



# Дистресс у больных раком яичников

Г. П. Генс<sup>1</sup>, Н. А. Сирота<sup>1</sup>, И. Н. Олейникова<sup>1,2</sup>, В. Е. Шикина<sup>2</sup>, В. В. Киркин<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

<sup>2</sup> Московский областной онкологический диспансер

<sup>3</sup> Центральная клиническая больница имени Н. А. Семашко № 2, г. Москва

**Цель обзора:** продемонстрировать актуальность и клиническую значимость психологического дистресса у больных раком яичников.

**Основные положения.** Рак яичников занимает первое место среди причин смерти онкогинекологических больных. Большинство пациенток с раком яичников имеют неблагоприятный прогноз и подвергаются агрессивному лечению. Дистресс является распространенным состоянием в данной группе женщин. Дистресс — это мультифакториальное неприятное эмоциональное переживание в психосоциальной, социальной и/или духовной сферах, которое мешает справляться с болезнью, ее симптомами и лечением. Дистресс может стимулировать прогрессирование опухолевого процесса и снижать качество жизни больных раком яичников.

**Заключение.** Своевременная диагностика и коррекция дистресса, согласно международным стандартам, позволит улучшить качество жизни пациенток с раком яичников и, возможно, увеличит их общую выживаемость.

**Ключевые слова:** рак яичников, дистресс, качество жизни.

## Distress in Ovarian Cancer Patients

G. P. Guens<sup>1</sup>, N. A. Sirota<sup>1</sup>, I. N. Oleinikova<sup>1,2</sup>, V. E. Shikina<sup>2</sup>, V. V. Kirkin<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> Moscow Regional Oncology Center

<sup>3</sup> N. A. Semashko Central Clinical Hospital No. 2, Moscow

**Objective of the Review:** To demonstrate the topicality and clinical significance of psychological distress in ovarian cancer patients.

**Key Points:** Ovarian cancer is the leading cause of death among gynecological cancer patients. Most patients with ovarian cancer have a poor prognosis and receive aggressive therapy. Distress is a common condition in this group of women. Distress is a multifactorial unpleasant emotional experience of a psychosocial, social, and/or spiritual nature, which interferes with the ability to cope effectively with the cancer, its symptoms, and the treatment. It may encourage tumor progression and reduce the quality of life of ovarian cancer patients.

**Conclusion:** Timely diagnosis and treatment of distress in accordance with international standards will improve the quality of life of ovarian cancer patients and, possibly, increase the overall survival rate in this patient population.

**Keywords:** ovarian cancer, distress, quality of life.

Рак яичников занимает первое место в структуре причин смерти от онкогинекологических заболеваний в России [1]. На момент постановки диагноза III–IV стадию заболевания имеют 61,4% пациенток [2], так как рак яичников чаще всего протекает бессимптомно на ранних стадиях.

Подход к лечению рака яичников, как правило, является комплексным и включает в себя операцию и химиотерапию, в том числе препаратами платины. При проведении хирургического лечения выполняют экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника и процедуры хирургического стадирования [3].

У больных репродуктивного возраста операция влечет за собой потерю фертильности и менопаузу. Это становится причиной гормональных нарушений и негативным образом отражается на психологическом статусе пациенток. Проведение химиотерапии по поводу рака яичников может обуславливать возникновение слабости, тошноты, рвоты, нефротоксичности, центральной нейротоксичности и периферической полинейропатии, алопеции и других нежелательных побочных явлений.

Наличие онкологического заболевания и проводимое лечение травмируют психику пациенток. Расстройства психологического состояния у больных раком, обусловленные данными причинами, впервые были описаны А. М. Sutherland в 1956 г. В этой работе отмечено, что пациенты, страдающие раком, испытывают особую тяжелую форму стресса, причиной которого является угроза инвалидизации, социальной изоляции и смерти [4]. По данным метаанализа 94 исследований, включивших 14 078 пациентов, опубликованного в The Lancet Oncology в 2011 г. [5], 30–40% онкологических больных имеют различные сочетания расстройств психики, большинство из которых напрямую связаны с онкологическим заболеванием и процессом его лечения.

Для обобщения всех переживаний онкологических больных Международное общество психоонкологии предложило термин «дистресс». Дистресс — это мультифакториальное неприятное эмоциональное переживание в психосоциальной, социальной и/или духовной сферах, которое мешает справляться с болезнью, ее симптомами и лечением [6, 7]. Был предложен именно термин «дистресс», так как он менее

Генс Елена Петровна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1. E-mail: gelena974@gmail.com

Киркин Владимир Васильевич — к. м. н., доцент кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России; заведующий отделением онкогинекологии НУЗ «ЦКБ им. Н. А. Семашко № 2» ОАО «РЖД». 129128 г. Москва, ул. Будайская, д. 2. E-mail: doctor.kirkin@gmail.com

Олейникова Ирина Николаевна — аспирант кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России; врач-онколог химиотерапевтического отделения дневного стационара ГБУЗ МО МООД. 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1. E-mail: i.n.oleynikova@yandex.ru

Сирота Наталья Александровна — д. м. н., профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1. E-mail: gelena974@gmail.com

Шикина Валентина Евгеньевна — к. м. н., заведующая химиотерапевтическим отделением дневного стационара ГБУЗ МО МООД. 143900, Московская область, г. Балашиха, ул. Карбышева, д. 6. E-mail: shik-val@mail.ru



стигматизирован, чем такие понятия, как «психиатрический», «психосоциальный», «эмоциональный», он звучит более «нормально» и является менее «раздражающим» для пациентов. Дистресс в той или иной степени присутствует у всех больных раком. Термин «дистресс» включает в себя большой спектр понятий: от «нормальных» реакций, таких как страхи и беспокойство, до психиатрических расстройств — депрессии, посттравматического стрессового расстройства, острых и преходящих психотических расстройств [8].

Важно отметить, что Международное общество психоонкологии вкладывает в понятие «дистресс» другой смысл, чем Ганс Селье (по определению Селье, дистресс — это стресс, связанный с выраженными негативными эмоциями, оказывающий вредное влияние на здоровье [9]).

**Цель обзора:** продемонстрировать актуальность и клиническую значимость психологического дистресса у больных раком яичников.

В большинстве исследований дистресс изучался на смешанных выборках онкологических пациентов с различными нозологиями и стадиями процесса. Так, в одном из наиболее крупных отечественных исследований, посвященном скринингу дистресса у онкологических больных (n = 4113), его распространенность составила 41%, причем данное состояние чаще диагностировали у женщин (72%) по сравнению с мужчинами (28%). Чаще всего дистресс выявляли у больных раком молочной железы (21–22%) и опухолями женской репродуктивной системы (16–18%). Важно отметить, что авторы не выделяют больных раком яичников в отдельную группу, говоря в общем о пациентках с онкогинекологическими заболеваниями [10].

В ряде работ зарубежных авторов продемонстрирована широкая распространенность дистресса среди больных раком яичников [11–14]. В 2016 г. S. Watts и соавт. опубликовали крупный метаанализ 24 исследований, включивший 3623 пациенток с раком яичников, в котором распространенность дистресса составила 20–30% [15]. По данным исследования, проведенного в 2016 г. на базе кафедры онкологии и лучевой терапии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, в которое были включены пациентки с раком яичников (n = 70), дистресс был диагностирован у 57,1% [11].

К факторам риска развития дистресса относятся молодой возраст и рецидив заболевания [12]. В исследовании Н. А. Сирота и Д. В. Московченко феномен «беспокойства о прогрессировании заболевания» рассматривается в качестве одного из наиболее часто встречающихся источников психологического дистресса у больных раком яичников [16].

### ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Лечение пациентов с онкологическими заболеваниями преследует две цели: увеличение общей выживаемости и поддержание приемлемого качества жизни [17].

Дистресс у больных раком яичников является независимым фактором, снижающим качество жизни [11, 13], ухудшающим переносимость терапии и усиливающим выраженность симптомов заболевания [14].

Менее вероятно, что пациентки с дистрессом будут проходить регулярные обследования, выполнять рекомендации по основной и поддерживающей терапии. Необходимо отметить, что больные с клинически значимым дистрессом чаще курят и злоупотребляют алкоголем [8].

Интересны результаты под-анализа исследования Gynecologic Oncology Group 0218, включившего 1152 больных раком яичников III–IV стадии, которым проводили послеоперационную химиотерапию в комбинации с бевацизумабом или плацебо. Качество жизни пациенток оценивали перед началом химиотерапии и в процессе лечения. У больных с высоким качеством жизни медиана общей выживаемости составила 45,6 месяца, с низким качеством жизни — всего 37,5 месяца (p < 0,001). Рост качества жизни статистически значимо снижал риск прогрессирования заболевания и смерти в исследуемой группе [18].

В экспериментальных и клинических исследованиях установлен механизм прямой связи между дистрессом и прогрессированием опухолевого процесса [19, 20]. Под воздействием постоянного дистресса происходит активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и выработка большого количества катехоламинов: норадреналина и адреналина. В связи с этим повышается содержание катехоламинов в сыворотке крови и опухолевой ткани. Катехоламины связываются с адренорецепторами опухолевых клеток и клеток опухолевого микроокружения. Хроническая адренергическая стимуляция активирует процессы неоангиогенеза, роста опухоли, инвазии и миграции опухолевых клеток (рис. 1).

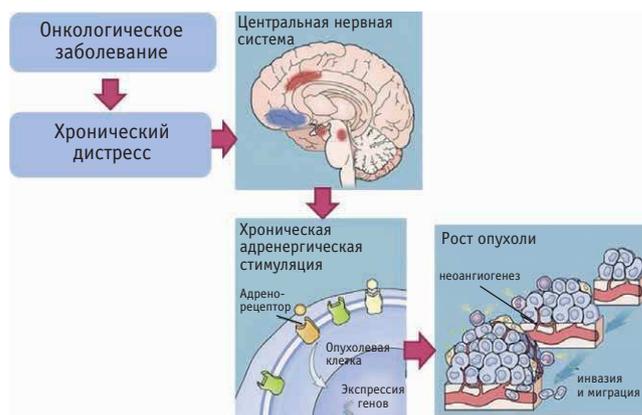
В ряде экспериментальных исследований показано, что норадреналин стимулирует неоангиогенез, действуя на  $\beta_2$ -адренорецепторы опухолевых клеток рака яичников человека линий Heu-A8 и SKOV3ip1 [21]. Схожие результаты были получены в экспериментах на животных — иммунокомпрометированных мышах, которым были подсажены клетки рака яичников человека [22].

В исследовании 2015 г. J. L. Watkins и соавт., в которое вошли 1425 больных раком яичников, получавших платиносодержащую химиотерапию, 193 принимали  $\beta$ -блокаторы по поводу сопутствующей кардиальной патологии. Медиана общей выживаемости у получавших  $\beta$ -адреноблокаторы составила 47,8 месяца, а у остальных — 42,0 месяца (p = 0,04). При этом у участниц, принимавших неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы, медиана общей выживаемости — 94,9 месяца (p < 0,001 при сравнении с пациентками, не получавшими  $\beta$ -адреноблокаторы) [23].

### ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДИСТРЕССА

При работе с онкологическими больными представляет сложной и очень важной задачей отличить нормальную реакцию психики на происходящее от патологической.

Рис. 1. Прогрессирование опухолевого процесса под влиянием дистресса [19, 20]



В США [24], странах Евросоюза [25] и Великобритании [26] существуют рекомендации по скринингу и коррекции дистресса у онкологических больных. Международным обществом психоонкологии в 2011 г. предложен стандарт оказания помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, согласно которому необходимо определять уровень дистресса по шкале от 0 до 10 наряду с пульсом, давлением, температурой тела, частотой дыхательных движений и выраженностью болевого синдрома [7]. Согласно данному стандарту, обязательно также наличие медицинского психолога в мультидисциплинарной команде, занимающейся лечением онкологических больных. Согласно рекомендациям Национальной противораковой сети США, скрининг на наличие дистресса должен проводиться при каждом визите пациента к онкологу [24].

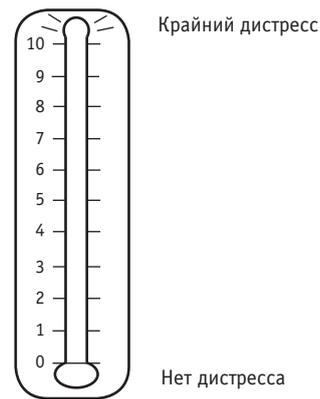
Дистресс является параметром, оценку которого можно получить только от самого пациента. Для этого используются специальные инструменты — опросники, которые заполняет больной. Для диагностики дистресса создан ряд опросников. Наиболее удачный и информативный, на наш взгляд, — Screening Tools for Measuring Distress (Скрининговый опросник дистресса), разработанный Национальной противораковой сетью США и валидизированный на различных выборках онкологических пациентов [27]. Данный опросник служит для определения уровня и причин дистресса и является удобным инструментом для использования в повседневной клинической практике.

Его характеризуют краткость, простота заполнения и легкость интерпретации данных. Методика позволяет клиницисту обратить внимание на жалобы пациента, которые могут быть пропущены в ходе опроса и иметь важное клиническое значение для диагностики симптомов заболевания и осложнений лечения. Эти жалобы могут способствовать развитию дистресса и снижению качества жизни онкологических больных.

Скрининговый опросник дистресса состоит из двух частей: термометра дистресса, позволяющего определить его уровень по шкале от 1 до 10 (рис. 2), и списка из 39 вопросов для выявления причины дистресса (социальные, психологические, физиологические и духовные проблемы). При отметке на термометре от 0 до 3 имеет место дистресс легкой степени, при отметке от 4 до 10 — клинически значимый дистресс. Пациенты с клинически значимым дистрессом нуждаются в нивелировании причин его возникновения: проведении поддерживающей терапии, психологического консультирования, психофармакотерапии и помощи социальных работников [24, 25].

Врач может уменьшить степень выраженности дистресса больных, ответив на вопросы о диагнозе и лечении заболе-

Рис. 2. Термометр дистресса [24]



вания. Это связано с тем, что зачастую пациенты вынуждены получать интересующую их информацию из различных, не всегда проверенных источников, которые могут противоречить друг другу и вводить в заблуждение, тем самым усугубляя дистресс. Повторная оценка дистресса после всех мероприятий, направленных на его нивелирование, позволяет скорректировать проводимую терапию [8].

У онкологических больных для выявления эмоционального дистресса широко применяется Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983) [28]. Согласно данным крупного систематического обзора A. Vodermaier и соавт., специфичность данного опросника в отношении выявления дистресса составляет до 96%, чувствительность — до 94% [29]. Для диагностики психологического дистресса также можно использовать опросник депрессивности Бека (Beck A. T., 1961) [30] (чувствительность — 52–93%, специфичность — 90–92% [29]). Однако их интерпретация в большинстве случаев затруднительна для клинициста в связи с дефицитом времени. Кроме того, данные опросники позволяют получить информацию только о психологическом состоянии пациента, не затрагивая физиологические аспекты [29].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дистресс широко распространен среди больных раком яичников. Он ухудшает качество жизни и прогноз заболевания в данной группе пациенток. Своевременная диагностика дистресса и определение его причин позволят разработать дифференцированный подход к оказанию медицинской, психологической и социальной помощи всем больным раком яичников. Это позволит улучшить качество жизни пациенток и, возможно, увеличит их общую выживаемость.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В., ред. Состояние онкологической помощи населению в 2016 году. М.: ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена»; 2017. 236 с. [Kaprin A. D., Starinskii V. V., Petrova G. V., red. *Sostoyanie onkologicheskoi pomoshchi nasele niyu v 2016 godu*. М.: FGU "MNIIOI im. P. A. Gertsena"; 2017. 236 s. (in Russian)].
2. Аксель Е. М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований женской репродуктивной системы в России. *Онкогинекология*. 2015; 1: 6–15. [Aksel' E. M. *Zabolevaemost' i smertnost' ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskoy reproduktivnoy sistemy v Rossii*. *Onkoginekologiya*. 2015; 1: 6–15. (in Russian)].
3. Моисеенко В. М., ред. Злокачественные опухоли: практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO). М.: Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онко-

логии»; 2017. 656 с. [Moiseenko V. M., red. *Zlokachestvennyye opuholi: Prakticheskie rekomendacii po lekarstvennomu lecheniyu zlokachestvennykh opuholej* (RUSSCO). М.: Obshherossiyskaja obshhestvennaya organizatsiya "Rossijskoe obshhestvo klinicheskoy onkologii"; 2017. 656 s. (in Russian)].

4. Sutherland A. M. Psychological impact of cancer and its therapy. *Med. Clin. North Am.* 1956; 40(3): 705–20.
5. Mitchell A. J., Chan M., Bhatti H., Halton M., Grassi L., Johansen C. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12(2): 160–74.
6. Holland J. C., Yesne A. Management of distress in cancer patients. *J. Suppor. Oncol.* 2010; 8(1): 4–12.
7. Holland J. C., Watson M., Dunn J. The IPPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology*. 2011; 20(7): 677–80.

8. McFarland D. C., Holland J. C. *The management of psychological issues in oncology.* Clin. Adv. Hematol. Oncol. 2016; 14(12): 999–1009.
9. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: 1979. 123 с. [Sel'e G. Stress bez distressa. M.: 1979. 123 s. (in Russian)]
10. Чулкова В. А., Семглазова Т. Ю., Вагайцева М. В., Карицкий А. П., Демин Е. В., Федорова В. В. и др. Исследование эмоционального напряжения у онкологических больных и психологическая реабилитация. *Вопр. онкологии.* 2017; 63(2): 316–19. [Chulkova V. A., Semiglazova T. Yu., Vagaitseva M. V., Karitskii A. P., Demin E. V., Fedorova V. V. i dr. Issledovanie emotsional'nogo napryazheniya u onkologicheskikh bol'nykh i psikhologicheskaya reabilitatsiya. *Vopr. onkologii.* 2017; 63(2): 316–19. (in Russian)]
11. Олейникова И. Н., Генс Г. П., Сирота Н. А., Шикина В. Е., Садикова О. Е., Киркин В. В. и др. Качество жизни и дистресс у больных раком яичников. *Паллиативная медицина и реабилитация.* 2017; 2: 25–7. [Oleinikova I. N., Gens G. P., Sirota N. A., Shikina V. E., Sadikova O. E., Kirkin V. V. i dr. Kachestvo zhizni i distress u bol'nykh rakom yaichnikov. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya.* 2017; 2: 25–7. (in Russian)].
12. Norton T. R., Manne S. L., Rubin S., Carlson J., Hernandez E., Edelson M. I. et al. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22(5): 919–26.
13. Ploos van Amstel F. K., van Ham M. A., Peters E. J., Prins J. B., Ottevanger P. B. Self-reported distress in patients with ovarian cancer: is it related to disease status? *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2015; 25(2): 229–35.
14. Hwang K. H., Cho O. H., Yoo Y. S. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2016; 21: 215–22.
15. Watts S., Prescott P., Mason J., McLeod N., Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open.* 2015; 5. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/11/e007618.full> (дата обращения — 18.11.2017).
16. Сирота Н. А., Московченко Д. В. Метакогнитивные убеждения и беспокойство о прогрессировании у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *Рос. психол. журн.* 2016; 13(1): 147–57. [Sirota N. A., Moskovchenko D. V. Metakognitivnye ubezhdeniya i bespokoistvo o progressirovanii u zhenshchin s onkologicheskimi zabolovaniyami reproduktivnoi sistemy. *Ros. psikhol. zhurn.* 2016; 13(1): 147–57. (in Russian)]
17. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *American Society of Clinical Oncology.* *J. Clin. Oncol.* 1996; 14(2): 671–9.
18. Phippen N. T., Secord A. A., Wolf S., Samsa G., Davidson B., Abernethy A. P. et al. Quality of life is significantly associated with survival in women with advanced epithelial ovarian cancer: An ancillary data analysis of the NRG Oncology/ Gynecologic Oncology Group (GOG-0218) study. *Gynecol. Oncol.* 2017; 147(1): 98–103.
19. Green McDonald P., O'Connell M., Lutgendorf S. K. Psychoneuro-immunology and cancer: a decade of discovery, paradigm shifts, and methodological innovations. *Brain Behav. Immun.* 2013; 30(suppl.): S1–9.
20. Lutgendorf S. K., Andersen B. L. Biobehavioral approaches to cancer progression and survival: mechanisms and interventions. *Am. Psychol.* 2015; 70(2): 186–97.
21. Lutgendorf S. K., Cole S., Costanzo E., Bradley S., Coffin J., Jabbari S. et al. Stress-related mediators stimulate vascular endothelial growth factor secretion by two ovarian cancer cell lines. *Clin. Cancer Res.* 2003; 9(12): 4514–21.
22. Thaker P. H., Han L. Y., Kamat A. A., Arevalo J. M., Takahashi R., Lu C. et al. Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. *Nat. Med.* 2006; 12(8): 939–44.
23. Watkins J. L., Thaker P. H., Nick A. M., Ramondetta L. M., Kumar S., Urbauer D. L. et al. Clinical impact of selective and nonselective beta-blockers on survival in patients with ovarian cancer. *Cancer.* 2015; 121(19): 3444–51.
24. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology. Distress management. Version 2.2017.* [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/distress.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf) (дата обращения — 17.11.2017).
25. Albrecht T., Kiasuwa R., Van den Bulcke M., eds. *CanCon — EUROPEAN guide on quality improvement in comprehensive cancer control.* 2017. [https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon\\_Guide\\_FINAL\\_Web.pdf](https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf) (дата обращения — 19.11.2017).
26. NICE. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer: the manual.* London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. 204 p.
27. Tuinman M. A., Gazendam-Donofrio S. M., Hoekstra-Weebers J. E. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer.* 2008; 113(4): 870–8.
28. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361–70.
29. Vodermaier A., Linden W., Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *JNCI.* 2009; 101(21): 1464–88.
30. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1961; 4(6): 53–63. **D**

Библиографическая ссылка:

Генс Г. П., Сирота Н. А., Олейникова И. Н., Шикина В. Е., Киркин В. В. Дистресс у больных раком яичников // Доктор.Ру. 2018. № 2 (146). С. 59–62.

Citation format for this article:

Guens G. P., Sirota N. A., Oleinikova I. N., Shikina V. E., Kirkin V. V. Distress in Ovarian Cancer Patients. *Doctor.Ru.* 2018; 2(146): 59–62.