

4. Клиническая ревматология. Руководство для практических врачей / Под ред. В.И. Мазурова. — СПб: Фолиант, 2001. — 411 с.
5. Маргулис Е.Я., Савченко В.Г., Жердева Л.В. Влияние криоафереза на течение иммунокомплексных заболеваний. // Тер архив. — 1987. — С. 80-84.
6. Митьковская Н.П., Лабань Ф.Н. Применение криоплазмафереза в комплексном лечении больных ревматоидным артритом // Здравоохранение, Минск. — 1998. — №3. — С. 46-47.
7. Насонов Е.Л., Барановская А.А., Соловьев С.К. Криоглобулинемия при ревматических заболеваниях // Клини. мед. — 1991. — №6 — С. 23-32.
8. Ревматические болезни. Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. — М.: Медицина, 1997. — 520 с.
9. Сигидин Я.А. Диффузные болезни соединительной ткани. Руководство по ревматологии. — М.: Медицина, 1994. — 320 с.
10. Талыбов Ф.Ю., Дубровина Н.А., Калинин Н.Н. Сравнительная оценка различных программ плазмафереза в комплексном лечении больных ревматоидным артритом // Клини. мед. — 1992. — №2. — С. 51-54.
11. Трусов В.В., Баженов А.Н., Столяров Д.Д. Сочетанное применение гемосорбции и плазмафереза при комплексном лечении больных ревматоидным артритом // Тер. архив. — 1995. — №6. — С. 22-25.
12. Эфферентная терапия (в комплексе лечения внутренних болезней) / Под ред. А.Л. Костюченко. — СПб: Фолиант, 2003. — 424 с.
13. Dwosh J., Giles F., Ford P. et al. Plasmaferesis therapy in rheumatoid arthritis // New Engl. J. Med. — 1983. — Vol. 308. — P. 1124-1129.
14. Rothwell R.S., Dawis P., Gordon P. A controlled study of plasma exchange of treatment of severe rheumatoid arthritis // Arthr. And Rheum. 1980. — Vol. 23. — P. 785-790.
15. Wallace D., Goldfinger D., Lowe S. A double-blind, controlled study of leukocytapheresis versus plasma apheresis in RA // N. Engl. J. Med. — 1982. — Vol. 306. — P. 1406-1410.

© В.В. Овчинников, С.А. Дворянский, С.А. Садков
УДК: 618.14-006.36:618.145

В.В. Овчинников, С.А. Дворянский, С.А. Садков
ОЦЕНКА ЭНДОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. С.А. Дворянский)
Кировской государственной медицинской академии

Проведена оценка состояния эндометрия по результатам гистологического исследования у 425 женщин репродуктивного и 429 женщин перименопаузального периода — больных миомой матки, проживающих в первом поколении в районах Крайнего Севера, в частности, в Ханты-Мансийском автономном округе. Средний возраст равен $39,7 \pm 0,3$ и $44,9 \pm 0,5$ лет. Срок проживания на Севере $15,3 \pm 1,2$ лет.

Результаты исследования показали, что адаптация организма затрагивает все системы, в том числе и изменение состояния эндометрия при миоме матки, зависящее, прежде всего, от возрастных особенностей, включая и их эндокринный статус, что имеет большое значение для проведения лечебных мероприятий и уточнения показаний к оперативному лечению.

Ключевые слова: эндометрий, миома матки, адаптация.

ENDOMETRIUM EVALUATION AMONG HYSTEROMYOMA PATIENTS

V.V. Ovchinnikov, S.A. Dvoryansky, S.A. Sadkov

The evaluation of endometrium state was made in accordance with results of histologic study among 425 women of reproductive age and 429 women of menopausal age (all of them are hysteromyoma patients) living in the Extreme North area, in particular in Khanty-Mansi autonomous area. Middle age are $39,7 \pm 0,3$ and $44,9 \pm 0,5$ years. Period of North area residence is $15,3 \pm 1,2$ years.

According to the results of the study, adaptation affects all body systems, including changes of endometrium state (when hysteromyoma), depending first of all on age characteristics, including endocrine state, which is very important for medical treatment and specifying indications to operative therapy.

Key words: endometrium, hysteromyoma, adaptation.

Сочетание миомы матки и гиперпластических процессов эндометрия составляет 4-58% [2, 3, 4, 6, 7, 8, 9]. Нарушение процессов трансформации функционального слоя матки является актуальной проблемой в свете изучения состояния репродуктивной системы и в связи с неуклонным ростом заболеваемости раком эндометрия [6, 10, 11, 12].

Целью нашей работы явилось изучение состояния эндометрия при миоме матки у «пришлых» (некоренной национальности) женщин, проживающих в первом поколении в районе Крайнего Севера. Перемещения в экстремальные условия жизни требуют от организма женщины быстрого переключения важнейших физиологических систем на новый режим функционирования. Одним из основных критериев адаптации к неадекватным условиям проживания является состояние репродуктивной системы [1, 5].

Исследования проводились на базе гинекологического отделения Нефтеюганской ЦГБ, Ханты-Мансийского автономного округа. Больные были разделены на 2 клинические

группы: первую группу составили пациентки репродуктивного, вторую — перименопаузального возраста.

Больные поступали в гинекологическое отделение как в плановом, так и в экстренном порядке. Всем госпитализированным назначалось клинико-лабораторное обследование. Исследование состояния эндометрия включало обязательное проведение ультразвукового сканирования органов малого таза, гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание матки. Последнее выполнялось в плановом порядке за 1-2 дня до срока предполагаемых месячных или в экстренном порядке по поводу мено- и (или) метроррагии.

В 1 группе нами было проанализировано 425 гистологических заключений у больных репродуктивного возраста, страдающих миомой матки. Средний возраст пациенток составил $39,7 \pm 0,3$ лет, срок проживания на Севере — $15,3 \pm 1,2$ лет. На диспансерном учете по данному заболеванию больные находились в среднем $4,6 \pm 0,8$ лет.

В анамнезе у них были отмечены следующие соматические заболевания: респираторно-вирусные инфекции — 94,8%; хронические анемии — 43%; болезни ЖКТ и печени — 30,5%; ангина — 21,1%; описторхоз — 14,1%; болезни дыхательной системы — 12,5%; болезни мочевыделительной системы — 11,6%; эндокринопатии — 6,3%; психоневрологические заболевания — 4,6%; варикозная болезнь — 3,9%; заболевания молочных желез — 3,9%; прочие болезни — 3,9%.

Репродуктивная функция характеризовалась следующими показателями: средний возраст наступления менархе у больных равнялся $13,4 \pm 0,1$ годам; число менструальных дней составило $5,2 \pm 0,2$. Менструальный цикл — $28,1 \pm 0,2$ дней; у 38,1% больных месячные были обильными: среднее число родов составило $1,9 \pm 0,1$; аборт — $2,6 \pm 0,2$.

Гинекологический анамнез у данной категории пациенток был отягощен: нарушение овариально-менструального цикла — 50,9%; эндометриоз — 16,4%; воспалительные процессы гениталий — 14,9%; бесплодие — 14,1%; патология шейки матки — 9%; кисты и кистозные изменения яичников — 6,3%.

Показаниями для диагностического выскабливания матки служили: маточные кровотечения — 141 (33,3%); подозрение на патологию эндометрия — 68 (16%); быстрый рост опухоли — 56 (13,2%); множественная миома матки, опухоли больших размеров — 49 (11,5%); сочетанная патология (эндометриоз матки, киста яичника) — 47 (11,1%); иная патология (ВМС, патология шейки матки, беременность) — 45 (10,7%); болевой синдром — 18 (4,3%).

Гистологическая картина эндометрия характеризовалась следующими состояниями: эндометрий соответствовал фазе секреции — 208 (49%); фазе пролиферации — 48 (11,2%); полипоз эндометрия — 51 (11,9%); железисто-кистозная, гиперплазия — 23 (5,4%); железистая гиперплазия — 11 (2,6%); аденоматоз — 9 (2,1%); фиброз стромы эндометрия — 19 (4,5%); эндометрий смешанного типа — 14 (3,3%); воспаление — 9 (2,1%); нефункционирующий эндометрий — 6 (1,4%); рак эндометрия — 2 (0,5%); другие состояния — 26 (6,1%). У половины больных миомой матки в репродуктивном возрасте изменения эндометрия соответствовали двухфазному (овуляторному) менструальному циклу. В 22% случаев выявлена гиперплазия эндометрия, включая атипическую. Рак эндометрия составил 0,5%.

Во вторую группу были включены 429 больных перименопаузального периода, страдающих миомой матки. Средний возраст пациенток — $49 \pm 0,5$ лет (* — здесь и далее изменения достоверны в сравнении с первой группой). Проживание на Севере составляло $22 \pm 1,4$ года. Диспансерное наблюдение по миоме матки проводилось в течение $4 \pm 0,6$ лет.

Перенесенные экстрагенитальные заболевания: респираторно-вирусные инфекции — 95,3%; болезни ЖКТ и печени — 42,5%; хронические анемии — 32,5%; сердечно-сосудистые заболевания — 32,5%; ангина — 22,5%; описторхоз — 22,5%; варикозная болезнь — 17,5%; болезни мочевыделительной системы — 10%; эндокринопатии — 7,5%; психоневрологические заболевания — 7,5%; болезни дыхательной системы — 5%; болезни молочных желез — 5%; прочие болезни — 10%. Параллельно сроку проживания на Севере увеличивается частота заболеваний желу-

дочно-кишечного тракта и печени, описторхозом и варикозной болезнью.

Возраст менархе был равен $13,8 \pm 0,2$ лет; в среднем месячные продолжались $5,5 \pm 0,3$ дней; цикл равнялся $28,2 \pm 0,3$ дням. На каждую пациентку данной клинической группы приходилось в среднем $2,2 \pm 0,1$ родов и $3,8 \pm 0,4$ аборта, что соответствует средневременному промежутку проживания пациенток на Севере.

При объективном обследовании женщин этой группы была выявлена следующая гинекологическая патология: нарушение овариально-менструального цикла — 54,3%; бесплодие — 20,4%; эндометриоз — 18,6%; кисты и кистозноизмененные яичники — 18%; патология шейки матки — 10,9%; воспалительные процессы гениталий — 13,1%. Увеличение частоты бесплодия и заболеваний яичников можно трактовать как закон накопления патологии во временном аспекте.

Диагностическое выскабливание матки проводилось по поводу геморрагического синдрома — 129 (30,1%); подозрения на патологию эндометрия — 86 (20%); быстрого роста опухоли — 69 (16,1%); сочетанной патологии — 63 (14,7%); множественной миомы матки, опухоли больших размеров — 37 (8,6%); болевого синдрома — 15 (3,5%); прочих заболеваний — 30 (7%). Среди показаний к диагностическому выскабливанию увеличилась частота патологии эндометрия и рост миомы матки, что вполне можно объяснить возрастной характеристикой этих больных и естественным изменением их гормонального статуса.

Миома матки у данной возрастной категории сочеталась со следующими состояниями эндометрия: эндометрий в фазе секреции — 148 (34,5%); в фазе пролиферации — 56 (13,1%); полипоз эндометрия — 45 (10,5%); железисто-кистозная гиперплазия — 43 (10%); эндометрий смешанного типа — 36 (8,4%); железистая гиперплазия эндометрия — 28 (6,5%); нефункционирующий эндометрий — 21 (4,9%); аденоматоз — 19 (4,4%); фиброз стромы эндометрия — 13 (3%); воспаление — 11 (2,6%); трофобластическая болезнь — 1 (0,2%); другие особенности — 8 (1,9%). Гистологическая характеристика эндометрия указывает на то, что на 14% уменьшилось количество результатов отражающих секреторную фазу цикла, что вполне сочетается и с ростом в 2 раза железистой и железистокистозной гиперплазии как показатель возрастной характеристики репродуктивной системы.

Из приведенных данных видно, что наиболее частыми состояниями эндометрия при миоме матки у больных в периоде являются изменения, характерные для менструального цикла.

При анализе показателей гистологического исследования у больных миомой матки репродуктивного и перименопаузального периодов выявлено, что преобладающими являются изменения эндометрия, характерные для менструального цикла (в 1 группе больных в 49% случаев эндометрий соответствовал фазе секреции, во 2-й возрастной категории этот показатель равнялся 34,5%).

Таким образом, приведенные данные согласуются с мнением ряда авторов, что адаптация организма затрагивает все системы в том числе и изменение состояние эндометрия при миоме матки, зависящее, прежде всего от возрастных особенностей, включая и их эндокринный статус, что имеет большое значение для проведения лечебных мероприятий и уточнения показаний к оперативному лечению.

Литература:

1. Агаджанян Н.Г., Радых И.В., Крайшук С.И. Хроноструктура репродуктивной функции. — М.: Крук, 1998. — С. 33-34.
2. Бохман Я.В., Ткешелашвили ВТ. и др. Миома матки в пре- и постменопаузе как маркер онкогинекологической патологии // Акуш. и гинек. — 1987. — №7. — С. 12-16.

3. Железнов Б.И. Характеристика и трактовка изменений эндометрия и яичников при миоме матки // Акуш. и гинек. — 1980. — №1. — С. 37-40.
4. Патрушева А.С. Патогенетическое обоснование к формированию групп риска. Диагностика, профилактика рака эндометрия у больных миомой матки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Алма-Ата, 1982.
5. Родкина Р.А., Давидян Л.Ю., Богдасаров А.Ю. Сравнительная эффективность комплексной терапии гиперпластических процессов эндометрия у больных с различной техногенной нагрузкой среды проживания // Акуш. и гинек. — 2002. — №1. — С. 52-54.
6. Руководство по эндокринной гинекологии // Под редакцией Вихляевой Е.М. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 765 с.
7. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). — СПб.: Элби, 2000. — 236 с.
8. Стрижова Н.В., Сергеев П.В., Лысенко О.Н. и др. Роль половых гормонов и их рецепторного аппарата при выборе методов лечения у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в сочетании с миомой матки // Акуш. и гинек. — 1998. — №3. — С. 30-33.
9. Ткешелашвили В.Т., Вишневский А.С. Миома матки как патогенетический фактор риска атипической гиперплазии и аденокарциномы эндометрия (онкологические аспекты диспансеризации больных миомой матки) // Онкологические аспекты диспансеризации населения. — Тбилиси, 1986. — С. 36-44.
10. Bulum S.E., Simpson E.R., Word R.A. Expression of the CYP19 gene and its product aromatase cytochrome P450 in human uterine leiomyoma tissues and cells in culture // Clin. Endocrinol. Metab. — 1994. — Vol. 78. — №3. — P. 736-743.
11. Novak R.A., Rein M.S., Heffen L.J. et al. Production of prolactin by smooth muscle cells cultured from human uterine fibroid tumors // Clin. Endocrinol. Metab. — 1993. — Vol. 76. — №5. — P. 1308-1313.
12. Otsuka H., Yoshida K., Kussano S. et al. Staining of leiomyoma tissue and myoma-derived cultured cells by the enzyme-labelled antibody method using desmin, vimentin and fibronectin // Nippon Sanka Fujinka. Gakkai Zasshi. — 1987. — Vol. 39. — №5. — P. 746-750.

© С.Д. Арутюнов, П.О. Ромодановский, Т.А. Тангиева
УДК 340.6:616

С.Д. Арутюнов, П.О. Ромодановский, Т.А. Тангиева

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА

Кафедра стоматологии общей практики и подготовки зубных техников ФПКС (зав. — проф. С.Д. Арутюнов),
кафедра медицинского права (зав. — проф. П.О. Ромодановский) МГМСУ

В статье рассматриваются причины неэффективности стоматологической помощи, связанные с виной пациентов. Предлагается алгоритм экспертной оценки неблагоприятных исходов у пациентов, относящихся к группе риска.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, экспертная оценка, исходы.

ANALYSES OF THE CAUSES OF UNFAVORABLE OUTCOMES ON STOMATOLOGY'S TREATMENT FOR PATIENT WITH RISK FACTOR

S.D. Arutyunov, P.O. Romodanovsky, T.A. Tangieva

In this article is considered the causes of stomatology's treatment inefficiency through patient's fault. The algorithm of expert judgment of unfavorable outcomes for patient with risk factor is required.

Key words: stomatology's treatment, expert judgment, unfavorable outcomes.

Проблема защиты прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья имеет исключительное политическое и социальное значение и отражена в Конституции Российской Федерации (1993). Важнейшей особенностью современного здравоохранения является усиление тенденций правовой регламентации медицинской деятельности. При решении этой задачи большое внимание уделяется повышению ответственности медицинских работников всех уровней за их профессиональную деятельность [5, 9].

Следует также отметить, что в противоположность достаточно большому объему законодательной базы в отношении защиты прав пациентов, права врачей остаются практически незащищенными. В частности, в «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» [4] внесена только одна строка о праве врачей на защиту своей профессиональной чести и достоинства, но нет указания на право на защиту в случае конфликтной ситуации. [1, 7].

Вместе с тем, некоторыми авторами, рассматривающими вопросы качества стоматологической помощи, отмечается тот факт, что почти в половине (и даже более) случаев гражданские иски к врачам-стоматологам не являются обоснованными. По признанию судов, неэффективность стоматологической помощи в таких случаях была связана не с профессиональными ошибками стоматологов, а обус-

ловлена неудовлетворительным состоянием санации полости рта и хроническими заболеваниями зубочелюстной системы, либо несвоевременным посещением кабинета врача-стоматолога, либо недобросовестным отношением к результатам лечения [2, 8].

Влияние факторов риска может выражаться в полной или частичной потере жизнеобеспечивающих функций организма и причинять вред здоровью человека, что должно обязательно учитываться при оценке неблагоприятного исхода медицинской помощи. Причем действие подобных факторов может суммироваться или даже умножаться [6].

При совершенствовании стоматологической службы важно постоянно анализировать допускаемые ошибки и возникающие осложнения, а также разрабатывать мероприятия по их ликвидации и предупреждению. При этом надо четко разграничивать ошибки, допущенные врачом — стоматологом при лечении, и осложнения, не связанные с врачебными ошибками [3].

Недостаточно глубокая разработка данных вопросов в судебно-медицинской и стоматологической литературе послужила основанием для написания предлагаемой статьи.

Материалом для настоящего исследования послужили данные 54 пациентов (основная группа), обратившиеся