



Диагностика новообразований кожи как междисциплинарная проблема

В Самаре в рамках системы непрерывного профессионального развития медицинских кадров Самарской области состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии». Новизна мероприятия заключалась в том, что в одном зале собрались онкологи и дерматовенерологи, чтобы обсудить вопросы, возникающие на стыке двух специальностей. Главным образом пересечение интересов онкологов и дерматовенерологов происходит при диагностике опухолей кожи. Дело в том, что в целях профилактики и выявления онкологических заболеваний кожи необходима ранняя диагностика доброкачественных, но детерминированных к возникновению рака опухолей. Как правильно диагностировать кожные новообразования? Какие типичные ошибки допускают клиницисты в диагностике и лечебной практике? Могут ли папилломавирусные инфекции спровоцировать рак шейки матки? Какие препараты и новые методы терапии использует современная медицина в лечении злокачественных новообразований кожи? Ответы на эти и другие вопросы содержались в докладах участников конференции.



Региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии»

Секционное заседание «Диагностика новообразований кожи как междисциплинарная проблема» открыл проф. Е.В. ОРЛОВ, д.м.н., зав. кафедрой кожных и венерических болезней ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава». Во вступлении Евгений Владимирович подчеркнул: в большинстве европейских стран дерматоонкология является разделом дерматологии. Данный подход представляется логичным, поскольку именно дерматолог, имеющий дело с большим разнообразием кожных патологий, клинически достаточно хорошо дифференцирует опухолевые процессы и лечит опухоли кожи (за исключением меланомы). В России рак кожи – это прерогатива онкологов, что, в свою очередь, обоснованно, имея в виду специфику трактовки онкологами любого опухолевого процесса.

Далее Е.В. Орлов более детально остановился на клинико-эпидемиологическом мониторинге опухолей кожи в Самарской области, отметив: среди рака различной локализации на первом месте стоит рак кожи (15–16%), вторую группу по распространенности составляют рак легких и молочной железы (12 и 10% соответственно), менее распространены рак желудка и ободочной кишки (около 7%), по 3–5% приходится на рак простаты, матки, на лимфомы и колоректальный рак.

Львиную долю онкологических заболеваний кожи (68%) составляют базалиомы, почти четверть (23%) – плоскоклеточный рак, на долю же меланомы приходится всего 9% всех злокачественных поражений кожи. Однако летальность при меланоме не идет ни в какое сравнение с плоско- и базальноклеточным раком.

Любопытно, что заболеваемость раком кожи в Самарской области на протяжении семи полных лет наблюдений (2002–2009) держится на стабильном уровне, но существенно превышает обще-

российский показатель (60 человек против 40 на 100 тыс. населения). Данное обстоятельство объясняется как повышенной инсоляцией в области (по сравнению с рядом других регионов России), так и хорошей работой онкологов и дерматологов. Этот вывод подтверждается статистикой: если в России в целом показатель запущенности онкологических заболеваний кожи равняется 4,1%, то в Самарской области запущенные формы рака составляют лишь десятые доли процента. Коэффициент распространенности рака кожи в Самарской области имеет значимую тенденцию к росту: от 38,1 (2002) до 49,9 (2009) на 100 тыс. человек. В то же время за 7 лет наблюдений процент больных меланомой, проживших более 5 лет, вырос с 53,2 до 57,6 пунктов. Тем не менее ухудшилась статистика активного выявления ранних форм заболевания – с 30% в 2002 г. до 10% в 2008 г. и 20% в 2009 г.

Проблематику ранней диагностики злокачественных опухолей осветил в своем докладе «Меланоцитарные невусы опухоли кожи» проф. В.А. МОЛОЧКОВ, заслуженный деятель науки, д.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ МОНИКИ, главный дерматовенеролог Московской области, зав. кафедрой кожных и

венерических болезней ФППО ММА им. И.М. Сеченова.

Владимир Алексеевич констатировал: «Во всем мире невусы трактуются как доброкачественные опухоли, в которых меланоцит (клетка, придающая коже окраску) детерминирован к возникновению меланомы».

Эти доброкачественные опухоли меланогенной системы могут быть симулянтами, маркерами и предшественниками меланомы. К сожалению, в настоящее время наблюдается низкая частота активного выявления этой наиболее злокачественной опухоли человека (при врачебных профилактических осмотрах выявляется лишь от 3 до 5% больных). При этом частота диагностических ошибок варьирует в пределах 25–74%, а ошибочные заключения гистологов происходят в 20–30% случаев. Позднее выявление меланомы приводит к тому, что смертность от этой формы рака превышает таковую от всех других вместе взятых злокачественных опухолей кожи (80%).

Далее докладчик подробнее остановился на различных формах меланоцитарных невусов (МН) и рассмотрел последние с точки зрения риска возникновения рака. Выяснилось, что меланома может развиваться только в ткани внутридермального МН, а фактором риска развития меланомы является увеличение коли-

Онкология

Справка

Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии» состоялась в Самаре 17 ноября 2010 г. в отеле «Холидей Инн. Самара».

Организаторами мероприятия выступили Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области и ФУВ МОНИКИ.

Технический организатор – группа компаний «Медфорум».

В конференции приняли участие порядка 300 специалистов из Самарской области – дерматовенерологов, дерматоонкологов, клинических фармакологов, косметологов, терапевтов, педиатров и врачей общей практики.

Региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии»

чества обычных приобретенных МН. В.А. Молочков заострил внимание дерматологов на семи признаках меланомы, подчеркнув: меланома – опухоль визуальной диагностики, при наличии у пациента хотя бы одного из семи признаков необходимо направлять больного к онкологу. Итак, показаниями к немедленному иссечению МН (захват 1–2 мм) являются следующие признаки:

- 1) увеличение площади и высоты элемента;
- 2) усиление интенсивности пигментации;
- 3) признаки местной регрессии;
- 4) возникновение пигментного венчика или сателлитов;
- 5) воспалительная реакция в меланоцитарном невуусе;
- 6) зуд;
- 7) эрозии или кровоточивость.

В своем втором докладе «Генитальная папилломавирусная инфекция у женщин» проф. В.А. МОЛОЧКОВ рассмотрел

ВПЧ «высокого риска», то есть при каких условиях папилломавирусная инфекция может прогрессировать до карциномы *in situ* и инвазивного рака. Среди факторов риска названы герпесная инфекция (ВПГ), повышенный уровень эстрогенов, наследственность, иммуносупрессия и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Среди ИППП наибольшее распространение имеют папилломавирусные инфекции слизистых оболочек, инфицирующие большую часть сексуально активного населения и обладающие высокой контагиозностью (однократный половой контакт приводит к заражению в 60% случаев). ВПЧ слизистых оболочек является частым этиологическим агентом рака шейки матки, вульвы, влагалища и др. При этом врачам следует знать: пик частоты ВПЧ-инфекции гениталий приходится на возраст 18–25 лет, в то время как пик частоты цервикальной интраэ-

пителиальной неоплазии I–III и рака шейки матки попадает на возраст 45 лет, то есть у специалистов есть порядка 20 лет, чтобы вылечить инфекцию и предотвратить рак. К сожалению, после диагностики рака шейки матки вылечить это заболевание удается лишь в 50% случаев, в то время как 50% случаев, несмотря на лечение, заканчиваются летально.

Докладчик обратил внимание слушателей на то, что в случае ВЧП слизистых оболочек инфицирование происходит при механических микроповреждениях (в том числе при половом контакте, включая ано- и орогенитальный), бактериальных и вирусных ИППП. Кроме того, происходит инфицирование плода при прохождении последним родовых путей больной матери, аспирация вируса при электрокоагуляции и т.д.

Важно помнить, что репликация ДНК ВПЧ происходит только в клетках базального слоя, тогда

Кстати



В рамках мероприятия состоялась выставочная экспозиция. В организации выставки приняли участие следующие бизнес-партнеры: «Байер», «БиоФарма», «Валмед», «Вета Гранд», «Доктор Рэддис», «Инитиум Фарм», «Миракс-Фарма», «Мукос», «Новартис», «ТЕВА», «Татхимфармпрепараты», «Янссен Силаг», «Юнифарм.инк».

В частности, ОАО «Татхимфармпрепараты» представило мазь глицифоновую 30% – уникальный лекарственный препарат для лечения рака и предраковых заболеваний кожи. При множественных формах базально-клеточного рака (БКР) хирургическое лечение невозможно, а применение лучевой терапии считается противопоказанным. Убедительно доказана эффективность глицифоновой мази при стационарно-амбулаторном лечении больных с подтвержденным диагнозом «первично-множественный БКР кожи» различных клинических типов и давностью заболевания.

Эффективно применение глицифоновой мази для лечения больных с рецидивами БКР кожи после близкофокусной рентгенотерапии. Отмечены положительные результаты лечения глицифоновой мазью рецидивов базалиомы кожи, возникших после хирургического лечения.

ГЛИЦИФОНОВАЯ МАЗЬ – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ФОРМ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ (БКР)



Регистрационный номер: 94/34/11

- ◆ Стойкость лечебного эффекта и отсутствие появления новых очагов* [1]
- ◆ Отсутствие кожно-резорбтивного токсического действия* [1]
- ◆ Избирательность цитотоксического действия глицифона на бластоматозные клетки* [2]
- ◆ Эффективность при предраковых заболеваниях кожи – сенильных кератозах и очаговых гиперкератозах подошв* [2]

Глицифоновая мазь Здоровье – это счастье!

- ◆ Глицифоновая мазь потенцирует эффект лучевой терапии при запущенных базалиомах кожи лица, позволяет существенно уменьшить нагрузку на пациента, а в случае неудачи химио-лучевого лечения уменьшить риск послеоперационных осложнений* [3]
- ◆ Выявляет не визуализируемые (клинически не проявляющиеся) очаги БКР, располагающиеся не только в близлежащих, но и отдаленных от опухоли участках кожи* [1]

- ◆ Местное лечение при рецидивах, возникающих после применения различных методов лучевой терапии* [2]
- ◆ Комбинированное лечение распространенных инкурабельных базалиом кожи глицифоновой мазью в сочетании с лучевой терапией* [2]

Литература:

- [1] Глицифоновая мазь в лечении первично-множественного базально-клеточного рака кожи // Научно-практический журнал TERRA MEDICA nova (Санкт-Петербург), 2002. № 4. С. 23–25.
- [2] Глицифоновая мазь – оригинальное средство для лечения рака и предраковых заболеваний кожи // Научно-практический журнал TERRA MEDICA nova (Санкт-Петербург), 1999. № 1. С. 24–25.
- [3] Гилев А.В., Рудык А.В. Оптимизация комбинированного химио-лучевого лечения запущенных базалиом кожи лица. Казань, 2005.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Глицифоновая мазь проявляет контактное действие при опухолях и предопухолевых заболеваниях кожи, избирательно угнетает метаболизм в бластоматозно измененных клетках, что объясняется антимитотическим действием, особенно выраженным в кислой среде опухолевой ткани. Оказывает также противомикробное действие.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Плоскоклеточный рак кожи I стадии; базалиомы (в т.ч. рецидивы после хирургического или лучевого лечения); болезнь Бовена; сенильный кератоз.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Кожу в зоне роста опухоли или кератоза протирают тампоном, смоченным в спирте, затем накладывают 0,8–2 г мази (в зависимости от размера очага) под марлевую салфетку и фиксируют лейкопластырем. При каждой перевязке очаг и окружающую кожу протирают спиртом и удаляют некротизированную ткань. Аппликации делают ежедневно один раз в день до полного разрушения опухолевой ткани. Продолжительность лечения определяется локализацией и размерами очага. При лечении рецидивирующих опухолей, мелкоузловых форм базалиом в области лба и носа делают 15–20 аппликаций, при язвенных формах, при базалиомах поверхностного типа и болезни Бовена 10–15, при сенильных кератозах 5–10 аппликаций. После завершения лечения глицифоновой мазью на образовавшийся дефект кожи накладывают асептические повязки или повязки с антисептическими мазями до полного рубцевания.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Отек периорбитальной области, гиперемия, отек (в этих случаях в лечении делают перерыв на 2–3 дня и назначают примочки с раствором нитрофурала или мазь с ГКС, после перерыва лечение продолжают) и боль в месте нанесения (для уменьшения боли можно одновременно накладывать на очаг 5–10% мазь с бензокаином).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Гиперчувствительность, артериальная гипертензия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, беременность и период лактации, эпилептиформные расстройства, состояния тревоги или возбуждения, бессонница.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: 30% мазь по 10 г.

Перед применением прочитайте полную инструкцию по медицинскому применению.



Полную информацию о препарате можно получить в ОАО «Татхимфармпрепараты»
420091, Россия, г. Казань, ул. Беломорская, 260. Тел. (843) 526-97-16
E-mail: marketing@tatpharm.ru; www.tatpharm.ru

Региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии»

как в клетках других слоев частицы вируса лишь персистируют. Это значит: лечение без санации клеток базального слоя неэффективно.

К ВПЧ слизистых оболочек низкой степени риска докладчик относит папилломавирусы (HPV) 6, 11, 42, 43 и 44 типов; средней степени риска – HPV 31, 33, 35, 51, 52, 58; высокой степени риска – HPV 16, 18, 45 и 56. При этом прогрессия ВПЧ-инфекции высокого онкогенного риска в рак происходит в сроки от 5 до 30 лет. Выявление онкобелка E7 в цервикальном материале и моче является проявлением интеграции вирусной ДНК в хромосому, началом озлокачествления.

Цели лечения ВЧП слизистых оболочек – удаление генитальных бородавок (в том числе субклинических), терапия латентной папилломавирусной инфекции. Как правило, эффективность лечения равняется 60–80%. Применяются следующие методы лечения: криодеструкция, хирургическая экцизия, лазерное удаление, фотодинамическая терапия и др.

В конце своего доклада В.А. Молочков отметил: при дисплазии и раке шейки матки рекомендуется назначать Индинол (индол-3-карбинол) внутрь по 200 мг 2 раза в сутки в течение 3 месяцев, поскольку прием этого препарата существенно снижает иммуносупрессивные функции ВПЧ и создает благоприятный фон для лечения папилломавирусной инфекции.

Доклад на тему «Ошибки в диагностике злокачественных новообразований кожи головы и шеи, красной каймы губ» прочитал В.И. ПИСЬМЕННЫЙ, к.м.н., зав. онкологическим отделением «Опухоли головы, шеи» Самарского областного клинического диагностического центра, доц. кафедры стоматологии института последипломного образования ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», член проблемной

комиссии по изучению опухолей головы и шеи Научного совета по злокачественным новообразованиям РАМН и МЗ и СР РФ.

На практических примерах В.И. Письменный разобрал типичные случаи диагностических ошибок, встречающихся в повседневной практике.

О методе фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении злокачественных новообразований кожи рассказал проф. М.Л. ГЕЛЬФОНД, д.м.н., хирург-онколог, специалист по лазерной онкодерматологии ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития. Марк Львович детально разъяснил принципы воздействия лазера на биологические объекты, подробно остановился на механизме проведения ФДТ. По его словам, понимание механизмов ФДТ сделает ее клиническое применение более эффективным, особенно в комбинации с другими методами лечения. ФДТ обладает следующими иммунологическими феноменами. Фотодинамическая терапия – это местное воздействие, при котором поврежденная, находящаяся в апоптозе, опухоль остается на месте, но при этом является источником местной вакцинации, вызывающей системный иммунный эффект. ФДТ разрушает строму опухоли. Опухолевые клетки и их фрагменты свободно контактируют с клетками-эффекторами иммунной системы. Результатом такого контакта является мощный противоопухолевый ответ иммунной системы. Далее докладчик остановился на используемых в ФДТ фотосенсибилизаторах (Фотодитазин, Фотогем, Фотосенс), назвав их основные преимущества и недостатки.

В целом ФДТ может использоваться при разных онкологических заболеваниях. Применительно к раковым заболеваниям кожи ФДТ эффективна при лечении базальноклеточного рака

кожи и диссеминированной меланомы кожи. Из всех осложнений, наблюдаемых при ФДТ, наиболее значимым являлась продолжительная кожная фототоксичность, причем самой низкой световой токсичностью обладает Фотодитазин.

В частности, докладчик рассмотрел преимущества Фотодитазина как препарата, отвечающего следующим требованиям, предъявляемым к фотосенсибилизатору: возможность использования препарата как для флуоресцентной диагностики, так и для фотодинамической терапии; высокая селективность к раковым клеткам; полное выведение из организма через 26–28 часов; высокая индуцированная люминесценция в очаге поражения, нетоксичность. Фотосенсибилизатор Фотодитазин может быть использован в практическом здравоохранении для лечения онкологических заболеваний различных нозологических форм, а также патологий неонкологического характера.

Секционное заседание завершил доклад И.А. КОРОЛЕВОЙ, д.м.н., зав. химиотерапевтическим отделением Самарского областного клинического диагностического центра, на тему «Лекарственное лечение диссеминированной меланомы». Лекарственное лечение, по словам Ирины Альбертовны, применяется при диагностировании у пациента отдаленных метастазов меланомы. В клинической практике накоплен значительный опыт использования лекарственных средств, которые в зависимости от принадлежности к той или иной группе определяют метод системного воздействия при диссеминированной меланоме – химиотерапевтический и химиоиммунотерапевтический. На основании данных последних рандомизированных исследований докладчик провела сравнительный анализ различных препаратов. ☺

ФОТОДИТАЗИН®- ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОР НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

ФОТОДИТАЗИН

- возможность использования «Фотодитазина®» как для флюоресцентной диагностики, так и для фотодинамической терапии
- высокая селективность к раковым клеткам
- низкое накопление ФС в нормальных тканях
- практическое отсутствие токсичности и быстрое выведение из организма
- высокая индуцированная люминесценция в очаге поражения
- высокий квантовый выход образования синглетного кислорода
- интенсивный максимум поглощения в области 660 ± 2 нм

Зарегистрировано и разрешено к широкому медицинскому применению 10 медицинских технологий с использованием препарата «Фотодитазин®»:

1. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ЛЕГКОГО
2. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА И КЕРАТОЗОВ КОЖИ
3. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ, ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ
4. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И ДЕРМАТОЗОВ КОЖИ
5. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ
6. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
7. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ И РИНОСИНУСОПАТИЙ
8. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ФОНОВЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
9. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ
10. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

123557, г. Москва, ул. М. Грузинская, д. 38
телефон: (499) 253-46-72
телефон/факс: (499) 253-61-81
e-mail: veta-grand@mail.ru

Подробную информацию о препарате «Фотодитазин®» вы можете также получить, посетив наш сайт в Интернете:
www.fotoditazin.ru

