

**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

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