

Широкое иссечение – несовременный стандарт хирургического лечения первичной меланомы кожи

Л.В. Демидов¹, К.А. Барышников¹, Е.В. Мартынова², И.В. Самойленко¹, Т.К. Харатишвили¹, С.А. Хатырев¹, Е.А. Черемушкин¹

¹ ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

² Областной онкологический диспансер, г. Самара

Ключевые слова: меланома кожи, хирургическое лечение, широкое/экономное иссечение

Цель работы. Оценить влияние отступа от видимого края опухоли на результаты лечения.

Материалы и методы. В работе при помощи ретроспективного анализа данных о 352 больных с первичной меланомой кожи туловища и конечностей изучены отдаленные результаты хирургического лечения. 108 больным было проведено т. н. широкое иссечение опухоли со средним отступом от ее краев на 3,5 см. У 244 больных средняя величина отступа была более экономной и составила 2 см.

Результаты и выводы. Сокращение объема операции на первичном очаге меланомы кожи не отразилось на показателях лечения. Частота местного рецидива, регионарных и отдаленных метастазов, а также цифры 5-летней выживаемости были идентичными в обеих группах.

История вопроса

Сегодня точно невозможно установить, каким образом сложилось и на долгие годы закрепилось мнение о том, что меланома кожи должна быть иссечена с отступом от ее краев не менее чем на 3 см — величину, которую повсеместно рассматривали в качестве эталона широкого иссечения. Предположительно можно считать, что одним из основоположников такого подхода мог быть английский хирург, член королевского общества хирургов Великобритании сэр Уильям Хэндли (William Handley) [1]. Уже более ста лет назад, в 1907 году, он сначала описал, а затем представил на заседании Королевского общества хирургов всего лишь один клинический случай пациента с меланомой кожи, которого он оперировал. Во время иссечения опухоли он столкнулся у этого пациента с таким проявлением болезни, которое сегодня принято называть сателлитозом. Вокруг первичной опухоли в подкожно-жировой клетчатке он обнаружил мелкие пигментные отсеки от опухоли и сделал вывод о том, что, наверное, они всегда существуют при данном типе опухоли. Тогда он посчитал правильным предложить отступать от краев опухоли на коже на 1 дюйм (2,5 см), чтобы сначала разрезать кожу, и

затем еще на 1 дюйм во всех направлениях, чтобы иссечь подкожную клетчатку, сначала отделив ее от кожных лоскутов. В общей сложности опухоль удалялась с кожным отступом почти на 3 см и подкожным на 5 см от ее видимого края. В результате этого как в нашей стране, так и за рубежом появились две рекомендательные величины отступов: 3 и 5 см.

Исторически меланома кожи зарекомендовала себя как болезнь с непредсказуемым и бурным течением. Неблагоприятный прогноз при меланоме обусловлен главным образом толщиной опухоли [8], наличием или отсутствием изъязвления поверхности опухоли, микрометастазов в регионарных лимфатических узлах [9, 10], области поражения, а также от пола [11]. Исследования последних лет тем не менее свидетельствуют о том, что больные с локальной меланомой кожи имеют шансы стойкого излечения в широком диапазоне от 40 до 90%. Все зависит от перечисленных клинико-морфологических характеристик опухоли, а также от адекватного лечения (W. Clark, 1969; A. Breslow, 1970; C. Balch, 2000) [8, 9, 12]. Под термином «адекватное лечение» в первую очередь стали понимать своевременное удаление опухоли, а не объем иссечения как таковой. Кроме того, стали оценивать целесообразность вмешательства, основанную на биологических свойствах опухоли. В частности, теперь уже хорошо установлено, что местное рецидивирование нехарактерно для меланомы кожи, и основную проблему в лечении заболевания составляют регионарные и

Адрес для корреспонденции

Демидов Лев Вадимович

E-mail: demidov.lev@gmail.com

отдаленные метастазы. И в этом смысле операция широкого иссечения первичной меланомы с захватом неизменной на вид кожи на 3–5 см от видимого края опухоли стала рассматриваться скорее как неадекватная.

Стандарты хирургического лечения первичной меланомы кожи в том виде, в каком они существуют сегодня, в странах западного мира окончательно сложились к середине 90-х годов ушедшего двадцатого века. Было признано нецелесообразным выполнять широкое иссечение первичного очага опухоли с обязательным удалением подлежащей мышечной фасции. Первые широкомасштабные клинические исследования позволяли убедиться в приемлемости внедрения методов консервативной хирургии [13–15]. За 20-летний период времени было выполнено несколько крупных, в том числе и международных кооперированных исследований, имевших своей целью сравнить по безопасности экономное иссечение со стандартом прошлого — широким иссечением [2–7].

Следует вкратце упомянуть эти исследования. Первые два касались выбора объема хирургического лечения для т. н. «тонкой» меланомы кожи с толщиной инвазии до 2,0 мм (WHO Melanoma Program, 1991; Swedish Melanoma Study Group, 2000) [6, 16], третье — для «промежуточной» по толщине и своему прогнозу меланомы с показателем инвазии от 2,0 до 4,0 мм (Intergroup Melanoma Trial, USA, 2001) [2]. Все исследования продемонстрировали полную безопасность уменьшения границ отступа при вышеуказанных стадиях местного процесса. Результаты ретроспективных клинических исследований, проведенных в РОНЦ РАМН, также подтверждали возможность безопасного сокращения хирургического отступа до 2 см [3].

До недавнего времени подобным образом не была исследована только категория больных с опухолью толщиной более 4,0 мм. В 2002 году нами ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения этой стадии локальной меланомы кожи в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Они совпадали с результатами предшествующего анализа [4]. В 2004 году были опубликованы результаты самого крупного многоцентрового исследования, в которое входили больные с любой толщиной опухоли более 1,5 мм. Вначале всем больным выполнялось экономное иссечение с отступом на 1 см от краев опухоли. После морфологической верификации диагноза и определения стадии процесса больных рандомизировали на две группы. Первая группа оставалась под динамическим наблюдением, тогда как вторая подвергалась повторной операции с отступом от краев рубца еще на 2 см. Таким образом, у второй группы суммарно отступ соответствовал величине в 3 см, что принято считать широким иссечением. По данным этого исследования оказалось,

что частота отдаленного метастазирования, а также показатели общей выживаемости при экономном и широком иссечении достоверно не различались [15]. В еще одном исследовании, проведенном Travis и соавторами и опубликованном в 2012 году, было показано, что сохранение мышечной фасции при иссечении меланомы кожи туловища и конечностей может не только не ухудшать результаты хирургического лечения, но и приводить к снижению частоты локальных и регионарных рецидивов болезни [20]. Намечавшаяся почти два с половиной десятилетия тенденция на уменьшение объемов удаляемых тканей при первичной меланоме кожи привела к появлению новых подходов и выработке современных рекомендаций.

Какой же объем хирургического вмешательства наиболее предпочтителен? Основываясь на данных Intergroup Melanoma Trial 2001 года, проведенных в США [2], стандартом лечения первичной меланомы кожи в фазе инвазивного роста (клинически характеризуется наличием нодулярного компонента и/или изъязвления опухоли) является хирургический отступ от края опухоли на 2 см [15, 18]. В то же время в Австралии, стране с самой большой заболеваемостью меланомой кожи в мире, при лечении поверхностных ранних форм, диагностика которых там поставлена очень хорошо, используется хирургический отступ в 1 см [17, 19]. С этим полностью согласуются результаты кооперированного исследования, выполненного Меланомной Группой ВОЗ [6].

В нашей стране самостоятельных проспективных исследований по данному вопросу не проводилось. Вместе с тем Российский онкологический центр на протяжении трех десятилетий осуществлял сотрудничество с Меланомной Группой Всемирной организации здравоохранения, которая была организована в 1966 г. при непосредственном участии академика Николая Николаевича Трапезникова. В частности, РОНЦ принимал участие в самом первом международном исследовании, упомянутом выше, по сравнению безопасности экономного иссечения с широким иссечением [6], у больных с меланомой кожи толщиной до 1,5 мм. Это исследование проводилось в период с 1980 по 1985 год. В нем как раз и было показано, что экономное иссечение является безопасной операцией при поверхностной форме меланомы кожи (U. Veronesi, 1988) [7]. В последующем это послужило поводом к постепенному вытеснению в РОНЦ операции широкого иссечения более экономным вариантом операции даже при опухолях с толщиной более 1,5 мм. Самарский Областной онкологический диспансер, напротив, в своей лечебной деятельности оставался верным старым традициям. Операция широкого иссечения меланомы кожи не имела себе альтернативы и выполнялась

во всех случаях рутинно до момента проведения нашего анализа. Поэтому данное ретроспективное исследование было выполнено на объединенном материале двух учреждений Российской Федерации — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН и Самарского областного онкологического диспансера.

Цель исследования

Целью настоящего исследования было определение безопасных границ резекции для первичной меланомы кожи туловища и конечностей с показателем толщины опухоли от 0,75 мм до 4,0 мм и более.

Предварительно, в ходе проспективного исследования, была установлена величина «усадки» кожного лоскута после его иссечения с заранее установленной границей отступа на 3; 2 и 1 см. Она оказалась равной примерно 30% от исходного и для отступа в 3 см соответствовала 1 см. В дальнейшем установленная величина использовалась в качестве поправки к имеющейся ретроспективной информации, находившейся в протоколах операции и патогистологического заключения. При анализе ретроспективного материала удалось сформировать две группы больных, подлежавших либо стандартному широкому, либо щадящему экономному иссечению первичной меланомы кожи толщиной от 0,75 мм и более. У них были изучены показатели общей и безрецидивной выживаемости, частота местного и системного рецидива, а также определены роль объема операции и биологических свойств первичной меланомы кожи в отношении характера прогрессирования болезни за 5 лет наблюдения с момента оперативного лечения.

Материалы и методы

Всего в исследовании прослежены 352 больных с локальной меланомой кожи туловища и конечностей толщиной от 0,75 мм (262 из РОНЦ РАМН и 90 из Самарского ООД).

Поскольку клинический материал был сформирован до 2000 года, в работе были использованы категории толщины меланомы кожи, использованные в 5-м издании Американским Объединенным Комитетом по стадиям рака (AJCC) (1998 год). Новейшее издание рекомендаций по стадированию опухолей AJCC/UICC разработано в 2009 году и для использования на территории РФ было адаптировано только в 2011-м. Авторы настоящей работы полагали, что различия в классификации двух редакций не окажут существенного влияния на результаты исследования, и представили настоящий материал в адаптации к 5-му изданию. Поэтому, чтобы не вносить путаницу в умы читателей, мы не будем использовать группировку по стадиям в этой статье при описании характеристик пациентов, а ограничимся указанием главного прогностического фактора — толщины первичной мела-

номы по Breslow, который имеет основополагающее значение и сегодня.

Основными критериями включения больных в ретроспективное исследование были:

1) наличие необходимых сведений в гистологических заключениях: линейного расстояния от границ опухоли до краев кожного лоскута (мм/см) в четырех направлениях, толщины опухоли, глубины инвазии, гистологической формы роста опухоли;

2) локальная стадия процесса (больные с меланомой кожи толщиной от 0,75 мм и более без клинически определяемых метастазов в регионарные лимфоузлы и без отдаленных метастазов);

3) локализация опухоли на коже туловища и конечностей;

4) наличие сведений в архивах РОНЦ РАМН и Самарского ООД о состоянии здоровья больного в течение 5 лет наблюдения после операции.

Основными критериями исключения больных из исследования служили:

1) локализация опухоли на коже шеи, головы, кистей, стоп и на слизистых оболочках;

2) возраст моложе 20 лет и старше 65 лет;

3) наличие в анамнезе других злокачественных опухолей;

4) использование любых методов профилактического лечения после операции.

В результате критериев отбора удалось сформировать 2 основные группы больных. У первой группы из 108 больных действительно было выполнено широкое иссечение с отступом от края опухоли на 3 см и больше. У второй, более многочисленной группы из 244 больных, объем операции был заведомо меньше. Средними границами отступа в группе экономного иссечения были $20,0 \pm 5,0$ мм, а в группе широкого — $35,0 \pm 5,0$ мм.

По основным прогностическим критериям 352 больных распределялись согласно данным, приведенным в таблице. Из нее видно, что все основные прогностические показатели, такие как пол и возраст больных, локализация опухоли в обеих группах, были сходными и существенно не отличались ($p > 0,5$). Группы были также полностью сопоставимы по основному прогностическому признаку — толщине опухоли: в группе экономного иссечения она составляла 3,35 мм, а в группе широкого — 3,04 мм ($p > 0,5$).

Результаты и обсуждение

На первом этапе, при оценке 5-летней общей выживаемости 352 больных, не было выявлено абсолютно никаких различий между 244 больными после экономного и 108 больными после широкого иссечения: данные показатели составили 73,8 и 74,1% ($p > 0,5$). В целом 5-летняя выживаемость была больше 70%, т. к. 2/3 больных имели относительно благоприятные показатели толщины по Breslow

Таблица. Общая характеристика 352 больных меланомой кожи туловища и конечностей по основным факторам прогноза

Факторы прогноза	Число больных (%)		
	Экономное иссечение	Широкое иссечение	Всего
	244 (69)	108 (31)	352 (100)
Пол: М	105 (43)	50 (46)	155
Ж	139 (56)	58 (54)	197
Локализация: туловище	114 (47)	47 (44)	161
Верхние конечности	40 (16)	23 (21)	63
Нижние конечности	90 (37)	38 (35)	128
Возраст 21–40	71 (29)	32 (30)	103
41–50	97 (37)	40 (37)	130
51–65	83 (34)	36 (33)	119
Толщина, мм по Бреслоу, и стадия: 0,75–1,50 IB	50 (20)	28 (26)	78
1,51–4,00 IIA	102 (42)	52 (48)	154
4,01 и более IIIB	92 (38)	28 (26)	120

(толщина опухоли 0,75–4 мм). Это еще раз подтверждает возможность хорошего прогноза у определенной категории больных с локальной меланомой кожи после исключительно хирургического лечения. Аналогичный результат был получен при оценке безрецидивной выживаемости, которая за 5 лет наблюдения после широкого иссечения была 63,9%, а после экономного 61,9% ($p>0,5$) соответственно.

Затем был проанализирован характер первого рецидива болезни у всех больных в зависимости от объема иссечения. Таких больных было 128 (36%). Оказалось, что для меланомы кожи локальных стадий чаще всего первым рецидивом болезни являлись метастазы в регионарные лимфоузлы. Они наблюдались у 14,8% больных. Отдаленные метастазы как первый признак прогрессирования встречались почти в 2 раза реже — у 8,8% больных, а местный рецидив в 5 раз реже — у 3,1% больных.

При анализе всех рецидивов болезни в течение 5 лет после операции было отмечено, что меланома кожи туловища и конечностей не является опухолью, склонной к местному рецидиву. Среди больных с прогрессированием заболевания он встречался с частотой 6%, тогда как метастазы в регионарные лимфатические узлы и внутренние органы были отмечены у 21 и 23% больных соответственно. Принципиально важно то, что все виды рецидивов болезни распределялись в обеих группах совершенно одинаково, независимо от объема удаленной первичной опухоли.

Последующее изучение результатов лечения отдельно для больных меланомой кожи основных прогностических групп позволило определить отличия в биологических свойствах опухолей различной толщины.

Так, для поверхностной меланомы кожи **толщиной 0,75–1,5 мм** характерен благоприятный прогноз и низкий потенциал рецидивирования и метастазирования. Всего больных с этой стадией в исследовании было 78. Из них у 50 было выполнено экономное иссечение опухоли со средним отступом от краев опухоли на $15,0\pm 5,0$ мм. У другой, меньшей группы из 28 больных было выполнено стандартное широкое иссечение со средним отступом на $35,0\pm 5,0$ мм. Пятилетняя общая выживаемость достигала 86,5% после экономного иссечения и 85,7% после широкого. Безрецидивная выживаемость составила 84% после экономного и 85,7% после широкого иссечения. Независимо от вида выполнявшейся операции на первичной опухоли в течение 5 лет после операции местных рецидивов вообще не было. Метастазы в регионарные лимфоузлы и отдаленные органы встречались в целом относительно редко — в пределах 7–11%, и при этом их частота практически не зависела от объема операции. Это позволяет расценивать естественный прогноз болезни при толщине опухоли 0,75–1,5 мм как хороший и констатировать, что характер операции не оказывает на него самостоятельного влияния.

При меланоме кожи **толщиной 1,51–4,0 мм** показатели 5-летней выживаемости становятся несколько хуже, чем у больных с более ранней меланомой. Всего в эту категорию в исследовании было отнесено 154 больных. Из них у 102 выполнено экономное иссечение со средним отступом от краев опухоли на $20,0\pm 5,0$ мм. У меньшей группы из 50 больных выполнено стандартное широкое иссечение со средним отступом на $35,0\pm 5,0$ мм. Общая выживаемость больных после широкого иссечения составила 71,2%, а после экономного 73,5%

($p > 0,5$). Показатели безрецидивной выживаемости в исследуемых группах были также практически одинаковыми: 61,5 и 62,8% соответственно ($p > 0,5$). Для данной стадии болезни наиболее характерным в качестве первого рецидива болезни было появление метастазов в регионарные лимфоузлы. Они были отмечены у 20,1% больных. Вероятность появления отдаленных метастазов была несколько меньше — в пределах 15,6%, а частота местного рецидива еще ниже — всего 5,2%.

Хотя при толщине опухоли 1,5–4,0 мм с условно промежуточным прогнозом частота всех видов рецидивов болезни увеличивалась, она при этом существенно не отличалась в группах больных с различным объемом операции. Результаты наблюдения за естественным развитием болезни у таких пациентов на протяжении 5 лет после операции показали, что экономное иссечение в сравнении с широким не ведет к росту последующего лимфогенного и гематогенного метастазирования. Так, лимфогенные метастазы после экономного иссечения были отмечены у 20,6% больных, а после широкого — у 19,2% ($p > 0,5$). Гематогенные метастазы встречались у 16,7 и 13,5% больных соответственно ($p > 0,5$). Частота местных рецидивов в этих группах была также примерно одинакова и составила 5,9 и 3,9% ($p > 0,5$).

Таким образом, особенностью клинического течения меланомы кожи толщиной 1,5–4,0 мм, в случае ее прогрессирования, является склонность к метастазированию в регионарные лимфоузлы, которая преобладает над вероятностью появления отдаленных метастазов и тем более местного рецидива.

При меланоме кожи **толщиной более 4,0 мм** 5-летняя выживаемость снижалась еще больше, однако вновь была идентичной независимо от объема операции на первичной опухоли. Всего с этой стадией болезни в исследовании было 130 больных. Стандартное широкое иссечение опухоли было выполнено у 28 больных. Средний отступ от краев опухоли составил у них $35,0 \pm 5,0$ мм. В другой группе из 92 больных объем операции был более щадящим, и средний отступ от краев опухоли составил здесь $25,0 \pm 5,0$ мм.

Показатель общей выживаемости больных после экономного иссечения составил 65,8%, а после широкого — 67,7%. Безрецидивная выживаемость после экономного иссечения была 48,9%, а после широкого — 50,0% соответственно. При меланоме кожи толщиной более 4,0 мм естественный прогноз болезни становится неблагоприятным, главным образом за счет того, что первым рецидивом болезни являются отдаленные метастазы. Сам объем хирургического вмешательства не повлиял на частоту возникновения местного рецидива за 5 лет наблюдения. После экономного иссечения он наблюдался у 12,0% больных, а после стандартного широкого у 10,7% соответственно ($p > 0,5$).

Суммарная частота появления у больных регионарных и отдаленных метастазов в тех же сроках наблюдения также не зависела от объема оперативного вмешательства на первичном очаге: после экономного иссечения эти показатели составили 27,2 и 28,3%, а после широкого — 32,1 и 28,6% ($p > 0,5$). Достоверных различий в изучаемых показателях между группами экономного и широкого иссечения, как и раньше, не было выявлено.

Особенностью клинического течения меланомы кожи толщиной более 4,0 мм в случае ее прогрессирования является большая вероятность появления отдаленных метастазов, а не регионарных метастазов или местного рецидива болезни.

Полученные данные наглядно показывают, что объем операции при первичной локализованной меланоме кожи существенно не влиял на естественные свойства болезни, которые сами по себе ухудшаются по мере нарастания толщины опухоли.

В то же время для каждой в отдельности стадии процентное соотношение всех видов рецидивов болезни как после широкого иссечения, так и после экономного было практически одинаковым ($p > 0,5$).

Заключение

На основании проведенного ретроспективного анализа установлено, что экономное иссечение является эффективной и безопасной операцией при меланоме кожи туловища и конечностей.

Объем хирургического вмешательства не является самостоятельным фактором, от которого зависит появление не только местного рецидива, но и различных метастазов. Поэтому применение во всех случаях широкого иссечения меланомы кожи туловища и конечностей в повседневной практике российских онкологов требует скорейшего пересмотра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Handley W.S. The pathology of melanotic growths in relation to their operative treatment. Lancet. 1907, i: 927–33, 996–1003.
2. Balch C.M., Soong S.J., Smith T. et al. Long-term results of a prospective surgical trial comparing 2 cm vs 4 cm excision margins for 740 patients with 1–4 mm melanomas. Ann. Surg. Oncol. 2001, v. 8, p. 101–108.
3. Демидов Л.В., Мартынова Е.В. Ретроспективная оценка безопасного уменьшения границ резекции для меланомы кожи туловища и конечностей IIA стадии. Вопросы онкологии. 2002, т. 48, № 1.
4. Демидов Л.В., Мартынова Е.В. Сравнительная оценка эффективности экономного и широкого иссечений при первичной меланоме кожи туловища и конечностей IIB стадии. Вестник РОНЦ РАМН. 2001, с. 47–53.
5. Барчук А.С., Демидов Л.В. К вопросу о хирургическом лечении поверхностных форм меланомы кожи (статья). Вопросы онкологии. 1998, № 2, т. 44, с. 149–154.
6. Cohn-Cedermark G., Rutqvist L.E., Andersson R. et al. Long term results of a randomized study by the Swedish Melanoma Study Group on 2-cm versus 5-cm resection margins for patients with cutaneous melanoma with a tumor thickness of 0,8–2,0 mm. Cancer. 2000, v. 89, p. 1495–1501.

7. Veronesi U., Cascinelli N., Adamus J. et al. Thin stage I primary cutaneous malignant melanoma: comparison of excision with margins of 1 or 3 cm. *N. Engl. J. Med.* 1988, v. 318, p. 1159-1162.
8. Breslow A. Prognosis in cutaneous melanoma: tumor thickness as a guide to treatment. *Pathol. Annu.* 1980, v. 15, p. 1-22.
9. Balch C.M., Soong S.J., Gershenwald J.E. et al. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J. Clin. Oncol.* 2001, v. 19, p. 3622-3634.
10. Balch C.M., Buzaid A.C., Soong S.J. et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J. Clin. Oncol.* 2001, v. 19, p. 3635-3648.
11. Malignant tumors (melanomas and related lesions). In: Elder D.E., Murphy G.F. *Melanocytic tumors of the skin. Atlas of tumor pathology. 3rd series. Fascicle 2.* Washington, D.C.: Armed Forces Institute of Pathology. 1991, p. 103-205.
12. Clark W.H. Jr., From L., Bernardino E.A., Mihm M.C. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res.* 1969, v. 29 (3), p. 705-727.
13. Kaufmann R. Surgical management of primary melanoma. *Clin. Exp. Dermatol.* 2000, v. 25, p. 476-481.
14. Kroon B.B., Nieweg O.E. Management of malignant melanoma. *Ann. Chir. Gynaecol.* 2000, v. 89, p. 242-250.
15. Bishop J.A., Corrie P.G., Evans J. et al. UK guidelines for the management of cutaneous melanoma. *Br. J. Plast. Surg.* 2002, v. 55, p. 46-54.
16. Veronesi U., Cascinelli N. Narrow excision (1-cm margin). A safe procedure for thin cutaneous melanoma. *Arch. Surg.* 1991, v. 126 (4), p. 438-441. World Health Organization Melanoma Programme, National Tumor Institute, Milan, Italy.
17. Thomas J.M., Newton-Bishop J., A'Hern R., Coombes G. et al. Excision margins in high-risk malignant melanoma. *N. Engl. J. Med.* 2004; 19; v. 350 (8), p. 757-766.
18. Kroon B.B., Bergman W., Coebergh J.W., Ruiter D.J. Consensus on the management of malignant melanoma of the skin in the Netherlands. *Melanoma Res.* 1999, v. 9, p. 207-212.
19. The management of cutaneous melanoma. Clinical practice guidelines. Canberra, Australia: National Health and Medical Research Council, 1999. (Accessed January 27, 2004, at <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/synopses/cp68syn.htm>.)
20. Travis E., Gotz M.D., Jaime M. et al. Preservation of the deep muscular fascia and locoregional control in melanoma. *Surgery*, 4 Dec 2012. *J. surg.* 2012.09.009. Epub. ahead of print.

Статья поступила 10.03.2013 г., принята к печати 03.04.2013 г.
Рекомендована к публикации Б.Ю. Бохяном

WIDE EXCISION SHOUD NOT BE CONSIDERED AS STANDART OF CARE FOR PRIMARY CUTANEOUS MELANOMA

Demidov L.V.¹, Baryshnikov K.A.¹, Martynova E.V.², Samoylenko I.V.¹, Kharatishvili T.K.¹, Khatyrev S.A.¹, Cheremushkin E.A.¹

¹ FGBU N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russian Federation

² Regional oncologic dispensary, Samara, Russia

Key words: skin melanoma, surgery, wide/narrow excision

Aim. To assess possible influence of surgical margins on local recurrence rate and survival.

Methods. Retrospective analysis of the individual data of 352 patients with primary cutaneous melanoma of the trunk and limbs was performed. 108 patients underwent so-called «wide excision» of the tumor with the average margins from the visible tumor edges of 3,5 cm. In 244 patients more «narrow» excision was performed with average margins 2,0 cm.

Results and conclusion. Margins had not any influence on treatment results. The frequency of local recurrence, regional and distant metastases, as well as 5-year survival rates were similar in both groups.