

химическая картина соответствовала диагнозу Т-клеточной лимфомы. Индекс пролиферации составил 55,4%.

Для подбора адекватной специфической терапии большую помощь в Гематологический научный центр (Москва).

Таким образом, как видно из нашего наблюдения, диагностика на ранних стадиях Т-КЛК достаточно трудна. Нашей пациентке с момента первого обращения к дерматологу ставили и предполагали различные диагнозы, в том числе дискоидную красную волчанку, саркоидоз, многоформную экссудативную эритему, при этом в некоторых случаях диагнозы даже были подтверждены гистологически или другими исследованиями.

Верификацию диагноза ЛК осложняет тот факт, что на ранних стадиях гистологическая картина неспецифична и может быть расценена как проявление хронического дерматоза. Так, в нашем наблюдении с момента первого обращения к дерматологу и до установления диагноза лимфомы прошло 3 года.

Дерматологам необходимо помнить, что ЛК следует исключать в каждом атипичном или торпидном случае псориаза, экземы, атопического дерматита, эритематоза, атрофической сосудистой пойкилодермии, токсикодермии, эритродермии.

К сожалению, прогноз в отношении исхода заболевания у нашей пациентки скорее всего неутешительный. Исследователи расходятся в оценках выживаемости. Считается, что значительно хуже прогноз при опухолевидных образованиях, так как средняя продолжительность жизни в таких наблюдениях составляет в среднем 2,5 года [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Петренко Е.В. Совершенствование ранней диагностики Т-клеточных лимфом кожи на основе оценки экспрессии TsPO (периферического бензодиазепинового рецептора) как маркера интенсивности пролиферации опухолевых клеток: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2011.
2. Burg G., ed. Atlas of cancer of the skin. New York: Churchill Livingstone; 2000.
3. Weenig P.H., Gibson L.E. Cutaneous lymphomas and leukemias. In: Nouri K., ed. skin cancer. Mc Grow-Hill; 2008: 168—94.
4. Потехаев Н.С., Приколяб И.П., Пальцев М.А., Иванов А.А. Современные представления о лимфомах кожи и рабочая формула для их классификации. В сб.: Потехаев Н.С., ред. Гемобласты кожи. М.: ИММИ им. И.М. Сеченова; 1987: 4—36.
5. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику, атлас-справочник. Пер. с англ. М.: Практика; 2007: 624.

Поступила 10.01.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616.5-006.63-036.87-08

К лечению рецидивного базально-клеточного рака кожи

В.А. Молочков, А.Н. Хлебникова, П.М. Алиева, Т.Г. Седова, Е.В. Селезнева

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Приведены данные о лечении рецидивной базалиомы аппликационным методом с помощью препарата Мардил Селен. Семь нодулярно-язвенных базалиом, имеющих преимущественно микронодулярный тип строения, удаляли с помощью аппликаций препарата Мардил Селен. Эффективность терапии составила 85,7%. Отмечены удовлетворительные косметические результаты лечения, подтвержденные данными УЗ-сканирования, свидетельствующими о восстановлении однородной структуры дермы.

Ключевые слова: базалиома, рецидив, лечение, Мардил Селен, УЗ-сканирование

ON THE TREATMENT OF RELAPSING CUTANEOUS BASAL-CELL CARCINOMA

V.A. Molochkov, A.N. Khlebnikova, P.M. Alieva, T.G. Sedova, E.V. Selezneva

I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Relapsing basal-cell carcinoma was treated by the application method with Mardil Selen. Seven nodular ulcerative basal-cell carcinomas with mainly the micronodular structure were removed by applications of Mardil Selen. The treatment efficiency reached 85.7%. Satisfactory cosmetic results of treatment were confirmed by ultrasonic scanning, indicating recovery of the homogeneous structure of the derma.

Key words: basal-cell carcinoma, therapy, Mardil Selen, ultrasonic scanning

Предотвращение рецидива, продленного опухолевого роста или персистенции [1] базально-клеточного рака кожи — БКР (син.: базалиома,

базально-клеточная карцинома, базально-клеточная эпителиома) — самой частой (45—96,8%) злокачественной эпителиальной опухоли кожи [2,

Сведения об авторах:

Молочков Владимир Алексеевич — доктор мед. наук, профессор; Молочков Антон Владимирович — доктор мед. наук, профессор; Алиева Патимат Магомедовна — аспирант; Хлебникова Альбина Николаевна — доктор мед. наук, профессор (alb9696@yandex.ru); Седова Татьяна Геннадьевна — кандидат мед. наук, доцент; Селезнева Елена Владимировна — ассистент.

3] является важной проблемой здравоохранения [4].

Частота рецидива зависит от метода лечения первичного БКР, клинической формы, гистологического типа опухоли и степени ее локальной инвазии (в том числе в нервы, хрящ, кости, полость синусов, череп, орбиту и т.д.) [5]. При наиболее часто применяемом при БКР хирургическом методе лечения вероятность рецидива тесно связана с наличием позитивных опухолевых границ, и чаще (18,6%) рецидив отмечается при микронодулярном БКР [6]. Важную роль в развитии рецидива играют диаметр и локализация опухоли. Так, повышение частоты рецидива крупных БКР обусловлено их распространением вглубь и по периферии от видимых границ опухоли [7, 8].

С выраженной инвазией связано и повышение риска рецидива БКР волосистой части головы [9], ушной раковины [10], века и носа [11], рта [12], прямой кишки, слухового прохода [13]. Опухолевые тяжи БКР волосистой части головы и кончика носа распространяются не только по периферии от видимых границ опухоли [5], но и по ходу имеющихся здесь в большом количестве фолликулярных структур, достигая глубины инвазии до 7 мм [5]. Поэтому для предотвращения рецидива БКР с наличием в опухолевых краях базалоидных клеток важна резекция постоперационного рубца.

Важна и проблема распознавания рецидивного БКР. Такая опухоль может быть представлена шелушащимся эритематозным пятном или покрывающей постоперационный рубец бляшкой (иногда кровоточащей и вызывающей парестезии). Со временем очаг поражения все более возвышается, приобретает округлые границы и превращается в полупрозрачный узел [14]. Рецидивный БКР при этом может напоминать кисту или келоид. Ввиду этого для исключения рецидива следует брать биопсию с любого нового элемента, образующегося по соседству от подвергнувшегося лечению БКР. Биопсию следует производить на всю толщу дермального узла, включая более глубокие ткани [14].

Следует учитывать, что рецидив БКР чаще развивается в течение трех первых лет после лечения [15], хотя иногда эта опухоль рецидивирует значительно позже. По данным D. Rowe и соавт. [16], у 30% больных БКР рецидивирует в течение первого года, у 20% — второго, у 16% — третьего, у 8% — четвертого, у 8% — пятого года, у 18% — через 6—10 лет после лечения. Считается, что для развития рецидива БКР требуется длительное время и/или иммуносупрессия [17]. Именно в связи с этим в последние годы в лечении БКР используют дорогостоящие иммунные методы: интерферонотерапию (околоочаговые инъекции интерферона α) и аппликации 5% крема имиквимод.

Что касается аппликации паст с химическими веществами, такими как хлорид цинка, КОН, мышьяковая кислота, то такое местное лечение БКР неэффективно почти в ¼ случаев и более чем в половине случаев приводит к формированию язв и обезображивающих рубцов [18]. Менее эффективны, чем все другие методы лечения БКР, и аппликации 5-фтор-

Особенности гистологического типа опухоли

| Гистологический тип | Женщины | Мужчины | Всего |
|------------------------------|---------|---------|-------|
| Микронодулярный | 1 | - | 1 |
| Солидный + микронодулярный | - | 1 | 1 |
| Солидно — инфильтративный | - | 2 | 2 |
| Микронодулярный + аденоидный | 1 | 1 | 2 |
| Всего... | 2 | 4 | 6 |

урацила, поэтому в монотерапии их используют при противопоказаниях к хирургической эксцизии и трудной для иссечения локализации опухоли или в комбинации с эксцизией, криодеструкцией или электродиссекцией опухоли [19]. Появление на фармацевтическом рынке препарата Мардил Селен дало возможность с успехом использовать его не только при первичном, но и при рецидивном БКР.

Мы получили хорошие результаты лечения этим препаратом 7 больных солитарным рецидивным нодулярно-язвенным БКР диаметром до 2 см (T1M0N0). Опухоль у 3 больных локализовалась на носу (у 2 рецидив развился после хирургического иссечения, у 1 — после лазероиндуцированной термотерапии), у 1 — на щеке (рецидив после фотодинамической терапии), у 2 — на виске (рецидив после хирургической эксцизии), у 1 — на подбородке (рецидив после фотодинамической терапии).

Диагноз БКР у 6 больных подтвержден гистологическим методом (см. таблицу), у 1 — цитологическим исследованием. Для определения глубины прорастания опухоли, а также последующей оценки косметических результатов лечения применяли метод УЗ-сканирования. Для этого использовали специализированную цифровую ультразвуковую систему высокого разрешения DUB ("TRM GmbH", Германия), оснащенную УЗ-датчиком частотой 75 МГц. Глубина проникновения сигнала составляла 4 мм.

Очаги БКР на сканограмме определялись в виде гипэхогенных образований, округлой или овальной формы, диффузно-неоднородной структуры, с четкими латеральными и нижними границами, локализующихся в дерме на глубине от 738 до 1508 мкм. Средняя глубина инвазии составила $991,3 \pm 255$ мкм. В некоторых случаях отмечено локальное утолщение эпидермиса и дермы в области новообразования.

Таким образом, лечение Мардил Селеном проводили больным рецидивным солитарным нодулярно-язвенным БКР, представленным узлом диаметром до 2 см, расположенным как на закрытых, так и на открытых участках кожи, в том числе в областях, являющихся наименее благоприятными для терапии БКР такими методами, как фотодинамическая терапия, лазероиндуцированная термотерапия, что связано с их глубоким распространением по стенкам придатков кожи в подлежащие ткани [20, 21]. Такие глубокие БКР при гистологическом исследовании выявлены в 6 случаях (микронодулярный, солидно-микронодулярный, микронодулярно-аденоидный, солидно-инфильтративный типы опухоли).

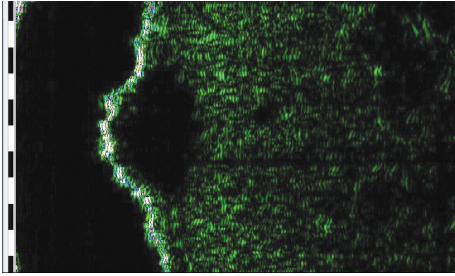


Рис. 1. Сканограмма рецидивного БКР. Гипоэхогенное образование в дерме, округлой формы, с четкими границами, распространяющееся на глубину 1028 мкм. DUB 75 МГц.

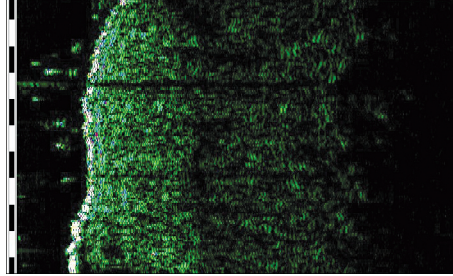


Рис. 2. Сканограмма рубцовой атрофии через 3 мес после лечения. Уменьшение толщины дермы, которая имеет однородную структуру, практически не отличающуюся от окружающей ткани. DUB 75 МГц.

Препарат Мардил Селен наносили пластиковым шпателем или с помощью прилагаемого стеклянного капилляра на предварительно обезжиренную 70% спиртом поверхность образования. Обработку проводили за 4 аппликации, захватывая 1—2 мм видимо здоровой кожи, до появления плотного, беловато-серого окрашивания. Изменение окраски ткани происходило в течение 2—3 мин после нанесения препарата. Одновременно отмечено изменение консистенции новообразования, которая становилась более плотной. Максимальная дозировка Мардил Селена не превышала 0,2 мл на аппликацию. Обработку проводили на 1, 2, 8 и 22-е сутки.

Вокруг новообразования после аппликаций препарата Мардил Селен наблюдалась транзиторная полоска гиперемии и отека, которая проходила через 24—48 ч после завершения процедуры. На следующий день после аппликации патологический очаг мумифицировался, приобрел темно-коричневый оттенок и резко уменьшался. Сформировавшийся таким образом струп между аппликациями Мардил Селена смазывали 10% раствором $KMnO_4$. Самопроизвольное отделение его отмечено через 2—4 нед после окончания лечения. Заживление проходило без осложнений.

При контрольном осмотре через 1 мес после лечения у всех пациентов на месте БКР отмечалась незначительная застойная гиперемия и пигментация. Через 3 мес после лечения в очагах наблюдали рубцовую атрофию. Излечение по клиническим данным и результатам цитологического исследования подтверждено во всех случаях. На УЗ-сканограммах дерма в области ранее визуализированных гипоехогенных очагов имела однородную структуру. Отмечено незначительное снижение ее акустической плотности по сравнению с окружающими участками, не подвергавшимися воздействию препарата.

Отдаленные результаты лечения были прослежены в течение 1 года — рецидив отмечен в 1 случае через 4 мес (микронодулярный тип нодулярно-язвенного БКР носа).

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Т., 65 лет, предъявляет жалобы на образование на коже щеки. Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые отметил появление узелка размером с булавочную головку на коже левой щеки, постепенно узелок

увеличивался в размере. Через 1,5 года от начала заболевания обратился к дерматологу. На основании клинической картины диагностировали базалиому, диагноз был подтвержден данными цитологии. Пациенту провели фотодинамическую терапию. Через 3 мес после лечения на месте опухоли сформировался участок атрофии. Через 9 мес после окончания лечения по краю рубца больной заметил незначительную гиперемию, на фоне которой отметил рост узелков, покрытых геморрагическими корками. При обращении к дерматологу был заподозрен рецидив базалиомы и рекомендовано лечение.

Пациент имеет II фототип кожи (по Фицпатрику). Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит. Вредные привычки — курит в течение 40 лет, алкоголь употребляет умеренно. Профессиональных вредностей нет.

При осмотре процесс локализуется на левой щеке, отмечен очаг рубцовой атрофии размером $2 \times 1,6$ см округлой формы. На нижнем полюсе очага наблюдаются папулы розового цвета, сливающиеся в единый конгломерат, и геморрагические корочки, при отторжении которых определяется язва глубиной до 0,1 см. Размер рецидивного очага $1,1 \times 0,8$ см. Субъективных ощущений нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Клинический диагноз: рецидив БКР кожи, нодулярно-язвенная форма, T1N0M0. Для подтверждения диагноза проведена биопсия кожи, при гистологическом исследовании выявлен солидно-микронодулярный тип БКР кожи. Для определения уровня инвазии опухоли провели УЗ-сканирование, при котором очаг БКР определялся в виде гипоехогенного образования в дерме, округлой формы, с четкими границами, распространяющегося на глубину 1028 мкм (рис. 1). Проведено лечение препаратом Мардил Селен, аппликации выполняли в 1, 2, 8 и 22-е сутки. Отторжение струпа пациент отметил через 1 мес после окончания терапии. Через 3 мес после окончания терапии на месте опухоли сформировалась легкая рубцовая атрофия, при цитологическом исследовании опухолевые клетки не определялись. УЗ-сканирование сформированного рубца выявило уменьшение толщины дермы, однако структура ее была однородной и практически не отличалась от окружающих участков неповрежденной дермы (рис. 2). При осмотре пациента через 12 мес после окончания лечения признаков рецидива не отмечено.

Таким образом, эффективность лечения рецидивного нодулярно-язвенного БКР кожи препаратом Мардил Селен составила 85,7%. Аппликационный метод лечения препаратом Мардил Селен характеризуется безопасностью, высокой комплаентностью и хорошими косметическими результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Stanley R.B.Jr., Burres S.A., Jacobs J.R., Mathod R.H. Hazards encountered in management basal cell carcinoma of the midface. *Laryngoscope*. 1984; 94(3): 378—85.
2. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина; 2003.
3. Lang P.G., Maize J.C. Basal cell carcinoma. In: Friedman R.J. et al., eds. *Cancer of the skin*. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1991: 35—73.

4. *Crowson A.N.* Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Mod. Pathol.* 2006; 19 (Suppl. 2): S127—S147.
5. *Boeta-Angeles L., Bennett R.G.* Features associated with recurrence. In: *Miller S.J., Maloney M.E., eds.* Cutaneous Oncology: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Malden, MA: Blackwell Science, Inc.; 1998: 646—66.
6. *Sexton F.M., Jones D.B., Maloney M.E.* Histological pattern analysis of basal cell carcinoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1990; 23(6, Pt. 1): 1118—26.
7. *Breuninger H., Dietz K.* Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1991; 17(7): 574—8.
8. *Silverman M.K., Kopf A.W., Bart R.S., Grin C.M., Levenstein M.S.* Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3: surgical excision. *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1992; 18(6): 471—6.
9. *Lang N.P., Kendrick J.H., Flaningin H., Wetmore S.J., Suen J.Y., Westbrook K.C.* Surgical management of advanced scalp cancer. *Head. Neck. Surg.* 1983; 5(4): 299—305.
10. *Leferink V.J., Nicolai J.P.* Malignant tumor of the external ear. *Ann. Plast. Surg.* 1988; 21(6): 550—5.
11. *Ashby M.A., Smith J., Ainslie J., McEwan L.* Treatment of nonmelanoma skin cancer at a large Australian center. *Cancer.* 1989; 63(9): 1863—71.
12. *Silverman M.K., Kopf A.W., Bart R.S., Gladstein A.H., Grin C.M., Levenstein M.J.* Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 4: X-ray-therapy. *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1992; 18(7): 549—54.
13. *Wilson J.S.P., Blake G.B., Richardson A.E., Westbury G.* Malignant tumours of the ear and their treatment. II. Tumours of the external auditory meatus, middle ear cleft and temporal bone. *Br. J. Plast. Surg.* 1974; 27(1): 77—91.
14. *Salasche S.J.* Curettage and electrodissection in the treatment of midfacial basal cell epithelioma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1983; 8(4): 496—503.
15. *Freemann R.G., Duncan C.* Recurrent skin cancer. *Arch. Dermatol.* 1973; 107(3): 395—9.
16. *Rowe D.E., Carroll R.J., Day C.L.Jr.* Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implication for patient follow-up. *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1989; 15(3): 315—28.
17. *Torre D.* Cryosurgery of basal cell carcinoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1986; 15(5, Pt 1): 917—29.
18. *Dellon A.L., Potvin C., Chretien P.B., Rogentine N.C.* The immunobiology of skin cancer. *Plast. Reconstr. Surg.* 1975; 55(3): 341—54.
19. *Dickie W.R., Hughes N.C.* Caustic pastes: the survival as quack cancer remedies. *Br. J. Plast. Surg.* 1961; 14(2): 97—109.
20. *Laughlin S.A., Dudley D.K.* Historical survey methods used to treat skin cancer. In: *Schwartz R.A., ed.* Chapter 20. Historical Survey: Methods Used to Treat Skin Cancer. *Skin Cancer: Recognition and Management.* Blackwell Publishers; 2008: 350—66.
21. *Kuftik E.G.* Cryosurgery. In: *Miller S.J., Maloney M.E., eds.* Cutaneous Oncology: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Malden, MA: Blackwell Science, Inc.; 1998: 672—8.

Поступила 11.01.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.5-007.23-092-085

Саркома Капоши: патогенез и основы терапии

Н.С. Потеекаев¹, Г.А. Паньшин², Н.П. Теплюк¹, Н.С. Арсентьев¹, Е.Ю. Вертеева¹, Г.И. Махов¹, Е.С. Сизова¹, В.С. Пауков³, М.Г. Карташова⁴

¹Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва; ²отдел лучевой терапии и комбинированных методов лечения (зав. — проф. Г.А. Паньшин) ФГУ РНЦ рентгенодиагностики Минздрава России, Москва; ³лаборатория патологической анатомии (зав. — акад. РАМН В.С. Пауков) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва; ⁴отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии (руководитель — проф. В.А. Молочков) ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Представлены наблюдения саркомы Капоши (СК) у двух женщин, у одной из них СК проявлялась не только типичными для нее высыпаниями, но и буллезными эффоресценциями. Буллезная форма СК развилась при вторичной иммуносупрессии (длительный прием системного глюкокортикоидного гормона метипреда и иммуносупрессивного препарата эндоксана по поводу системной склеродермии). Больным было проведено успешное лечение пучком ускоренных электронов высокой энергии с последующим применением мази с циклофосфаном под окклюзию.

Ключевые слова: саркома Капоши, патогенетические основы саркомы Капоши, биологические препараты

Сведения об авторах:

Потеекаев Николай Сергеевич — член-корреспондент РАМН, доктор мед. наук, профессор; *Паньшин Георгий Александрович* — доктор мед. наук, профессор; *Теплюк Наталия Павловна* — доктор мед. наук, профессор; *Арсентьев Николай Сабирович* — врач; *Вертеева Екатерина Юрьевна* — врач, кандидат мед. наук (ivertieva@gmail.com); *Махов Глеб Игоревич* — врач; *Сизова Екатерина Сергеевна* — студентка; *Пауков Вячеслав Семенович* — акад. РАМН, доктор мед. наук, профессор; *Карташова Мария Геннадьевна* — кандидат мед. наук, научный сотрудник.