

2007 г. заболеваемость МК увеличились на 16,7 %. Меланомы кожи головы и шеи составляют около 12 % от МК всех локализаций и отличаются наиболее низкой выживаемостью, ранним регионарным и отдаленным метастазированием.

Цель исследования – изучить заболеваемость, смертность и выживаемость среди пациентов с меланомой головы и шеи в Архангельской области за период 2000–2010 гг. Дизайн исследования: ретроспективное исследование на базе регионального ракового регистра.

Материал и методы. Из Архангельского областного ракового регистра были отобраны все пациенты с диагнозом меланомы головы и шеи (МКБ С43) за период 2000–2010 гг. Заболеваемость и смертность рассчитаны на 100000 населения. Данные по ежегодной численности населения в области предоставлены Архангельским бюро статистики. Величины частот и выживаемости рассчитаны с помощью программы Statistical Package for Social Science version 19.0 (SPSS, Chicago, IL). Для анализа выживаемости использован анализ Каплана–Майера с лог-ранговым критерием для сравнения групп.

Результаты. За 11 лет в Архангельской области зарегистрировано 79 пациентов с диагнозом меланомы головы и шеи. Среди них – 55 (69,6 %), женщин, 24 (30,4 %) – мужчины. Городское население – 50 (63,3 %), сельское – 29 (36,7%) человек. Средний возраст всех пациентов – 63,6 года. Средний возраст женщин – 65,42 (стандартное отклонение – 2,16), средний возраст мужчин – 59,42 (стандартное отклонение – 2,6). Умерло от меланомы 23 человека – 29,1 %.

Грубая заболеваемость меланомой головы и шеи увеличилась с 0,14 на 100000 населения в 2000 г. до 1,43 в 2010 г. Смертность от меланомы головы и шеи увеличилась менее значимо – с 0,14 на 100000 населения в 2000 г. до 0,24 в 2010 г. Средняя общая выживаемость – 316 нед (95 % ДИ 261–371). Выживаемость среди женщин была статистически достоверно выше, чем среди мужчин ($p < 0,0001$). Средняя выживаемость для женщин – 339,7 нед (95 % ДИ 287,8–391,7), для мужчин – 198,1 нед (95 % ДИ 107,2–289,0). Достоверной разницы в выживаемости между жителями города и села не было ($p = 0,07$). Достоверной разницы в выживаемости между возрастными группами пациентов до и после 60 лет также не было ($p = 0,652$).

МЕЛАНОМА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ: ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ

А.Е. Михнин, С.А. Тарков, О.С. Фролова

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования – изучение факторов, влияющих на общую и безрецидивную выживаемость больных меланомой кожи головы и шеи (МГШ) в сравнении с другими локализациями.

Представлены данные о 133 пациентах с МГШ и 806 больных с меланомами кожи других локализаций, оперированных в НИИ онкологии с 1985 по 2003 г. В унивариантных и мультивариантных моделях Кокса были исследованы следующие факторы: пол, возраст, локализация опухоли, толщина по Бреслоу, глубина инвазии по Кларку, наличие изъязвления, степень лимфоидной инфильтрации стромы, пигментация, митотическая активность,

клеточный тип и форма роста опухоли. Степень влияния на выживаемость оценивали по величине Hazard Rate (HR).

Общая выживаемость. При унивариантном анализе наиболее сильным предиктором выживаемости для меланом любой локализации являлась толщина опухоли по Бреслоу. Её влияние на общую выживаемость оказалось больше, чем влияние глубины инвазии. При МГШ вторым значимым фактором было изъязвление опухоли. Лимфоидная инфильтрация стромы не влияла на выживаемость при меланоммах туловища и конечностей и оказывала слабое, но значимое влияние при МГШ. В

мультивариантных моделях общей выживаемости для меланом туловища и конечностей независимую прогностическую значимость сохранили толщина опухоли, наличие изъязвления и пол больного. При МГШ значимыми факторами были толщина по Бреслоу, возраст и пол. Наиболее мощным прогностическим фактором в обеих группах являлась толщина опухоли по Бреслоу. С учетом сублокализации опухоли, для шеи и волосистой части головы единственным предиктором выживаемости являлась толщина опухоли по Бреслоу. Для меланом, локализованных в области лица и ушной раковины, наиболее сильным предиктором был пол, другими значимыми независимыми прогностическими факторами являлись возраст и толщина по Бреслоу. Уровень инвазии по Кларку не вошел в число предикторов из-за сильной положительной корреляции с толщиной опухоли по Бреслоу.

Безрецидивная выживаемость. При исследовании в мультивариантных моделях переменных, идентифицированных при унивариантном анализе, оказалось, что на сроки регионарного метастазирования МГШ влияют толщина опухоли и пол больного. Для меланом скальпа и шеи единственным предиктором является толщина опухоли по Бреслоу. Установлено, что факторы, влияющие на сроки

появления отдаленных метастазов, принципиально совпадают с факторами, определяющими сроки регионарного лимфогенного метастазирования. В мультивариантных моделях предиктивную значимость сохранили толщина опухоли, пол больного и количество митозов в опухоли при МГШ, причем главным прогностическим фактором оставалась толщина по Бреслоу. При дальнейшем изучении с учетом анатомической сублокализации значимым фактором для меланом скальпа и шеи оказалась только толщина опухоли, для области лица и ушной раковины – толщина и количество митозов.

При МГШ толщина опухоли по Бреслоу является наиболее сильным предиктором общей (HR=3,15; $p<0,001$) и безрецидивной (HR=1,90; $p<0,01$) выживаемости. Менее мощными независимыми прогностическими факторами являются пол (HR=1,76; $p<0,01$) и возраст больных (HR=1,59; $p<0,01$). Для меланом кожи шеи и волосистой части головы толщина опухоли является единственным значимым фактором, влияющим на общую и безрецидивную выживаемость (HR=3,21; $p<0,001$). При меланоммах кожи лица и ушной раковины предикторы выживаемости – пол (HR=8,86; $p<0,01$), возраст (HR=5,16; $p<0,01$) и толщина опухоли (HR=3,33; $p<0,05$).

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Е.Н. Новожилова

Московская городская онкологическая больница № 62

В основе успешного лечения больных раком кожи лежит своевременная и точная диагностика. Наиболее сложной для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований кожи является группа больных с множественными образованиями и неуточненной морфологической структурой.

При анализе амбулаторных карт 234 больных, поступивших на лечение в МГОб № 62 в 2011 г., было установлено, что 44 (14 %) больных не имели при поступлении определенного диагноза. Наибольший процент совпадений диагнозов был при базально-клеточном раке – 80 %. После удаления образований установлено, что меланомы кожи

была у 63 (26,9 %), базалиома – у 51 (21,8 %), доброкачественные опухоли – у 78 (33,3 %), плоскоклеточный рак – у 13 (5,6 %) больных. Таким образом, наибольшие трудности были с диагностикой меланомы.

Несмотря на визуальную локализацию, около 6 % больных со злокачественными опухолями кожи на момент установления диагноза имеют III–IV стадии, когда показано хирургическое лечение. Эта проблема наиболее актуальна при лечении опухолей кожи в области головы и шеи. При удалении опухолей на лице мы используем приемы пластического закрытия дефектов местными тканями. При расположении опухоли в волосистой части

СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2012. № 4 (52)