

случаях сопряжено со значительными сложностями. Данное сообщение суммирует опыт лечения местно-агрессивных базалиом в отделении опухолей головы и шеи ЛООД.

Материал и методы. В период с 2006 г. указанным критериям соответствовало 11 пациентов (6 мужчин и 5 женщин) в возрасте 53–76 лет (средний возраст – 62,5 года). Из них 6 пациентов оперированы по поводу рецидивных опухолей после неоднократных попыток радикального лечения, включавшего неоднократные курсы лучевой терапии, лазерной и криодеструкции, хирургического лечения, 5 – по поводу первичных опухолей. Средняя длительность заболевания – 9,5 года (от 2 до 32 лет). Опухоль локализовалась на коже окологлазничной области (3 случая), носа (4), ушной раковины (1), подбородочной (2) и височной области (1). Значительная распространенность опухоли обусловила необходимость экзентерации орбиты в 2 случаях, частичной резекции костей лицевого скелета (6), плоских костей черепа (1), височной кости (1), удаления внутриносовых структур (2), краевой резекции нижней челюсти (2), субтотального удаления нижнего века (1), резекции околоушной слюнной железы (2), паротидэктомии (1), жевательных мышц (2), субтотального удаления нижней губы (1). Для доступа к реципиентным сосудам при использовании свободных реваскуляризированных лоскутов удалялось содержимое подчелюстного треугольника. Пластика дефекта осуществлялась перемещенными кожными ло-

скутами (2), комбинированным способом с использованием кожно-мышечного лоскута большой грудной мышцы и дельтопекторального лоскута (1), свободным лучевым лоскутом (4), свободным торакодорсальным лоскутом (3), переднелатеральным кожно-мышечным лоскутом (1). Адьювантная лучевая терапия проведена 6 больным.

Результаты. Костная инвазия была подтверждена морфологически в 8 случаях, причем до операции деструкция кости по данным КТ определялась лишь у 4 пациентов. Положительный край резекции по данным планового гистологического исследования зафиксирован в 4 случаях. Средний срок наблюдения – 24,5 мес (от 5 до 52 мес). За данный период умерло 3 пациента. В одном случае причиной смерти послужил рецидив опухоли с интракраниальным распространением, 2 пациента умерли. Рецидив опухоли зафиксирован у 2 больных, в одном случае произведено успешное хирургическое лечение.

Выводы. Лечение базально-клеточного рака кожи с инвазией подлежащих тканей остается серьезной проблемой в практике отделений опухолей головы и шеи. Основными проблемами являются трудность дооперационной визуализации границ опухоли, достижение негативных краев резекции, сложность адекватной трехмерной реконструкции послеоперационных дефектов. Все эти факторы обуславливают достаточно высокую вероятность рецидивов опухоли и угрозу летального исхода в случае интракраниального распространения опухоли.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ И СОСТАВА ЛИМФОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОПУХОЛИ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Я.А. Машенкина, Я.В. Вишневская, Л.В. Демидов

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

Случаи меланомы кожи (МК), имеющие одинаковую стадию по классификации TNM, зачастую радикально отличаются по агрессивности течения и исходу заболевания, что объясняется индивидуальными биологическими особенностями злокачественных клеток, а также особен-

ностями микроокружения опухоли, одним из составляющих которого является лимфоцитарная инфильтрация.

Цель исследования – определить диагностическое значение степени выраженности и состава лимфоцитарной инфильтрации при МК.

Материал и методы. В исследование включено 67 пациентов с диагнозом МК, получавших хирургическое лечение в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 2005 по 2006 г. Из них было 33 (49,3 %) женщины и 34 (50,7 %) мужчины. Средний возраст – 51,7 года. Всем пациентам проводилось хирургическое удаление опухоли с последующим гистологическим исследованием операционного материала и иммуногистохимическим окрашиванием срезов на маркеры лимфоидных клеток. При гистологическом исследовании оценивалась степень выраженности и состав лимфоцитарной инфильтрации, ее связь с основными прогностическими признаками (толщина опухоли по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, митотический индекс, наличие изъязвления опухоли, метастазов в регионарных лимфатических узлах и отдаленных метастазов). Данные сопоставлялись с трехлетней и пятилетней выживаемостью больных МК.

Лимфоцитарная инфильтрация опухоли была выраженной в 35,8 % случаев (24 пациента), умеренной – в 22,4 % случаев (15 пациентов), слабой – в 41,8 % случаев (28 пациентов). При иммуногистохимическом окрашивании лимфоцитарного инфильтрата опухоли в его составе отмечалось наличие Т- и В-лимфоцитов, Т-цитотоксических лимфоцитов, Т-хелперов и Т-регуляторных клеток. Толщина опухоли по Бреслоу в среднем составила при выраженной лимфоцитарной инфильтрации – 3,1 мм, при умеренной – 4,8 мм, при слабой – 7,9 мм. Изъязвление опухоли при выраженной лимфоцитарной инфильтрации наблюдалось в 50 % случаев (12 пациентов), при умеренной – в

73,3 % случаев (11 пациентов), при слабой – в 82 % случаев (23 пациента). Метастазы отсутствовали при выраженной лимфоцитарной инфильтрации в 45,8 % случаев (11 пациентов), при умеренной – в 33,3 % случаев (5 пациентов), при слабой – в 21,4 % случаев (6 пациентов).

Наличие метастазов при выраженной лимфоцитарной инфильтрации наблюдалось в 54,2 % случаев (13 пациентов), при умеренной – в 66,7 % случаев (10 пациентов), при слабой – в 78,6 % случаев (22 пациента); при этом метастазы в регионарные лимфатические узлы наблюдались в 46,2 % случаев (5 пациентов), 66,7 % случаев (10 пациентов) и 71,4 % случаев (20 пациентов); внутрикожные метастазы – в 42 % случаев (6 пациентов), 20 % случаев (2 пациента) и 54,5 % случаев (12 пациентов); отдаленные метастазы – в 42 % случаев (6 пациентов), 20 % случаев (2 пациента) и 27,2 % случаев (6 пациентов) соответственно. Трехлетняя выживаемость пациентов с МК при наличии выраженной лимфоцитарной инфильтрации составила 87,5 %, при умеренной лимфоцитарной инфильтрации – 73,3 %, при слабой лимфоцитарной инфильтрации – 75 %; 5-летняя выживаемость – 83,3 %, 66,6 % и 53,6 % соответственно.

Выводы. Исследование и оценка лимфоцитарной инфильтрации МК наряду с такими важными прогностическими признаками, как толщина опухоли по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, митотический индекс, изъязвление опухоли и наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, помогает прогнозировать клиническое течение и исход заболевания.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2000–2010 гг.

М.Л. Левит, Н.А. Глухарева, А.У. Минкин

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск

Среднегодовой темп прироста заболеваемости меланомой кожи (МК) в мире составляет около 5 % (в США – 4 %, в России – 3,9 %), что является одним из самых высоких среди всех злокачественных опухолей, кроме рака легкого. В России ежегодно

регистрируется более 5700 случаев МК и более 2200 человек умирают от нее. В 2007 г. стандартизованный показатель заболеваемости меланомой кожи у мужчин равнялся 4,4, у женщин – 6,3 на 100 тыс. населения. В целом по России с 2002 по