

представление о патологии, насторожит в отношении ее своевременной диагностики.

Список литературы

1. Байгабулова М.С. Особенности клинических вариантов склеродермии у детей / М.С. Байгабулова, Ж.Б. Абдикадирова, А.М. Булакбаева // Вестник КазНМУ. – 2014. – № 4. – С. 88-89.

2. Старовойтова М.Н. Поражение кожи при системной склеродермии / Н.А. Старовойтова // Научно-практическая ревматология. – 2010. – № 2. – С. 83-86.

3. Старовойтова М.Н. Профиль аутоантител при системной склеродермии / М.Н. Старовойтова, О.В. Денисинова, О.А. Конев, О.Б. Овсянникова // Научно-практическая ревматология. – 2016. – Т. 54 – № 4. – С. 418-423.

4. Чотчаева Ф.Р. Диагностика и лечение системной склеродермии / Ф.Р. Чотчаева, А.С. Зыкова, П.И. Новиков, С.В. Моисеев // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – Т. 27. – №1. – С. 26-33.

5. Шостак Н.А. Системная склеродермия: современная классификация и методы лечения / Н.А. Шостак, А.А. Клименко // Лечебное дело. – 2009. – № 4. – С. 4-12.

6. Barnett A.J. A survival study of patients with scleroderma diagnosed over 30 years (1953-1983): the value of a simple cutaneous classification in the early stages of the disease. / A.J. Barnett, M.H. Miller, G.O. Littlejohn // The Journal of rheumatology. – 2006. –V. 15 – P. 76-83.

УДК 616-006.81

Зубцов М.С.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ В ПОПУЛЯЦИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра дерматовенерологии

Кафедра онкологии

Курский государственный медицинский университет

Курск, Российская Федерация

Zubtsov M.S.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF HEAD AND NECK MELANOMAS IN COMPARISON WITH OTHER LOCALIZATIONS IN KURSK REGION POPULATION

Department of Dermatology and Venerology

Department of Oncology

Kursk State Medical University

Kursk, Russian Federation

E-mail: zumi19979@yandex.ru

Аннотация. Проведен анализ клинико-морфологических данных о 521 больном верифицированной гистологически меланомой кожи различных локализаций, находившихся на лечении в различных клиниках г. Курска с 2013 по 2017 год с целью выявления клинико-морфологических особенностей меланом головы и шеи в сравнении с другими локализациями. Выявлены статистически значимые особенности клинико-морфологических данных меланом головы и шеи.

Annotation. The analysis of clinical and morphological data on 521 hospitals verified by histologically melanoma of the skin of different locations located in different clinics of Kursk from 2013 to 2017 in order to identify the clinical and morphological features of melanoma of the head and neck in comparison with other localizations. Statistically significant features of clinical and morphological data of head and neck melanoma were revealed.

Ключевые слова: меланома головы и шеи, меланома, опухоли головы и шеи, меланомы в Курской области.

Key words: head and neck melanomas, melanoma, tumours of the head and neck, melanomas in Kursk Region

Введение

Диагностика и лечение меланомы кожи являются одной из актуальных проблем в современной онкологии. Среднегодовой темп прироста заболеваемости этой опухолью в мире составляет около 5%. В России ежегодно регистрируется более 5700 случаев этой патологии и более 2200 человек умирают от нее. В 2017г. стандартизованный показатель заболеваемости меланомой кожи в России у мужчин равнялся 4,4 и у женщин – 6,3 на 100 тыс. Прирост же абсолютного числа заболевших меланомой среди мужчин и женщин в 2017 г. составил, соответственно, 16,4 и 17,4%. В целом по России с 2012 по 2017 г. заболеваемость меланомой кожи увеличились на 16,7%. [2].

Давно известно, что меланомы кожи головы и шеи (МГШ), которые составляют около 12% от всех меланом кожи, отличаются агрессивным клиническим течением и наиболее низкой выживаемостью больных. Так, по данным НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 5-летняя выживаемость больных меланомой кожи головы и шеи при 1-ой стадиях оказалась равной 54,7%, тогда как при иных анатомических локализациях выживаемость варьировала от 60,6% до 70%. [2]

Цель исследования – анализ клинико-морфологических особенностей меланомы головы и шеи в сравнении с другими локализациями.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования послужили клинико-морфологические данные о 521 больных верифицированной гистологически меланомой кожи различных локализаций, находившихся на лечении в различных клиниках г. Курска с 2013

по 2017 год. В исследование не вошли больные с внекожной локализацией опухоли. У 89 пациентов меланомы располагалась на коже головы и шеи. Оставшиеся 432 больных с локализацией первичной опухоли на коже конечностей и туловища послужили контрольной группой.

При анализе медицинской документации пациентов, включённых в исследование, фиксировались следующие данные: пол и возраст больного, анатомическая локализация и сублокализация опухоли. Детально регистрировались морфологические параметры первичной опухоли: толщина по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, наличие изъязвления, уровень митотической активности, степень лимфоидной инфильтрации, пигментация, клеточный тип и характер роста меланомы.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программного пакета STATISTICA 13 StatSoft, Inc. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным $p=0,05$. Сравнение в группах осуществляли с помощью непараметрических критериев: хи-квадрат, Манна-Уитни и точного критерия Фишера для малых выборок.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате работы выяснено, что гендерных различий в локализации меланомы в области головы и шеи по сравнению с туловищем и конечностями нет ($p<0,05$). Однако, при оценке сублокализации опухолей на голове и шее мужчины достоверно чаще страдают меланомой волосистой части головы (в 1,5 раза чаще; $p<0,05$), а женщины чаще страдают меланомами лица (в 6,75 раз чаще мужчин; $p<0,05$).

При оценке возрастного состава больных меланомой было выявлено, что средний возраст больных меланомой головы и шеи на 4,4 года больше, чем у больных меланомой других локализаций. Кроме того, мужчины, страдающие МГШ, на 6,1 лет старше мужчин, страдающих меланомами других локализаций, а женщины соответственно старше на 5,8 лет. Также при оценке возрастного состава сублокализации МГШ было выяснено, что самый большой возраст – у больных меланомой лица (79,9 лет; мужчины – 83,3 лет; женщины – 79,4 лет), самый маленький возраст у больных меланомой шеи (56,8 лет; мужчины – 57,1 лет; женщины – 56,4 лет). Данный факт необходимо учитывать при проведении хирургического лечения данных форм меланомы.

При оценке формы роста чаще всего наблюдалась нодулярная форма роста во всех локализациях. Статистически значимых отличий в распределении форм роста МГШ и меланом других локализаций не выявлено. Помимо этого, не выделено статистически значимых различий форм роста при оценке сублокализации МГШ. С прогностической точки зрения это неблагоприятная форма меланомы, при которой отсутствует фаза радиального роста [3].

При оценке клеточного типа опухоли было статистически достоверно выяснено, что при МГШ чаще других встречается веретеночелочная форма, в

то время при других локализациях чаще встречается эпителиоидноклеточная форма.

При оценке уровня инвазии по Кларку статистически значимых различий между МГШ и меланомами других локализаций не выявлено, различий при оценке сублокализаций МГШ также не выявлено.

При оценке толщины опухоли по Бреслоу было выявлено, что МГШ толще на 3 мм, чем меланомы других локализаций. Статистически значимых различий в толщине опухоли при оценке сублокализации МГШ не выявлено. В настоящее время TNM классификация меланом кожи осуществляется на основании толщины опухоли, которая для меланом всех локализаций является универсальным и наиболее мощным прогностическим фактором [4].

Выявлена умеренной силы корреляционная связь между глубиной инвазии по Кларку и толщиной опухоли по Бреслоу при локализации меланомы на туловище и конечностях ($r = +0,6$, $p < 0,05$). Данная связь немного сильнее, чем при локализации на голове и шее ($r = +0,43$, $p < 0,05$). Также при оценке корреляционной связи в различных сублокализациях меланом выявлено, что сильная корреляционная связь между толщиной опухоли по Бреслоу и глубиной инвазии по Кларку имеется в области волосистой части головы и шеи.

При анализе изъязвлений опухоли было выяснено, что она наблюдалась примерно у 40% больных в обеих группах, однако статистически значимых различий выявлено не было. При анализе МГШ статистически значимых различий в частоте изъязвления опухолей различных сублокализаций также выявлено не было.

При анализе пигментаций опухоли было выяснено, что пигментация в опухолях головы и шеи встречалась достоверно чаще, чем в опухолях головы и туловища. При изучении пигментации МГШ в зависимости от сублокализации статистически значимых различий выявлено не было. Усиление пигментации в области головы и шеи по данным литературы является хорошим прогностическим признаком. Это подтверждается ухудшением прогноза заболевания у больных с беспигментной формой меланомы кожи [1].

При анализе лимфоидной стромы опухоли статистически достоверно установлено, что умеренная и слабая инфильтрация в опухолях туловища и конечностей встречается в 1,8 раза чаще, чем в МГШ. При анализе с учётом сублокализации среди МГШ значимых различий выявлено не было. Ряд авторов считают, что лимфоидная инфильтрация характеризует иммунный ответ организма и в целом благоприятно влияет на течение заболевания [5].

При оценке частоты метастазирования опухоли было достоверно установлено, что при поступлении в стационар метастазы в лимфатические узлы отмечались у 12,05% больных МГШ и у 5,85% с локализацией опухоли на туловище и конечностях (в 2,06 раза чаще). В группе МГШ не выявлено различий в частоте лимфогенных метастазов в зависимости от сублокализации.

Выводы:

1. Гендерных различий между МГШ и меланомами других сублокализаций не выявлено. Однако, при оценке сублокализаций МГШ выявлено, что мужчины в 1,5 раза чаще страдают меланомами волосистой части головы, а женщины в 6,75 раза чаще страдают меланомами лица.

2. Средний возраст больных меланомой головы и шеи на 4,4 года больше, чем у больных меланомой других локализаций. Кроме того, мужчины, страдающие МГШ, на 6,1 лет старше мужчин, страдающих меланомами других локализаций, а женщины соответственно старше на 5,8 лет.

3. МГШ клинико-морфологически характеризуются большей частотой веретеночелюстных форм опухоли; большей опухоли толщиной по Бреслоу (на 3 мм больше меланом других локализаций); более сильной пигментацией опухоли; слабой лимфоидной инфильтрацией; более частым метастазированием опухоли.

Список литературы:

1. Вагнер, Р.И. Показания к профилактической регионарной лимфаденэктомии при первичных меланомх кожи головы и шеи / Р.И. Вагнер, В.В. Анисимов// Вестник хирургии. – 1998. – № 10. – С. 8-128.

2. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению в России в 2017 году/ А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – 236 с.

3. Gussack, G.S. Cutaneous melanoma of the head and neck. A review of 399 cases/ G.S. Gussack, D. Reintgen, E. Cox [et al.]// Ann. Surg. Oncol. – 2013. – №10. – P. 21-26.

4. Phan, A. Acral lentiginous melanoma: a clinicoprognostic study of 126 cases/ A. Phan, S. Touzet, S. Dalle [et al.]// Br. J. Dermatol. – 2006. – 155(3). – P. 561-569

5. Tuthill, R.J. Risk Assessment in Localized Primary Cutaneous Melanoma/ R.J. Tuthill, J.M. Unger, P.Y. Liu [et al.]// American Journal of Clinical Pathology.– 2012. – Vol. 118. - № 4. – P. 110-128.

УДК 616.973

¹Комаров А.А., ¹Уфимцева М.А., ²Ворошилина Е.С. К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ГОНОРРЕИ

¹Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности

²Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

¹Komarov A.A., ¹Ufimtseva M.A., ²E.S. Voroshilina ON THE DIAGNOSIS OF GONORRHEA

¹Department of dermatovenerology and life safety