УДК 616.428-076:616.5-006.81-089

Т.Н. Солодянкина, В.И. Апанасевич, Л.В. Котик

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФОУЗЛА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток)

Ключевые слова: биопсия, лимфатические узлы, меланома кожи.

В последние годы отмечено увеличение частоты меланом кожи. Среднегодовой темп прироста заболеваемости этой опухолью в мире составляет около 5% (в США — 4%, в России — 3,9%) и может считаться одним из самых высоких среди злокачественных опухолей, за исключением рака легкого. Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в лечении меланом, общие показатели пятилетней выживаемости больных остаются невысокими и в значительной мере зависят от степени распространенности процесса на момент регистрации заболевания, т.е. от адекватной диагностики [1]. Доказано, что большинство злокачественных меланом в своем развитии проходят две фазы: фазу радиального и фазу вертикального роста. Первая продолжается 2–10 лет, чаще 3–5 лет, характеризуется низкой потенцией опухоли к метастазированию и, как правило, соответствует 2-му уровню инвазии по Кларку. Вторая фаза характеризуется прорастанием ее клеток в ретикулярный и подкожно-жировой слои, резко увеличивается потенциал метастазирования.

С целью определения возможной ценности различных диагностических мероприятий проведен анализ 192 амбулаторных карт больных меланомой кожи, взятых на учет в период с 01.1999 по 12.2003 г. Из них с 1-й стадией оказалось 58 (29,9%), со 2-й — 63 (32,3%), с 3-й — 35 (18%) и с 4-й — 11 (5,6%) пациентов. Стадия была неизвестна у 25 (26,6%) человек.

Хирургическому лечению с 1-й стадией опухоли подвергнуто 52 пациента, комбинированному — 6. Со 2-й стадией только хирургическое лечение проводилось 52 больным, комбинированное — 9. В 3-й стадии хирургическому лечению подвергнуты 17, комбинированному — 18 человек. 6 пациентам с 4-й стадией меланомы в специальном лечении отказано из-за тяжести состояния или распространенности процесса, и 5 человек в этой группе получали специальное лечение. В число больных с неизвестной стадией вошли лица, у которых в гистологическом заключении отсутствовали данные о толщине новообразования и глубине инвазии, а также диагноз у которых был установлен на основании цитологических данных. Из них хирургическому лечению подверглись 9 пациентов, комбинированному — 5, химиотерапевтическому — 1, и 8 человек от лечения отказались.

В течение 5 лет прогрессирование заболевания у пациентов с 1-й стадией меланомы отмечено в 10 случаях (17%), из них метастазы в лимфоузлы наблюдались в 6, в рубец — в 3, в рубец и в лимфоузлы — в 1 случае. У пациентов со 2-й стадией болезни прогрессирование отмечено в 21 случае (35%): метастазы в лимфоузлы зарегистрированы в 9, в рубец — в 6, в другие органы и ткани — в 6 наблюдениях. В 3-й стадии меланомы прогрессирование отмечено в 7 случаях: метастазы в лимфоузлы — 4, в рубец и в лимфоузле — 1, в другие органы и ткани — 2. В группе пациентов с неизвестной стадией заболевания прогрессирование опухолевого процесса развилось в 5 случаях: метастазирование в лимфоузлы — 4 случаях, в рубец — 1. Большинство наблюдений метастазирования отмечено в первые два года после лечения (табл. 1). При анализе полученных данных обращал на себя внимание факт высокой частоты скрытого метастазирования меланомы в лимфоузлы (в 23 из 43 случаях — 53,5%), что свидетельствует о раннем лимфогенном распространении опухоли.

Таким образом, на момент хирургического вмешательства, которое является первым этапом в лечении, более чем в половине случаев имелся клинически не определенный метастаз в лимфоузле. Отсутствие биопсии сторожевого лимфоузла привело к неправильному стадированию и неверной тактике ведения пациентов.

Таблица 1

Тактика и результаты хирургического лечения меланом

Виды лечения и прогрессирования	Стадия болезни				
	1-я	2-я	3-я	4-я	н/и
Хирургическое	52	52	17	2	10
Комбинированное	6	9	18	—	6
Криодеструкция	—	—	—	—	—
Химиотерапия	—	—	—	3	1
Отказ от лечения	—	2	—	6	8
Метастазирование, в т.ч.:	10	21	7	—	5
в лимфоузлы	6	9	4	—	4
в рубец	3	6	—	—	1
в лимфоузлы и рубец	1	—	1	—	—
в другие органы и ткани	—	6	2	—	—

Литература

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2004 году. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2005.

Поступила в редакцию 22.09.05.

TO THE QUESTION ON USEFULNESS OF BYOPSY OF THE LYMPH NODE AT SKIN MELANOMA

T.N. Solodyankina, V.I. Apanasevich, L.V. Kotik
Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional
Oncological Clinic (Vladivostok)

Summary — 192 cases of skin melanoma at all clinical stages of disease are analyzed. It is shown, that, by the development of relapses after the treatment, in 53.5% of cases there were clinically not diagnosed metastasizes in lymph nodes. The necessity of «watch» lymph node biopsy for correct diseases staging and tactics of treatment is emphasized.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 72.