

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЛАНОМЫ КОЖИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА 2003-2007 гг.

С. Н. ГЫРЫЛОВА, Т. Г. РУКША

Кафедра патологической физиологии, КрасГМУ, г. Красноярск

Актуальность. Меланома кожи относится к наиболее злокачественным онкологическим заболеваниям. Заболеваемость меланомой растет во всем мире. В России абсолютное число впервые выявленных случаев данного заболевания с 1982 г. увеличилось в 2 раза, заболеваемость в 2002 г. составляла у мужчин 3,0, у женщин 3,5.

Цель исследования. Изучение заболеваемости меланомой кожи на территории Красноярского края и выявление факторов риска развития данного заболевания.

Материал и методы. Оценка заболеваемости, смертности, характеристика верификации диагноза меланомы кожи и других злокачественных новообразований кожи проводилась по данным годовых статистических отчетов. Проведен также ретроспективный анализ 350 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в ККОД с 2003 по 2007 гг. с диагнозом злокачественная меланома кожи (рубрика С43) в соответствии с МКБ-10. Для обработки полученных данных использован пакет программ Statistica 6.0.

Результаты. Заболеваемость меланомой кожи в Красноярском крае с 2003 по 2007 гг. выросла с 3,2 до 4,3 на 100 тыс. населения, при этом среди мужского населения—с 2,0 до 3,6 (увеличилась в 1,8 раз), среди женского—с 4,3 до 4,9. На протяжении исследуемого периода сохраняется на одном уровне число больных меланомой кожи, выявляемых на I-II стадии заболевания. В 2007 г. отмечается резкое увеличение показателя смертности от меланомы — в 1,7 раз по сравнению с 2006 годом, или 2,7 на 100 тыс. населения.

Были проанализированы истории болезней 350 пациентов с меланомой кожи, из которых 238 человек были женщины, 112—мужчины. Средний возраст больных был $56,3 \pm 0,79$ года. Из 350 пациентов 255 человек были с впервые

установленным диагнозом (72,5%). Был проведен анализ стадирования меланомы по классификации AJCC, достоверных различий по полу при этом не выявлено. У 54 (21%) меланома кожи определялась на III-IV стадиях, то есть у этой группы больных имелись метастазы. Средний возраст пациентов, выявленных на III-IV стадиях заболевания, достоверно не отличался от среднего возраста пациентов с I-II стадиями заболевания.

У мужчин достоверно чаще, чем у женщин, встречалась локализация в области туловища 52% и 32,5% соответственно ($p < 0,05$). У женщин достоверно чаще, чем у мужчин меланома локализовалась в области нижних конечностей 37% и 19% соответственно ($p < 0,05$). В группе пациентов с локализацией меланомы в области нижних конечностей доля пациентов без метастазов достоверно больше, чем в группах пациентов с локализацией в области туловища ($p < 0,05$) и с локализацией на верхних конечностях ($p < 0,05$).

Среди клинико-морфологических разновидностей наиболее часто встречалась поверхностно распространяющаяся меланома (57%), а также узловая форма пигментной меланомы (28%). При анализе структуры распределения клинико-морфологических форм меланомы по полу значимых различий не было выявлено. При сравнении локализации этих наиболее распространенных форм меланомы были выявлено, что узловая меланома достоверно чаще, чем поверхностно распространяющаяся, локализовалась в области туловища (53% и 38% соответственно, $p < 0,05$) и в области наружных половых органов (6% и 1% соответственно, $p < 0,05$). С другой стороны, не было отмечено ни одного случая узловой меланомы с локализацией в области лица, шеи и волосистой части головы. У одной пациентки был установлен достаточно редкий

диагноз узловой меланомы, развившейся из голубого невуса.

В проведенном исследовании выявлено, что пациенты с меланомой 1-3 уровня инвазии по Кларку (инвазия до сетчатого слоя дермы) имеют меньший риск возникновения метастазов, а достоверное увеличение риска метастазирования наблюдается у пациентов с 5 уровнем инвазии (инвазия в подлежащую жировую клетчатку).

Выводы. В Красноярском крае имеется тенденция к увеличению заболеваемости меланомой кожи, а также увеличение смертности от этого злокачественного новообразования кожи. Были определены клинические и гистопатологические факторы, влияющие на развитие болезни, ее рецидивы и метастазы.

Клинические факторы прогноза. Было отмечено, что излюбленная локализация опухоли у мужчин – туловище, у женщин – нижние конечности. В целом, опухоли нижних конечностей

имели достоверно меньший риск развития метастазов, чем туловища и верхних конечностей. Хотя пол не является независимым фактором прогноза, для женщин характерна локализация меланомы на нижних конечностях, что уже предполагает лучший прогноз, но достоверно выявленного повышенного риска развития метастазов у мужчин, чем у женщин, не было. Также не было выявлено увеличения риска развития метастазов в зависимости от возраста.

Гистологические факторы риска. Толщина или уровень инвазии опухоли – остается надежным индикатором вероятности метастазирования. Хотя считается, что подтип меланомы рассматривается как важный прогностический фактор, между пациентами с наиболее частыми формами меланомы – поверхностно распространенной и узловой, достоверных различий ни по возрасту, ни по полу, ни по риску метастазирования выявлено не было.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ АРОМАТАЗЫ В ТКАНИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ С ОСОБЕННОСТЯМИ ОПУХОЛИ И ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ

М.А. ДАНИЛОВА, А.Ю. КОВАЛЕВСКИЙ, С.Я. МАКСИМОВ, Э.Д. ГЕРШФЕЛЬД, Л.М. БЕРШТЕЙН

Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В патогенезе значительной части случаев рака эндометрия (РЭ) ведущая роль отводится избыточной эстрогенной стимуляции, источником которой могут быть гонады и внегонадный синтез эстрогенов, включая саму опухолевую ткань. Учитывая тот факт, что ароматаза является ключевым ферментом эстрогенообразования, существует необходимость продолжения изучения тех факторов, которыми определяется ее активность в ткани РЭ, что может оказаться полезным при выборе метода гормонотерапии данного заболевания.

Цель работы состояла в изучении активности ароматазы (АА) в малигнизированной ткани эндометрия и исследования связи этого показателя с особенностями опухоли и организма больных, включая патогенетический вариант заболевания.

Материал и методы. АА оценивалась в образцах ткани рака эндометрия, полученных в период 2000-2008 гг. у 89 больных до начала какой-либо специфической терапии. 54 наблюдения принадлежали к I типу заболевания, 35 – ко II. Возраст больных колебался от 31 до 80 лет. Более 80% пациенток находились в менопаузе, 72% – в I стадии заболевания. У 19 больных имелся сахарный диабет. По гистологическому строению в 92% случаев выявлена аденокарцинома. Активность ароматазы определяли радиометрическим методом, основанным на превращении меченого по тритию андрогенного предшественника (1β - 3 H-андростендиона) в «тяжелую воду» (3 H- H_2O).

Результаты. АА в опухолевой ткани варьировала в пределах от 0 до 28 фм/мгБ/ч, составив в среднем $8,18 \pm 0,08$ фм/мгБ/ч; при этом при-