



Рис. 2. Внешний вид (а) и рентгенограмма (б) стопы через 3 месяца после операции

Результаты и их обсуждение. Сложность представленного случая заключалась в необходимости выполнения реконструктивной операции на фоне активного гнойного процесса, поскольку без одностороннего устранения грубого варусного отклонения первой плюсневой кости и вывиха первого пальца невозможно было бы произвести полноценную хирургическую обработку гнойного очага и рассчитывать на заживление раны. Избранная нами тактика позволила максимально отдалить зону реконструкции от гнойного очага, минимизировав вероятность распространения инфекции и создав оптимальные условия, как для заживления имевшейся раны, так и для формирования артродеза. На наш взгляд, предложенная техника минимально инвазивного (чрескожного) артродеза медиального плюснеклиновидного сустава может явиться эффективным и воспроизводимым способом лечения выраженных степеней варусного отклонения первой плюсневой кости, нестабильности медиального плюснеклиновидного сустава и неудачных исходов ранее выполненных вмешательств требующим, однако, от хирурга уверенного владения приемами чрескожной хирургии стопы.

Литература

1. Coetzee, J.C. The Lapidus procedure: a prospective cohort outcome study / J.C. Coetzee, D. Wickum // *Foot Ankle Int.* – 2004. – Vol. 25 (8). – P. 526–531.
2. Gérard, M. The Modified Lapidus Procedure / M. Gérard, R. Stern, M. Assal // *Orthopedics.* – 2008. – Vol. 31 (3). – P. 230–234.
3. Lapidus, P.W. A quarter of a century of experience with the operative correction of the metatarsus varus primus in hallux valgus / P.W. Lapidus // *Bull. Hosp. Joint Dis.* 1956; 17 (2), P. 404–421.

TRANS-CUTANEOUS MEDIAL METATARSAL WEDGE-SHAPED JOINT ARTHRODESIS AS A METHOD OF TREATING FOOT DEFORMATION RELAPSE COMPLICATED BY FESTERING WOUND (CLINICAL CASE)

S. YU. BEREZHNOY

“Medintsentr” – Branch of Central Administrative Board of Diplomatic Personnel, RF Ministry of Foreign Affairs

By the example of surgical treating foot deformation relapse complicated by festering wound medial metatarsal wedge-shaped joint arthrodesis is demonstrated, surgical technique presented. In post-operation period, 3 months later, arthrodesis was confirmed by X-ray and computer tomography examinations. The conclusion about the possibility of using the proposed technique in the cases of pronounced metatarsus primus varus and unsuccessful outcomes of earlier performed surgical operation is made.

Key words: transcutaneous metatarsal surgery, minimally invasive metatarsal wedge-shaped joint arthrodesis.

УДК 616.831-07-053.36

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА

О.Ю. КОЧЕРОВА, О.М. ФИЛЬКИНА, Е.Н. КУРБАНОВА, Т.В. САМСОНОВА, Т.Г. ШАНИНА, Е.А. ВОРОБЬЕВА, Л.А. ПЫХТИНА, Н.В. ДОЛотова, О.Н. ТАРАКАНОВА*

В статье приводятся данные об особенностях заболеваемости, нервно-психического развития, мозговой гемодинамики, биоэлектрической активности мозга и вегетативной регуляции у детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы к году жизни.

Ключевые слова: перинатальные поражения центральной нервной системы, дети первого года жизни.

В настоящее время отмечается рост перинатальных поражений центральной нервной системы у детей. По данным современных научных исследований их частота у новорожденных достигает 80% и лишь в 20-30% случаев заканчивается выздоровлением. У большинства детей различные нарушения ЦНС, являющиеся последствиями перинатальных поражений, препятствуют гармоничному развитию ребенка [5]. В проведенных ранее исследованиях были выявлены психосоматические дисфункции у детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы [7]. Особое значение в патогенезе и течении восстановительных процессов, происходящих в головном мозге ребенка после перенесенной гипоксии, имеют изменения церебральной гемодинамики, функциональные особенности центральной и вегетативной нервной системы у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС) [1-4,6,8-11].

Для эффективной реабилитации детей первого года жизни важно учитывать состояние соматического и психического здоровья детей, степень компенсации ППЦНС и функциональное состояние нервной системы.

Цель исследования – изучение особенностей заболеваемости, нервно-психического развития, мозговой гемодинамики, биоэлектрической активности мозга и вегетативной регуляции у детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы к году жизни.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное (поперечное) обследование 100 детей в возрасте одного года, перенесших гипоксически-ишемические перинатальные поражения ЦНС легкой и средней степени тяжести. Первую группу составили 50 детей с компенсацией неврологических нарушений к одному году жизни, вторую – 50 детей без компенсации неврологических нарушений, с сохранением доброкачественной внутричерепной гипертензии (44%), синдрома гипервозбудимости (20%), задержки моторного развития (20%), сочетания синдромов (16%). Заболеваемость детей оценивалась по обращаемости в поликлинику, путем выкопировки данных из истории развития ребенка (Ф.№112/у). *Нервно-психическое развитие* (НПР) детей оценивалось по методике К.Л. Печеры, Г.В. Пантюхиной, Л.Г. Голубевой с определением 4 групп НПР: I группа – НПР соответствует возрасту, II группа – отставание на 1 эпикризный срок, III группа – отставание на 2 эпикризных срока, IV группа – отставание на 3 эпикризных срока.

Биоэлектрическая активность головного мозга детей оценивалась путем проведения электроэнцефалографии на энцефалографе «Nihon Kohden» 14-канальный (Япония). Оценка мозгового кровообращения проводилась с использованием доплеровской системы «Multi-Dop» (Германия). Регистрацию вариабельности ритма сердца проводили с использованием аппаратно-программного комплекса «Полиспектр-12» фирмы «Нейрософт» (Россия, Иваново).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Excel с оценкой достоверности различий статистических показателей в сравниваемых группах (p) по критерию Фишера – Стьюдента, Mann-Whitney, Wald-Wolfowitz, Колмогорова-Смирнова.

Результаты и их обсуждение. При оценке острой заболе-

* ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 153045, г. Иваново, ул. Победы, 20

ваемости у детей с различными исходами ППЧНС к одному году жизни выявлено, что среди обследованных 1 группы частота встречаемости часто болеющих детей составила 4%, эпизодически болеющих – 70%, не болеющих – 26%. Во 2 группе достоверно чаще, чем в 1 группе, регистрировались часто болеющие дети (4% и 16%, $p<0,05$), в 1,9 раза реже не болеющие (14% и 26%), частота встречаемости эпизодически болеющих не различалась (70%).

В 1 группе у 10% детей соматическая патология не диагностировалась. Болезни органов пищеварения регистрировались у 70% детей 1 группы, врожденные аномалии развития – 64%, болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки в виде атопического дерматита – 50%, болезни органов дыхания и ЛОР-органов – 22%, болезни мочеполовой системы – 16%. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни крови и кроветворных органов (железодефицитные анемии), болезни опорно-двигательного аппарата (вальгусная и варусная деформации нижних конечностей) отмечались у 8% детей.

Во 2 группе детей соматическая патология не диагностировалась в 2,5 раза реже, чем в 1 группе. Частота встречаемости болезней органов пищеварения (56%), врожденных аномалий развития (52%), атопического дерматита (40%) у детей 2 группы не отличалась от 1 группы. Болезни органов дыхания и ЛОР-органов у детей 2 группы диагностировали достоверно чаще, чем у детей 1 группы (56% и 22%, $p<0,001$) и они были представлены стенозирующим ларинготрахеитом (18%), пневмонией (8%), в 1,7 раза чаще выявляли фарингит (10% и 6%). У 10% детей 2 группы диагностировали болезни глаза и его придаточного аппарата, представленные астигматизмом и угрозой миопии (по 4%) и гиперметропией (2%) при отсутствии такой патологии у детей 1 группы. Болезни опорно-двигательного аппарата в виде вальгусной и варусной деформации нижних конечностей у детей 2 группы диагностировали достоверно чаще, чем у детей 1 группы (22% и 8%, $p<0,02$).

Нервно-психическое развитие у 74% детей 1 группы соответствовало возрасту, у 20% детей выявлено отставание на 1 эпикризный срок, у 6% – на 2 эпикризных срока. В отличие от них, во 2 группе реже диагностировалось НППР, соответствующее возрасту (34% и 74%, $p<0,001$), достоверно чаще выявлялось отставание на 2 эпикризных срока (22% и 6%, $p<0,05$), за счет задержки развития активной речи (16% и 2%, $p<0,02$) и общих движений (12% и 2%, $p<0,05$). Отставание на 3 эпикризных срока, отсутствующее у детей 1 группы, определялось у 12% детей 2 группы ($p<0,02$), за счет задержки развития активной речи и навыков самообслуживания.

Следовательно, дети с отсутствием компенсации неврологических нарушений к одному году жизни чаще относились к группе часто болеющих, у них чаще регистрировались болезни органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, опорно-двигательного аппарата, задержка нервно-психического развития за счет отставания формирования активной речи, общих движений и навыков.

При анализе показателей мозговой гемодинамики выявлено, что линейная скорость кровотока по всем мозговым артериям и индексы резистентности по средней и передней мозговым артериям у детей изучаемых групп статистически значимо не различались. Однако, индекс резистентности по задней мозговой артерии у детей 2 группы был ниже, чем у детей 1 группы ($0,64\pm 0,02$ и $0,7\pm 0,02$, $p<0,05$), а скорость венозного оттока по прямому синусу выше ($27,04\pm 0,6$ см/с и $24,4\pm 0,8$ см/с, $p<0,02$).

При индивидуальном анализе выявлено, что у детей 2 группы реже, чем у детей 1 группы, чаще отмечалась венозная дисгемия (66% и 26%, $p<0,01$), но она реже сочеталась с повышением тонуса мозговых артерий (83% и 24,2%, $p<0,01$).

Следовательно, у детей с отсутствием компенсации неврологических нарушений к одному году жизни, в отличие от детей группы сравнения, выявлялась более низкая резистентность в бассейне задней мозговой артерии и более высокая скорость венозного оттока по прямому синусу, что может свидетельствовать о сохранении у них венозной дисциркуляции и нарушении компенсаторных механизмов со стороны артериального звена кровотока.

При оценке биоэлектрической активности головного мозга выявлено, что у детей 2 группы чаще, чем у детей 1 группы, регистрировался нерегулярный альфа-ритм ($p<0,05$), а также отмечалось его неправильное зональное распределение ($p<0,05$), в 2 раза чаще, α -ритм не регистрировался или был замедленным.

У детей 2 группы отмечалась более высокая, чем в 1 группе детей ($p<0,02$), амплитуда низкочастотного и высокочастотного β -ритма, что может быть связано с преимущественной активацией высших мозговых центров, отражает повышение возбудимости и лабильности головного мозга.

В обеих группах δ - и θ -волны наиболее часто регистрировались в средне-височном отведении. У детей 2 группы δ -волны чаще, чем у детей 1 группы, регистрировались в центральном ($p<0,001$), лобном ($p<0,05$) и передне-лобном ($p<0,01$) отведениях, θ -волны – в лобном ($p<0,05$), передне-лобном ($p<0,05$), центральном ($p<0,01$) и теменном ($p<0,01$) отведениях.

У детей 2 группы отмечались более высокие, чем в 1 группе, средние значения амплитуды дельта-волн во всех отведениях: в передне-лобном ($p<0,01$); лобном ($p<0,02$); передне-височном ($p<0,05$); средне-височном ($p<0,05$), затылочном ($p<0,001$), а также более высокая амплитуда волн тета-диапазона в передне-лобном ($p<0,001$), теменном ($p<0,02$) и передне-височном ($p<0,05$) отведениях.

Исследование биоэлектрической активности мозга показало, что у детей 2 группы чаще, чем 1 группы, отмечались умеренно выраженные общемозговые нарушения: признаки дисфункции мезэнцефальных и диэнцефальных структур в 1,6 раз (26% и 16%), признаки раздражения мезэнцефальных структур в 5 раз (10% и 2%), эпилептиформная готовность в 2 раза (4% и 2%).

Выявленные особенности биоэлектрической активности у детей 2 группы могут свидетельствовать о замедлении формирования биоэлектрической активности, а значит более выраженной морфофункциональной незрелости мозга, дисфункции мезодиэнцефальных структур, обуславливать отставание нервно-психического развития (двигательных, речевых функций), вегетативные нарушения.

При спектральном анализе ВРС в покое установлено, что у обследованных 1 группы общая мощность спектра (TP) составила $2542,8\pm 163,4$ мс², мощность очень низкочастотных колебаний (VLF-компонент) – $792,7\pm 136$ мс², мощность высокочастотной составляющей спектра (HF-компонент) – $876,2\pm 88,3$ мс² и низкочастотной составляющей спектра (LF-компонент) – $652,9\pm 29$ мс². У детей 1 группы выявлены более высокие значения показателей, выраженных в нормализованных единицах, LF-компонента по сравнению с HF-компонентом $65\pm 2,5$ н.е. и $35\pm 2,5$ н.е. соответственно ($p<0,002$). Показатель LF/HF, характеризующий соотношение симпатических и парасимпатических влияний, у них составил $1,9\pm 0,2$ у.е.

Во 2 группе детей отмечалась более низкая, чем в 1 группе общая мощность спектра TP ($2381,2\pm 198,9$ мс² и $2542,8\pm 163,4$, $p<0,02$), показатели VLF ($718,7\pm 79,3$ мс²), HF ($792,1\pm 73,8$ мс²) и LF (694 ± 47 мс²) достоверно не отличались. В структуру спектральной мощности в покое у детей 2 группы, также как и в 1 группе, больший вклад вносили низкочастотные колебания – отмечались более высокие значения LFnu по сравнению с HFnu, соответственно $53,9\pm 2$ н.е. и $44\pm 2,5$ н.е. ($p<0,002$). Однако у детей 2 группы, по сравнению с детьми 1 группы, отмечались более высокие значения показателя HFnu ($p<0,02$) и более низкие – LFnu ($p<0,002$), что свидетельствует о более высоком уровне парасимпатических влияний. Показатель LF/HF у детей 2 группы был меньше, чем в 1 группе ($1,3\pm 0,1$ у.е. и $1,9\pm 0,2$ у.е., $p<0,01$). Полученные результаты указывают на преобладание симпатических влияний в регуляции ритма сердца в покое у детей изучаемых групп и более низкой суммарной активности нейрогуморальных влияний (TP), высокий уровень парасимпатических влияний у детей без компенсации неврологических нарушений.

При проведении активной ортостатической пробы у детей 1 группы показатель TP снижался с $2542,8\pm 163,4$ мс² до $1364,1\pm 127,2$ мс², ($p<0,001$) за счет уменьшения HF-компонента с $876,2\pm 88,3$ мс² до $510,2\pm 34$ мс², ($p<0,002$). Показатели VLF и LF достоверно не изменялись. Отмечено достоверное увеличение показателя LFnu с $65\pm 2,5$ н.е. до $73,2\pm 2,7$ н.е., ($p<0,05$) при отсутствии изменений HFnu (с $35\pm 2,5$ н.е. до $34,9\pm 3,3$ н.е.), показатель LF/HF – с $1,9\pm 0,2$ у.е. до $2,4\pm 0,3$ у.е. ($p>0,05$) незначительно увеличивался.

У детей 2 группы при проведении активной ортостатической пробы также как и у детей 1 группы, значение общей мощности спектра (TP) снижалось с $2381,2\pm 189,9$ мс² до $1411,9\pm 108,4$ мс², ($p<0,001$). При этом наблюдалось достоверное уменьшение HF-компонента с $792,1\pm 73,8$ мс² до $473,7\pm 31,2$ мс², ($p<0,002$). Значения мощности VLF-диапазона и LF-компонента достоверно не изменялись. У детей 2 группы, как и у детей

1 группы, мощность LF- компонента, выраженная в нормализованных единицах, повышалась с $53,9 \pm 2$ н.е. до $67 \pm 3,2$ н.е. ($p < 0,002$), а мощность HF-компонента понижалась с $44 \pm 2,5$ н.е. и $33 \pm 3,2$ н.е., ($p < 0,02$), показатель LF/HF (с $1,3 \pm 0,1$ у.е. до $2,7 \pm 0,3$ у.е., $p < 0,01$) достоверно увеличивался.

Следовательно, при спектральном анализе ВРС в покое у детей обеих групп выявлено преобладание активности симпатического отдела ВНС, что отражает возрастные особенности вегетативной регуляции детей 1 года жизни. У детей без компенсации неврологических нарушений, в отличие от детей с компенсацией, выявлена более низкая суммарная активность нейругуморальных влияний и более высокая активность парасимпатического отдела ВНС в покое. Динамика показателей TP, HF, LF и LF/HF в ответ на активную ортопробу у детей 1 группы свидетельствует об адекватной реакции, у детей 2 группы отмечалась более выраженная реакция с повышением активности симпатического и снижением парасимпатического отдела ВНС. Выявленные особенности вегетативной регуляции свидетельствуют о снижении функциональных и энергетических возможностей организма у детей 2 группы.

Выявлена корреляционная взаимосвязь показателей низкого и высокочастотного β -ритма с развитием общих движений ($r = 0,57$) и движений руки ($r = 0,58$), доминирования θ -ритма в передне-лобной области с развитием статикой и кинетикой ($r = 0,81$), δ -ритма в затылочной области с развитием активной речи и навыков ($r = 0,98$), в теменной – навыков ($r = 0,71$), индекса резистентности по передней и задней мозговой артерии с повышением сброса кровотока по прямому синусу и речи активной ($r = 0,95$), общих движений ($r = 0,95$). Это подтверждает, что в основе отставания нервно-психического развития у детей с ППЦНС лежат нарушения биоэлектрической активности мозга и мозговой гемодинамики.

Выводы. Особенностью заболеваемости детей с без компенсации неврологических нарушений ППЦНС к одному году жизни, в отличие от детей с компенсацией, является большая частота ОРВИ, осложняющихся стенозирующим ларинготрахеитом и пневмонией, болезней глаза (астигматизм, гиперметропия и угроза миопии) и опорно-двигательного аппарата (варусная и вальгусная деформация нижних конечностей), задержки нервно-психического развития за счет отставания формирования активной речи, общих движений и навыков.

Особенностью мозговой гемодинамики детей с без компенсации неврологических нарушений к одному году жизни, в отличие от детей с компенсацией, является более высокая частота венозной диссемии, более низкая резистентность в бассейне задней мозговой артерии и более высокая скорость венозного оттока по прямому синусу, что свидетельствует о сохранении у них венозной дисциркуляции и нарушении компенсаторных механизмов со стороны артериального звена кровотока. Биоэлектрическая активность мозга у детей с неврологическими нарушениями к одному году жизни характеризуется функциональной незрелостью и дисфункцией мезодизэнцефальных структур. Особенностью вегетативной регуляции – является более высокая активность парасимпатического отдела ВНС в покое и более выраженная реакция с повышением активности симпатического и снижением парасимпатического отдела ВНС в ответ на ортопробу. Выявленные особенности мозговой гемодинамики, биоэлектрической активности мозга лежат в основе формирования отклонений нервно-психического развития у детей с последствиями ППЦНС, их необходимо учитывать при проведении реабилитации.

Литература

1. Вегетативные дисфункции у грудных детей с гастроинтестинальными нарушениями на фоне перинатального поражения ЦНС / Е. Б. Копилова [и др.] // Педиатрия. – 2004. – № 2. – С. 19–22.
2. Володин, Н.Н. Электроэнцефалография в неонатологии: Руководство для врачей / Н.Н. Володин // под ред. Н.Н. Володиной. – 2005
3. Гнездицкий, В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография / В.В. Гнездицкий. – Таганрог: Издательство ТРТУ, 2000. – 207 с.
4. Долгих, Г.Б. Особенности мозговой гемодинамики у детей раннего возраста в норме и при патологии 1(11) 2007 / Г.Б. Долгих // Оригинальные исследования / Original Researches/).
5. Организация реабилитации детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы в условиях дневного стационара / Л.А. Жданова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2. – С. 45–47

6. Зенков, Л.П. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии) / Л.П. Зенков. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 357 с.

7. Качурина, Д.Р. Особенности психоэмоционального развития и психосоматических дисфункций у детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы / Д.Р. Качурина, Л.О. Саулебекова, А.Н. Алмагамбетова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – №2. – С. 41–43.

8. Кожушко, Н.Ю. Особенности функционального состояния ЦНС и церебральной гемодинамики у детей с отдаленными последствиями перинатального поражения мозга гипоксически-ишемического генеза / Н.Ю. Кожушко, Ю.К. Матвеев // Нейроиммунология. – СПб., 2001. – С. 142.

9. Куприянова, О.О. Вариабельность сердечного ритма у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы / О.О. Куприянова, Т.А. Домарева // Вестник аритмологии. – 2002. – № 24. – С. 35–38.

10. Особенности церебральной гемодинамики у детей с доброкачественной внутричерепной гипертензией в сочетании с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Л.В. Лобанова [и др.] // Конгресс с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении», 2005. – № 2. – С. 76.

11. Перинатальные поражения нервной системы и их последствия у детей: клиника, прогнозирование, диагностика, профилактика и коррекция, соматическое здоровье / О.М. Филькина [и др.]. Иваново, 2007. – 240 с.

THE FEATURES OF HEALTH, CEREBRAL HEMODYNAMICS, BIOELECTRIC BRAIN INDICES AND VEGETATIVE REGULATION IN CHILDREN WITH CONSEQUENCES OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM PERINATAL LESIONS AT THE AGE OF ONE YEAR

O.Y. KOCHEROVA, O.M. FILKINA, YE.N. KURBANOVA, T.V. SAMSONOVA, T.G. SHANINA, YE.A. VOROBYOVA, L.A. PYKHITINA, N.V. DOLOTOVA, O.N. TARAKANOVA

Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood after V.N. Gorodkov

The article presents the data characterizing morbidity, neuro-psychological development, cerebral hemodynamics, brain bioelectric indices of vegetative regulation in children with consequences of central nervous system perinatal lesions by one year age of life.

Key words: perinatal central nervous system lesions, one-year old children.

UDK 616-006-082(470.43):616.5-006.81

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Ю. НЕРЕТИН*

Одной из важных проблем в онкологии является ранняя диагностика меланомы кожи. Составляя структурно не более 10% от всех форм злокачественных новообразований кожи, она ответственна за 80% летальных исходов, приходящихся на эту группу опухолей. Очень часто меланому диагностируют уже на поздних стадиях развития, несмотря на то, что она имеет наружную локализацию. Повсеместно отмечается рост заболеваемости меланомой кожи. Была проведена оценка качества оказания медицинской помощи больным с меланомой кожи в Самарской области. Анализировалась динамика показателей заболеваемости, активной и ранней диагностики, одногодичной летальности.

Ключевые слова: меланوما кожи, заболеваемость, Самарская область, годичная летальность, запущенность.

Меланомы кожи являются одной из самых агрессивных опухолей у человека. Еще 30-40 лет назад она была довольно редким заболеванием в большинстве стран мира. Однако за прошедшее время отмечается значительный рост заболеваемости. Особую значимость проблема диагностики меланомы приобретает потому, что новообразования кожи, под клинической маской которых может скрываться меланомы, встречаются приблизительно у 80% населения [2]. Из-за высокой потенции местного роста, регионарного и множественного отдаленного метастазирования, способности к диссеминации по коже, меланомы относят к одной из самых

* ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89