

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 618.16-006.81.04-036.865

Е.В. Коржевская¹, Ю.Г. Паяниди¹, С.Н. Пузин², Д.С. Огай³

МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ МЕЛАНОМЕ ВУЛЬВЫ

¹ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, 115478, г. Москва; ²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва; ³ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», 143900, г. Балашиха

До настоящего времени вопрос о возможностях медико-социальной экспертизы и реабилитации больных с меланомой вульвы представляется довольно сложным, что обусловлено незначительным количеством исследований, посвященных изучению психосоматического статуса, восстановлению трудоспособности и социальной адаптации этой категории больных.

Ключевые слова: меланома вульвы; медико-социальная экспертиза.

MEDICAL EXAMINATION FOR MELANOMA OF THE VULVA

E.V.Korzhevskaya¹, Yu.G.Payanidi¹, S.N.Puzin², D.S.Ogay³

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center under the Russian Academy of Medical Sciences, 115478, Moscow, Russian Federation; ²Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 123995, Moscow, Russian Federation; ³Moscow regional oncological dispensary, 143900, Balashikha, Russian Federation

Up to date the question about the possibilities of medical and social examination and rehabilitation of the vulva appears to be rather difficult because of the small number of studies examining the psychosomatic status, for the rehabilitation and social integration of this group of patients.

Key words: melanoma of the vulva; medical and social examination.

Эпидемиология

Приблизительно 3% всех меланом локализуется в генитальном тракте женщины. Меланома вульвы (МВ) занимает 2-е место среди всех злокачественных опухолей вульвы и составляет 2–10% от всех первичных злокачественных неоплазий вульвы, по разным источникам литературы, и 1,3–3% от всех меланом у женщин (Ragnarsson-Olding B. и соавт., 1999; Raspagliesi F. и соавт., 2000). Встречается в 1 случае на 100 тыс. женщин. Пациенты имеют широкий возрастной диапазон: от 18 до 80 лет. Средний возраст – около 55–59 лет и старше, обычно в постменопаузе. Более 90% меланом встречается у белых женщин.

Основные задачи медико-социальной экспертизы

- установление группы инвалидности (I, II, III);
- установление причины инвалидности;
- установление сроков инвалидности;
- установление процентов утраты трудоспособности;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- выполнение других функций и задач, предусмотренных действующим законодательством.

По вопросам медико-социальной экспертизы (экспертных решений учреждения) до выхода Указа Президента РФ № 636 можно было обращаться в вышестоящую организацию – Федеральное государственное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы». После выхода Указа Президента Российской Федерации № 636 от 21 мая 2012 г. с 21 мая 2012 г.

Для корреспонденции:
Коржевская Екатерина Викторовна – канд. мед. наук, врач гинекологического отделения; 115478, г. Москва, Каширское ш., 24;
e-mail: drkorzhhevskaya@mail.ru

МСЭ передана в компетенцию Министерства труда и социальной защиты РФ, ФМБА России этими вопросами больше не занимается.

Оценка факторов прогноза

Прогноз злокачественных новообразований зависит от многочисленных факторов, характеризующих как непосредственно опухоль, так и состояние организма больного. Но все факторы прогноза следует оценивать, исходя из стадии заболевания. К сожалению, 5-летняя выживаемость больных с МВ после радикального лечения пока остается невысокой (от 21,7 до 54%). По данным ученых M.D. Anderson Cancer Center (2001), 5-летняя выживаемость больных с МВ для I (A и B) стадии по классификации AJCC составила 91% и только 31% – для стадий от IIА и выше [11].

Все многочисленные факторы, влияющие на прогноз и учитываемые при вынесении экспертного решения при МВ, можно сгруппировать в четыре большие группы:

- I. Медицинские или локальные факторы прогноза.
- II. Факторы, связанные с лечением и реабилитацией.
- III. Общебиологические факторы.
- IV. Социальные факторы прогноза.

I. Медицинские или локальные факторы прогноза

1. *Морфологическая классификация меланомы вульвы* (WHO classification of tumours (Lyon; 2003)):

- поверхностная форма;
- узловатая форма;
- слизистая/акральная лентигинозная;
- не классифицируются ни по одному из гистологических типов.

2. *Анатомический тип роста опухоли:*

- чаще всего злокачественная МВ выглядит как узловое новообразование;
- в одной трети наблюдений она имеет полипообразную форму;
- около 5% наблюдений – это язвенная форма.

3. Локализация опухоли:

- с равной частотой встречается в области больших половых губ, малых половых губ или клитора;
- по другим данным, в большинстве случаев поражение распространяется на малые половые губы и клитор.

4. Пути метастазирования МВ:

- меланома – одна из наиболее злокачественных опухолей, бурно метастазирующая лимфогенным и гематогенным путем, склонная к обширному метастазированию даже при небольших размерах;
- меланома может миновать фазу регионарных метастазов, метастазируя гематогенным путем;
- в далеко зашедших случаях чаще отмечаются и лимфогенные, и гематогенные метастазы;
- локализация гематогенных метастазов разнообразна. Чаще поражаются легкие и печень, реже головной мозг, почки, надпочечники и кости;
- возможно поражение любого органа и ткани.

5. Стадия заболевания

Система стадирования меланомы кожи Американского объединенного ракового комитета (AJCC) применима и для МВ, так как этот тип опухоли вульвы, по данным отечественных и зарубежных ученых, является подтипом меланомы кожи и для него применимы все факторы прогноза меланомы кожи [2, 8, 11, 12]. Критерии стадирования основаны на толщине (по Breslow) первичной опухоли, уровне инвазии от I до V по классификации, предложенной Кларком; наличии изъязвления, локорегионарных или системных метастазов (табл. 1).

Международная классификация по системе TNM (Международный противораковый союз, UICC, 7-е издание, 2010) [8]

T – первичная опухоль

- Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- T0 – первичная опухоль не определяется.
- T1 – толщина опухоли не более 1 мм:
 - T1a–II–III–уровни инвазии по Кларку, без изъязвления;
 - T1b–IV–V–уровни инвазии по Кларку или с изъязвлением.
- T2 – толщина опухоли более 1 мм, но не более 2 мм:
 - T2a – без изъязвления;
 - T2b – с изъязвлением.
- T3 – толщина опухоли более 2 мм, но не более 4 мм:
 - T3a – без изъязвления;
 - T3b – с изъязвлением.
- T4 – толщина опухоли более 4 мм:
 - T4a – без изъязвления;
 - T4b – с изъязвлением.

N – регионарные лимфатические узлы

- Nx – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.
- N0 – метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.
- N1 – метастаз в одном регионарном лимфатическом узле:
 - N1a – микрометастаз¹;
 - N1b – макрометастаз²;
- N2 – метастазы в 2–3 регионарных лимфатических узлах или опухолевые эмболы в регионарных лимфатических сосудах, или сателлиты и транзиторный метастаз:
 - N2a – микрометастазы¹;
 - N2b – макрометастазы²;
 - N2c – сателлитные опухоли или транзиторные метастазы в отсутствие поражения регионарных лимфатических узлов.
- N3 – метастазы в 4 регионарных лимфатических узлах и более, или конгломерат пораженных лимфатических узлов, или сателлитные опухоли либо транзитные метастазы в сочетании с поражением регионарных лимфатических узлов.

¹Метастаз, выявленный при выполнении биопсии «сторожевого» лимфатического узла или профилактической лимфаденэктомии, т.е. при отсутствии клинически увеличенных лимфатических узлов;
²Метастаз, выявленный клинически и подтвержденный гистологическим заключением.

M – отдаленные метастазы

- Mx – недостаточно данных для выявления отдаленных метастазов;
- M0 – отдаленных метастазов нет;
- M1 – отдаленные метастазы:
 - M1a – поражение кожи, подкожной жировой клетчатки или лимфатических узлов, не являющихся регионарными;
 - M1b – поражение легких;
 - M1c – поражение других органов или любые отдаленные метастазы в сочетании с повышением активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

6. Прогностические группы больных меланомой вульвы [4]:

- больные, имеющие очень высокий риск (> 80%) умереть от прогрессирования заболевания в течение 5 лет с момента установления диагноза, – при наличии отдаленных метастазов (IV стадия);
- больные, имеющие высокий риск (50–80%) развития рецидивов меланомы в течение 5 лет с момента операции, – при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах (III стадия), а также при толщине первичной опухоли, превышающей 4 мм (Ib–IIc стадия);
- больные, имеющие промежуточный риск (15–50%) развития рецидивов заболевания, – при толщине опухоли от 2 до 4 мм (IIa–IIb стадия);
- больные, имеющие низкий риск развития рецидивов (до 15%), – при толщине первичной опухоли менее 2 мм (I–IIa стадия).

II. Факторы прогноза, связанные с лечением и реабилитацией

Ведущим фактором прогноза является стадия заболевания, которая определяется вышеприведенной

Таблица 1

Группировка по стадиям [8]

AJCC	Критерии стадирования	TNM
IA	T1a=Breslow < 1,0 мм, без изъязвления, уровень инвазии по Clark < III	T1aN0M0
IB	T1b=Breslow < 1,0 мм с изъязвлением или уровень инвазии по Clark > IV	T1bN0M0
	T2a=Breslow 1,01–2,0 мм, без изъязвления	T2aN0M0
IIA	T2b=Breslow 1,01–2,0 мм с изъязвлением/T3a=Breslow 2,01–4,0 мм, без изъязвления	T2b/T3aN0M0
IIb	T3b=Breslow 2,01–4,0 мм с изъязвлением/T4a=Breslow > 4,0 мм без изъязвления	T3b/T4aN0M0
IIc	T4b=Breslow >4,0 мм с изъязвлением	T4bN0M0
IIIA	Любая Ta без изъязвления, N1a=микрометастазы в 1 л/у/ N2a=2–3 л/у	Любая TaN1a/ N2aM0
IIb	Любая Tb с изъязвлением, N1a=микрометастазы в 1 л/у/ N2a=2–3 л/у	Любая TbN1a/ N2aM0
IIc	Любая Tb с изъязвлением, N1b=макрометастаз в 1 л/у/ N2b=2–3 л/у	Любая TbN1b/ N2bM0
IV	Любая T без/с изъязвлением, N3=>4л/у, сателлитные или транзиторные метастазы	Любая TN3M0
	M1a=кожные, подкожные метастазы при нормальном уровне ЛДГ в сыворотке крови	Любая T любая N M1
	M1b=метастазы в легких при нормальном уровне ЛДГ	Любая T любая N M1b
	M1c=повышенный уровень ЛДГ и/или внелегочные висцеральные метастазы	Любая T любая N M1c

Таблица 2

Современные подходы к лечению в зависимости от стадии заболевания

Стадия заболевания	Методы лечения
I-IIA (T2bN0M0)	Хирургический
IIA(T3aN0M0)-IIВ-IIIС	Хирургический + адъювантное лечение
III	Хирургический + адъювантное лечение
IV	Системное лечение + циторедуктивная хирургия

группой медицинских (локальных) факторов: чем выше стадия, тем хуже прогноз. В зависимости от стадии МВ применяется хирургический метод как метод выбора лечения, а также дополняется лекарственным методом (химиотерапия, иммунотерапия). Фактором прогноза является стадия заболевания как критерий возможности выполнить операцию в радикальном объеме, который включает широкое иссечение МВ, гемивульвэктомию, вульвэктомию, вульвэктомию с пахово-бедренной лимфаденэктомией. Объем проведенной операции, необходимость дополнительных методов лечения влияют на прогноз заболевания.

Хирургические вмешательства на вульве отличаются травматичностью, нередко серьезными анатомо-функциональными нарушениями и высокой частотой послеоперационных осложнений, таких как дизурические расстройства, боли и дискомфорт в области послеоперационных рубцов и др. Некоторые осложнения могут продлиться от нескольких недель до нескольких месяцев, но другие могут быть постоянными, что ограничивает жизнедеятельность больных.

Осложнения химиотерапии могут развиваться в процессе лечения или после него: дискомфорт желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, понос), выпадение волос, угнетение кроветворной системы (лейкопения, тромбоцитопения) и др. Это может потребовать продолжения лечения по временной нетрудоспособности (ВН) либо определения этим больным группы инвалидности и проведения реабилитационных мероприятий [1].

После вульвэктомии часто пациентки испытывают дискомфорт из-за удаления наружных половых органов, также могут отметить онемение в области операции. Возможным побочным эффектом может быть и стеноз преддверия влагалища. Тогда в качестве одной из мер сексуальной реабилитации у молодых пациенток применяются реконструктивно-пластические операции на наружных половых органах с использованием кожных трансплантатов.

После расширенной вульвэктомии могут отмечаться осложнения пахово-бедренной лимфаденэктомии в виде лимфореи и лимфостаза промежности и /или нижних конечностей. Самым частым поздним осложнением, которое развивается в той или иной степени у 65–70 % больных, является лимфостаз нижних конечностей, требующий реабилитационных мер. С целью лечения венозных и лимфатических расстройств применяется **пневмокомпрессионная терапия** для проведения циклического массажа нижних конечностей.

Общепринятые схемы лечения

Современные подходы к лечению МВ зависят от стадии заболевания.

Дополнительное профилактическое лечение показано больным, имеющим промежуточный и высокий риск последующего возникновения рецидивов и метастазов заболевания, после иссечения у них инвазивной меланомы и/или метастазов в регионарных лимфатических узлах.

При поверхностных формах опухоли (при толщине первичной опухоли до 2 мм; T1a-b, T2aN0M0) показано только хирургическое лечение:

- Меланома вульвы небольшой толщины (0,75 мм и менее) обычно подлежит широкому локальному иссечению с 1-сантиметровым захватом здоровых тканей от наиболее отдаленного сателлита по поверхности и 1–2 см в глубину.
- При большей толщине опухоли, ширина и глубина иссекаемой здоровой ткани увеличиваются.

При T2b–4bN0M0 и при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах показано комплексное лечение:

- Операцией выбора при глубокой инвазии традиционно считалась вульвэктомию с пахово-бедренной лимфаденэктомией, при необходимости дополненная тазовой лимфаденэктомией. Однако, по данным последних зарубежных исследований, лимфаденэктомия не улучшает прогноз при меланоме [7, 10].

• С учетом прогноза заболевания дополнительное профилактическое лечение показано больным, имеющим промежуточный и высокий риск последующего возникновения рецидивов и метастазов заболевания после хирургического лечения. В настоящее время не существует стандартной адъювантной терапии для таких пациенток. Применялись как биологически активные вещества, обладающие иммуномодулирующими свойствами (левамизол, *Corynebacterium parvum*, вакцина БЦЖ, ИФН), так и химиотерапевтические препараты (в основном производные имидазолкарбоксамидов и нитрозомочевины). Адъювантная иммунотерапия проводится в различных дозовых режимах двумя основными препаратами рекомбинантного интерферона: α_{2a} - и α_{2b} -интерфероном. Целесообразность использования адъювантной химиотерапии и иммунотерапии до сих пор не доказана. Адъювантная иммунотерапия с включением интерлейкина-2, вакцинация и иммунохимиотерапия являются лечебными подходами, которые не рекомендуются использовать вне клинических исследований.

При генерализованной МВ проводят полихимиотерапию и иммунотерапию, что позволяет достичь объективной ремиссии.

Наиболее эффективные препараты:

- дакарбазин (ДТИК) – эффективность в монорежиме 20–22%;
- производные нитрозомочевины – эффективность в монорежиме 15–24%;
- производные платины – эффективность в монорежиме 15–20%. На основе этих препаратов создаются схемы комбинированной химиотерапии.
- α -интерфероны (эффективность в монорежиме 15–25%).

В настоящее время не существует стандартной адъювантной терапии для пациентов с высоким риском рецидива заболевания. Адъювантная иммунотерапия высокими дозами интерферона приводит только к значимому увеличению безрецидивной выживаемости, но не общей выживаемости больных. Результат подобной терапии должен быть сбалансирован с токсичностью, обусловленной данным лечением. Адъювантная иммунотерапия другими цитокинами с включением интерлейкина-2, вакцинация и иммунохимиотерапия являются спорными лечебными подходами, которые не рекомендуются использовать вне клинических исследований.

III. Общебиологические факторы прогноза

К общебиологическим факторам прогноза относятся: возраст, физиологическое (период полового созревания, беременность, лактация), физическое и психическое состояние женщины, наличие сопутствующих заболеваний, некоторые эпидемиологические особенности распространения злокачественных новообразований.

Так как визуальный компонент в этой локализации опухолей является очень важным для женщины, наиболее травматичными с психологической точки зрения для пациентки являются периоды диагностирования патологии вульвы, послеоперационный период и прогрессирование заболевания. Это требует коррекции психоневролога или психолога [9].

IV. Социальные факторы прогноза

Социальные факторы прогноза предполагают социальное, трудовое и бытовое устройство пациенток с профессиональным обучением и переобучением. При сопоставлении клинического прогноза с социальными факторами следует учитывать особенности онкопатологии, чтобы объективно оценить характер, степень и стойкость ограничения жизнедеятельности, определить степень социальной недостаточности женщины [3].

Стандарты обследования при направлении на МСЭ

Рекомендуются стандартные методы обследования при МВ для направления на МСЭ:

- данные общего осмотра пациентки, гинекологического осмотра с ректовагинальным исследованием;
- выполнение общего анализа крови, определение уровня ЛДГ и щелочной фосфатазы в сыворотке крови;
- данные анамнеза и цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности опухоли при наличии изъязвления на поверхности меланомы;
- выполнение УЗКТ органов брюшной полости, малого таза, забрюшинных и регионарных лимфатических узлов;
- данные рентгенографии грудной клетки;
- ЭКГ, основные показатели гемодинамики, консультация терапевта;
- гистологическое заключение, соответствующее классификации ВОЗ и включающее в себя максимальную толщину опухоли в миллиметрах (по Breslow), уровень инвазии (по Clark I–V), расстояние до краев резекции, наличие изъязвления и признаков регрессии;
- при наличии продолженного роста, рецидива и метастазов вносятся результаты цистоскопии, ректороманоскопии, экскреторной урографии и др.;
- по показаниям – консультации специалистов (психолога, уролога, хирурга и др.).

Диспансерное наблюдение больных с МВ

Больные с МВ после лечения находятся под динамическим наблюдением:

- анамнез, общий осмотр, включающий в себя оценку состояния регионарных лимфатических узлов, осмотр кожных покровов и пальпацию области удаленной первичной опухоли рекомендуется проводить каждые 3 мес в течение первых двух лет и далее каждые 6–12 мес;
- рекомендуется наблюдение в течение 5 лет при локальных стадиях с толщиной опухоли < 1,5 мм и в течение 10 лет при других формах считается достаточным, несмотря на редкие случаи более поздних рецидивов [4].

Сроки временной нетрудоспособности

Временная нетрудоспособность (ВН) устанавливается с момента диагностирования МВ.

Ориентировочные сроки ВН больных, получивших радикальное лечение по поводу злокачественных заболеваний вульвы, на I стадии составляют 60–70 дней, на II–III стадии – 80–90 дней, на IV стадии – 90–115 дней с последующим направлением больной на МСЭ [5].

При комплексном лечении с проведением химиотерапии, ее хорошей переносимости и отсутствии осложнений, требующих лечения между курсами, у больных продлевается ВН на весь этот период [9].

Наличие осложнений при благоприятном прогнозе требует их лечения с продлением сроков ВН [6].

Показания для направления на МСЭ

Показаниями для направления на МСЭ для больных с МВ являются развившиеся ограничения:

- продолжение лечения на ранних стадиях опухолевого процесса;
- несоблюдение ориентировочных сроков лечения по ВН;
- наличие противопоказаний для трудовой деятельности, необходимость в рациональном трудовом устройстве со снижением квалификации или объема выполняемых работ, а также значительное ограничение возможности трудового устройства больных после завершения лечения и реабилитации;
- после проведенной паллиативной терапии; по окончании специфического лечения на поздних стадиях;
- для повторного или досрочного переосвидетельствования при появлении рецидивов, метастазов, осложнений и последствий проведенного лечения.

Критерии групп инвалидности

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид» (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2000 г. Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 172-ФЗ).

При освидетельствовании больных с МВ бюро МСЭ учитывает следующие основные медицинские и социальные факторы: стадию заболевания; локализацию опухоли; морфологический тип опухоли; объем оперативного вмешательства и его радикальность; дополнительные виды лечения; осложнения и последствия проведенного лечения; степень функциональных расстройств; сроки, прошедшие после лечения; общее состояние больной; степень компенсации (стабилизации) функций; характер местных изменений на момент обследования и в динамике; возраст освидетельствуемой больной; профессию и характер труда, условия труда и быта. На основании этих факторов составляется клинический прогноз на ближайшие 1–2 года, а затем определяется и трудовой прогноз.

Умеренное ограничение жизнедеятельности (III группа инвалидности) определяется в случае радикального законченного лечения МВ и отсутствия выраженных осложнений и последствий. Если больная была занята в непротивопоказанных видах и условиях труда, то ее признают трудоспособной в своей профессии, при необходимости – с ограничениями по заключению врачебной комиссии. В случаях необходимости рационального трудоустройства со снижением квалификации или объема трудовой деятельности либо при значительном ограничении возможности трудоустройства больных признают ограниченно трудоспособными.

Выраженное ограничение жизнедеятельности (II группа инвалидности) возникает при неэффективности лечения в

случае нерадикального лечения из-за распространенности процесса, в случаях радикального эффективного незаконченного лечения с ближайшим сомнительным прогнозом, когда выполнен полный объем оперативного радикального лечения, но для завершения необходимо провести длительное лекарственное лечение или из-за плохой переносимости лечения, а также при необходимости длительного лечения осложнений и последствий лечения (выраженный лимфостаз нижних конечностей).

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности и трудоспособности и нуждаемости больных в постоянном постороннем уходе с установлением I группы инвалидности при МВ возникает в случаях:

- генерализации опухолевого процесса на фоне специфического лечения;
- тяжелого общего состояния больной после паллиативного лечения на поздних стадиях МВ;
- диагностирования рецидивов и отдаленных метастазов у инкурабельных больных;
- IV стадии МВ после проведенного симптоматического лечения.

Противопоказанные виды и условия труда

Виды и условия труда, противопоказанные для пациентов, получивших лечение по поводу МВ:

- все виды тяжелого и средней тяжести труда;
- труд, связанный с высоким и умеренным нервно-психическим напряжением;
- труд с постоянной нагрузкой на нижние конечности;
- работа в неблагоприятных метеоусловиях (работа в горячих цехах, в условиях резкой смены температур);
- контакт с вредными веществами, канцерогенами, всеми видами излучений;
- все виды труда, связанные с вибрацией (локальной, общей) [6].

До настоящего времени вопрос о возможностях медико-социальной экспертизы и реабилитации больных с МВ представляется довольно сложным, что обусловлено незначительным количеством исследований, посвященных изучению психосоматического статуса, восстановлению трудоспособности и социальной адаптации этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб: ООО «Издательство «Фолиант»»; 2002: 147–50.
2. Возный Э.К., Белоногов А.В. Меланома нежных локализаций. Практическая онкология. 2001; 4(8): 65–8.
3. Гиязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Онкогинекология: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс; 2000.
4. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO): Редакторы русского перевода Тюляндин С.А., Переводчикова Н.И., Носов Д.А. М.: Издательская группа ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина; 2009: 62–5.
5. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). (Библиотека журнала «Качество медицинской помощи»). М.: ГРАНТЪ; 2000: 6: 104.

6. Перечень показанных и противопоказанных видов труда для инвалидов с различной патологией. (Комитет труда и занятости, Комитет социальной защиты населения Правительства Москвы, ЦИЭТИН). М.: Агентство «Информарт»; 1996.
7. Роузвиз С.К. Гинекология. (Справочник практического врача): Пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазян. М.: Медпресс-информ; 2004: 501–3.
8. Собин Л.Х., Господарик М.К., Виттекинд К. TNM Классификация злокачественных опухолей. 7-е издание. М.; 2011: 174–215.
9. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. М.; 2000.
10. Panizzon R.G. Vulvar melanoma. Semin. Dermanol. 1996; 15(1): 67–70.
11. Verschraegen C.F., Benjapibal M., Supakarapongkul W. et al. Vulvar melanoma at the M.D. Anderson Cancer Center: 25 years later. Int. Gynecol. Cancer. 2001; 11: 359–64.
12. Wechter M.E., Reynolds R.K., Haefner H.K. et al. Vulvar melanoma: review of diagnosis, staging, and therapy. J. Low. Genit. Tract. Dis. 2004; 8(1): 58–69.

REFERENCES

1. Bohman Ya.V. Guide oncogynecology. SPb.: ООО Izdatel'stvo Foliant, 2002:147–50 (in Russian).
2. Vozny E.K., Belonogov A.V. Melanoma nezhnykh localizations. Prakticheskaja onkologija. 2001; 4(8):65–8 (in Russian).
3. Gilyazutdinova Z.Sh., Mihaylov M.K. Oncogynaecology: a Guide for physicians. M.: MEDpress. 2000 (in Russian).
4. The Minimum clinical recommendations of the European society for medical Oncology (ESMO) / Editors Russian translation Tyulyandin S.A., Perevodchikova N.I., Nosov D.A. M.: Izdatel'skaja gruppa N.N.Blohina RCNC RAMS, 2009: 62–5 (in Russian).
5. The approximate terms of the temporary disability due to the most common diseases and injuries (in accordance with ICD-10). Library journal. «Quality of care». M: GRANT. 2000; 6: 104 (in Russian).
6. The list of indicated and contraindicative types of labour for persons with different pathologies. (The Committee of labour and employment, the Committee of social protection of population of the Government of Moscow, TSIETIN). M.: Agentstvo «Infomart». 1996 (in Russian).
7. Rouzvia S.K. Gynecology (Handbook of a practical physician): Per. from English. Aylamazyan E.K. (red.) M.: Medpress-inform; 2004: 501–3 (in Russian).
8. Sobin L.H., Gospodarik M.K., Vittekind K. TNM Classification of malignant tumors. Seventh edition. M.; 2011: 174–215 (in Russian).
9. Chissov V.I., Daryjalova S.L. Selected lectures on clinical Oncology. M.; 2000 (in Russian).
10. Panizzon R.G. Vulvar melanoma. Semin. Dermanol. 1996; 15(1): 67–70.
11. Verschraegen C.F., Benjapibal M., Supakarapongkul W. et al. Vulvar melanoma at the M.D. Anderson Cancer Center: 25 years later. Int. Gynecol. Cancer. 2001; 11: 359–64.
12. Wechter M.E., Reynolds R.K., Haefner H.K. et al. Vulvar melanoma: review of diagnosis, staging, and therapy. J. Low. Genit. Tract. Dis. 2004; 8(1): 58–69.

Поступила 24.10.13