

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

головы, при наличии обширных послеоперационных дефектов, используются микрохирургические методики, в том числе пластика с использованием большого сальника, которая была применена нами у 18 больных.

Наиболее перспективной методикой лучевой терапии в настоящее время является брахитерапия – это «старый радиологический метод», но модернизированный при помощи современной техники, он отличается суперконформностью, гиперфракционированием и акселерированием и позволяет подвести высокие дозы на очаг без повреждения окружающих тканей. В качестве радиоактивного источника в аппаратах (Multisource) используются ^{192}Ir или ^{60}Co . Облучение происходит в режиме Afterloading.

Лекарственные методы в лечении рака кожи имеют вспомогательное значение. Наша клиника принимает участие в исследовании, проводимом отделением биотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, «Иммунотерапия больных меланомой кожи препаратом MAGE-A3». MAGE-A3 – пептид, который экспрессируется на клетках большого количества опухолей, но не присутствует на клетках нормальных тканей, он является мишенью для CD4+ и CD8+ Т-клеток. Был выделен recMAGE-A3 – рекомбинантный антиген, который продемонстрировал обнадеживающую активность при НМРЛ и меланоме. В настоящее время нами начинаются исследования по оценке сочетания лучевой терапии и цетуксимаба.

РАК КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

И.Н. Пустынский, М.А. Кропотов, А.И. Пачес, С.И. Ткачев

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

Рак кожи является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний и у большинства больных поражает область головы и лица, имеющую особое эстетическое и функциональное значение. Выбор метода лечения больных раком кожи головы и лица нередко является сложным, данная анатомическая область характеризуется наибольшим, по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований кожи, риском возникновения рецидивов. Выбор оптимального лечебного метода зависит от целого ряда факторов, при этом имеют значение распространенность, локализация, клиническая и морфологическая формы опухоли, требования косметики, общее состояние больного и др. Для лечения рака кожи в начальных стадиях заболевания (T_1) используются различные методы: лучевая терапия, криодеструкция, хирургическое иссечение, лазерное удаление, фотодинамическая терапия, местная химио- и иммунотерапия. Вместе с радикальным удалением опухоли необходимо решать вопросы сохранения функций и индивидуального рельефа анатомических образований лица. При местнораспространенном раке кожи ведущее значение

имеют хирургическое и комбинированное лечение. При поражении опухолью костной ткани, тканей глазницы, при ее глубокой инвазии в подлежащие ткани и распространенных рецидивах рака кожи хирургическое удаление опухоли является единственным методом радикального лечения.

Проведен комплексный анализ отдаленных результатов лечения 476 больных базально-клеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи, находившихся в клинике опухолей головы и шеи ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН с 1996 по 2011 г. Опухоли, соответствующие T_1 , диагностированы у 123, T_2 – у 121, T_3 – у 55, T_4 – у 61 больного, у 116 пациентов имелись распространенные рецидивы рака кожи после различных видов лечения. Базально-клеточный рак кожи диагностирован в 387 (81,3 %), плоскоклеточный рак – в 89 (18,7 %) случаях. Относительно небольшое число опухолей начальных стадий связано с тем, что в клинику госпитализировались только соматически отягощенные пациенты, при невозможности проведения амбулаторного лечения. Применялись следующие методы лечения: криохирургическое (240), хирур-