onkologicheskikh bol'nykh // Malignant tumours. – 2016; 4: 54–8 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2016-4s1-54-58>
- Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю. и др. Оценка психологического статуса онкогинекологических больных в процессе психологической реабилитации // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2018; 25 (1): 62–7 [Pestereva E.V., Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu. et al. Assessment of the psychological status of patients with gynecological cancer in the process of psychological rehabilitation // The Scientific Notes of the Pavlov University. – 2018; 25 (1): 62–7 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67>
- Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю. и др. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016; 10 (4): 94–104 [Idrisova L.E., Solopova A.G., Tabakman Y.Y. et al. The main directions of psychological rehabilitation of oncogynecological patients // Obstetrics, Gynecology and Reproduction. – 2016; 10 (4): 94–104 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2016.10.4.094-104>
- Удалов Ю.Д., Гордиенко А.В., Самойлов А.С. и др. Психоэмоциональный стресс у соматически ослабленных пациентов онкохирургического профиля как один из факторов послеоперационных осложнений // Исследования и практика в медицине. – 2018; 5 (3): 117–25 [Udalov Yu.D., Gordienko A.V., Samoilov A.S. et al. Psychoemotional stress in somatically burdened oncological surgery patients as one of the factors of postoperative complications // Research and Practical Medicine Journal. – 2018; 5 (3): 117–25 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2018-5-3-12>
- Баллюзек М.Ф., Ионова А.К., Машкова М.В. и др. Организация программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода // Исследования и практика в медицине. 2018; 5 (4): 91–7 [Ballyuzek M.F., Ionova A.K., Mashkova M.V. et al. Organization of rehabilitation programs for cancer patients based on an interdisciplinary approach // Research and Practical Medicine Journal. – 2018; 5 (4): 91–7 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2018-5-4-9>
- Ткаченко Г.А. Комплексная реабилитация онкологических больных // Заместитель главного врача. – 2014; 9: 102–10 [Tkachenko G.A. Kompleksnaya rehabilitatsiya onkologicheskikh bol'nykh // Zamestitel' glavnogo vracha. – 2014; 9: 102–10 (in Russ.)].

24. Истомина И.С. Крайне высокочастотная терапия в клинической практике (часть 1) // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2012; 2: 47–52 [Istomina I.S. The application of extremely high-frequency therapy to clinical practice (part 1) // Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. – 2012; 2: 47–52 (in Russ.)].
25. Хасанов Р.Ш., Озол С.А., Гилязутдинов И.А. и др. Современные принципы реабилитации онкологических больных (обзор литературы) // Поволжский онкологический вестник. – 2013; 4: 49–55 [Khasanov R.Sh., Ozol S.A., Gilyazutdinov I.A. et al. Modern principles of rehabilitation of oncological patients (literature review) // Povolzhskij onkologicheskij vestnik. – 2013; 4: 49–55 (in Russ.)].
26. Рыбаков Ю.Л. Общесистемная магнитотерапия в онкологии // Медицина и высокие технологии. – 2012; 1: 78–83 [Rybakov Yu.L. Obshchesistemnaya magnitoterapiya v onkologii // Medicina i vysokie tekhnologii. – 2012; 1: 78–83 (in Russ.)].
27. Степанова А.М., Мерзлякова А.М., Ткаченко Г.А. и др. Физиотерапия, механотерапия и психотерапия в онкологии // Вестник восстановительной медицины. – 2016; 75 (5): 42–6 [Stepanova A.M., Merzljakova A.M., Tkachenko G.A. et al. Physiotherapy, physical therapy and psychotherapy in oncology // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. – 2016; 75 (5): 42–6 (in Russ.)].
28. Дубилей Г.С., Стаценко Г.Б., Шуголь С.А. и др. Медицинская реабилитация больных с онкологическими заболеваниями в условиях специализированного реабилитационного отделения санаторного типа // Вестник восстановительной медицины. – 2016; 5: 25–7 [Dubiley G.S., Statsenko G.B., Shugol S.A. et al. Medical rehabilitation of patients with oncological diseases in specialized rehabilitation department of sanatorium facility // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. – 2016; 75 (5): 25–7 (in Russ.)].
29. Кит О.И., Франциянц Е.М., Меньшенина А.П. и др. Роль плазмафереза и ксенонотерапии в коррекции острых последствий хирургической менопаузы у больных раком шейки матки // Политематический сетевой электронный научный журнал КубГАУ. – 2016; 3: 472–86 [Kit O.I., Frantsiyants E.M., Menshenina A.P. et al. Role of plasmapheresis and xenon therapy in correcting the acute effects of surgical menopause in patients with cervical cancer // Politematicheskii setevoy elektronnyy nauchnyy zhurnal KubGAU. – 2016; 3: 472–86 (in Russ.)].
30. Николаев Л.Л., Петрова М.В., Болихова Н.А. и др. Ксенон как компонент терапии сопровождения при химиотерапии больных раком молочной железы // Эффективная фармакотерапия. Онкология, гематология и радиология. – 2014; 57 (4): 6–9 [Nikolayev L.L., Petrova M.V., Bolikhova N.A. et al. Xenon as a Component of Accompanying Therapy during Chemotherapy of Patients with Breast Cancer // Effektivnaya farmakoterapiya. Onkologiya, gematologiya i radiologiya. – 2014; 57 (4): 6–9 (in Russ.)].
31. Приказ Министерства здравоохранения РФ №1705н от 29.12.12 «О порядке организации медицинской реабилитации». Зарегистрирован в Минюсте РФ 22.02.2013; Регистрационный №27276 [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF №1705n от 29.12.12 g. «O poryadke organizatsii meditsinskoj reabilitatsii». Zaregistrirovan v Minyuste RF 22.02.2013; Registratsionny №27276 (in Russ.)].
32. Естенкова М.Г., Елизаров А.Н., Чалая Е.Н. К вопросу санаторно-курортного лечения больных после радикального лечения онкологических заболеваний // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013; 4: 66–8 [Yestenkova M.G., Yelizarov A.N., Chalaya E.N. To the question of sanatorium treatment of patients after the radical cure of oncologic diseases // Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik. – 2013; 4: 66–8 (in Russ.)].
33. Гарипова Л.М. Питание онкологического больного. Республиканский клинический онкологический диспансер [Garipova L.M. Pitaniye onkologicheskogo bol'nogo. Respublikanskii klinicheskii onkologicheskii dispanser (in Russ.)]. URL: <http://oncort.ru/?p=7002> [Дата доступа: 17.04.2019].
34. Пирогова И.А., Шалдина М.В. Рацион в постоперационном периоде при лапароскопических операциях на органах малого таза // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2017; 17 (2): 31–3 [Pirogova I.A., Shaldina M.V. Diet in the postoperative period for laparoscopic operations on the organs of the small pelvis // Vestnik Soveta molodyh uchyonyh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti. – 2017; 17 (2): 31–3 (in Russ.)].
35. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д. и др. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2017; 11 (4): 57–67 [Solopova A.G., Idrisova L.E., Makatsariya A.D. et al. Multidisciplinary approach to medical rehabilitation of oncogynecologic patients // Obstetrics, Gynecology and Reproduction. – 2017; 11 (4): 57–67 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067>
36. Хотим Е.Н., Жигальцов А.М., Анпаду Кумара. Некоторые аспекты современной фитотерапии // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016; 55 (3): 136–40 [Khotsim E.N., Zhigaltsov A.M., Appadoo Kumara Some aspects of modern phytotherapy // Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2016; 55 (3): 136–40 (in Russ.)].
37. Bambauer R., Latzo R., Schiel R. Therapeutic plasma exchange and selective plasma separation methods // Fundamental technologies, pathology and clinical results / Lengerich, Berlin: Pabst Science Publishers, 2013; 395–402.
38. Ушакова Н.Д., Неродо Г.А., Горошинская И.А. и др. Оценка эффективности плазмафереза в лечении больных раком яичников // Российский медицинский журнал. – 2014; 20 (3): 24–6 [Ushakova N.D., Nerodo G.A., Goroshinskaya I.A. et al. The evaluation of effectiveness of plasmapheresis in treatment of patients with cancer of ovary // Rossiiskii meditsinskii zhurnal. – 2014; 20 (3): 24–6 (in Russ.)].
39. Абакушина Е.В., Отой Т., Каприн А.Д. Возможности восстановления репродуктивной функции онкологических больных за счет трансплантации криоконсервированной ткани яичника // Гены & Клетки. – 2015; 10 (1): 18–27 [Abakushina E.V., Otoi T., Kaprin A.D. Recovery options of reproductive function of cancer patients due to transplantation of cryopreserved ovarian tissue // Geny & Kletki. – 2015; 10 (1): 18–27 (in Russ.)].
40. Макарова Н.П., Романов А.Ю., Дусь Т.А. и др. Возможности и проблемы клинической эмбриологии в программах вспомогательных репродуктивных технологий у онкологических пациентов // Практическая онкология. – 2017; 18 (3): 275–84 [Makarova N.P., Romanov A.Yu., Dus T.A. et al. Possibilities and problems of clinical embryology in ivf-patients with oncological diseases // Prakticheskaya onkologiya. – 2017; 18 (3): 275–84 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.31917/1803275>
41. Киселева М.В., Малинова И.В., Комарова Е.В. и др. Витрификация и трансплантация овариальной ткани как способ сохранения и восстановления фертильности у онкологических пациенток репродуктивного возраста // Исследования и практика в медицине. – 2015; 1 (1): 25 [Kiseleva M.V., Malinova I.V., Komarova E.V. et al. Vitrification and transplantation of ovarian tissue as a way to preserve and restore fertility in cancer patients // Research and Practical Medicine Journal. – 2015; 1 (1): 25 (in Russ.)].
42. Suzuki N., Yoshioka N., Takae S. et al. Successful fertility preservation following ovarian tissue vitrification in patients with primary ovarian insufficiency // Human reproduction. – 2015; 30 (3): 608–15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu353>

UPDATED APPROACHES TO REHABILITATING PATIENTS WITH GRANULOSA CELL TUMORS OF THE OVARIES

A. Vlasina¹; Professor A. Solopova¹, MD; A. Surenkov²; S. Bazhanov³; D. Bryksin¹

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

²National Medical Research Center for Hematology, Moscow

³City Clinical Oncology Hospital One, Moscow Healthcare Department

Patients with granulosa cell tumors need for lifelong follow-up, the main goal of which is an early preclinical diagnosis of recurrences. In addition, at all stages of recovery, a woman need the help of specialists of different profiles (a multidisciplinary team) to draw up and implement a rehabilitation plan, by taking into account the age and status of the patient, as well as the performed treatment volume.

An analytical scientific and medical literature review suggests that many issues relating to the recovery and monitoring of patients after antitumor therapy have been studied insufficiently and the available data are contradictory and ambiguous. Therefore, it is necessary to develop and put into practice new, effective rehabilitation methods, to implement an individual and integrated approach to each woman, to consider current algorithms, and to apply the most appropriate management strategy for gynecological cancer patients.

Key words: oncology; gynecology; granulosa cell tumors of the ovaries; borderline ovarian tumors; malignant tumors; sex cord stromal tumors; tumor markers; rehabilitation; diagnosis of recurrences.

For citation: Vlasina A., Solopova A., Surenkov A. et al. Updated approaches to rehabilitating patients with granulosa cell tumors of the ovaries // Vrach. – 2020; 31 (1): 27–33. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-05>