
ХРОНИКА. ИНФОРМАЦИЯ

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПРОБЛЕМНОЙ КОМИССИИ «ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ» НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ РАМН И МЗ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (4 мая 2012 г., г. Москва)

Научно-практическая конференция Проблемной комиссии «Опухоли головы и шеи» Научного Совета по злокачественным новообразованиям Российской академии медицинских наук и Министерства здравоохранения Российской Федерации состоялась 04 мая 2012 г. в ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»

РАМН. Конференция «Злокачественные новообразования кожи головы и шеи» была посвящена 100-летию со дня рождения академика Н.Н. Блохина. В конференции приняли участие и выступили с докладами члены Проблемной комиссии и ведущие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Архангельска, Самары и других городов России.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

**Е.Л. Чойнзонов, В.А. Новиков, В.И. Штин, В.А. Сыркашев,
Е.Ю. Гарбуков, А.А. Жеравин**

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск

Наиболее сложными для лечения и реабилитации являются больные с сочетанным поражением мягких тканей головы и подлежащих костных структур. Задачей оперативного лечения этой категории больных является не только радикальное удаление опухоли, но и восполнение обширных послеоперационных дефектов с сохранением опорнонесущей функции скелета. Решить эту задачу позволило использование комбинированной пластики, которая применена у 29 пациентов. В процессе оперативного вмешательства проводилось удаление опухоли с резекцией мягких тканей и костных структур пораженной опухолью зоны. На следующем этапе отсепаровывались ткани по краям дефекта и на сохраненные участки костных структур укладывался тканевый имплантат из никелида титана, который фиксировался к костным краям шовным материалом. Далее проводилось восполнение дефекта мягких тканей полнослойными лоскутами. В качестве пластического материала чаще использовались полнослойные свободные лучевые лоскуты (n=12). Реже применялись торакодорзальные лоскуты (n=2) и лоскуты с передней поверхности бедра (n=3). Комплексы аутоклет

перемещались в зону имплантации, укладывались на никелидтитановый тканевый эндопротез и фиксировались швами к краям дефекта. Накладывались анастомозы между сосудами лоскута и реципиентной зоны. Этот метод пластики обширных послеоперационных дефектов применен у 17 больных. При необходимости восполнить меньший по площади дефект мягких тканей использовались несвободные лоскуты (n=12). Лоскуты на питающей ножке перемещались в область дефекта и укладывались на тканевый никелидтитановый имплантат. Несмотря на то, что границей между внутренней частью перемещенного лоскута и послеоперационной полостью служил тканевый имплантат, воспалительных реакций не выявлялось. Грануляционная ткань быстро закрывала всю поверхность имплантата, процесс эпителизации завершался через 3–5 нед, в зависимости от площади дефекта. У всех пациентов заживление раневой поверхности протекало без осложнений.

Таким образом, методика комбинированной пластики позволила восполнять утраченные в ходе оперативного вмешательства ткани с удовлетворительным косметическим эффектом. Транспланта-

ция лоскута производилась на поддерживающую основу, предотвращая тем самым последующее западение мягких тканей и рубцовую деформацию.

Это способствовало сохранению целостности воздухоносных полостей, участвующих в голосообразовании и функции дыхания.

СОВРЕМЕННАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ, ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ КОЖИ

**Я.В. Вишневская, А.М. Строганова, А.И. Сендерович, Ю.В. Полуэктова,
Я.А. Машенкина, И.А. Утяшев**

ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Морфологическое и молекулярно-генетическое исследования меланомы являются определяющими для стадирования, прогноза и лечения заболевания. Стадия меланомы определяется согласно рекомендациям American Joint Committee on Cancer (AJCC) от 2009 г. При гистологии определяются следующие параметры: форма роста, клеточный вариант, наличие/отсутствие пигмента, толщина опухоли по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, изъязвление, митотический индекс, сосудистая (ангиолимфатическая) инвазия, выраженность лимфоидной инфильтрации, спонтанная регрессия, наличие сателлитов и/или транзитных метастазов, предсуществующего невуса, «чистота» краев резекции удаленного лоскута кожи с опухолью.

Выделяют следующие формы роста: поверхностно-распространяющаяся, узловая, лентигино-меланома, смешанная; гистологические варианты: эпителиоидноклеточный, веретенчатый, невоклеточный, баллонообразный, десмопластическая меланома и злокачественный голубой клеточный невус; уровни инвазии по Кларку: 1 (in situ), в пределах эпидермиса, 2 – прорастание в сосочковый слой дермы, 3 – прорастание всего сосочкового слоя до ретикулярного слоя, меланома на ножке или на широком основании, 4 – прорастание в ретикулярный слой дермы до подкожно-жировой клетчатки, 5 – прорастание в подкожно-жировую клетчатку; фазы роста: радиальная – соответствует 2-му уровню инвазии по Кларку, вертикальная – соответствует 3, 4, 5-му уровням инвазии по Кларку; толщина по Бреслоу измеряется по наибольшей толщине узла с учетом уровня инвазии по Кларку;

митотический индекс определяется по количеству митоз в 1 мм²; для спонтанной регрессии характерна плотная очаговая лимфоидная инфильтрация со скоплениями меланофагов; сателлиты – это очаговые скопления клеток меланомы диаметром более 0,05 мм, четко отграниченные от основного инвазивного компонента меланомы нормальной дермой или клетчаткой и расположенные от первичной опухоли на расстоянии не менее 0,3 мм; транзитные метастазы – опухолевые узлы любого размера, расположенные в коже на расстоянии более 2 см от первичной опухоли.

Стадирование меланомы по системе TNM (версия AJCC, 2009): Т – первичная опухоль кожи определяется по следующим параметрам: толщина по Бреслоу, изъязвление, уровень инвазии по Кларку (при толщине опухоли до 1 мм); N – наличие/отсутствие пораженных лимфоузлов, сателлитов и транзитных метастазов; M – наличие/отсутствие отдаленных метастазов + уровень ЛДГ в сыворотке крови.

Для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики меланомы, а также выявления микрометастазов в лимфоузлах используется иммуногистохимическое исследование. В опухолевых клетках экспрессируются Vimentin, protein S100(A4), а также специфические меланоцитарные маркеры: PanMelanoma (Cocktail, of HMB-45, Mart-1 and Tyrosinase), Melan-A (A103), Melanosoma (HMB45), MITF-M (microphthalmia transcription factor Melan-A), Tyrosinase (Tyrosinase-related proteins 1 and 2), в 3–10 % может наблюдаться экспрессия PanCK(AE1/AE3). К прогностическим маркерам