

При исследовании содержания ИЛ-4 в аспирате из полости матки у женщин с заболеваниями эндометрия достоверных отличий от контрольной группы не найдено.

При исследовании периферической крови нами отмечено, что показатели концентрации ФНО α , ИЛ-2, ИЛ-1 β , ИЛ-4 у здоровых женщин и пациенток с заболеваниями эндометрия статистически значимо не отличаются (табл. 2).

Выводы

1. Содержание ФНО α в аспирате из полости матки при фоновых заболеваниях эндометрия выше в 45,6 раза, при предраковых процессах — в 388,2 раза, а при раке эндометрия — в 1901,6 раза, чем в периферической крови.

2. Экспрессия ИЛ-2 в аспирате матки при фоновых заболеваниях эндометрия выше в 15,7 раза, при предраковых процессах — в 19,9 раза, а при раке эндометрия — в 31,7 раза, по сравнению с периферической кровью.

3. Уровень ИЛ-1 β больше в 2,8 раза при фоновых заболеваниях эндометрия, в 4,7 раза — при предраковых

процессах и в 6,6 раза — при раке эндометрия, чем в периферической крови.

4. Исследование уровней ФНО α , ИЛ-1 β и ИЛ-2 в аспиратах из полости матки повышает точность дифференциальной диагностики заболеваний эндометрия и позволяет составить прогноз их клинического течения.

Л и т е р а т у р а

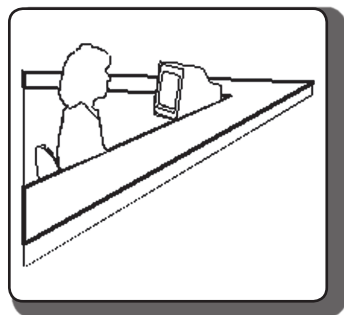
1. Серов В.П., Прилепская В.П., Пшеничникова Т.Я. Гинекологическая эндокринология. М.: Медицина, 1993. 499 с.

2. Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н., Горенкова О.С. и др. // Рос. вестник акушера-гинеколога. 2004. №1. С. 27-30.

3. Озолина Л.А., Патрушев Л.И., Жордания К.И. и др. // Рос. вестник акушера-гинеколога. 2005. №1. С. 32-35.

4. Погосян Н.Р., Жордания К.И. // Современная онкология. 2002. Т. 4, №3. С. 3-8.

5. Бохман Я.В. Рук-во по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2002. 523 с.



УДК 616.51 - 006 - 03] - 07(571.620)

А.Ю. Марочко, Н.Э. Косых, А.И. Брянцева

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Меланома кожи (МК) является относительно редкой формой злокачественных новообразований. В структуре онкологической заболеваемости населения Хабаровского края она занимала 17 место у мужчин и 12 — у женщин [3]. В последние 5 лет в крае ежегодно регистрируется от 45 до 60 новых случаев заболевания, это почти в 2 раза больше, чем в 1987-1990 гг. Несмотря на широкое внедрение в практику современных методов диагностики рака, основным методом выявления МК остается обычное клиническое обследование пациента. В связи с этим, знание медицинскими работниками и населением основных симптомов и особенностей течения опухоли приобретает большое значение, особенно учитывая тот факт, что у 35,3% больных при первом обращении устанавливается 3 или 4 стадия заболевания.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений и состояние диагностики МК в Хабаровском крае.

Материалы и методы

В исследование включены сведения о 331 больном с морфологически верифицированной МК, обследованном в Хабаровском краевом онкологическом диспансере в 1990-1999 гг., что составляет 72,4% от всех случаев заболевания. У всех больных изучены жалобы, анамнез, клинические проявления, результаты проведенных обследований, дооперационный диагноз, глубина инвазии по Кларку и стадия заболевания, характер проведенного лечения. Все больные прослежены в течение не менее 5 лет.

Результаты и обсуждение

На рис. 1 представлена частота поражения меланомой различных отделов тела. Как видно из рисунка, наиболее часто опухоль поражает кожу нижних конечностей и спины. МК головы и шеи — только на 3 месте, в противоположность раку кожи, преимущественно локализуемому на коже лица [1]. Обращает на себя внимание

относительно высокая частота метастазов МК без выявленного первичного очага, встречающихся, по данным литературы, в 2-5% случаев [1, 5].

У мужчин преимущественной локализацией МК является спина (35,0%), у женщин — нижние конечности (36,5%). Важное значение в диагностике МК имеет визуальная оценка опухоли, в первую очередь ее цвет. На рис. 2 представлена частота МК различного цвета. Как видно из рисунка, несмотря на то, что опухоли черного и темно-коричневого цвета встречаются наиболее часто, на их долю в целом приходится только 58,5%. При этом «классические» темные меланомы чаще возникают на месте врожденных и длительно (более 10 лет) существующих невусов (66,9%), чем МК de novo (51,9%) ($p < 0,05$). Напротив, беспигментные опухоли в 6,5 раза чаще развиваются на неизменной коже.

Наиболее частыми симптомами, заставившими больных обратиться к врачу, были: рост опухоли (69,5%), изъязвление (29,8%), изменение цвета (26,2%) и появление образования (21,5%). Необходимо отметить, что изъязвление не является ранним симптомом МК [4]. Так, при стадии T1-2N0M0 оно встречалось у $39,6 \pm 3,8\%$ пациентов, тогда как при более распространенных процессах, значительно чаще — у $66,7 \pm 4,0\%$ ($p < 0,001$). Кроме того, сам факт появления опухоли у больных МК de novo явил-

Резюме

В работе представлены результаты анализа клинических проявлений и диагностики 331 больного меланомой кожи. Число диагностических ошибок составило 28,8%. Наиболее часто ошибки отмечались у лиц до 30 лет, при малопигментных и беспигментных опухолях, меланомах, возникших на неизменной коже, при локализации на спине, нижних конечностях, области головы и шеи. У 35,3% больных выявлена 3 или 4 стадии заболевания.

A.Y. Marochko, N.E. Kosykh, A.I. Bryantseva

CLINICAL REVEALS AND DIAGNOSTICS OF SKIN MELANOMA IN THE Khabarovsk REGION

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

In this article results of analysis of clinical reveals and diagnostics of 331 patients with skin melanoma. The part of diagnostic mistakes forms 28,8%. The most frequently mistakes were found with patients under 30 years, little pigment and non-pigment tumors, arising on unaltered skin, localizing on back, legs, neck, head. The 3-d or 4-th stage of disease was found in 35,3% patients.

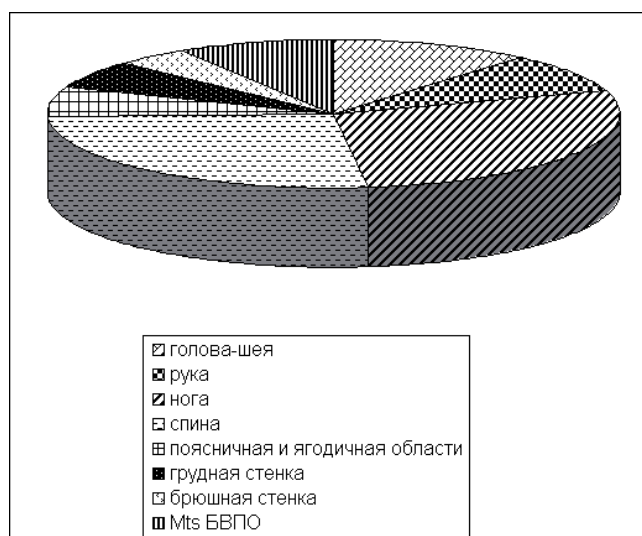


Рис. 1. Частота меланомы кожи различных локализаций

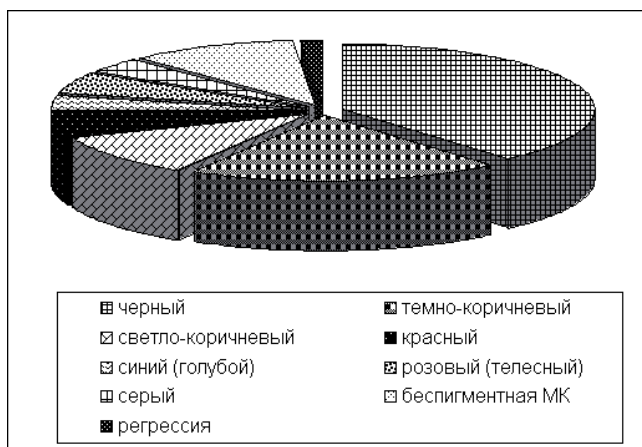


Рис. 2. Клиническая характеристика цвета первичной меланомы кожи

ся причиной обращения к специалистам только у 65 из 131 больного, что говорит о довольно низкой медицинской грамотности населения.

Следующий этап диагностики — дооперационное цитологическое исследование, которое было проведено 142 больным (47,0%) путем взятия мазков-отпечатков из опухоли или пункции лимфатических узлов. Информативным оно оказалось в 78,2% случаев.

Таким образом, проведенное клиническое и цитологическое обследование позволило поставить дооперационный диагноз «меланома» или «подозрение на МК» 71,2% больных. Возможно, столь высокий процент правильной диагностики связан с тем, что большинство больных обращаются с уже развернутой клинической картиной заболевания.

По данным Н.Н. Трапезникова с соавт. [4] и С.З. Фрадкина [5], число ошибок в клинической диагностике заболевания, даже у опытных специалистов, достигает 25-40%, что обусловлено многообразием клинических форм пигментных заболеваний кожи. Из 302 случаев первичной МК гиподиагностика заболевания отмечена у 87 больных (28,8%). Чаще (51,7%) она наблюдалась при МК de novo, чем при опухолях, возникших на фоне длительно существующих невусов (36,8%), при локализации на коже спины (33,3% всех МК этой области), головы и шеи, а также нижних конечностей (26,3 и 25,8% соответственно). Особенно часто ошибки отмечались при беспигментных (45,5%), светло-коричневых (46,9%) и розовых МК (47,1%), реже — при черных (12,0%) или темно-коричневых (35,0%) опухолях. Усложняло диагностику отсутствие изъязвления опухоли. Среди больных с правильным диагнозом изъязвление отмечалось у $61,4 \pm 3,3\%$ больных против $28,7 \pm 4,9\%$ при гиподиагностике МК ($p < 0,001$).

Следует отметить, что наибольший процент ошибочных диагнозов отмечается у лиц моложе 30 лет — 68,2%. В остальных возрастных группах он колебался от 17,9% — среди лиц старше 70 лет, до 28,9% в группе 40-49-летних.

Среди больных с ошибочным диагнозом у 67,8±5,0% была выявлена 1 стадия МК, в то время как при установленной МК их было значительно меньше — 48,8±3,4% ($p<0,05$).

Как известно, состояние диагностики непосредственно отражает число больных, выявленных в ранних и распространенных стадиях. В рассматриваемом периоде 1 стадия МК (T1-2N0M0) диагностирована только у 49,6% больных. Несмотря на то, что опухоль относится к визуальным формам рака, 3 и 4 стадии выявлены у 35,3% пациентов. В определенной степени это связано с тем, что только 17,5% больных обращаются за медицинской помощью в течение 3 мес. с момента появления первых симптомов заболевания, а в течение первого полугодия их число не превышает 42,7%.

Выводы

1. Среди всех локализаций МК у жителей Хабаровского края преобладает поражение кожи нижних конечностей и спины.

2. На долю темно-коричневых и черных МК приходится 58,5% всех опухолей, они чаще всего развиваются на месте длительно существующих невусов. Беспигмент-

ные МК составляют 10,9% и преимущественно возникают на неизменной коже.

3. Наиболее часто диагностические ошибки отмечаются у лиц моложе 30 лет, при МК *de novo*, локализации опухоли на спине, области головы и шеи, на нижних конечностях. Более чем у 45% больных малопигментной или беспигментной МК выставляется диагноз доброкачественной опухоли или неопухолевого заболевания.

4. Высокая запущенность при МК отмечается у 35,3% больных.

Л и т е р а т у р а

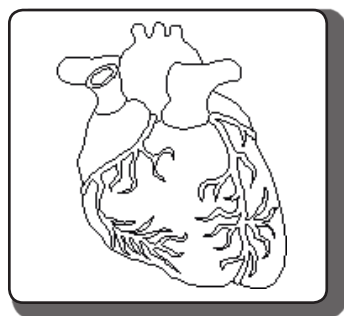
1. Даниель-Бек К.В., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М.: Медицина, 1979. 184 с.

2. Иконописов Р., Райчев Р., Киров С. и др. Пигментные опухоли. София: Медицина и физкультура, 1977. 268 с.

3. Косых Н.Э., Савин С.З., Брянцева А.И. и др. Атлас распространения злокачественных новообразований в Хабаровском крае. Владивосток: Дальнаука, 2004. 132 с.

4. Трапезников Н.Н., Рабен А.С., Яворский В.В. и др. Пигментные невусы и новообразования кожи. М.: Медицина, 1976. 177 с.

5. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. Меланома кожи. Минск: Беларусь, 2000. 221 с.



УДК 616 - 006 : 616.12 - 008.318] - 053.2

Г.В. Кузнецова, А.Ф. Беляев, Е.В. Павлушенко, Л.М. Минкина,
С.Н. Бениова

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ СРОКИ РЕМИССИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Владивостокский государственный медицинский университет;
Приморский краевой детский онкогематологический центр;
ООО «Санаторий «Строитель», г. Владивосток*

Онкологические заболевания в настоящее время занимают одно из ведущих мест среди патологии детского возраста. Ежегодно в Приморском крае онкологическими заболеваниями заболевает до 60 детей [7].

Применение современных программ интенсивной химиолучевой терапии привело к значительному увеличению выживаемости пациентов при большинстве злокаче-

ных новообразований. Однако отрицательные эффекты проводимой терапии заключаются в поражении не только опухолевых клеток, но и здоровых органов и тканей высокотоксичными препаратами [2, 5, 6, 8, 9, 13]. Отдельные осложнения и последствия лечения могут впервые проявляться не только в ранние сроки, но и спустя годы после достижения ремиссии. В период диспансерного наблюде-