

Нами проведен анализ 62 экстренных наблюдений с желудочным кровотечением, причиной которого был рак желудка (44 мужчины и 18 женщин в возрасте от 20 до 85 лет). На момент осмотра кровотечение продолжалось у 20 человек, признаки состоявшегося кровотечения обнаружены в 24 наблюдениях и не было признаков кровотечения у 18 больных. Тотальное поражение желудка по результатам эндоскопии выявлено в 20 случаях. Изъязвления размерами от 0,7 до 6,5 см с инфильтрацией окружающих тканей найдены у 42 человек. Эти дефекты располагались как в верхней (8 больных), так в средней (21 больной) и нижней (13 больных) третях желудка.

Эндоскопические попытки остановки кровотечения путем коагуляции выполнены в 8 случаях, эффективность процедуры составила 50%. Наряду с коагуляцией применяли эндоскопическое орошение места кровотечения 96% этиловым спиртом. Кроме того, всем больным назначалась гемостатическая терапия. В одном случае при опухоли панкреатодуоденальной области, проявившейся изъязвлением слизистой оболочки антрального отдела желудка, выполнена ангиография с эмболизацией правой желудочной артерии. Кровотечение было остановлено. Эндоскопически после эмболизации отмечено изменение цвета слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (сероватый цвет за счет анемии). Рецидива кровотечения не отмечено.

Больные с установленным диагнозом рака желудка, осложненного кровотечением, при дополнительном обследовании либо планировались на операцию, либо после остановки кровотечения выписывались на симптоматическое лечение по месту жительства. В условиях стационара от рака желудка, осложненного кровотечением, погибло 8 пациентов (13% больных).

Литература

1. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. // *Внутрипросветная эндоскопическая хирургия : сб. тез. докл. Рос. симп.* — М., 1998 — С. 120–121.
2. Королев М.П., Федотов Л.Е., Иванова Н.В. и др. // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* — 1999. — Т. 158, № 3. — С. 16–20.
3. Макаров В.И., Сотниченко Б.А., Исаева В.В. и др. // *Русско-японский медицинский симпозиум : тез. докл.* — Хабаровск, 1998 — С. 330–331.
4. Самсонов В.А. *Опухоли и опухолеподобные образования желудка.* — М. : Медицина, 1989.
5. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. *Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия.* — М. : Медицина, 1977.
6. Хрупкин В.И., Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Тиканадзе А.Д. *Неотложная эндоваскулярная хирургия гастродуоденальных кровотечений.* — М. — Петрозаводск : ИнтелТек, 2002.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году.* — М. : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2005.

Поступила в редакцию 25.11.05.

BLEEDING CAUSED BY THE STOMACH CANCER (ON MATERIALS OF PRIMORSKY REGIONAL HOSPITAL)

S.V. Glushak, V.V. Frolov, E.S. Kochergina
Primorsky Regional Hospital No. 1 (Vladivostok)

Summary — Tactics of the emergency care on a material of 62 cases of the stomach cancer complicated with bleeding is described. It is marked, that endoscopic stop of the bleeding by coagulation has efficiency of 50% and should be added with the other procedures, including haemostatic therapy. Authors consider the embolization of the tumor vessels as a method of choice.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 69–70.

УДК 616.5-006.81-089

Я.В. Шапкин, М.В. Зинькевич

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Городской клинический онкологический диспансер (г. Санкт-Петербург)

Ключевые слова: меланома кожи, лечение.

В последней четверти XX века отмечено увеличение заболеваемости меланомой. В Европе наибольший прирост этого показателя зарегистрирован в странах северной и центральной части. Это связывают с возросшей миграцией населения, модой на загар, изменениями в костюме и образе жизни, произошедшими во второй половине прошлого века. При этом генетически неприспособленное к интенсивной инсоляции северное население оказывается незащищенным перед воздействием ультрафиолета. Свою роль в увеличении заболеваемости меланомой играет и истощение озоно-

вого слоя Земли [11]. В России в структуре онкологической заболеваемости доля меланомы кожи составила 1% у мужчин и 1,6% у женщин, с приростом стандартизованных показателей по сравнению с 1990 г. на 30% [9]. Составляя около 10% в структуре злокачественных опухолей кожи, меланома превалирует в ряду причин смерти среди этой группы опухолей, где ей принадлежит до 80% [6]. В последние годы накоплен достаточный опыт в диагностике, профилактике и лечении этого заболевания.

Обоснование тактики хирургического лечения базируется на современной классификации меланомы (TNM/UICC/AJCC). В первую очередь это относится к выбору границ иссечения первичной опухоли. Согласно рекомендациям ВОЗ [7], для меланомы *in situ* достаточным отступом можно считать 0,5 см неизменной кожи, при T₁- и T₂-стадиях — граница отступа должна составлять 1 см, при T₃ и T₄ — не менее 2 см, при изъязвлении и кровоточивости опухоли в стадии T₃₋₄, а также при десмопластическом и нейротропном вариантах меланомы — не менее 3 см. Такие же требования

предъявляются и к границам иссечения рубцов после эксцизии пигментных новообразований при подтверждении диагноза меланомы. Инцизионная биопсия меланоформных опухолей безусловно недопустима, тогда как тотальная эксцизионная биопсия с отступом не менее 0,2 см в большинстве европейских стран признается методом выбора при неясном диагнозе [7]. В России при иссечении внешне доброкачественных невусов рекомендуется отступ в 1 см [8]. Традиционно при меланоме рекомендуемая граница отступа не менее 3 см [1, 3], однако в отечественной литературе приводятся и данные, согласующиеся с рекомендациями ВОЗ [4, 5].

Статистически доказана неэффективность профилактической лимфаденэктомии при меланоме кожи, но эту операцию продолжают выполнять в ряде клиник нашей страны, где она входит в стандарт лечения меланомы [3, 6]. В большинстве Европейских стран на смену профилактической лимфаденэктомии пришла селективная лимфаденэктомия — биопсия сигнального лимфоузла у больных без клинических признаков поражения лимфоузлов. Для верификации сигнального лимфоузла, не являющегося анатомически детерминированным образованием, применяют лимфосцинтиграфию с mTc^{99} , с использованием портативного гамма-детектора, иногда ультразвуковым исследованием и обязательным окрашиванием первичной опухоли или тканей вокруг рубца на месте ее иссечения красителем со 100% обнаружением лимфоузла в препарате [2, 10]. При обнаружении микрометастазов в сигнальном лимфоузле выполняется стандартная лимфаденэктомия.

Вопрос об объеме лимфаденэктомии остается открытым. В нашей клинике для верификации сигнального лимфоузла применяется сцинтиграфия с mTc^{99} по стандартной методике. При обнаружении накопления радиопрепарата мы выполняем биопсию сигнального лимфоузла с окрашиванием одним из разрешенных к применению в стране инъекционных красителей. В РОНЦ им. Н.Н. Блохина для обнаружения непальпируемых увеличенных регионарных лимфоузлов с успехом используют ультразвуковое исследование. Однако нельзя не отметить малый опыт применения биопсии сигнального лимфоузла в нашей стране: в нашей клинике на момент написания этой статьи — 24 случая, из РОНЦ им. Н.Н. Блохина сообщают о 26 наблюдениях.

Показаниями к хирургическому лечению диссеминированной меланомы кожи служат циторедуктивное воздействие, удаление солитарных метастазов, необходимость облегчения симптомов заболевания, получение ткани опухоли для приготовления аутологичных вакцин [8]. Мы относим к ним и удаление остаточных тканей опухоли при частичном регрессе после достижения эффекта от химиотерапии. Наша клиника имеет опыт нескольких таких операций, однако говорить об их эффективности можно будет по прошествии нескольких лет. Новыми для большинства хирургов являются операции, направленные на получение материалов для вакцин. Последние, как считают многие авторы, явля-

ются перспективным направлением в лечении диссеминированной меланомы. В настоящее время вакцины проходят клинические исследования.

Таким образом, несмотря на кажущуюся простоту, вопрос хирургического лечения меланомы является далеко не однозначным. Дискуссию вызывают вопросы определения границ резекции при иссечении первичной меланомы. В России до настоящего времени обсуждается вопрос о необходимости профилактических лимфаденэктомий и практически не находит применения практика биопсии сигнального лимфоузла.

Наш опыт и данные отечественной литературы показывают, что в условиях «инструментального дефицита» альтернативой применению портативного гамма-детектора является использование стандартной лимфосцинтиграфии или ультразвуковой диагностики, с обязательным окрашиванием зоны опухоли и регионарного лимфооттока. Нет однозначного мнения об объеме лечебных лимфаденэктомий при меланоме кожи. Дискутабелен вопрос необходимого объема операций при диссеминированной меланоме.

Литература

1. Анисимов В.В., Вагнер Р.И., Барчук А.С. *Меланома кожи: часть 1.* — СПб.: Наука, 1995.
2. Барчук А.С. // *Практ. онкол.* — 2001. — № 4. — С. 30–36.
3. Демидов Л.В., Барчук А.С. // *Вопросы онкологии.* — 1998. — Т. 44, № 2. — С. 149–154.
4. Демидов Л.В., Мартынова Е.В. // *Вопросы онкологии.* — 2002. — Т. 48, № 1. — С. 68–73.
5. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю. // *Русский медицинский журнал.* — 2003. — Т. 11, № 11. — С. 658–665.
6. Лемехов В.Г. // *Практ. онкол.* — 2001. — № 4. — С. 3–11.
7. *Меланомная программа ВОЗ / Mackie R.M., Cascinelli N., Kirkwood J.M. et al. : русская версия / под ред. Л.В. Демидова, 2004.*
8. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., Бармина Н.М. *Состояние онкологической помощи населению стран СНГ в 1998 г.* — М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 1999.
9. Чекалова М.А., Аллахвердян Г.С., Демидов Л.В. // *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* — 2003. — № 4. — С. 28–33.
10. De Vries E., Coebergh J.W. // *European Journal of Cancer.* — 2004. — Vol. 40. — P. 2355–2366.
11. Rossi C.R., Scagnet B., Vecchiato A. et al. // *Cancer.* — 2001. — Vol. 91, No. 12. — P. 2409–2416.

Поступила в редакцию 21.10.05.

TO THE QUESTION ON SURGICAL TACTICS AT SKIN MELANOMA

Ya. V. Shapkin, M. V. Zinkevich
City Oncological Clinic (Saint Petersburg)

Summary — The brief review of clinical experience of tactics of melanoma treatment. At surgical excision of visually benign nevus the space in 1 cm from its edge is recommended. At melanoma the recommended space is not less than 3 sm. With the purpose of metastasizes findings the methods of lymphoscintigraphy, ultrasonography can be used, with the obligatory coloring of the tumor zone and regional lymph vessels.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 70–71.