

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 618.14-006.36-039.38:618.14-006.04-089.87-07

Дмитриев В.Н., Зыбенко И.И., Шаманов А.В., Бесхмельницына Е.А., Борозненко А.В.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ФИБРОМИОМОЙ ТЕЛА МАТКИ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2011–2014 гг.

ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», 308010, г. Белгород

При анализе базы данных прооперированных больных, госпитализированных с подозрением на малигнизацию миомы матки в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» за 2011–2013 гг., частота сарком матки составила 11,7%. Средний возраст больных статистически достоверно ($p < 0,05$) различается и составляет для группы больных с доброкачественными новообразованиями $48,73 \pm 9,51$ года, для больных саркомой матки $58,82 \pm 12,03$ года. Полученные данные свидетельствуют о более зрелом возрасте больных злокачественными новообразованиями матки и позволяют считать его фактором риска развития сарком матки.

Ключевые слова: онкология; миома матки; саркома матки; хирургическое лечение.

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (3): 7–10.

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS AFTER SURGICAL TREATMENT IN THE GYNECOLOGY DEPARTMENT OF BELGOROD ONCOLOGY HOSPITAL IN 2011–2014

Dmitriev V.N., Zybenko I.I., Shamanov A.V., Beshmel'nicyna E.A., Boroznenko A.V.

Belgorod oncology hospital, 308010, Belgorod, Russian Federation

The analysis of the database of patients admitted to Belgorod Oncology Hospital with suspected cases of malignant changes in uterine fibroids and given surgical treatment in 2011–2013 shows 11.7% incidence of uterine sarcomas. Statistically significant average age of patients ($p < 0,05$) varies: 48,73 \pm 9,51 years for patients with benign tumors, and 58,82 \pm 12,03 years for patients with uterine sarcomas. The data obtained suggest the older age of patients with malignant tumors of the uterus and allow considering it as a risk factor for uterine sarcoma.

Key words: oncology; uterine myoma; uterine sarcoma; surgical treatment.

Citation: Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18 (3): 7–10. (In Russ.)

Correspondence to: Vadim Dmitriev – MD, PhD; e-mail: vadd@mail.ru.

Received 11.09.14

Фибромиома матки – доброкачественная гормонозависимая опухоль, состоящая из мышечных и соединительнотканых элементов. При преобладании в опухоли мышечных элементов говорят о миоме, соединительнотканых – о фибромиоме [1, 2].

Фибромиома матки является одной из самых распространенных опухолей женской репродуктивной системы. Ее частота среди гинекологических заболеваний составляет 20–44% [3, 4]. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты фибромиомы матки и «омоложению» заболевания, что может быть обусловлено, с одной стороны, совершенствованием диагностики, с другой – широким распространением «агрессивных» гинекологических вмешательств (аборт, гистероскопия, лапароскопия, гистеросальпингография, биопсия и коагуляция шейки матки, диагностические выскабливания, удаление внутриматочных спиралей и др.) и инфекций, передаваемых половым путем [5].

Некоторые авторы отмечают, что после 30 лет риск возникновения миомы значительно увеличивается.

Частота малигнизации миомы матки колеблется от 0,18 до 3,1% наблюдений [6, 7].

Основными факторами риска злокачественной трансформации фибромиомы являются:

- длительная неадекватная контрацепция;
- размер опухоли более 12 нед беременности;
- рост узлов фибромиомы в менопаузальном возрасте;
- образование кист и кистом яичников;
- быстрый рост опухоли (увеличение ее размеров на величину беременной матки свыше 4 нед в год) [6].

На возраст 44–45 лет приходится самая высокая частота оперативных вмешательств, показанием к которым является быстрый рост фибромиомы матки, ее большие размеры, сочетание опухоли с патологией эндометрия и яичников [8].

В последнее время появился ряд публикаций, свидетельствующих о снижении онкологической настороженности по отношению к пациентам с миомой матки [9]. Во многом это, возможно, обусловлено редкой частотой возникновения сарком матки, а также широким внедрением современных методов предоперационного обследования.

Целью настоящего исследования является определение факторов риска малигнизации доброкачественных новообразований матки в женской популяции Белгородской области. В ходе проведения анализа

Для корреспонденции:

Дмитриев Вадим Николаевич – канд. мед. наук, врач-онколог гинекологического отделения; 308010, г. Белгород, ул. Куйбышева, д. 1, e-mail: vadd@mail.ru.

Таблица 1

Сопутствующая гинекологическая патология у больных с подозрением на малигнизацию фибромиомы матки в динамике 2011–2014 гг.

Сопутствующая гинекологическая патология	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г. (за 3 мес)
Киста яичника	5	5	5	2
Дисплазия шейки матки	0	1	2	0
Нарушение овариально-менструального цикла	1	1	0	1
Общее количество больных	32	37	40	14

планируется определить частоту выявления различных гистологических типов сарком матки и видов хирургических операций на внутренних половых органах у женщин в гинекологическом отделении ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» и процент злокачественных мезенхимальных новообразований матки.

Материал и методы

Исследуемую группу составили 123 женщины от 34 лет до 81 года (средний возраст $50,2 \pm 9,77$ года), госпитализированных в гинекологическое отделение ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в 2011–2013 гг. (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2013620189 Регистр стационарных больных с опухолями женской репродуктивной системы ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» за 2010–2012 гг. от 09.01.13). В 7 случаях выполнена видеоассистированная влагалищная экстирпация матки с придатками (4 операции в 2013 г. и 3 хирургических вмешательства за 3 мес 2014 г.), в 105 случаях произведена лапаротомная экстирпация матки с придатками, у 4 пациенток дополнительно к экстирпации матки с придатками выполнялась тазовая лимфодиссекция, у 3 больных выполнена лапаротомная экстирпация матки с придатками, с оментэктомией, в одном случае выполнена ампутация матки с придатками, у 3 пациенток – консервативная миомэктомия.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакетов программ Microsoft Office Excel 2010 и Statistica 6.0. Для признаков с нормальным распределением рассчитывали среднее арифметическое значение M и стандартное отклонение s .

Результаты и обсуждение

В 2011 г. общее количество госпитализированных женщин с фибромиомой матки, подозрительной на малигнизацию, составило 32 пациентки, из них с интраоперационно гистологически верифицированным диагнозом саркомы матки 3 (9,4%) пациентки. В течение 2012 г. общее количество госпитализированных женщин с фибромиомой матки, подозрительной на малигнизацию, составило 37 пациенток, из них с интраоперационно гистологически верифицированным диагнозом саркома матки 5 (13,5%) пациенток. В течение 2013 г. общее количество госпитализированных женщин с фибромиомой матки, подозритель-

Таблица 2

Сопутствующая общесоматическая патология у больных с подозрением на малигнизацию фибромиомы матки в динамике за 2011–2014 гг.

Сопутствующая патология	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г. (за 3 мес)
Гипертоническая болезнь	5 (15,6)	7 (18,9)	18 (45)	5 (35,7)
Сахарный диабет	0	2 (5,4)	3 (7,5)	1 (7,1)
Избыточная масса тела (ИМТ 25–30)	5 (15,6)	8 (21,6)	11 (27,5)	3 (21,4)
Ожирение I степени (ИМТ 30–35)	0	3 (8,1)	5 (12,5)	0
Ожирение II степени (ИМТ 35–40)	1 (3,1)	2 (5,4)	2 (5)	0
Ожирение III степени (ИМТ40 и более)	0	1 (2,7)	1 (2,5)	0
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	0	2 (5,4)	1 (2,5)	0
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	1 (3,1)	2 (5,4)	13 (32,5)	2 (14,3)

Примечание. В скобках – проценты.

ной на малигнизацию, составило 40 пациенток, из них с интраоперационно гистологически верифицированным диагнозом саркомы матки 5 (12,5%) пациенток. За 3 мес 2014 г. у 3 (21,4% из 14 госпитализированных больных с фибромиомой матки диагностирована саркома.

За период с 2011 по 2013 г. отмечается снижение количества случаев хирургического лечения доброкачественной патологии тела матки на фоне увеличения процентного соотношения случаев саркомы матки. Средний возраст больных, госпитализированных в 2011–2013 гг. для хирургического лечения опухолей матки, составил $50,2 \pm 9,77$ года без статистически достоверных различий по годам сравнения.

Анализ сопутствующей гинекологической патологии приведен в табл. 1. В исследуемой группе пациентов за период с 2011 по 2013 г. отмечается увеличение доли пациенток с дисплазией шейки матки на фоне стабильного количества больных с кистами яичников.

При анализе общесоматической патологии всех госпитализированных больных с подозрением на саркому матки отмечается выраженный рост доли больных с гипертонической болезнью (так, в 2011 г. этот показатель составлял 15,6%, а в 2013 г. – 45%), с ожирением (в 2011 г. этот показатель составлял 18,7%, а в 2013 г. – 47,5%), с варикозной болезнью вен нижних конечностей (в 2011 г. этот показатель составлял 3,1%, а в 2013 г. – 32,5%). Указанные фоновые заболевания, безусловно, оказывают влияние на ход операции, ее длительность, трудоемкость, а также на течение послеоперационного периода. Основные группы сопутствующей патологии представлены в табл. 2.

Анализ данных акушерско-гинекологического анамнеза проводился с разделением больных на 2

группы: 1-я группа ($n = 108$) – пациентки с доброкачественной патологией тела матки и 2-я группа ($n = 15$) – больные с саркомой матки.

В гинекологическом анамнезе в обеих группах частота медицинских абортос статистически достоверно не различалась и составила $2,25 \pm 2,04$ и $2,29 \pm 3,23$ соответственно, количество родов в 1-й группе – $1,71 \pm 0,89$, во 2-й группе – $1,43 \pm 0,95$. Общее количество беременностей составило $3,32 \pm 2,51$ и $4,25 \pm 2,52$. Средний возраст больных статистически достоверно различался ($p < 0,05$) и составил для 1-й группы $48,73 \pm 9,51$ года, для 2-й группы $58,82 \pm 12,03$ года.

По гистологической структуре большинство опухолей во 2-й группе были представлены лейомиосаркомой – 10 (66,6%) случаев, значительно реже встречалась эндометриальная стромальная саркома – 2 (13,3%) случая и карциносаркома – 3 (20%) наблюдения.

Объем оперативного вмешательства в зависимости от гистологического типа опухоли матки распределялся следующим образом: при лейомиосаркоме матки выполнялась экстирпация матки с придатками у 8 пациенток, у 1 больной выполнена расширенная экстирпация матки с придатками с тазовой лимфодиссекцией и циторедуктивная ампутация матки с придатками в связи с диссеминацией опухолевого процесса в 1 случае. В группе эндометриальной стромальной саркомы у 2 пациенток выполнена экстирпация матки с придатками. У 3 больных с диагностированной карциносаркомой матки выполнена расширенная экстирпация матки с придатками, тазовой лимфодиссекцией и оментэктомией.

Всем больным с диагностированным злокачественным новообразованием матки проводилось полное хирургическое стадирование, включающее перитонеальную цитологию, перитонеальную биопсию с последующим выполнением опухолевой циторедукции.

Среди исследуемых больных у 2 (13,3%) из 15 человек 2-й группы наследственность отягощена по онкологическим заболеваниям, из них у 1 (6,7%) отмечались злокачественные опухоли женской репродуктивной системы. В 1-й группе отягощенная наследственность была зарегистрирована только в 5 (4,6%) случаях из 108 больных.

Заключение

Приведенные данные литературы указывают на относительно малую распространенность сарком матки (до 3,1%), в то же время, основываясь на наших данных, частота сарком матки среди прооперированных больных с миомой матки и наличием признаков малигнизации в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» за 2011–2013 гг. составила 11,7%.

Высокий процент сарком матки среди этих пациенток обусловлен тщательным отбором больных с высоким риском малигнизации опухоли.

В плане хирургического лечения группы пациенток с миомой матки, подозрительной на малигнизацию, положительным является внедрение с 2013 г. видеолапароскопических экстирпаций матки с придатками со срочным гистологическим исследованием, а также выполнение органосохраняющих операций с сохранением фертильности больных. В то же время нельзя не

отметить и выполняемые по показаниям расширенные оперативные вмешательства, включающие в себя лимфодиссекцию и/или экстирпацию большого сальника. Среди больных саркомой матки, оперированных в гинекологическом отделении ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» за 2011–2013 гг., не было выполнено ни одной пробной лапаротомии.

Средний возраст больных статистически достоверно различается и составляет для группы больных с доброкачественными новообразованиями $48,73 \pm 9,51$ года, для больных саркомой матки $58,82 \pm 12,03$ года. Полученные данные свидетельствуют о более зрелом возрасте больных злокачественными новообразованиями матки и позволяют считать его фактором риска развития саркомы матки. Отмечается негативная тенденция роста количества больных с полиморбидной патологией.

И хотя абсолютное число выявленных случаев сарком тела матки, прооперированных в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в 2011–2014 гг., составляет 15 человек (что является лишь малой частью прооперированных больных в других лечебных учреждениях по поводу фибромиомы матки), важно отметить, что лишь в условиях онкологических учреждений проводятся радикальные оперативные вмешательства с полным хирургическим стадированием опухоли, и, безусловно, доброкачественные новообразования матки с признаками малигнизации не должны подвергаться оперативному лечению в учреждениях общей лечебной сети.

Особенно хочется отметить крайне деструктивную позицию некоторых публикаций, посвященных саркомам матки с указанием возможности пренебрежительного отношения к вероятности развития таких опухолей. Данные авторы вводят в заблуждение врачей первичного звена, способствуя снижению онкологической настороженности, отсрочки специализированного лечения, неадекватности онкологического стадирования в случаях хирургического вмешательства в общей лечебной сети.

Статья подготовлена и опубликована при поддержке гранта РФФИ 13-07-00807.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sankaran S., Manyonda I.T. Medical management of fibroids. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2008; 22(4): 655–76.
2. Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil. and Steril.* 2007; 87(4): 725–36.
3. Самойлова Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения: обзор литературы. *Проблемы репродукции.* 2003; 4: 32–6.
4. Сидорова И.С., ред. *Миома матки: Современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения.* М.: МИА; 2003.
5. Cramer S.F., Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am. J. Clin. Pathol.* 1990; 94(4): 435–8.
6. Harlow B.L., Weiss N.S., Lofton S. The epidemiology of sarcomas of the uterus. *J. Natl Cancer Inst.* 1986; 76(3): 399–402.
7. Treatment of uterine sarcomas. *Echt G., Jepson J., Steel J. et al. Cancer.* 1990; 66(1): 35–9.
8. Fields K.R., Neinstein L.S. Uterine myomas in adolescents: case reports and a review of the literature. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 1996; 9(4): 195–8.
9. Лубнин Д.М. Миома матки [Электронный ресурс] / Д.М.

Лубнин // Лубнин Д.М. *Селективная эмболизация маточных артерий в алгоритме органосохраняющего лечения миомы матки*: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – Москва, 2005. – Режим доступа: http://www.sovetginekologa.ru/index.php?content=consult&modul_id=2.

REFERENCES

1. Sankaran S., Manyonda I.T. Medical management of fibroids. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2008; 22(4): 655–76.
2. Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil. and Steril.* 2007; 87(4): 725–36.
3. Samoylova T.E. Uterine fibroids. Rationale non-operative treatment: a review of the literature. *Problemy reproduktivnoy. 2003; 4: 32–6.* (in Russian)
4. Sidorova I.S., ed. *Uterine fibroids: modern problems of etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. [Mioma матки: Sovremennye problemy etiologii, patogeneza, diagnostiki i lecheniya]*. Moscow: MIA; 2003. (in Russian)
5. Cramer S.F., Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am. J. Clin. Pathol.* 1990; 94(4): 435–8.
6. Harlow B.L., Weiss N.S., Lofton S. The epidemiology of sarcoma of the uterus. *J. Natl Cancer Inst.* 1986; 76(3): 399–402.
7. Treatment of uterine sarcomas. Echt G., Jepson J., Steel J. et al. *Cancer.* 1990; 66(1): 35–9.
8. Fields K.R., Neinstein L.S. Uterine myomas in adolescents: case reports and a review of the literature. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 1996; 9(4): 195–8.
9. Lubnin D.M. *Mioma матки [Elektronnyj resurs] / D.M. Lubnin // Lubnin D.M. Selektivnaya jembolizacija matocnyh arterij v algoritme organosohranjajushhego lechenija miomy матки*: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – Москва, 2005. – Режим доступа: http://www.sovetginekologa.ru/index.php?content=consult&modul_id=2. (in Russian)

Поступила 11.09.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616-865:616.89-07

Войтенко Р.М., Карасаева Л.А., Саковская В.Г.

ЭКСПЕРТНАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГА НА ЭТАПЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 194044, г. Санкт-Петербург

В статье раскрыты основные направления деятельности психолога-эксперта в бюро МСЭ на этапе реорганизации системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. На основе законодательных и методических документов, регламентирующих особенность профессиональной подготовки экспертов-психологов, определен оптимальный формат их деятельности. Проиллюстрированы конкретные задачи в работе психолога в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: эксперт-психолог; медико-социальная экспертиза; психологическая реабилитация; личностный потенциал; инвалиды.

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (3): 10–12.

EXPERT AND REHABILITATION ACTIVITY OF A PSYCHOLOGIST AT THE STAGE OF SYSTEM REORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT AND REHABILITATION OF THE DISABLED

Vojtenko R.M., Karasaeva L.A., Sakovskaja V.G.

Saint Petersburg institute of expert physicians' improvement, 194044, Saint Petersburg, Russian Federation

The paper discusses main activities of an expert psychologist in the bureau of medical and social assessment (MSA) at the stage of system reorganization of medical and social assessment and rehabilitation of the disabled. The optimal way of expert psychologist's activity was determined on the basis of legal and methodological documents regulating special features of their professional education. The authors presented specific tasks of the psychologist's work in the field of medical and social expertise and rehabilitation of the disabled.

Key words: expert psychologist; medical and social assessment; psychological rehabilitation; personal potential; disabled.

Citation: Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18 (3): 10–12. (In Russ.)

Correspondence to: Lyudmila Karasaeva – MD, PhD, DSc, Prof.; e-mail: ludkaras@yandex.ru.

Received 23.01.15

Реализация в Российской Федерации концепции «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации» [1] обуславливает необходимость объективизации методов экспертно-реабилитационной диагностики при осуществлении медико-социальной экспертизы и разработки индивидуальных программ реабилитации (ИПР) инвалидов [2, 3].

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (статья 58), медико-социальную экспертизу (МСЭ) относят к одному из видов медицинских экспертиз. При этом процедура МСЭ в современных условиях имеет свои особенности, прежде всего такие, что для нее характерны разнонаправленные установки освидетельствуемого паци-