

В свою очередь, эффективность технологии обусловлена применением комплекса тестов, позволяющих всеобъемлюще оценить состояние пациента с максимальной объективностью, основанной на использовании системы экспертных оценок и указании на тканевую принадлежность патологического очага.

Большое значение имеют тесты III этапа, диагностическому значению которых в последнее время отводится все возрастающая роль.

Предлагаемая схема обследования представляется достаточно эффективной по показателю числа установленных диагнозов и количеству пациентов, страдающих, что очень важно, онкопатологией, состояние которых первоначально было расценено как нормальное.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДЕРМАТОСКОПИИ ДЛЯ РАННЕЙ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Н. П. Малишевская, А. В. Соколова, С. А. Берзин, А. В. Будлянский

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии МЗ РФ,
Свердловский областной медицинский научно-практический центр «Онкология»

В последние годы заболеваемость населения Российской Федерации меланомой кожи (МК) неуклонно растет. В 1990-1999 г.г. ежегодно регистрировалось от 4273 до 5921 новых случаев МК, что составляет 10,5-11,2% от всех злокачественных новообразований кожи. Анализ онкоэпидемиологической ситуации по г. Екатеринбург, проведенный за период с 1993 по 1999 г.г. показал, что прирост абсолютного числа больных МК с впервые в жизни установленным диагнозом за последние 8 лет составил 57,4%. Наряду с увеличением показателей заболеваемости, возросших за указанный период на 71,1% с 3,8 до 6,5 случаев на 100 тыс. населения (по Российской Федерации заболеваемость мужчин составила 3,3, женщин – 4,6 на 100 тыс. нас.), отмечается значительный (в 3,7 раза) рост интенсивных показателей смертности больных меланомой кожи (с 0,7 до 2,6 на 100 тыс. населения) и их одногодичной летальности (с 8,5% до 16,4%). Это свидетельствует о возрастании доли больных, выявляемых на поздних (III-IV) стадиях заболевания: с 38,9% - в 1993 г. до 44,7% в 1999 г., при этом с 1996 по 1999 г.г. значительно увеличился удельный вес больных, у которых МК диагностирована в 4 стадии (с 7,2% до 22,4%), когда прогноз является неблагоприятным.

Проведенный ранее экспертный анализ причин поздней диагностики меланомы показал, что последнее в равной степени обусловлено поздним первичным обращением больных за медицинской помощью и ошибками в клинической диагностике МК на доонкологических этапах обследования больного.

Несмотря на то, что клинические признаки МК хорошо известны, большая частота и значительное многообразие пигментированных новообразований кожи (меланоцитарных, эпителиальных, сосудистых), визуально имитирующих меланому, нередко создает объективные трудности их дифференциальной диагностики в повседневной дерматологической, косметологической и онкологической практике.

В УрНИИДВиИ с 1998 г. внедрен неинвазивный скрининговый метод диагностики – поверхностная дерматоскопия с использованием ручного Delta 10 (Heine Optotechnik, Германия), представляющего собой оптическую систему, позволяющую визуализировать структуры, находящиеся в эпидермисе и в верхних слоях дермы, в том числе регистрировать отсутствие или наличие пигмента и характер его распределения. Результаты оценивались на основе стандартного дерматоскопического счета (суммы баллов диагностически значимых дерматоскопических признаков).

В условиях постоянного взаимодействия с онкологами и косметологами организована система направления в УрНИИДВиИ больных с подозрением на меланому кожи и новообра-

зованиями, сложными для визуальной клинической диагностики. Из 237 пациентов, обследованных методом дерматоскопии, направленных с диагнозом «меланоцитарное новообразование» (в том числе с подозрением на меланому), у 40 человек диагностирована меланома, у 119 - меланоцитарные (в том числе диспластические) невусы, у 19 – себорейная кератома, у 16 – гемангиома, у 1 – пламенеющий невус, у 6 – дерматофиброма, у 25 – пигментированные папилломы, у 3 – инфекционная гранулема, у 4 – базалиома, у 2 – метастазы меланомы кожи, у 1 - вирусные бородавки, у 1 - кожный рог. Дерматоскопический диагноз меланомы в 36 случаях из 40 (90,0%) был подтвержден результатами послеоперационного патоморфологического исследования, в остальных 10% патоморфологически были диагностированы пограничные невусы с различной степенью дисплазии (5,0%), высокодифференцированная гемангиома (2,5%), себорейная кератома (2,5%).

Применение дерматоскопии позволяет снизить риск неадекватных косметологических манипуляций при меланоцитарных новообразованиях кожи и уменьшить число случаев необоснованных оперативных вмешательств.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИИ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ РАКЕ ЯИЧКА

Л. В. Пивенштейн, А. А. Страхов, Е. Н. Гордеева

Свердловский областной медицинский научно-практический центр «Онкология»

Злокачественные опухоли яичка развиваются, как правило, у мужчин молодого и среднего возраста, составляя около 1% всех злокачественных новообразований этого контингента. Они входят в группу тех немногочисленных онкологических заболеваний, при которых возможно излечение с помощью химиотерапии. Даже при местно распространенных или первично генерализованных вариантах роль цитостатического компонента в терапии данной нозологической формы очень велика, а применение ПХТ позволяет в ряде случаев значительно продлить жизнь пациента или ощутимо улучшить ее качество. В течение года в отделении химиотерапии получают лечение примерно 15-20 пациентов с данным заболеванием.

Вниманию читателя представлены результаты лечения одного из них.

Пациент Л., 19 лет, впервые обратился в СОМНПЦ «Онкология» в 09.00 г. с жалобами на интенсивные боли в области проекции левой почки, усиливающиеся при ходьбе, движениях, выраженную слабость, плохой аппетит. Из анамнеза: в 03. 2000 г. по месту жительства выполнена орхфуникулэктомия по поводу семиномы левого яичка с метастазами в забрюшинные лимфоузлы. За шесть месяцев с момента операции проведено 4 курса системной ПХТ с Вепезидом, Карбоплатином, Блеомицином. В выписных документах нет данных о дозах цитостатиков, не уточнен режим введения. После проведения выше указанной терапии – ухудшение общего состояния, появление и прогрессирование жалоб, что и послужило поводом для обращения в центр «Онкология».

На амбулаторном этапе диагноз уточнен: выявлено наличие несеминозного рака яичка. Сонографически - гидронефротическая трансформация левой почки за счет сдавления оттеснения ее конгломератом забрюшинных лимфоузлов. При осмотре в стационаре обращало на себя внимание расширение сети подкожных сосудов передней брюшной стенки.

• Принимая во внимание прогрессирование после ранее проведенной системной ПХТ. объем и локализацию опухолевого конгломерата, сочтено оправданным применение регионарной внутриартериальной инфузии цитостатиков, позволяющей подвести противоопухо-