

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Касько Мария Игоревна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Гомель

Никонова Юлия Александровна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Гомель

Бурлевич Антонина Павловна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Гомель

Введение.

Исторически меланома кожи зарекомендовала себя как болезнь с непредсказуемым и бурным течением. Частота меланомы составляет 3–5% от всех первичных злокачественных опухолей кожи, однако она остается главной причиной смерти больных со злокачественными новообразованиями кожи [1, с. 59]. Многочисленные исследования говорят о том, что довольно часто неблагоприятный прогноз при меланоме обусловлен главным образом толщиной опухоли, наличием или отсутствием изъязвления поверхности опухоли, метастазов в регионарных лимфатических узлах, области поражения, а также от пола. Ранняя диагностика меланомы кожи является одним из моментов успешного лечения больного. Если диагноз меланомы кожи поставлен на ранней стадии, вероятность излечения приближается к 90–95% [2, с. 696]. В связи с этим идет поиск и разработка новых, наиболее информативных диагностических технологий и методик.

Цель.

Оценить диагностические возможности в выявлении меланомы кожи.

Материалы и методы исследования.

Был проведен ретроспективный анализ качества диагностики, основанный на данных 302 медицинских карт стационарного пациента. Из них 125 мужчин (41,39%) и 177 женщин (58,61%) в возрасте 25–85 лет (средний возраст – 49 лет), с различными доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи за период с марта по ноябрь 2018 года. Статистический анализ проводился с использованием Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение.

На основе проведенного анализа выявили, что наиболее часто встречаемая 2 клиническая стадия (42%), далее 3 (26%), 1 (19%) и 4 (13%). Дифференцировка меланом по гистологическим формам следующая: поверхностно распространяющаяся форма – 63%, узловая – 27%, меланома типа злокачественного лентигио – 7% и акрально-лентигиозная – 3%. По локализации установили, что наиболее часто встречаемое расположение меланомы кожи – нижние конечности и туловище (68%), далее голова, шея, кисти (24%), и реже всего встречалась локализация в области ладоней и подошв (8%).

Основным методом лечения больных с меланомой кожи было широкое иссечение опухоли с

отступом от краев. Хирургическое иссечение проходит почти бескровно со стороны опухоли. У 73% больных выполнена пластика местными тканями, у 22% — проведена пластика свободным кожным лоскутом. В 17% случаях одновременно выполнена лимфодиссекция при наличии увеличенных лимфатических узлов. В послеоперационном периоде пациенты получали иммунотерапию или химиотерапию.

Выводы.

Проблема диагностирования и излечения меланом кожи в последнее десятилетие приобретают особую актуальность в связи с увеличивающейся частотой заболеваний. Перспективы своевременной диагностики меланом связаны с просветительской работой среди населения, в том числе с использованием средств массовой информации, повышением онкологической грамотности медицинских работников для выявления групп риска и необходимости лечения в специализированном учреждении при малейшем подозрении на меланому. Дальнейшее совершенствование методов лечения меланомы кожи и оценки прогноза лежит на путях комплексного подхода и использования новых технологий.

Список литературы:

1. Барчук А.С., Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Популяция риска возникновения меланомы кожи // Актуальные вопросы онкологии. (Мат. Междунар. симпозиума). СПб., 1996. С.59-60.
2. Романов О.А., Демидов В.П. Опухоли кожи // Избр. лекции по клинической онкологии. М., 2000. С.696-708.