

русской национальности оказалось 51 человек (91 %), бурятов — всего 5 (8,9%), что составляет 7,6 и 1,8 на 100000 населения соответственно, т.е. лица русской национальности болеют в 4,8 раза чаще.

Значительный процент по заболеваемости наблюдался у русских женщин — 58,9 % (9,4 % по сравнению с 5,6 % у мужчин). Такой высокий процент связан со многими факторами: светлая кожа с низким уровнем пигментации, склонность к солнечным ожогам, эндокринные факторы, индивидуальные особенности организма. Большую часть заболевших женщин-русских составляла возрастная группировка старше 50 лет. 14,3 % — женщины в возрастном периоде 65—69 лет; 10,2 % — 75—79 лет; 7,1 % — в возрасте 50—54, 60—64, 70—74 года. Функциональные изменения эндокринной системы, связанные с климактерическим периодом в этом возрасте, резко изменяют гормональный фон. Этот фактор оказывает влияние на пигментный обмен и способствует возникновению меланомы кожи. В целом следует отметить, что женщины России болеют чаще женщин Бурятии в 2,5—3 раза. По стандартизованным показателям заболеваемости женщины меланомой среди территорий России Республика Бурятия занимает одно из последних мест.

Возраст больных меланомой составил 28—81 год. Заболеваемость увеличивается с возрастом, и наиболее высокие по возрасту показатели были отмечены в возрастной группе 65—69 лет (19,6 %). Средний возраст —  $68,5 \pm 2,4$  лет. Также повышенные показатели наблюдались в возрастных группах: 75—79 лет — 16 %; 60—64 и 70—74 лет — 14,3 %.

Что касается локализации первичной опухоли, то подтвердились данные литературы о распространенности меланомы кожи туловища — 20 случаев (35,7 %) и нижних конечностей — 15 случаев (26,8 %). Меланомы кожи головы наблюдались (суммарно по лицевой, волосистой, височной и заушной областям) в 13 случаях (23,2 %). Причем здесь преобладает меланома кожи носовой области — 7,1 %. Имелся один случай меланомы угла глаза.

Проанализировав данные, мы выяснили, что высока доля меланомы кожи спины (13 случаев) и меланомы кожи голени (9 случаев) среди других различных локализаций туловища. Это составляет в экстенсивном показателе 23,2 % и 16 %, соответственно. Здесь подтверждаются данные об отсутствии связи развития опухоли на открытых областях тела, наиболее подвергаемых инсоляции, в отличие от плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи. Исключение составляет более частое поражение кожи голени у женщин, т.е. именно той части тела, которая оказывается наименее защищенной от солнца. Максимальный удельный вес у мужчин (57,1 %) приходится на злокачественную меланому кожи туловища, а у женщин — на меланому кожи нижних конечностей (40 %).

В ходе анализа мы обнаружили 12 случаев роста меланомы кожи из пигментного невуса, причем «любимые» места локализации — область спины и верхних конечностей. Наблюдалось 8 случаев малигнизации в результате механической травмы уже существующего невуса. Отмечалось 15 случаев роста на неизменной коже. Также был случай образования опухоли после укуса клеща и образование меланомы из невуса кожи через 2 месяца после его хирургического лечения.

Лечение меланомы кожи проводится с учетом стадии, осложнений, и требует индивидуального подхода. В 88,6 % случаев использовался хирургический радикальный метод лечения, связанный с течением заболевания и его стадией. Из них: в 32,9 % случаев использовался оперативный метод широкого иссечения опухоли с пластикой кожного лоскутом; в 27,1 % случаев выполнялось иссечение опухоли с целью гистологического исследования для подтверждения диагноза и последующих действий для лечения. Также за данный период проводились лимфаденэктомии (15,7 %), операция Дюкена (5,7 %) и др., с учетом особенностей метастазирования и локализации.

В 11,4 % случаев проводилось комбинированное лечение в связи со спецификой заболевания. В основном, это сочетание предоперационной лучевой гамма-терапии и хирургического лечения (4,3 %). Также наблюдались сочетанные хирургические вмешательства (2,8 %).

Необходимо отметить, при профилактических осмотрах в 2005 г. не выявлено ни одного больного (в России — 11,5 %). Морфологическая верификация достигнута у 80 % больных, в России — 97,4 %. Одногодичная летальность составила 20 %, в России — 14,1 %. Пятилетняя выживаемость составила 50,6 % больных.

Таким образом, отмечается низкая заболеваемость меланомой кожи коренного населения (в 5 раз). Необходимы дальнейшие усилия по борьбе с меланомой, прежде всего, раннее ее выявление.

**Т.Г. Жерлова, А.В. Карпович**

## **НОВЫЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ И КАРДИОСПАЗМА**

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

Ахалазия кардии составляет от 3 до 20 % всех заболеваний пищевода и встречается во всех возрастных группах, однако наиболее часто ему подвержены мужчины и женщины в возрасте от 20 до 50

лет, при этом хирургическому лечению подвергаются только 10 – 15 % пациентов. При этом ряд авторов склонны выделять истинную ахалазию кардии, причиной которой являются врожденный дефицит или дегенерация нейронов в ганглиях межмышечного (аурбаховского) нервного сплетения, и функциональный кардиоспазм, вызванный конституционной неврогенной дискоординацией моторики пищевода, рефлекторной дисфункцией пищевода или стрессом, длительным эмоциональным напряжением.

### ЦЕЛЬ

Разработать объективный метод дифференциальной диагностики кардиоспазма и ахалазии кардии, позволяющий выбрать наиболее эффективный способ лечения.

### МЕТОДЫ

Одним из современных способов диагностики заболеваний пищевода и нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в частности является эзофагеальная манометрия. Манометрическими критериями ахалазии кардии являются гипертонус НПС (более 40 мм рт. ст.), отсутствие полного расслабления при глотке (расслабление менее 60 %) и снижение амплитуды или полное отсутствие пищеводной перистальтики. Для дифференциальной диагностики ахалазии и кардиоспазма данное исследование нами было дополнено фармакологической пробой: после первоначального исследования пациенту выполнялась внутримышечная инъекция сибазона в дозе 0,15 мг/кг массы тела и но-шпы в дозе 0,57 мг/кг массы тела. Через 15 минут после инъекции исследование повторяли. При снижении тонуса НПС менее 40 мм рт. ст. и расслаблении его более 60 % при глотании делали вывод о функциональном характере патологии (кардиоспазме) и назначали консервативное лечение. При отсутствии существенных изменений в показателях по сравнению с базовыми диагностировали истинную ахалазию кардии и проводили оперативное лечение.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Предлагаемым способом в условиях хирургического стационара с 2000 по 2006 год обследовано 44 пациента с предварительным диагнозом ахалазии кардии II – III степени. Из них 12 мужчин и 32 женщины, средний возраст  $34,4 \pm 7,2$  года (диапазон: 26 – 45 лет). Диагноз выставлялся на основании комплексного обследования, включавшего ФЭГДС, эндоскопическую ультрасонографию, рентгеноскопию с барием. При выполнении исследования согласно предлагаемому способу у 16 пациентов установлен органический характер поражения НПС, у остальных 28 – функциональный кардиоспазм.

Всем 28 пациентам с диагнозом кардиоспазма назначалась консервативная терапия, включавшая проведение 4 – 6 сеансов пневматической кардиодилатации с интервалами 4 – 5 дней и экспозицией 3 – 5 минут с последующим назначением нитросорбида или коринфара (по 1 таблетке до еды) и седативных препаратов. Шестнадцати пациентам с ахалазией кардии выполнено оперативное лечение в объеме тотальной демускуляризации абдоминального отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Результаты оценивали через 6 месяцев после первого сеанса кардиодилатации или операции с последующим ежегодным контролем. Средний срок динамического наблюдения пациентов составил  $4,2 \pm 2,5$  года.

В группе пациентов, получавших консервативную терапию, у всех больных отмечен хороший и стойкий положительный эффект, при этом у 9 пациентов рецидива не отмечалось в течение всего периода наблюдения. У остальных 19 пациентов рецидивы спазма отмечались не раньше, чем через 2 года после первого курса пневмодилатации и также успешно купировались повторными курсами.

Среди 16 оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде никаких хирургических осложнений не отмечалось. Эффект от лечения наблюдался с первых дней после операции и сохранялся на протяжении всего периода динамического контроля (до 7 лет). Рецидива не отмечено ни у одного из пациентов данной группы.

### ВЫВОДЫ

Предлагаемый способ дифференциальной диагностики ахалазии кардии и кардиоспазма является высокоточным способом, позволяющим дифференцировать органическое и функциональное поражение нижнего пищеводного сфинктера и служит более объективным показателем для уточнения характера лечения.