

## ОТСРОЧЕННАЯ ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

И.Р. АХМЕТОВ

*ЮУНЦ РАМН, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, г. Челябинск*

**Актуальность.** Одним из основных прогностических факторов при меланоме кожи является наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, что вдвое снижает выживаемость. Вместе с тем до настоящего времени не решены вопросы, касающиеся необходимости выполнения превентивных лимфаденэктомий при лечении меланомы кожи. Ранее не проводились исследования, изучающие влияние сроков проведения превентивной лимфаденэктомии на результаты лечения.

**Цель исследования** – оптимизация лечебной тактики при первичной меланоме кожи туловища и конечностей в отношении регионарных лимфатических узлов.

**Материалы и методы.** В исследование включен 151 больной меланомой кожи туловища или конечностей со стадиями T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, которым проводилось лечение на базе Челябинского областного онкологического диспансера в период с 1 января 1990 по 31 декабря 2004 года. Среди больных было 96 (63,6%) женщин и 55 (36,4%) мужчин в возрасте от 14 до 87 лет. Средний возраст составил 51,7 года. Исследование проводилось ретроспективно и с 2002 г. – проспективно. В работе нами использовалась классификация меланомы кожи TNM/UICC/AJCC 1997 г. Нами были построены модели пятилетней общей и безрецидивной выживаемости. При этом использовался метод многофакторного регрессионного линейного анализа с пошаговой регрессией. Построение моделей проводилось в модуле «Multiple Regression» пакета Statistica 6.0. При моделировании учитывались факторы, имеющие наиболее важное прогностическое значение.

**Результаты.** После проведенного многофакторного регрессионного анализа с пошаговой регрессией модель пятилетней общей выживаемости имеет вид:

$$Y = 0,6050 - 0,1202 X [\text{Изъязвление}] + 0,4286 X [\text{ПЛАЭ после 4 нед}] + 0,1962 X [\text{Фон (врожденный невус)}].$$

Из уравнения следует, что основным фактором, снижающим вероятность пятилетней общей выживаемости при меланоме кожи, является изъязвление первичной опухоли. Превентивная лимфаденэктомия, выполненная в срок более 4 нед после иссечения первичной опухоли, достоверно повышает вероятность пятилетней общей выживаемости при меланоме кожи. В случае развития меланомы кожи на фоне врожденного невуса значение вероятности пятилетней общей выживаемости повышается.

Модель пятилетней безрецидивной выживаемости имеет следующий вид:

$$Y = 0,5952 - 0,1252 X [\text{Изъязвление}] + 0,4051 X [\text{ПЛАЭ после 4 нед}].$$

Из уравнения следует, что основным фактором, снижающим вероятность пятилетней безрецидивной выживаемости при меланоме кожи туловища или конечностей T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, является изъязвление первичной опухоли. Превентивная лимфаденэктомия, выполненная в срок более 4 недель после иссечения первичной опухоли, достоверно повышает вероятность пятилетней безрецидивной выживаемости при меланоме кожи.

**Выводы.** Проведение профилактической лимфаденэктомии в сроки до 4 нед после иссечения первичной меланомы кожи туловища или конечностей у пациентов со стадиями T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> не оказывает статистически значимого влияния на общую и безрецидивную выживаемость по сравнению с пациентами, которым проводилось только широкое иссечение опухоли.

Проведение отсроченной профилактической лимфаденэктомии в сроки более 4 недель после иссечения первичной опухоли у больных меланомой кожи туловища или конечностей T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> достоверно увеличивает общую выживаемость и безрецидивную выживаемость по сравнению с пациентами, которым проводилось только широкое иссечение опухоли.

Изъязвление первичной меланомы кожи туловища или конечностей на стадиях  $T_2-T_4N_0M_0$  является важным прогностическим признаком, оказывающим влияние на вероятность появления регионарных метастазов и результаты лечения (общую и безрецидивную выживаемость) в целом. Увеличение степени изъязвления первич-

ной опухоли у пациентов со стадиями меланомы кожи туловища или конечностей  $T_2-T_4N_0M_0$  достоверно увеличивает вероятность появления метастазов в регионарные лимфатические узлы и достоверно снижает общую и безрецидивную выживаемость.

## ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Г.О. АЯПБЕРГЕНОВА

*Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Казахстан*

**Актуальность.** Ежегодно количество случаев венозной тромбоэмболии в США и 25 европейских странах увеличивается на 2,4 миллиона. Тромбозы вен (ТВ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), объединяемые термином венозные тромбоэмболии, являются второй по частоте причиной летальности онкологических пациентов. Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений заслуживают серьезного внимания и остаются одной из актуальных проблем, особенно в онкологической клинической практике, так как злокачественное новообразование повышает риск развития тромбоэмболических осложнений, по данным различных авторов, в 4-6 раз, а их возникновение затрудняет дальнейшее лечение больного и может явиться причиной смерти каждого второго пациента.

Патогенетические механизмы, обуславливающие развитие тромбоэмболических осложнений у онкологических больных, включают комплекс взаимодействий между опухолевыми клетками и системой гемостаза. Опухолевые клетки выделяют высокоактивный тканевой фактор и специфический раковый прокоагулянт, которые запускают процессы внутрисосудистого свертывания крови. Для профилактики нарушений гемостаза и связанных с ними тромбоэмболических осложнений у онкологических больных патогенетически обоснованным является использование низкомолекулярных гепаринов.

**Цель исследования.** Изучить влияние антикоагулянтной терапии на эффективность

лечения и частоту гиперкоагуляции у онкологических больных раком легкого, получающих химиотерапевтическое лечение.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 28 больных диссеминированной формой рака легкого. Мелкоклеточный рак диагностирован у 36 % больных, немелкоклеточный рак – у 64% больных, из них плоскоклеточный рак – у 43% и аденокарцинома – у 21 % больных. III стадия заболевания установлена у 36% больных, IV стадия – у 64% больных. Объективный статус больных по шкале ECOG не выше 2 баллов. Все больные получили от 6 до 12 курсов химиотерапии по различным схемам с включением препаратов: эпозид, гикамтин, навельбин, таксотер, гемзар с цисплатином или карбоплатином. Больные рандомизированы на 2 группы: 1-я группа (14 больных) получала антикоагулянтную терапию (фраксипарин) в сочетании с химиотерапией; 2-я (14 больных) получала только химиотерапевтическое лечение. Фраксипарин по 2850 МЕ (0,3 мл) вводился подкожно с первого дня химиотерапии в течение недели с последующим переходом на оральные антикоагулянты варфарин 2,5 мг ежедневно, длительно. Исходная коагулопатия с признаками хронического внутрисосудистого свертывания крови наблюдалась у 100 % больных раком легкого, установлено достоверное сокращение АЧТВ и увеличение концентрации фибриногена в 1,8 раза; усиление функциональной активности тромбоцитов в виде повышения степени их агрегации в 1,2 раза; содержание РКМФ, по