

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Патент на изобретение №2400224 от 27.09.2010 г.
(Ш.Х. Ганцев, Р.Ш. Ишмуратова, Ф.Ш. Зайнуллин, В.Ю. Фролова)

Меланома относится к группе злокачественных новообразований, отличающихся значительным риском метастазирования и высоким процентом неудовлетворительных результатов лечения (М.И.Давыдов, Ш.Х.Ганцев, 2010).

Клинический диагноз меланомы у части пациентов затруднен. Это связано с многообразием клинических проявлений и особенно на фоне длительно протекающего пигментного невуса. Морфологический метод исследования является решающим в диагностике меланомы кожи. Морфологическая диагностика меланомы затрудняется тем, что при ее наличии рекомендуют делать биопсию, в частности пункционную, так как имеется высокая опасность провокации метастазирования, в том числе имплантационного (Справочник по онкологии под редакцией Б.Е. Петерсона, М.: Медицина, 1974, стр.157). Цитологический метод диагностики рекомендуют лишь в тех случаях, когда поверхность опухоли изъязвлена и можно сделать отпечаток с изъязвленной поверхности, не травмируя опухоль. Дооперационная диагностика меланомы имеет важное значение для определения объема операции, поскольку нерадикальное хирургическое вмешательство приводит к быстрой диссеминации или к рецидиву опухоли.

Прототипом изобретения являлся способ профилактики метастазирования при диагностике и лечении меланомы кожи, предусматривающий предварительное накожное нанесение вокруг опухоли хлорэтила. При попадании на кожу хлорэтил вызывает сильное охлаждение кожи, сосудистый спазм вследствие быстрого испарения. При этой технологии сосудистый спазм предупреждает диссеминацию опухолевых клеток в окружающие ткани при пункции, а затем и при хирургической операции (материалы Всесоюзного симпозиума « Клиника и лечение меланом кожи», Саратов, 1990). Однако при этом методе возникает только поверхностный сосудистый спазм, что не обеспечивает достаточной абластики при хирургическом вмешательстве, который требует широкого удаления кожи, жировой клетчатки и подлежащей фасции. Это обстоятельство еще более усугубляется при оперировании больших опухолей, которые отличаются «агрессивностью» и высоким риском лимфогематогенного метастазирования.

Заданный авторами технический результат достигается за счет предварительного введения вокруг опухоли над- и подфасциального раствора Кляйна в количестве 20 мл для профилактики метастазирования и улучшения результатов хирургического лечения меланомы кожи.

Способ реализуется следующим образом: после обработки операционного поля в зоне пигментного новообразования раствором антисептика для профилактики метастазирования вводится раствор Кляйна в количестве 20 мл надфасциально и подфасциально, что вызывает спазм кровеносных и лимфатических сосудов, участвующих в распространении опухоли. По прошествии 5-7 минут (время, достаточное для создания эффекта локального гемо- и лимфостаза) осуществляют пункцию опухоли - при необходимости из разных точек со срочным морфологическим исследованием. При морфологическом ответе: меланома - проводится радикальное оперативное вмешательство (широкое иссечение опухоли с окружающей кожей, подкожной клетчаткой, фасцией). Если же процесс носит доброкачественный характер - возможно проведение кожесохраняющей операции. После инъекции вокруг опухоли раствора Кляйна, содержащего лидокаин и адреналин, лимфатические сосуды и капилляры спазмируются, тем самым резко замедляется крово- и лимфоотток в зоне проводимой операции. Следовательно, уменьшается риск попадания опухолевых клеток в более крупные лимфатические сосуды и вены при пункции опухоли, а затем и при операции.

Применение данного метода обеспечивает абластичность этапа диагностики и оперативного лечения меланомы кожи, позволяет проводить эффективную профилактику метастазирования меланомы.

В клинике способ профилактики метастазирования применяется и при немеланомных новообразованиях кожи. При иссечении меланомы и других новообразований кожи в условиях блокады крово- и лимфообращения раствором Кляйна отмечается снижение кровоточивости операционной раны, что также способствует успешности хирургического этапа лечения больных.

Канд.мед.наук, ст.н.с. Р.Ш. Ишмуратова,
канд.мед.наук В.Ю. Фролова