

РАДИОФОСФОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Г. И. Володина, А. С. Абдуллин, И. Б. Новоуспенская

Вторая кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Д. Е. Гольдштейн) и
кафедра общей хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Дифференциальная диагностика пигментных опухолей представляет большие трудности. Даже в квалифицированных медицинских учреждениях диагноз меланом устанавливается лишь в половине случаев (А. П. Шанин, 1962). Об этом же свидетельствуют и данные Becker (1954), согласно которым из 169 больных с клиническим диагнозом меланомы кожи гистологическое исследование подтвердило правильность диагностики лишь в 43%.

Считается недопустимым для целей диагностики меланом применение любого вида биопсий, кроме отпечатков с изъязвленной поверхности опухоли. Поэтому в основном достоверность диагноза злокачественной меланомы, особенно в ее начальных стадиях, зависит от квалификации и опыта клинициста.

Одним из новых методов диагностики пигментных опухолей кожи и слизистых является сравнительное определение накопления радиоактивного фосфора в ткани опухоли и в контрольных участках.

На ценность P^{32} для дифференциальной диагностики меланом и других кожных опухолей указывают Т. Д. Щелокова (1961), Lazarow-Ikonopisov (1960) и др. Однако некоторыми исследователями эффективность этого метода оспаривается.

Не решены окончательно вопросы наиболее рациональных диагностических доз P^{32} . Зарубежные авторы рекомендуют дозы порядка 300—400 микрокюри (Bihari, Gulbert, Fenyés, Sugar, Venkei, 1962), отечественные же — 30—50—100.

Нами обследовано 74 больных с пигментными опухолями кожи. P^{32} назначался больным внутрь, натошак в 20% растворе глюкозы. Индикаторные дозы препарата составляли — 0,08—0,1 мС. Накопление P^{32} в опухоли и в симметричном участке кожи определялось специальным счетчиком на установке В₂. Исследования проводились через 24 и 48 часов после приема препарата.

Т. Д. Щелокова нашла накопление изотопа в злокачественной меланоме в 3—22 раза больше, чем в контрольном участке. Большинство авторов считает, что в злокачественной меланоме накопление P^{32} бывает в среднем в 6—7 раз больше.

По нашим наблюдениям, увеличение накопления P^{32} в опухоли через 48 часов по сравнению с данными 24-часового накопления препарата характерно для злокачественной меланомы. Если 24-часовое накопление P^{32} в пигментной опухоли было лишь в 3—3,5 раза больше, чем в контрольном участке, то через 48 часов оно увеличивалось на 180—220% по сравнению с 24-часовыми показателями. Последующие гистологические исследования, проведенные после близкофокусной рентгенотерапии, подтвердили злокачественные меланомы кожи.

Нам удалось отметить, что при метастазах в регионарные лимфоузлы накопление P^{32} в первичном очаге злокачественной меланомы бывает незначительным (в 3—4 раза больше по сравнению с контрольным участком). В случаях, когда злокачественная опухоль была покрыта толстой мокнувшей коркой, мы также не наблюдали значительной разницы в накоплении P^{32} в опухоли и в симметричном участке, что может быть объяснено небольшой проникающей способностью β -частиц P^{32} .

Достоверность данных радиофосфорной диагностики контролировалась результатами гистологического исследования, проведенного у 25 больных. При этом лишь у 2 больных было несовпадение результатов радиофосфорной диагностики с данными гистологического исследования.

При сопоставлении диагнозов онкологических учреждений (до радиофосфорной диагностики у этих же 25 больных) с данными гистологического исследования несовпадение диагнозов отмечено у 10 больных.

В тех случаях, когда диагноз доброкачественного пигментного невуса подтверждался и клинически, и данными радиофосфорной диагностики, хирургическое лечение не проводилось и, следовательно, не проводилось гистологическое исследование.

По нашему мнению, радиофосфорная диагностика пигментных опухолей заслуживает внимания и широкого применения в онкологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шанин А. П. *Вопр. онкологии*. 1962, 9. — 2. Щелокова Т. Д. *Мед. радиол.* 1961, 9. — 3. Becker. *Arch. Derm. Syph.* 1954, 69; 11. — 4. Bihari, Gulbert, Fenyés, Sugar, Venkei. *Madu Radiol.* 1962, 4; 227. — 5. Lazarow-Ikonopisov. *Neoplasma*. 1960, VII, 4, 377.