

Таблица 2

Распределение больных РМЖ по размеру первичной опухоли (pT)

pT	СОМЖ-группа	Контрольная группа
pT 1—2	24 (70,6)	31 (64,6)
pT 3—4	10 (29,4)	17 (35,4)
Всего...	34 (100)	48 (100)

женщин данных в районных онкологических отделениях и лечебных учреждениях, где лечились эти больные.

В табл. 1 показана выявляемость РМЖ по годам проведения программы в группе обученных и контрольной.

Следует отметить, что пока имеется лишь 41,1 % заболевших в контрольной и 35,2 % в группе обученных от ожидаемого количества больных РМЖ. Тем не менее в последующие годы прослеживания число заболевших будет приближаться к ожидаемому.

Динамика выявляемости больных РМЖ в обучаемой и контрольной группах, представленная на рисунке, показывает увеличение их числа по мере удлинения сроков прослеживания.

В дальнейшем будет изучаться смертность в этих группах. Уже появились первые умершие от РМЖ в группе обученных (2 женщины) и контрольной (5 женщин). Смерть наступила от основного заболевания и у одной больной от послеоперационных осложнений.

В настоящее время выявляемость РМЖ в группе обученных женщин составила 112, а в контрольной 136 на 100 000 женщин. Анализ материала продолжается по мере выполнения программы и поступления в ЭВМ данных с прослеживанием.

Распределение больных по стадиям в обеих группах (табл. 2 и 3) пока не позволяет сделать определенных выводов об эффективности программы СОМЖ. Имеющаяся разница между числом больных РМЖ в обеих группах статистически недостоверна.

Тем не менее при изучении обращаемости к врачу по поводу заболевания молочных желез установлено, что женщины, обученные СОМЖ, обращаются в 2 раза чаще.

При анализе отдаленных результатов предполагается, что при условии регулярного ежемесячного проведения самообследования в группе женщин, заболевших РМЖ, будет достигнуто снижение смертности на 20 % по сравнению с заболевшими женщинами контрольной группы.

Таблица 3

Распределение больных РМЖ по наличию метастазов в регионарные лимфоузлы (pN)

pN	СОМЖ-группа	Контрольная группа
pN 0	17 (50,0)	15 (31,2)
pN +	17 (50,0)	33 (68,8)
Всего...	34 (100)	48 (100)

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов Э. А., Сагайдак В. Н., Голубева Е. А. и др. // *Вопр. онкол.*— 1990.— № 9.— С. 1095—1098.
2. Семглазов В. Ф., Моисеенко В. М. // *Там же.*— 1986.— № 9.— С. 84—91.
3. Цешковский М. С. // *Там же.*— 1983.— № 1.— С. 77—84.
4. *Gastrin G. Breast Cancer Control: An Early Detection Programme.*— Stockholm, 1981.
5. *Miller A., Chamberlain J., Day N. et al.* // *Int. J. Cancer.*— 1990.— Vol. 46.— P. 761—769.
6. *Moskowitz M.* // *Ca.*— 1983.— Vol. 33.— P. 26—39.

Поступила 12.09.91

© М. И. КУРДИНА, Л. Е. ДЕНИСОВ, 1991

УДК 616.5-006.362.147

М. И. Курдина, Л. Е. Денисов (Москва)

ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПРОВОДЯЩИХ ЕЖЕГОДНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУ

В настоящее время детально изучены клинические и патоморфологические особенности большинства злокачественных и предзлокачественных новообразований кожи, серьезные успехи достигнуты в их диагностике и лечении [1]. В то же время вопросы организации дерматоонкологической службы остаются в тени, а между тем неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи (ЗНК) и смертности от них делает работы в этом направлении весьма актуальными и перспективными. Так, например, заболеваемость ЗНК с 1985 по 1989 г. в СССР увеличилась на 6,9 % у мужчин, 5,7 % — у женщин [2], в Москве — на 7,7 % (оба пола) [3]. Удельный вес ЗНК в общей структуре онкопатологии в СССР в 1989 г. составил 11 % (2—3-е место), в Москве — 7,4 % (4-е место). Смертность от ЗНК с 1985 по 1989 г. в Москве увеличилась на 7,4 %.

Изучение заболеваемости и обстоятельств выявления ЗНК у лиц, находящихся на постоянном диспансерном наблюдении, ранее не проводилось, а между тем оно представляет интерес с точки зрения совершенствования организационных форм дерматоонкологической помощи населению.

Целью нашей работы являлась оценка заболеваемости и обстоятельств выявления ЗНК у лиц, находящихся на постоянном диспансерном наблюдении в течение 1985—1989 гг.

Сведения о больных получены из первичных медицинских документов — амбулаторных карт, стационарных историй болезни, а также «известий о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (учетная форма № 281).

В результате проведенных исследований обнаружено, что ЗНК на протяжении 1985—1989 гг. постоянно занимали 1-е место в общей структуре онкопатологии, оставляя позади рак молочной железы, желудка, толстой кишки, легкого (табл. 1).

На долю базального и плоскоклеточного рака кожи приходилось 18,2—22,5 % от общего числа всех злокачественных новообразований. Отметим, что этот показатель в Австралии составляет 50 %

Таблица 1

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями (в %)

Злокачественные новообразования	Годы				
	1985	1986	1987	1988	1989
Злокачественные опухоли					
рак	18,16	22,51	21,24	18,55	19,65
меланома	2,15	2,21	2,44	2,65	3,35
Всего...	18,31	22,72	21,48	18,55	19,65
Рак молочной железы	13,48	11,25	11,65	10,42	7,99
Рак желудка	11,72	10,15	6,58	7,77	9,42
Рак ободочной и прямой кишки	10,94	10,70	8,65	8,66	8,47
Рак легкого	8,59	5,90	9,77	10,07	7,03
Опухоли мочевыделительной системы	7,23	10,52	10,53	10,78	10,86

[4]; в США (штат Техас) — 33 % [7], в Индии — 1,4 % [6], в целом по СССР в 1989 г. — 10 % [2], по Москве в 1989 г. — 5,7—6 % [3]. Таким образом, по нашим данным, доля эпителиом в общей структуре онкопатологии превышает таковую в целом по СССР примерно в 2 раза, по Москве — в 3—4 раза. Меланома занимала одно из последних мест в структуре заболеваемости злокачественными опухолями всех локализаций. Ее удельный вес составил в среднем 2,56 %, что в 1,7 раза выше, чем в Москве, и в 2,5 раза, чем в СССР. В США этот показатель в 1990 г. равнялся 2,65 % [6].

При изучении динамики заболеваемости раком кожи лиц обоего пола с 1985 по 1989 г. отмечена тенденция к росту впервые выявленных больных с 1,65 до 2,07 на 1000 прикрепленного взрослого контингента со средним темпом роста 9,6 % в год. Для меланомы обычные показатели заболеваемости составили 0,19 в 1985 г. и 0,35 — в 1989 г. на 1000 прикрепленного взрослого контингента со средним темпом роста 12,6 % в год (см. рисунок). В США заболеваемость меланомой увеличивается на 4 % в год [5].

Средний темп роста заболеваемости раком кожи у женщин за исследуемый период в 3,5 раза выше, чем у мужчин (16,5 и 4,7 % соответственно), меланомой — в 1,7 раза (21,7 и 12,7 % соответственно). Тенденция к росту заболеваемости опухолями кожи характерна для населения многих стран мира, а также Москвы и СССР в целом [2, 3, 5]. Однако полученные нами обычные показатели заболеваемости в разные годы выше таковых по Москве в 8—17 раз для рака кожи и в 6—11 раз для меланомы, а по СССР в 5,5—12 и 14—18 раз соответственно.

Анализ заболеваемости по полу и возрасту показал, что рак кожи в течение 5 лет постоянно удерживал лидирующие позиции в структуре заболеваемости и мужского, и женского взрослого населения, находящегося на постоянном диспансерном наблюдении. Отметим, что в структуре заболеваемости и мужского, и женского населения Москвы (1989 г.) рак кожи занимает только 4-е место (5,4 и 6,2 % соответственно) [3]. Среди женщин, находящихся на постоянном диспансерном

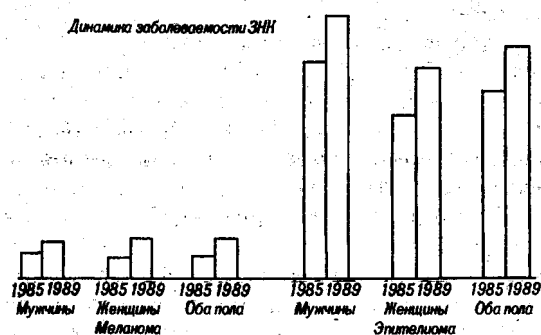
наблюдении, раком кожи в 1985 г. заболела 1 из 700, в 1989 г. — 1 из 500, меланомой в 1985 г. — 1 из 6000, а в 1989 г. — 1 из 3000. Раком кожи в 1985 г. заболел 1 из 500 мужчин, в 1989 г. — 1 из 400, меланомой — 1 из 5000 и 3000 соответственно. Мужчины в возрасте 70 лет и старше страдали раком кожи в 5—9 раз чаще, чем в 50—59 лет, и в 1,5—3,5 раза чаще, чем в 60—69 лет. Аналогичная тенденция характерна и для женщин. Зависимость заболевания от пола в возрастных группах 30—39, 40—49, 50—59, 60—69 лет практически отсутствовала, а женщины старше 70 лет болели раком кожи в 1,2—4 раза реже, чем мужчины того же возраста. Что касается меланомы, то обнаружено, что мужчины 70 лет и старше страдали злокачественной меланомой в 3,6 раза чаще, чем 50—59 лет, в 2,3 раза чаще, чем 60—69 лет, и в 3,4 раза чаще, чем женщины возрастной группы старше 70 лет. Злокачественной меланомой преимущественно страдали женщины возрастной группы 40—49 лет: в 1,5 раза чаще, чем до 40 лет и в возрасте 50—59 лет.

Полученные нами показатели заболеваемости ЗНК населения, находящегося на постоянном диспансерном наблюдении, объясняются, вероятно, высоким удельным весом среди прикрепленного взрослого населения лиц старше 40 лет, а также эффективностью диспансерной системы наблюдения за пациентами, в частности регулярными осмотрами дерматологом лиц старше 50 лет, а также настороженностью врачей всех специальностей в отношении ЗНК. При анализе обстоятельств выявления ЗНК необходимо отметить, что в лечебном учреждении, где проводилось настоящее исследование, разработана и внедрена комплексная целевая программа по раннему выявлению онкопатологии кожи.

Программа диспансерного наблюдения представляет собой ряд последовательных мероприятий по проведению первичного обследования и последующего активного наблюдения прикрепленного населения.

Ведущая роль в осуществлении этой программы принадлежит врачу-дерматологу, так как именно к нему на консультацию обращаются пациенты и направляют врачей других специальностей (участковые терапевты, хирурги, стоматологи, окулисты, урологи и др.) при ЗНК и слизистых оболочек.

При первичном осмотре дерматолог определяет группу здоровых лиц, осмотр которых проводится через год, группу больных различными дерматозами, требующими наблюдения и лечения в за-



Динамика заболеваемости ЗНК.

а — меланомой, б — эпителиомой.

Таблица 2

Обстоятельства выявления ЗНК (в %)

Обстоятельства выявления	Годы				
	1985	1986	1987	1988	1989
Обращение больного:					
рак	14,29	27,34	33,33	26,73	24,19
меланома	54,50	58,30	46,20	53,30	42,85
Плановая диспансеризация:					
рак	80,95	71,09	65,50	72,27	74,99
меланома	45,50	41,70	53,80	40,00	42,85
Первичная диспансеризация:					
рак	—	0,78	1,14	0,99	0,80
меланома	—	—	—	6,70	14,30
Аутопсия:					
рак	—	—	—	—	—
меланома	—	—	—	—	—
Обстоятельства неизвестны:					
рак	4,76	0,78	—	—	—
меланома	—	—	—	—	—

висимости от нозологической принадлежности и состояния больного, и группу повышенного онкологического риска.

В группу повышенного онкологического риска по раку кожи включаются пациенты старше 40 лет со следующей патологией:

1. Облигатные предраковые дерматозы: болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра, болезнь Педжета, лучевой дерматоз, пигментная ксеродерма (дебют в раннем детстве), хейлит Манганотти, бородавчатый предрак губ.

Осмотр дерматологом 4 раза в год.

2. Факультативные предраковые дерматозы: сенильная кератома, актинический кератоз, кожный рог, кератоакантома, карциноидный папилломатоз кожи Готтрона, верруциформная эпидермодисплазия Левандовского — Лютца, гигантская кондилома Бушке — Левенштейна, лейкоплакия, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.

3. Дерматозы с явлениями патологической регенерации: эритематоз, туберкулезная волчанка, псориаз, трофические язвы, обширные рубцы (особенно послеожоговые), хроническая язвенная и вегетирующая пиодермия.

4. Рак кожи в анамнезе.

5. Рак других органов.

Осмотр дерматологом 2 раза в год.

В группу повышенного онкологического риска по меланоме включаются лица 30—50 лет, страдающие: 1) пигментной ксеродермой (дебют в раннем детстве); 2) ограниченным меланозом Дюбрея; 3) пограничными невусами; 4) леченные ранее по поводу меланомы.

Осмотр дерматологом 4 раза в год.

Активное наблюдение за лицами, включенными в группу повышенного онкологического риска, осуществляет дерматолог. Необходимость осмотра больного онкологом определяет дерматолог при подозрении на ЗНК, необходимость цитологического или гистологического исследования — онколог или дерматолог.

Основное место проведения диспансеризации — поликлиника. Однако в некоторых случаях диспансеризация проводилась в стационаре и часть ЗНК выявлена там. В результате в среднем за 1985—1989 гг. из впервые выявленных больных злокачественными меланомами кожи у 91,3 % диагно

был установлен в поликлинике, а у 8,7 % — в стационаре. При раке кожи эти показатели составили 88,8 и 11,2 % соответственно. Ни у одного больного диагноз не был установлен на аутопсии. Вне зависимости от места установления диагноза злокачественная меланома в течение 1985—1989 гг. активно при диспансеризации выявлена в среднем у 49 % больных, при обращении к врачу с жалобами — в среднем у 51 %, рак кожи — у 75,4 и у 21,2 % соответственно (табл. 2). Активную диагностику существенно затрудняет отсутствие высокочувствительных, безопасных и методически простых диагностических тестов для скрининга ЗНК. По существу предварительный диагноз ставился лишь на основании осмотра врача. В случае обращения больного срок от обращения к врачу до установления предварительного диагноза не превышал 9 дней, до верификации диагноза и начала лечения — 1 мес.

Злокачественная меланома в среднем в 79,7 % случаев была диагностирована на основании клинической картины, рак кожи — в 93,1 %. Диагноз меланомы, как правило, подтвержден гистологическими данными (табл. 3), рак кожи — цитологическими.

В большинстве случаев и рак кожи, и меланома были выявлены на ранних стадиях развития (табл. 4), что обеспечило пациентам, находящимся под наблюдением, хороший прогноз.

Высокий удельный вес базалиом (в среднем 96,4 %) среди рака кожи, их клинко-биологические особенности (относительно доброкачественное течение, отсутствие в большинстве случаев метастазирования) объясняют отсутствие смертности больных от рака кожи. Причиной смерти больных раком кожи за исследуемый период являлись сопутствующие заболевания (табл. 5).

На долю злокачественной меланомы кожи в структуре смертности от онкологических заболеваний в 1985—1989 гг. приходилось от 0 до 5,13 % (в среднем 1,56 %; у мужчин 0,92 %, у женщин 2,3 %).

Обращает на себя внимание отсутствие роста смертности мужчин от злокачественной меланомы кожи за изучаемый период, причем среди мужчин в течение 1987—1988 гг. от прогрессирования опухолевого процесса не умер ни один больной. Смертность женщин от меланомы оставалась неустойчивой.

Таблица 3

Верификация диагноза ЗНК (в %)

Верификация диагноза	Годы				
	1985	1986	1987	1988	1989
Гистологическая:					
рак	37,68	17,35	11,49	9,90	6,45
меланома	90,90	66,70	100	73,30	76,20
Цитологическая:					
рак	60,71	78,13	82,76	69,31	89,52
меланома	—	—	7,70	6,70	4,80
Клиническая:					
рак	96,43	92,97	87,36	91,09	97,58
меланома	100	58,30	100	73,30	66,70
Изотопным методом:					
рак	—	—	—	—	—
меланома	—	—	—	—	4,80

Таблица 4

Распределение ЗНК по стадиям (в %)

Стадия ЗНК	Годы				
	1985	1986	1987	1988	1989
I:					
рак	98,81	97,66	98,85	99,00	100
меланома	81,80	75,00	84,60	93,30	90,50
II:					
рак	—	1,56	1,15	—	—
меланома	9,10	25,00	7,70	6,70	4,80
III:					
рак	—	0,78	—	—	—
меланома	—	—	7,70	7,70	—
IV:					
рак	—	—	—	—	—
меланома	9,10	—	—	—	—
Стадия не установлена:					
рак	1,19	—	—	0,99	—
меланома	—	—	—	—	4,80

Эти данные свидетельствуют о высоком уровне активной диагностики в условиях диспансерной системы наблюдения больных и соответственно эффективности лечения.

Выводы. 1. Злокачественные опухоли кожи на протяжении последних 5 лет (1985—1989 гг.) занимают 1-е место в общей структуре онкопатологии лиц, находящихся на постоянном диспансерном наблюдении, составляя 18,3—23,0 % от общего числа всех злокачественных новообразований.

2. Обнаружена тенденция к росту впервые выявленных больных злокачественной меланомой со средним темпом роста 12,6 % в год, раком кожи — со средним темпом роста 9,6 % в год.

3. Эффективность диспансеризации как организационной системы активной диагностики больных злокачественными опухолями кожи в условиях лечебного объединения составляет 75,4 % при раке кожи и 49 % — при меланоме и зависит в первую очередь от качества врачебного осмотра, а кроме того, от организационных мероприятий, обеспечивающих соблюдение сроков диспансеризации в соответствии со специальной программой выявления ранних форм ЗНК.

4. Разработка и внедрение программы мероприятий по выявлению ранних форм ЗНК позво-

Таблица 5

Удельный вес умерших от ЗНК в общей структуре смертности от злокачественных новообразований всех локализаций (в %)

Год исследования	ЗНК	Умершие от ЗНК		
		мужчины	женщины	оба пола
1985	Рак	1,01	—	0,59
	Меланома	2,02	1,41	7,76
1986	Рак	—	—	—
	Меланома	1,04	5,13	2,84
1987	Рак	—	—	—
	Меланома	—	2,82	1,41
1988	Рак	—	—	—
	Меланома	—	—	—
1989	Рак	—	—	—
	Меланома	1,54	2,13	1,79

лили установить диагноз в среднем в 92 % случаев на I стадии заболевания, что обеспечивало пациентам хороший прогноз.

5. Смертность больных злокачественными опухолями кожи в течение 1985—1989 гг. составила в среднем 0,84 % от общего числа умерших от всех злокачественных новообразований, причем причиной смерти больных раком кожи практически во всех случаях являлись сопутствующие заболевания. Смертность от меланомы мужчин, находящихся на постоянном диспансерном наблюдении в течение 1985—1989 гг., оставалась стабильной, у женщин — возросла в 2,5 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б. А. Состояние и некоторые перспективы научных исследований в области дерматоонкологии // Респ. сборник науч. трудов «Пролиферативные заболевания кожи». — М., 1985. — С. 11—16.
2. Злокачественные новообразования в СССР, 1989—2005 гг. / Под ред. Н. Н. Трапезникова, В. В. Двойрина. — М., 1990.
3. Злокачественные новообразования в Москве в 1980—1989 гг.: (Справочные материалы) / Под ред. Н. Н. Трапезникова, В. В. Двойрина, Е. Ф. Странадко. — М., 1990.
4. Belisario J. C. Cancer of the skin. — London, 1959.
5. Cancer facts and figures. — 1990. — American cancer society. — 1990.
6. Mulay D. M. // Nat. Cancer Inst. Monogr. — 1963. — N 10. — P. 215—223.
7. Phillips C. // Texas State J. Med. — 1941. — N 36. — P. 613—616.

Поступила 07.06.91

ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616-006.04-085.33-06:616.9

Н. В. Дмитриева, О. М. Дронова, И. Н. Петухова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРХИНОЛОНОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА

НИИ клинической онкологии

Несмотря на успехи современной антибактериальной химиотерапии, лечение инфекционных осложнений часто вызывает большие трудности. Это связано с распространением высокорезистентных штаммов микроорганизмов, а также возросшей этиологической ролью грамотрицательных бактерий [2].

С особой остротой проблема инфекционных осложнений встает в онкологическом стационаре. Осложняя течение основного процесса, бакте-