

УДК 616.5-006.6-085.262

В.Р. Гильмутдинова, В.Т. Ку克林, Р.М. Тазиев, А.Р. Уткузов (Казань). Лечение глицифоновой мазью первично-множественного базально-клеточного рака кожи

Базально-клеточный рак (БКР) кожи встречается в виде одиночных и множественных очагов. При лечении первично-множественного БКР кожи одним из методов выбора является лекарственная терапия, в частности мазевые аппликации. В последние годы в клиническую практику внедрена 30% глицифоновая мазь, разработанная казанскими исследователями. Она проявляет высокую контактную антибластомную активность и оказывает избирательное действие на опухолевую ткань при отсутствии кожно-резорбтивных побочных эффектов.

Приводим одно из наблюдений успешного лечения глицифоновой мазью больной первично-множественным БКР кожи.

Больная А., 69 лет, поступила в стационар Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера МЗ РТ 23.11.99 г. по направлению Клинического онкологического диспансера (КОД) МЗ РТ с диагнозом первично-множественного БКР кожи поверхностного типа на лечение глицифоновой мазью.

Из анамнеза: в июле 1997 г. после цитологического и гистологического подтверждения БКР кожи на задней поверхности шеи размером 2,5х3,5 см с экзофитным ростом в КОД МЗ РТ проведена лучевая терапия (регресс 50% после СПД-44 Гй) с последующим иссечением остатков опухоли. В декабре 1997 г. при контрольном осмотре выявлено 7 новых очагов на коже спины и задней поверхности шеи. После верификации БКР цитологически проведена криодеструкция этих очагов.

При поступлении в стационар Республиканского кожно-венерологического диспансера МЗ РТ состояние больной было удовлетворительным. При обследовании со стороны внутренних органов обнаружены лишь изменения, соответствующие возрастной норме.

При осмотре: на коже спины, лица, боковых поверхностей шеи, за правой ушной раковиной имелись 17 очагов общей площадью 34,4 см² в виде поверхностных эрозий диаметром от 0,3 до 3,5 см². Очаги имели четкие границы, местами были покрыты геморрагическими корочками, которые при цитологическом исследовании оказались базально-клеточным раком. Один очаг диаметром 3,5 см² был рецидивом после криодеструкции. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. В области шеи, спины имеются депигментированные рубцы после крио- и хирургического лечения.

Больной были проведены 2 курса терапии по 20 дней путем ежедневных аппликаций 30% глицифоновой мази ("Татхимфармпрепараты") с перерывом между курсами в 2 недели. На очаги наносили глицифоновую мазь слоем 2-3 мм с захватом на 0,5 см здоровой кожи, перекрывали их марлевыми салфетками и фиксировали лейкопластырем. В течение одного курса мазь наносили на все очаги одновременно. Во время перевязок разрушенную опухолевую ткань соскабливали тупым скальпелем. К концу первого курса в 9 очагах размером от 0,3 до 1,5 см опухолевые клетки при цитологическом исследовании не определялись. Двухнедельный перерыв был сделан в связи с появлением болезненности, а также перифокальных гиперемии и отека в области очагов. При осмотре через 2 недели выявлена полная эпителизация 9 очагов и продолжено лечение 8 оставшихся. Для полного очищения ложа опухоли, что также было подтверждено результата-

ми цитологического анализа, потребовалось до 20 аппликаций.

На протяжении лечения изменений показателей крови не обнаружено. Иммунограмма до лечения показывала значительное повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов до 0,108 (при норме до 0,04). К концу первого курса этот показатель снизился до 0,061, а второго — до 0,055. Контрольные осмотры через 1, 3, 6 месяцев и через один год рецидивов и новых очагов не выявили.

Таким образом, в данном случае применение аппликаций глицифоновой мази оказалось высокоэффективным. Это позволяет рекомендовать ее при множественных вариантах БКР кожи для широкого использования.

УДК 618.17 : 086 : 547. 458. 6 : 613. 63

А.Ю. Богдасаров, Р.А. Родкина, Л.Ю. Давидян, Д.В. Олейникова (Ульяновск) Цитохимическое определение гликогена при заболеваниях шейки матки у женщин

Целью нашей работы было установление возможного участия атмосферного фактора в развитии дисплазии шейки матки по результатам исследования цитохимического гликогена.

Нами были изучены 146 цитологических препаратов от 73 больных с дисплазией шейки матки и подсчитан СЦК — средний цитохимический коэффициент ШИК-положительно реагирующих эпителиальных клеток.

Как показали гигиенические исследования, индекс загрязнения атмосферного воздуха (ИЗА) был очень высоким в Западном районе — 36,5 (основная группа — 52 чел.) и более низким в Центральном — 5,6 (контрольная группа — 21 чел.) г. Ульяновска. Среднегодовые концентрации многих ингредиентов в экологически неблагоприятном районе более чем в 2 раза превышали среднероссийские показатели.

Основная и контрольная группы женщин были сопоставимы по социальному положению, возрасту, характеру менструальной и репродуктивной функций, показателям соматического и гинекологического здоровья. Различались они только по гигиенической характеристике местности их проживания.

Анализ содержания ШИК-положительных клеток в зависимости от выраженности диспластических изменений показал, что в основной группе СЦК равнялся 1,86 0,06 усл.ед., в контрольной — 2,38 0,12 усл.ед. ($P < 0,001$). При этом у пациенток с дисплазией легкой степени содержание гликогена составило 2,13 0,06 усл.ед. в основной группе и 2,43 0,12 усл.ед. в контрольной ($P > 0,05$). У женщин с дисплазией шейки матки средней степени, проживающих в экологически неблагоприятном и благополучном районах, оно различалось — соответственно 2,05 0,30 и 2,33 0,12 усл.ед. ($P > 0,05$), у женщин с тяжелой дисплазией — 1,63 0,06 и 1,91 1,91 усл.ед. ($P > 0,05$). Следовательно, по мере нарастания тяжести диспластических изменений в шейке матки уровень гликогена снижается, особенно у женщин, подвергающихся воздействию неблагоприятного атмосферного фактора.

Выявлена прямая умеренная корреляция между средним содержанием гликогена в эпителиальных клетках шейки матки и тяжестью предракового процесса эктоцервикса, причем у пациенток основной группы более выраженная, чем в контроле ($r_{xy} = +0,49$ 0,087 при $t_r = 5,6$ и $r_{xy} = +0,44$ 0,091 при $t_r = 4,8$ соответственно).

Анализ содержания эпителиальных клеток с положительной ШИК-реакцией в зависимости от длительности воздействия неблагоприятного

атмосферного фактора у больных в основной группе показал, что СЦК при воздействии атмосферного фактора до 3 лет составил 2,24 0,06 усл. ед., к 3—5 годам он незначительно снижался до 2,12 0,06 усл. ед. Оба эти показателя не отличались от контроля ($P > 0,05$). Далее, к 5 годам, СЦК резко снижался до 1,49 0,06 усл. ед. (в контроле — 2,38 0,12 усл. ед.; $P < 0,001$).

Выявлена обратная умеренная корреляция между продолжительностью жизни в экологически неблагоприятном районе и содержанием гликогена в эпителиальных клетках шейки матки ($r_{xy} = +0,51$ 0,13 при $t_r = 3,9$). В контрольной группе подобной зависимости выявлено не было.

Проведенные исследования подтверждают, что цитохимические изменения в клетках эпителия шейки матки являются важными лабораторными показателями. Массовые исследования позволяют выделить группы повышенного риска в отношении злокачественной патологии шейки матки еще до развития морфологической картины заболевания и соответственно своевременно их корректировать.

УДК 613.953.6/7

Т.А. Гасилова (Казань). Медико-социальная характеристика раннего сиротства

Число детей, оставленных с самого рождения без родительской опеки, так называемых отказников, остается высоким (около 1% новорожденных). Только в Казани ежегодно регистрируется до 140 случаев отказа от младенцев.

Нами проанализировано 132 случая отказов от новорожденных детей в родильных домах, у которых изучена заболеваемость на первом году жизни в периоде устройства их в дом ребенка. Полный социально-гигиенический анамнез собран только у 102 отказниц, так как 22,7% женщин поступили в родильное отделение без сопроводительных документов и самостоятельно покинули родильный дом сразу после родов. Исследование показало, что более трети отказов поступило от рожениц в возрасте от 19 до 24 лет. Четверть отказниц составили женщины старше 30 лет. Женщин возрастной группы от 25 до 29 лет и юных матерей было соответственно 19,7% и 16%.

Более двух третей детей были рождены вне брака, причем большая часть из них — у женщин в возрасте от 19 до 24 лет (37,5%) и у юных матерей (22,5%). 54,5% из этих женщин нигде не работали, 12,9% — были заняты на производстве, 18,9% — в сфере обслуживания, 11,4% были учащимися и 2,3% находились под следствием.

У большей части отказниц (38,6%) были первенцы, 29,5% женщин имели по одному ребенку, 18,2% — по два. Отказы от двойни были зарегистрированы в 4,5% случаев. Многодетные семьи составляли 12,1%.

Согласно данным анкетирования и первичной медицинской документации, 57,6% женщин считали себя здоровыми, 5,5% страдали различными хроническими заболеваниями почек. В 4,5% случаев были зарегистрированы кожно-венерические заболевания. Алкоголизмом и психическими заболеваниями страдали по 3,8% рожениц.

Нами проанализированы причины отказа роженицами от дальнейшего воспитания своего младенца: на первом месте — трудное материальное положение (33%), на втором — тяжелая патология ребенка (12,9%), три четверти из которых приходится на синдром Дауна. В 10% случаев женщины мотивировали свое решение оставить младенца нежеланностью настоящих родов. Намеренное нежелание иметь ребенка подтверждается и тем обстоятельством, что подавляющее большинство женщин (70%) во время беремен-

ности не наблюдались в консультации. 3,8% отказниц пытались прервать беременность различными лекарственными средствами и криминальным путем. На остальные причины (мать-одиночка, на время по семейным обстоятельствам, юный возраст, затруднения с жильем, смерть мужа и пр.) приходится 12,3%. Особо необходимо отметить, что 31,8% составляют подкидыши, т.е. младенцы, чьи матери покинули роддом, не оформив отказ юридически.

Как видно из приведенных выше данных, в большинстве случаев решение отказаться от своего ребенка возникает у женщин задолго до родов. Складывающаяся таким образом во время беременности социальная и психологическая ситуация не только травмирует женщину, но, что более драматично, отрицательно сказывается на здоровье будущего ребенка. По нашим данным, при рождении у каждого второго отказного ребенка отмечалась перинатальная патология. Более половины (53,8%) из них родились недоношенными, тогда как по Республике Татарстан на эту категорию новорожденных в целом приходится 6,9%.

В структуре заболеваемости отказников (в среднем за 4 месяца их нахождения в стационаре) первое место занимают болезни органов дыхания (21,8%), представленные в основном острыми респираторными инфекциями дыхательных путей. На втором месте находятся врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (18,8%), половина из них (49,2%) — врожденные пороки развития системы кровообращения, пятая часть всех врожденных аномалий (20,6%) приходится на синдром Дауна. Третье место занимают болезни кожи и подкожной клетчатки (14,9%), более половины которых представлено пеленочным дерматитом. Класс некоторых инфекционных и паразитарных болезней занимает в структуре заболеваемости отказных младенцев четвертое место (12,5%) и включает в основном кандидоз кожных покровов (52,4%) и гастроэнтериты предположительно инфекционного происхождения (47,6%). Таким образом, за время пребывания в стационаре каждый пятый ребенок перенес острое респираторное заболевание и каждый восьмой — инфекционное заболевание различной локализации.

Большинство детей было отправлено в дома ребенка (73,4%). Родители 4,5% отказников изменили решение об отказе и забрали детей домой. 22% малышей были направлены в другие лечебные учреждения, в том числе 18,2% для дальнейшего оформления юридических документов.

Статья 122 Семейного Кодекса РФ регламентирует срок оформления детей, оставшихся без попечения родителей в дом ребенка в течение месяца. На практике лишь незначительная часть младенцев (4,5%) пребывала на этапе устройства до одного месяца, 56,8% детей находились в стационаре от одного до 3 месяцев, 38,6% — от 6 месяцев до одного года. Такой длительный период, на наш взгляд, обусловлен двумя причинами: во-первых, это связано со сложной процедурой оформления юридических документов, во-вторых, с тяжелой патологией ребенка. Согласно нашим наблюдениям, в группах подкидышей и отказников в связи с их тяжелой патологией все младенцы находились в стационаре более одного месяца. Наиболее сложной организационной проблемой является длительное пребывание отказников в лечебных учреждениях в периоде устройства их в дома ребенка. Именно это обстоятельство служит причиной высокой частоты острой заболеваемости во время нахождения младенцев в стационаре.