
К ОДНОКУРСОВОЙ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ПОВЕРХНОСТНОЙ И НОДУЛЯРНОЙ ФОРМ БАЗАЛИОМЫ

В.А. Молочков, Л.П. Королева, А.Н. Хлебникова

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Поликлиника УД Президента РФ

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Последние годы характеризуются стремительным ростом частоты злокачественных новообразований (ЗНО) кожи. Среди них важное место принадлежит базалиоме, частота которой в структуре ЗНО составляет 45-90% [5, 7]. В то же время, несмотря на множество методов лечения базалиомы, ни один из них не предотвращает развития ее рецидива [1, 6]. В этой связи нами предпринимаются исследования, направленные на поиск новых подходов к лечению различных форм базалиомы методами фотодинамической терапии и иммунотерапии [1, 2]. В частности, разработаны эффективные методы фотодинамической терапии солитарных и множественных базалиом с местным применением фотосенсибилизаторов хлоринового ряда – фотосенса и фотолонна [1], а также методы внутритканевой терапии язвенной формы базалиомы интроном А и реафероном [3,4].

Настоящее исследование посвящено сравнительному изучению эффективности внутриопухолевого и околоопухолевого введения препарата ИНФ- α -2b реаферона (по 1,5 млн МЕ через день на курс 13,5 млн МЕ) при поверхностных и микронодулярных формах базалиом Т1N0M0.

Исследование основано на лечении 75 больных с поверхностной и нодулярной формами солитарной базалиомы, которые перед началом лечения были разделены в зависимости от способа введения препарата на две группы.

В 1-ю группу были включены 37 больных первичной солитарной базалиомой (16 мужчин, 21 женщина) в возрасте от 52 до 78 лет с длительностью заболевания от 1 года до 4 лет. Диаметр опухоли при поверхностной форме варьировал от 0,8 до 1,6 см, при нодулярной – от 0,6 до 1,3 см. Гистологически в 9 случаях имела место базалиома поверхностно-мультицентрического типа, в 7 – поверхностно-мультицентрического типа в сочетании с солидным компонентом, в 12 – солидного типа, в 4 – солидно-аденоидного типа, в 2 – солидного типа с участками морфеа, в 2 – аденоидного, в 1 – солидного типа с участками пилоидной дифференцировки.

Эффект от внутриопухолевых инъекций реаферона оценивался через 8 недель после окончания курса лечения. При этом у 36 пациентов отмечался полный регресс новообразования, а на его месте оставался атрофический рубец. У 1 (2,7%) пациента с нодулярной формой базалиомы произошло ее уменьшение в размере на 0,5 см. Однако при осмотре через 22-35 мес. после окончания лечения из

явившихся на контроль 32 пациентов у 3 (9,4%) были отмечены клинические и цитологические признаки рецидива. В каждом случае рецидивировала нодулярная базалиома (из 8 явившихся на осмотр в двух случаях рецидивировала базалиома носа, в одном – щеки) по гистологическому строению в 2 случаях опухоль была представлена солидным типом и в одном – солидным типом с участками морфеа.

Во 2-ю группу были включены 38 больных – 20 женщин и 18 мужчин в возрасте от 56 до 81 года. Длительность заболевания составляла от одного года до 5 лет. Лечение этих пациентов осуществлялось путем окологлазгового введения реаферона (2-3 инъекции на сеанс). У 27 больных – поверхностная форма базалиомы, у 11 – нодулярная. В 11 случаях опухоль локализовалась на коже лица (3 – лоб, 4 – висок, 5 – щека, 5 – нос, 1 – подбородок, 1 – носогубный треугольник, 2 – периорбитально), в 12 – на коже туловища, в 4 – на коже верхних конечностей, в 1 – на нижних конечностях. Диаметр очагов при поверхностной форме варьировал от 0,8 до 1,6 см, при нодулярной – от 0,7 до 1,2 см. В 18 случаях гистологически имела место базалиома поверхностно-мультицентрического типа, в 6 – поверхностно-мультицентрического в сочетании с солидным компонентом, в 6 – солидного, в 3 – солидно-аденоидного типа, в 2 – солидный с участками морфеа, в 2 – аденоидного, в 1 – аденоидного с участками морфеа.

Инъекции проводились в окружающие опухоль здоровые ткани (непосредственно над верхним краем опухоли, а затем вдоль латеральных краев, так, чтобы препарат распространился во все части опухоли). В течение каждого сеанса вводили 0,15 см³ раствора в 1-3 инъекциях (обычно с учетом величины опухоли – 2-3 инъекции). Если хотя бы какое-то количество раствора выливалось – равное количество набиралось в шприц и вводилось вновь. С целью анестезии перед инъекцией на очаг накладывался кубик льда. Переносимость лечения в каждом случае была удовлетворительной. Как и в 1-й группе, все пациенты 2-й группы отмечали побочные реакции на первые 1-3 инъекции препарата в виде подъема температуры тела до 37,5-38,0°C, которая сохранялась на протяжении 3-5 часов и после этого снижалась до нормы, причем, с каждой последующей инъекцией температура повышалась в меньшей степени. Два пациента отметили мышечные боли после введения препарата, 3 – незначительную головную боль. Эти побочные реакции легко купировались анальгетиками и не требовали перерывов в лечении или его отмены.

Эффект от лечения оценивали через 8 недель после окончания курса интерферонотерапии. При этом у всех пациентов отмечался полный регресс новообразования, на месте которого оставался атрофический рубец. В сроки наблюдения от 20 до 32 месяцев ни у кого из 35 явившихся на контрольный осмотр рецидивов не было.

Таким образом, околоопухолевое введение реаферона оказалось значительно более эффективным, по сравнению с внутриопухолевым в отношении ближайших и отдаленных результатов при микроноду-

лярной базалиоме (100 и 62,5% соответственно), тогда как при поверхностной форме базалиомы оба метода оказались одинаково высокоэффективными.

Что касается причин неэффективности однокурсового внутриопухолевого введения реаферона при нодулярных базалиомах, то они могут быть связаны как с гистологическим типом опухоли (все рецидивировавшие базалиомы имели при гистологическом исследовании морфеа компонент), так и с локализацией очага (неэффективно леченая и рецидивировавшие базалиомы располагались на носу (3 наблюдения) и щеке (1 наблюдение)). Не исключено также, что причиной недостаточной эффективности внутриопухолевого введения ИНФ является и то, что при этом методе большее количество препарата не попадает в опухоль, особенно при кистозной разновидности базалиомы [7], и в этом случае его необходимо вводить в недостающем количестве дополнительно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молочков В.А., Снарская Е.С., Поляков П.Ю. и др. // Рос. журн. кожн. и вен. болезней. – 2006. – № 5. – С. 4-9.
2. Романко Ю.С., Каплан М.А., Попучиев В.В. и др. // Рос. журн. кожн. и вен. болезней. – 2004. – № 6. – С. 6-10.
3. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома – М., 2004.
4. Снарская Е.С., Франк Г.А., Завалишина Л.Э. // Арх. патол. – 2005. – № 1. – С. 12-15.
5. Chen J.G.M., Fleischer A.B., Smith E.D. et al. // Dermatol. Surg. – 2001. – V. 27. – P. 1035-1038.
6. Martinez J.C., Otley C.C. // Mayo Clin. Proc. – 2001. – V. 76. – P. 1253-1265.
7. Tucker S.B. Polasek J.W. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – V. 54. – P. 1033-1038.

К РАЗВИТИЮ БАЗАЛИОМЫ НА ФОНЕ НЕВУСА САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ ЯДАССОНА

*В.А. Молочков, Ш. Марди
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Базельский научный центр, Швейцария*

Невус сальных желёз Ядассона (син.: невус сальных желёз) – органоидный невус, частое врожденное заболевание, встречается преимущественно на лице и волосистой части головы [7]. Обусловлен пролиферацией и мальформацией в первую очередь сальных желёз, а также других компонентов кожи (эпителиальных клеток, волосяных фолликулов, соединительной ткани, апокриновых желёз). По современным представлениям невус сальных желёз Ядассона (НСЖЯ) – результат дифференцировки плюрипотентных клеток в сторону зрелых сальных и апокриновых структур; именно плюрипотен-