

момент исследования. Опросник МВІ нами был принят в качестве ведущего психометрического теста, позволившего обнаружить или исключить СПВ.

**Результаты.** По феноменологии психического состояния обследованные были разделены на пять групп. У 51,5% (n=18) диагностированы симптомы расстройства психического здоровья, которые были отнесены к следующим диагностическим рубрикам МКБ-10: 1) расстройство адаптации (F43.2) по типу расстройства поведения и эмоций – 20,0% (n=7); 2) посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 11,5% (n=4); 3) специфические расстройства личности (F62.0, F62.8) – 14,3% (n=5); 4) соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) – 5,7% (n=2); 5) практически здоровые – 48,5% (n=17). Расстройства адаптации (F43.2) наблюдались у лиц, имеющих стаж работы в области онкологии от 6 мес до 2 лет. В рамках расстройства адаптации у 20,0% (n=7) выявлены аффективные нарушения в виде тревоги и депрессии, к которым присоединялись поведенческие расстройства по типу попытки некачественного выполнения своих должностных инструкций. Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) выявлено у 11,5% (n=4) обследуемых, с таким же, что и в предыдущей группе, стажем работы в онкологии - от 6 мес до 2 лет. По содержанию навязчивых воспоминаний и кошмарных сновидений посттравматическое расстройство

сотрудников онкологической клиники имело прямое отношение к их профессиональной деятельности. Специфические расстройства личности (F62.0, F62.8) – «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» или «Хронический болевой личностный синдром» наблюдались у 14,3% (n=5) со стажем работы в онкологии от 2 лет и более. Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) наблюдалась у 5,7% (n=2) со стажем работы в области онкологии от 5 лет и более.

**Выводы.** На основании изложенного, считаем целесообразным предложить внести в диагностические рубрики МКБ-11 «Расстройства, связанные со стрессом в профессиональной среде», имеющих единые (с расстройством адаптации и посттравматическим стрессовым расстройством) механизмы развития. Изложенные факты говорят о том, что в обществе назрела необходимость создания психологических лабораторий и центров для проведения психолого-психотерапевтической работы с медицинскими работниками и создание специальных обучающих программ для медицинских работников. Деятельность таких учреждений должна быть направлена на оздоровление профессиональной среды медиков и формирование профессиональной (корпоративной, духовной) культуры врачей-онкологов, а также медицинского персонала онкологических учреждений.

## МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Т.С. ШЕГАЙ, Ю.А. МАГАРИЛЛ

*Областной онкологический диспансер, г. Кемерово*

В работе проведена оценка клинического течения местно-распространенного рака шейки матки (МРРШМ) у больных старших возрастных периодов.

**Материал и методы.** Сравнительный анализ клинического проявления рака шейки матки ПВ-ПШВ стадии проведен в трех возрастных группах. Первую группу составили 150 пожилых больных МРРШМ (в возрасте 60-74

лет), вторую основную группу – 26 больных старческого возраста (старше 75 лет). Группа сравнения была представлена 60 больными МРРШМ в возрасте 40-50 лет. Все больные получили противоопухолевое лечение в ОКОД г. Кемерово с 2003 по 2007 г.

**Результаты.** Анализ полученных данных выявил, что во всех изучаемых группах преобладали городские жительницы, в то же время

сельских жительниц старческого возраста (19,2%), заболевших МРРШМ, было достоверно меньше, чем в контрольной группе (43%). В анамнезе у больных старших возрастных групп чаще выявлялись метастатические злокачественные опухоли (7,7% у больных старческого возраста и 7,3% у больных пожилого возраста), в 11,5% наблюдалась отягощенная наследственность у ближайших родственников. Основная масса больных старших возрастных групп не были на приеме у врача-гинеколога более 10 лет. В анамнезе у больных старших возрастных групп наблюдался больший удельный вес медицинских абортотворений – 31%, в группе сравнения – 15,4%. Достоверно чаще у них встречалось позднее начало менструации – 57%, в группе сравнения – 12,3%, нарушения овариально-менструального цикла – 31% и 6,5% соответственно. Одинаково часто у больных всех групп в анамнезе отмечалась не леченая эрозия шейки матки, а у больных старших возрастных групп, кроме того, достоверно чаще отмечались различные воспалительные заболевания органов малого таза (52,7%). Наиболее частой жалобой у больных группы сравнения были выделения из половых путей разной степени выраженности (от мажущих до обильных), у больных пожилого возраста достоверно чаще наблюдался болевой синдром (31%), а у больных старческого возраста и бессимптомное течение (31%). Наиболее частым морфологическим вариантом МРРШМ как у больных пожилого (68,7%), старческого (73%), так и в группе сравнения (67,7%) был плоскоклеточный неороговевающий рак. Аденокарцинома достоверно чаще наблюдалась у больных старческого возраста (7,7%). Преобладающей стадией заболевания во всех группах была IIIВ стадия, удельный вес которой составил 98,6, 96,1 и 98,5% соответственно. Наиболее частой формой роста рака шейки

матки во всех группах была смешанная – 69,3, 80,7, 70,7% соответственно. Эндофитная форма рака шейки матки в 2 раза реже встречалась у больных пожилого возраста по сравнению с группой сравнения и не встречалась у больных старческого возраста, так же как и экзофитная форма роста. У больных старших возрастных групп преобладал параметрально-вагинальный вариант распространения опухоли и практически не встречался маточно-параметральный и маточно-вагинальный варианты. Анализ сроков и частоты рецидивов выявил, что у больных пожилого и старческого возраста рецидивы развивались значительно чаще, чем в группе сравнения. Так, у больных пожилого возраста, частота рецидивов составила 55,38%, старческого возраста – 80,75%, а у больных группы сравнения – 36%. В подгруппе старческого возраста при всех морфологических вариантах рака шейки матки наблюдался высокий удельный вес рецидивов: у 100% больных при плоскоклеточном ороговевающем раке шейки матки у 84,2% при плоскоклеточном неороговевающим и в 50% при аденокарциноме. У больных пожилого возраста и группы сравнения преобладало локорегионарное метастазирование, у больных старческого возраста оно наблюдалось в 52,4%, а в 42,9% выявлялось необычное для шейки матки прогрессирование процесса в виде канцероматоза брюшины. Клинически прогрессирование процесса в группе сравнения проявлялось в виде сочетания жалоб (47,3%), а у больных старших возрастных групп в виде болевого синдрома (33,4%), отсутствовали жалобы у 23,8% больных.

**Выводы.** У больных старших возрастных периодов имеются клинические особенности проявления МРРШМ как на этапе первичной диагностики, так и в процессе динамического наблюдения после окончания лечения.