

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕЛАНОМОЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Шубина А.С.¹, Уфимцева М.А.¹, Петкау В.В.², Шабунина Л.А.²

¹Уральский государственный медицинский университет,

²Свердловский областной онкологический диспансер,

г. Екатеринбург

Меланома кожи относится к разряду особо злокачественных опухолей. Средняя 5-летняя выживаемость больных меланомой на поздней стадии составляет 18,0%, а медиана продолжительности жизни – 7,8 мес. В течение 25 лет отмечен устойчивый рост заболеваемости меланомой кожи во всех регионах мира, в том числе в России, интенсивный показатель заболеваемости в 2011 году составил 6,1 на 100 тыс. населения, а в 2015 г. возрос до 6,5.

Диагностика на ранней стадии заболевания значительно улучшает прогноз заболевания. Установлено, что 10-летняя выживаемость больных меланомой кожи со степенью инвазии по Бреслоу $\leq 0,5$ мм находится в диапазоне от 82,0% до 97,0%. Таким образом, чрезвычайно актуальным является изучение эпидемиологических особенностей заболеваемости данной неоплазией для разработки современных медико-профилактических технологий.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по заболеваемости меланомой в Свердловской области.

Материалы и методы. Анализ уровня и динамики заболеваемости меланомой осуществлялся на основании данных форм государственной статистической отчетности, утвержденных Приказом Росстата от 29 декабря 2011 г. №520: годовые формы отчетной документации – Форма №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», Форма №35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями».

Результаты исследования и их обсуждение. В Свердловской области в 2011 г. интенсивный показатель заболеваемости меланомой на 100 тыс. населения составил 6,2; в 2015 г. достиг максимальных показателей и возрос до 7,9.

Удельный вес больных меланомой III и IV стадии за период 2011-2015 гг. находился в диапазоне от 22,3% до 29,1%.

При этом преобладали женщины, городские жители (81,5%), причем жителей г. Екатеринбург было 35,5%. Средний возраст женщин, больных меланомой III, IV ст. составил 63 года, мужчин – 57 лет. Обращает внимание высокий удельный вес лиц трудоспособного возраста: 31,6% женщин, 54,1% мужчин. Кроме того, локализация опухоли на участках, видимых самим больным, от-

мечается в 62,0%. Злокачественная меланома нижней конечности, включая область тазобедренного сустава, установлена у 37,0% таких больных, злокачественная меланома туловища – 31,5%, злокачественная меланома верхней конечности, включая область плечевого сустава – 15,1%.

При сборе анамнеза установлено, что 25,2% больных обращались в течение последнего года к врачам различных специальностей, в том числе к пульмонологу и кардиологу, однако лишь в 7,0% случаев больной был направлен к онкологу.

Выводы. Меланома кожи относится к опухолям визуальной локализации и выявлено в поздней форме (III и IV стадии) заболевания в 2015 г. 26,8% случаев.

Меланома III и IV стадии заболевания выявлена у каждого второго мужчины, каждой третьей женщины трудоспособного возраста.

Несвоевременная диагностика меланомы свидетельствует о низком уровне противораковой пропаганды среди населения и недостаточной онкологической грамотности медицинских работников общей лечебной сети.

Результаты эпидемиологического исследования обуславливают необходимость разработки медико-организационных технологий по раннему выявлению меланомы в Свердловской области.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ГРАНИЦ ДЛЯ ИТРАКОНАЗОЛА: «ЗА» И «ПРОТИВ»

Яковлев А.Б.

Центральная государственная медицинская академия,
Москва

С 2012 года в России разрешено применять препараты итраконазола для системной терапии микозов с 3-х летнего возраста.

Цель работы. Изучить соотношение эффективности и безопасности системной терапии микроsporии волосистой части головы у детей в возрасте 5 – 9 лет с применением гризеофульвина и итраконазола.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 19 детей в возрасте от до 9 лет. Всем пациентам диагноз микроsporии волосистой части головы (ВЧГ) был подтвержден обнаружением гриба, свечения в лучах лампы Вуда; у 7 пациентов был получен рост возбудителя в культуре (у 5 пациентов – *Microsporum canis*, у 2 – *M. audouinii*). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 12 детей в возрасте от 6 до 9 лет с микроsporией ВЧГ, получали лечение гризеофульвином из расчета 22 мг/кг в сутки по стандартным схемам;