

редачи – от больных животных человеку, очень редко – от больного человека здоровому при непосредственном контакте или через предметы обихода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будумян Т.М., Степанова Ж.В., Панова Е.О., Потекаев Н.Н. Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории / Методические указания. – Екатеринбург, 2001. – С 15.
2. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции: Руководство для врачей. – М., 2003.
3. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. – М., 1996.

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

Н.И. Белова, Л.Б. Вазжин

Московский областной кожно-венерологический диспансер

Злокачественные новообразования кожи занимают значительный удельный вес в общей онкологической заболеваемости. Как правило, злокачественный процесс не развивается на нормальной, клинически неизменной коже. Ему предшествуют различные патологические изменения кожи, которые являются облигатными предраковыми дерматозами (пигментная ксеродерма, актинический кератоз, радиационный дерматит) или факультативными, включающими группу разнообразных заболеваний, когда малигнизация наступает при воздействии дополнительных канцерогенных факторов.

В отечественной и зарубежной литературе имеются многочисленные данные о частоте злокачественных новообразований кожи (меланомы, плоскоклеточный и базально-клеточный рак кожи), их связи с демографическими и метеорологическими факторами, воздействием промышленных химических канцерогенов и т. д. [2, 5].

Из данных литературы известно [2, 4] что даже доброкачественные опухоли кожи (атеромы, кожный рог, кератоакантомы, невус салыных желез, дермоидные и эпидермальные кисты и др.) могут малигнизироваться. Имеются описания случаев малигнизации так называемых «фоновых дерматозов» (псориаз, туберкулез кожи, красная волчанка и др.), которая развилась при постоянном действии на кожу раздражителей (прижигающие средства, облучение рентгеновскими лучами и т. д.).

Поэтому основными факторами профилактики злокачественных образований кожи являются адекватная терапия предраковых и фоновых дерматозов и ранняя диагностика злокачественных новообразований кожи, которая во многом зависит от квалификации врачей и их онкологической настороженности.

С 1986 г. на базе МОКВД организован поликлинический прием больных с новообразованиями кожи, который ведет врач-дермато-

лог, прошедший специализацию по дерматоонкологии. В обязанности врача-дерматоонколога входит консультирование всех больных, поступающих из Московской области, с различными предраковыми и злокачественными опухолями кожи.

Как правило, пациенты с опухолями кожи обращаются за помощью к различным специалистам: хирургам, дерматологам, косметологам, онкологам, которые не всегда компетентны в вопросах дерматоонкологии. Со стороны онкологов часто наблюдаются случаи гипердиагностики злокачественных новообразований кожи и необоснованного назначения лучевой терапии (при сенильном кератозе, красной волчанке и др.). Со стороны хирургов и дерматологов, наоборот, онкологическая настороженность отсутствует, больные поступают на лечение с запущенными формами рака кожи, иногда с метастазами.

За последние 3 года принято 2300 больных с новообразованиями кожи, направленных из различных районов Московской области, диагностированы: базалиомы – 638 (из них множественные – 59, рецидивные – 21), плоскоклеточный рак кожи – 37, в том числе нижней губы – 6, метастатический рак – 19, кератоакантома – 39, меланома – 13, метастазы в кожу рака внутренних органов и метастазы метатипического рака в лимфатические узлы – 1, лимфома кожи – 54, саркома Капоши – 70. Диагноз подтверждался гистологически или цитологически, а в ряде случаев иммуноморфологически или иммуногистохимически.

Среди злокачественных новообразований кожи преобладает базалиома (72,4%). Большинство больных базалиомами кожи с единичными очагами поражения имели неблагоприятную локализацию опухоли (нос, ушные раковины, нижнее веко, угол глаза) или направлены онкологами, так как имелись противопоказания для лучевой терапии (ранее неоднократная лучевая терапия) из-за невозможности хирургического лечения (неблагоприятная локализация).

Основным методом амбулаторного лечения больных базалиомами является криодеструкция (при опухолевых формах – с предварительным кюретажем), за последние 3 года проведено 356 криодеструкций. Применялись также методы, разработанные в кожной клинике МОНИКИ и внедренные в практику здравоохранения: обкалывание очага препаратами интерферона, ФДТ, комплексное лечение множественных базалиом парентеральным введением цитостатика с последующей криодеструкцией или в комплексе с ФДТ.

Папилломы, кератомы, бородавки и другие доброкачественные опухоли удаляли криовоздействием и электрокоагуляцией. В тех случаях, когда имелись крупные опухоли с выраженным инфильтратом, мы рекомендовали хирургическое иссечение опухоли с последующим гистологическим исследованием по месту жительства, так как, к сожалению, мы не имеем помещения, где возможно было бы проводить хирургические манипуляции.

Больные плоскоклеточным раком, в том числе раком нижней губы, после подтверждения диагноза направлялись на лечение в Москов-

ский областной онкодиспансер. Туда же направлялись и больные с подозрением на меланому. Пациенты с метатипическим раком, множественными базалиомами, рецидивами базалиом после различных методов лечения госпитализировались в кожную клинику МОНИКИ. Больные злокачественными лимфомами кожи с саркомой Капоши проходят первичный осмотр также в кабинете дерматоонколога, затем направляются на стационарное лечение в отделение дерматоонкологии МОНИКИ.

Всего в кожную клинику МОНИКИ госпитализировано больных ЗЛК за последние года – 54, с саркомой Капоши – 70, госпитализированных с опухолями: в 2004 г. – 48 человек, в 2005 г. – 92, в 2006 г. – 169.

После амбулаторного или стационарного лечения все больные находятся под диспансерным наблюдением, при необходимости им проводится контрольное цитологическое или гистологическое исследование. При клиническом излечении больные базалиомой находятся на диспансерном учете 5 лет и посещают врача первый год каждые 3 месяца, второй год – каждые 6 месяцев, затем один раз в год.

Опыт работы в качестве врача-дерматоонколога показал, что множество больных с новообразованиями кожи смогли у нас получить квалифицированную помощь, причем амбулаторно, с непродолжительным пребыванием на больничном листе. В своей работе руководствуемся методическими указаниями МЗ РФ № 2003/60.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашмарин Ю.Я. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1977. – № 6. – С. 32-35.
2. Райчев Р., Андреев В. Злокачественные опухоли кожи. – София, 1965.
3. Сухова Т.Е., Хлебникова А.Н., Третьякова Е.И. Базалиомы в Московской области: Тез. науч. работ. – Екатеринбург, 2002. – С. 201.
4. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. – М., 1969.
5. Эпидемиология рака в СССР и США / Под ред. Н.Н. Блохина и М. Шнейдермана. – М., 1979.

АКТИНОМИКОЗ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

С.А. Бурова

Центр глубоких микозов

Городская клиническая больница № 81

Национальная Академия микологии, Москва

Актиномикоз – это хроническое гнойное неконтагиозное заболевание, которое поражает людей трудоспособного возраста, длится годами, характеризуется образованием специфических гранулем, абсцедированием и формированием свищевых ходов с гнойным отделяемым в мягких и костных тканях практически любых локализаций, присоединением в 70–80 % случаев бактериальной флоры,