

Зубцов М. С., Гокин А. Г.

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ
В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ
В ПОПУЛЯЦИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Хвостовой В. В.

Кафедра онкологии

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Актуальность. Темп прироста заболеваемости меланомой в России за 2013-2018 гг. составил 18,1%. Удельный вес больных меланомой с III-IV стадией в 2018 году составил 19%. В России ежегодно регистрируется более 10000 случаев этой патологии и 78% случаев требуют радикального лечения. Пациенты с меланомой кожи, расположенной на голове и шее, имеют неблагоприятный прогноз. Причина этого и то, применимо ли оно ко всем местам в области головы и шеи, остается неясным.

Цель: анализ клинико-морфологических особенностей меланомы головы и шеи в сравнении с другими локализациями.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили клинико-морфологические данные о 521 больных верифицированной гистологически меланомой кожи различных локализаций, находившихся на лечении в различных клиниках г. Курска с 2013 по 2017 год. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программного пакета STATISTICA 13 StatSoft, Inc.

Результаты. Гендерных различий в локализации меланомы в области головы и шеи по сравнению с туловищем и конечностями не выявлено. При оценке возрастного состава больных меланомой было выявлено, что средний возраст больных меланомой головы и шеи на 4,4 года больше, чем у больных меланомой других локализаций. Кроме того, мужчины, страдающие МГШ, на 6,1 лет старше мужчин, страдающих меланомами других локализаций, а женщины соответственно старше на 5,8 лет. При оценке формы роста чаще всего наблюдалась нодулярная форма роста во всех локализациях. Статистически значимых отличий в распределении форм роста МГШ и меланом других локализаций не выявлено. При оценке формы роста чаще всего наблюдалась нодулярная форма роста во всех локализациях. Статистически значимых отличий в распределении форм роста МГШ и меланом других локализаций не выявлено. При оценке клеточного типа опухоли было статистически достоверно выяснено, что при МГШ чаще других встречается веретенноклеточная форма, в то время при других локализациях чаще встречается эпителиоидноклеточная форма. При оценке уровня инвазии по Кларку статистически значимых различий между МГШ и меланомами других локализаций не выявлено. При оценке толщины опухоли по Бреслоу было выявлено, что МГШ толще на 3 мм, чем меланомы других локализаций. Выявлена умеренной силы корреляционная связь между глубиной инвазии по Кларку и толщиной опухоли по Бреслоу при локализации меланомы на туловище и конечностях ($r = +0,6$, $p < 0,05$). Данная связь немного сильнее, чем при локализации на голове и шее ($r = +0,43$, $p < 0,05$). При анализе пигментаций опухоли было выяснено, что пигментация в опухолях головы и шеи встречалась достоверно чаще, чем в опухолях головы и туловища. При анализе лимфоидной стромы опухоли статистически достоверно установлено, что умеренная и слабая инфильтрация в опухолях туловища и конечностей встречается в 1,8 раза чаще, чем в МГШ. При оценке частоты метастазирования опухоли было достоверно установлено, что при поступлении в стационар метастазы в лимфатические узлы отмечались у 12,05% больных МГШ и у 5,85% с локализацией опухоли на туловище и конечностях (в 2,06 раза чаще).

Выводы. МГШ клинико-морфологически характеризуются большей частотой веретенноклеточных форм опухоли; большей опухоли толщиной по Бреслоу (на 3 мм больше меланом других локализаций); более сильной пигментацией опухоли; слабой лимфоидной инфильтрацией; более частым метастазированием опухоли.